

สุขภาพ
อุดมการณ์
และ
ยุทธศาสตร์
ทางสังคม

รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ
และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

สุขภาพ



อุดมการณ์
และ
ยุทธศาสตร์
ทางสังคม



นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สุขภาพ : อุดมการณ์ และยุทธศาสตร์ ทางสังคม

โดย นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 จำนวน 5,000 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

วิพุธ พูลเจริญ

สุขภาพ อุดมการณ์ และยุทธศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพฯ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544

64 หน้า

1. สาธารณสุข, 2. บริการทางการแพทย์, 3. สุขภาพ. I. ชื่อเรื่อง

362.101

ISBN : 974-294-107-6

60 บาท

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 951-1286-93 โทรสาร 951-1295

www.hsri.or.th

E-mail address: hsri@hsrint.hsri.or.th

คำนิยม

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่นิยามคำว่า **สุขภาพ** อย่างครอบคลุม และใช้การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการเคลื่อนไหวไปสู่การพัฒนาสังคมโดยรอบด้านพร้อมกันไป ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวการพัฒนาคนและสังคมที่ใหญ่ที่สุด

ในเมื่อสุขภาพ คือ **สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ** สุขภาพหรือสุขภาวะย่อมเกิดจากความถูกต้องทั้งหมด ทั้งทางวัตถุ ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ การพัฒนาสุขภาพจึงเท่ากับการพัฒนาทุก ๆ มิติ ของมนุษย์ สังคม และสิ่งแวดล้อม อย่างเชื่อมโยงเป็นบูรณาการ การปฏิรูประบบสุขภาพใช้ความคิดเชิงระบบ โดยคิดองค์ประกอบของระบบให้ครบและให้ทำงานสัมพันธ์กัน ทำให้ระบบเคลื่อนไปได้อย่างเรียบร้อย ประดูการประกอบเครื่องรถยนต์ให้ครบ แล้ววิ่งไปได้อย่างดี

ความเข้าใจว่าระบบสุขภาพประกอบด้วยอะไรบ้างจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่งต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นผู้มีความสามารถสูงทั้งทางวิชาการและการจัดการ ได้เรียบเรียงหนังสือ “สุขภาพ : อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม” ขึ้น เพื่อแสดงให้เห็นว่าสุขภาพคืออะไร ระบบสุขภาพคืออะไร และทำไมสุขภาพจึงควรเป็นอุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะช่วยให้เพื่อนคนไทยเข้าใจ และเกิดความบันดาลใจว่าเรื่องการสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะควรเป็นอุดมการณ์ของชาติ และร่วมสร้างระบบสุขภาพให้ระบบสุขภาพที่ดีสร้างความสุข ความเจริญ ความมีศักดิ์ศรี แก่คนไทยทุกคน

ประเวศ วะสี

สารบัญ

1	สุขภาพอุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม	1
2	สุขภาพไทยในมิติใหม่	8
3	สุขภาวะทางกาย	13
4	สุขภาวะทางจิต	20
5	สุขภาวะทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	25
6	สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	33
7	ยุทธศาสตร์ และยุทธวิธีในการปฏิรูประบบสุขภาพ	39
8	ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์	45





สุขภาพ

อุดมการณ์ และยุทธศาสตร์ทางสังคม

ไทยเป็นรัฐแรกที่กำหนดให้นิยามของคำว่า “สุขภาพ”¹ กินความถึง สุขภาวะ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในวาระแห่งชาติสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ การกำหนดนิยามดังกล่าวนับเป็นการหาญกล้าท้าทายองค์กรทางด้านสุขภาพในระดับโลก เพราะคำจำกัดความในลักษณะนี้ได้เคยถูกเสนอเข้าสู่การพิจารณาในสมัชชาขององค์การอนามัยโลก โดยมีนัยให้ครอบคลุมในด้านจิตวิญญาณและความเป็นพลวัตของสุขภาวะ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนธรรมเนียมขององค์การอนามัยโลกให้ครอบคลุมความหมายของสุขภาพให้ชัดเจนและมีความเป็นองค์รวมยิ่งขึ้น แต่สมาชิกส่วนหนึ่งขอให้ฝ่ายอำนวยการนำกลับไปศึกษาทบทวนความจำเป็นและผลกระทบต่อภารกิจขององค์กรในการปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพในธรรมนูญหลักขององค์การอนามัยโลก² อย่างไรก็ตาม องค์การสหประชาชาติได้ยืนยันถึงความสำคัญของบริบทจิตวิญญาณของชาวโลก โดยจัดการประชุมสุดยอดสันติภาพโลกแห่งสหัฐวรรษของผู้นำทางศาสนาและผู้นำทางจิตวิญญาณ (Millennium World Peace Summit of Religious and Spiritual Leaders) ขึ้นระหว่าง

¹ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กรกฎาคม พ.ศ. 2543.

² World Health Assembly 1998.

วันที่ 27-31 สิงหาคม พ.ศ. 2543 ที่องค์การสหประชาชาติ นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เพื่อให้ผู้นำทางจิตวิญญาณร่วมกับผู้นำทางการเมืองใช้ยุทธศาสตร์ทางจิตวิญญาณเป็นเครื่องช่วยจรรโลงความยุติธรรม ความเท่าเทียมกัน การให้อภัย และสันติภาพ³ สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการขยายมิติทางสุขภาพให้ครอบคลุมไปถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณ อันเป็นทั้งเป้าหมายปลายทางและกลยุทธ์หลักของสังคมมวลมนุษย

อุดมการณ์ว่าด้วยสุขภาพดังกล่าวเป็นเครื่องชี้้นำสำหรับกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่จะให้ประชาชนไทยมีสุขภาวะได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะแนวคิดเรื่องพลวัตของสุขภาพได้ถูกนำมาใช้เพื่อบ่งบอกให้เห็นว่าบุคคลแต่ละคนมีศักยภาพทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังที่เห็นได้ชัดเจนในด้านของความหลากหลายของเพศและวัยที่ทำให้บุรุษและสตรี รวมถึงกลุ่มคนในวัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยแรงงาน วัยทอง และผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ดัชนีบ่งชี้สุขภาพและกรอบการประเมินสุขภาวะที่แตกต่างกัน

ปรัชญาว่าด้วยสิทธิอันเท่าเทียมกันของมนุษย์ยังส่งผลให้คิดและทศนะที่มีต่อสภาวะที่เป็นพลวัตในเงื่อนไขของสุขภาวะขยายวงครอบคลุมไปถึงกลุ่มคนที่มีความหลากหลายของลักษณะทางพันธุกรรม มีความผันแปรของสรีระ ตลอดจนภาวะแตกต่างอันเกิดจากการติดเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดความแปรปรวนเรื้อรังของสุขภาวะ และด้วยแนวคิดนี้ คนที่เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ เช่น ผู้ที่มีภาวะโลหิตจางทาลัสซีเมีย (Thalassemia) ผู้มีความผิดปกติทางสมองในกลุ่มดาวน์ซินโดรม (Down Syndromes) ฯลฯ หรือผู้มีอาการผิดปกติเรื้อรังอันสืบเนื่องจากการสืบทอดลักษณะพันธุกรรม เช่น อาการเบาหวาน (Diabetic Mellitus) อาการความดันโลหิตสูง หรือผู้ติดเชื้อซึ่งมีผลต่อร่างกายไปตลอดชีวิต เช่น ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ฯลฯ รวมถึงกลุ่มคนที่มีความพิการ

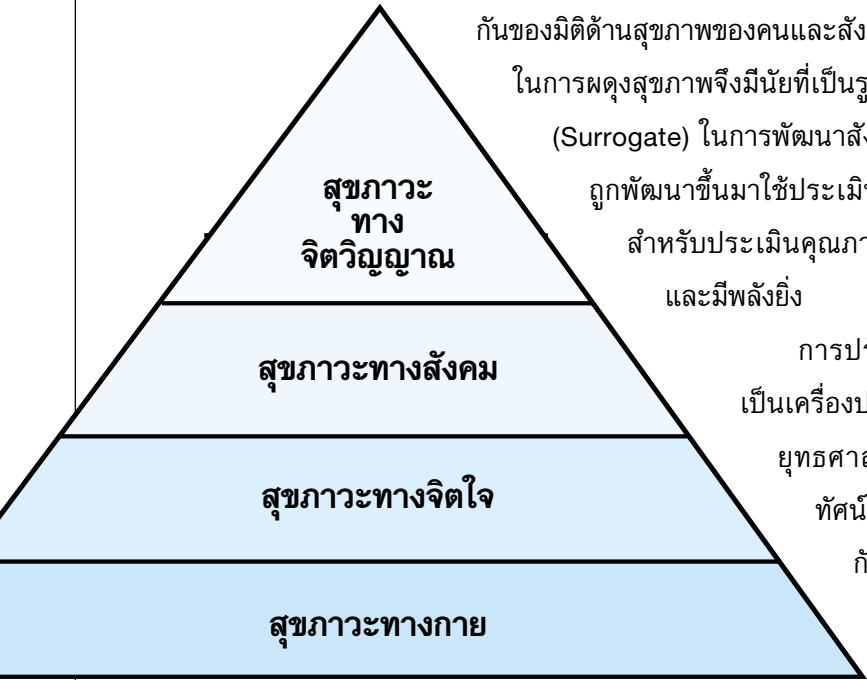
³ Kofi A. Annan, Keynote Speech, Millennium World Peace Summit of Religious and Spiritual Leaders 27 - 31 August 2000.

ของร่างกายไม่ว่าจากสาเหตุใด จึงควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีสุขภาพะได้เต็มตามศักยภาพที่แต่ละคนพึงจะมีได้

การให้ความสำคัญกับสุขภาพในฐานะที่เป็นสิทธิที่มนุษย์พึงมีพึงได้ ได้เป็นแนวทัศน์สำคัญที่ส่งผลให้การประเมินสภาวะสุขภาพของประชาชนแปรเปลี่ยนไป โดยเฉพาะที่มุ่งให้ “คน” เป็นเป้าหมายและศูนย์กลางสำคัญสำหรับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชาติ การปรับกรอบแนวคิดในลักษณะนี้ส่งผลให้กระบวนการและเป้าหมายของภารกิจทางสุขภาพกลายเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนของการพัฒนาสังคมของชาติไปโดยปริยาย

มิติของสุขภาพะที่เสนอเป็นองค์รวมทั้งในระดับร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดกรอบแนวคิดใหม่ที่จะช่วยให้มองเห็นเงื่อนไขและความเชื่อมโยงกันของมิติด้านสุขภาพของคนและสังคมได้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นการมุ่งสัมฤทธิ์ผลในการผดุงสุขภาพจึงมีนัยที่เป็นรูปธรรมแทนเป้าหมายอันเป็นนามธรรม (Surrogate) ในการพัฒนาสังคมของมวลมนุษย์ไป ทำให้ดัชนีชี้วัดที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใช้ประเมินสภาวะการณทางสุขภาพเป็นเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตของคนในสังคมได้อย่างแจ่มชัดและมีพลังยิ่ง

การปรับใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพให้เป็นเครื่องประเมินและวัดผลในแต่ละสังคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพไปสู่มิติใหม่ที่สำคัญให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณและสังคมแวดล้อมไปพร้อมกับการให้ความสำคัญต่อสุขภาพทางกายและทางจิตใจของคนใน



สังคม ซึ่งกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพดังกล่าวจักส่งผลให้วิธีคิดเชิงระบาดวิทยาที่มุ่งมองเงื่อนไขทางจิตวิญญาณและทางสังคมเปลี่ยนจากการเป็นเพียง “ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ” (Health Determinants) ไปสู่การเป็น “อุดมการณ์สำคัญของสังคม” ที่จะต้องผดุงและเสริมสร้างให้เข้มแข็ง

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ

ก็คือ การมุ่งเน้นแนวทางและกลวิธีที่สร้างสรรค์สุขภาพในทุกมิติ เพื่อทดแทนการระดมสรรพกำลังและทรัพยากรไปในด้านการรักษาดูแลสุขภาพที่เสื่อมสลายและทรุดโทรม อันเป็นการต่อสู้เชิงรับซึ่งจำต้องใช้ทรัพยากรมากกว่า แต่กลับคุ้มทุนน้อยกว่า การปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่เหล่านี้ให้เกิดผลเป็นภารกิจที่เป็นรูปธรรมภายใต้นโยบายที่ชัดเจนขององค์กร

สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All)



มวลประชาร่วมใจ (All for Health)

ในทุกระดับ จำต้องเริ่มจากการออกแบบเครื่องมือสำหรับวัดและประเมินสุขภาพะที่แสดงผล (Valid) ตอบสนองต่อสุขภาพภายใต้กระบวนการทัศน์ใหม่ให้ชัดเจน เพื่อนำมาใช้ทดแทนเครื่องมือชี้วัดเดิมที่มีความจำกัด เพราะนำเสนอเพียงมุมมองทุกขภาวะอันเป็นมิติด้านลบ หรือจำกัดเฉพาะความเจ็บป่วยทางกายและทางใจ แต่ขาดมุมมองทางสังคมและทางจิตวิญญาณของมนุษย์ ข้อจำกัดดังกล่าวเป็นผลมาจากแนวคิดทางชีวภาพการแพทย์ที่มีวิวัฒนาการและแพร่ขยายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกในช่วงเวลา 2 ศตวรรษที่ผ่านมา ก่อให้เกิดอหังการในสมรรถนะของวิทยาการสาธารณสุขว่าจะสามารถจัดการและควบคุมการป่วยและการตายของมนุษย์ให้ลดน้อยลงได้ ตลอดจนเชื่อมั่นว่ามนุษย์สามารถรังสรรค์เทคโนโลยีชีวภาพและกลยุทธ์ทางสาธารณสุขที่จะใช้ในการกวาดล้างโรคภัยไข้

เจ็บให้หมดสิ้นไปได้ นักการสาธารณสุขจึงพยายามสร้างเกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จของภารกิจให้มุ่งที่จะลดทุกขภาวะของมนุษยชาติให้ลดน้อยหรือหมดสิ้นลง ในขณะเดียวกันก็โน้มน้าวให้เกิดการขยายทุนทั้งภาครัฐและเอกชนไปสู่บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายประชาชนด้านสุขภาพกลายเป็นภาระหนักของสังคมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

แม้ว่าความสำเร็จอันสะท้อนให้เห็นจากอายุขัยของมนุษย์ที่ยืนยาวขึ้นเผชิญกับความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรน้อยลงได้ปรากฏอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก คนไทยเองก็ได้รับรู้และประจักษ์ถึงพัฒนาการทางสภาวะสุขภาพของชาวไทยที่ปรับเปลี่ยนไปอย่างชัดเจนในช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่ในที่สุดหลักฐานจากการศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมก็ได้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้สุขภาพของมนุษย์ดีขึ้นกลับมิใช่เป็นผลจากการจัดบริการทางการแพทย์หรือบริการสาธารณสุข หากเป็นองค์ประกอบที่มั่นคงทางสังคม ทางเศรษฐกิจ ทางการเมือง และด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้คนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้แนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ⁴ (Health Promotion) จึงก่อกำเนิดขึ้นและเริ่มได้รับการยอมรับไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ทุกภาคส่วนในสังคมที่มีได้จำกัดอยู่เพียงในแวดวงกลุ่มวิชาชีพทางสาธารณสุขหันมาให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้คนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพะ โดยปรับใช้หลักความรู้ทางมนุษยวิทยา สังคมวิทยา และจิตวิทยา มาอธิบายแบบแผนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและคงอยู่ในสังคม ปรับใช้กลไกนโยบายสาธารณะทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชน ได้แก่ กฎหมาย โครงสร้างภาษี การจัดสรรงบประมาณ โครงสร้างองค์กรปกครอง การพัฒนาแรงงานและกำลังคน ตลอดจนกลไกการศึกษา ให้เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลที่มีศักยภาพเชิงสุขภาพที่แตกต่างกันได้ใช้ชีวิตของตนเองได้

⁴ WHO, “Ottawa Charter for Health Promotion”, International Conference on Health Promotion: The move towards a new public Health, Ottawa, Ontario, Canada, November 17 - 21, 1986.

เติมชีวิตสุขภาวะที่พึงมี

การบูรณาการแนวความคิดในการส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่พันธกิจหลักของภาคีในทุกภาคส่วนของสังคม (All for Health) จึงทวนกลับมาเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของระบบสุขภาพในสังคมยุคใหม่ที่ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบการปกครองตนเองทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นสูงขึ้น สังคมที่ผู้บริหารทั้งในภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของคนที่อยู่ในปกครองมากขึ้น และโดยเฉพาะในสังคมที่ตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลข่าวสารตลอดจนกระบวนการเรียนรู้ของคน กลวิธีอันเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนากำลังของทุกภาคี คือ กลไกข้อมูลข่าวสารที่จะเอื้ออำนวยให้คนทั่วไปได้ตระหนักในสมรรถนะของตน ในอันที่จะเข้าร่วมกันควบคุมนโยบายสาธารณะที่ก่อผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและคนอื่น ๆ ในสังคม ทั้งนี้การได้รับความรู้และข้อมูลทางสุขภาพดังกล่าวจะต้องไม่ตกอยู่ภายใต้การครอบงำของนักวิชาการสุขภาพในสาขาใดสาขาหนึ่ง เพื่อให้การใช้ดุลยพินิจของปัจเจกชนและองค์กรสาธารณะใด ๆ มีหลักการเหตุผล ตลอดจนเสรีภาพในการตัดสินใจอย่างแท้จริง

แม้ว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ทางสุขภาพจนถึงขั้นยอมรับเป็นวาระแห่งชาติโดยผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี⁵ ให้มีการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดสุขภาพของพหุภาคีในทุกระดับทั่วประเทศ เพื่อให้เข้าเป็นแนวร่วมในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบสุขภาพใหม่ของมวลชนชาวไทย แต่การนำเสนอสถานการณ์สุขภาวะที่ซับซ้อนและแปรเปลี่ยนไปตามพลวัตของเงื่อนไขทางสังคม ทางเศรษฐกิจ และทางการเมือง ในวาระปฏิรูปสังคมไทย รวมทั้งการจัดระบบสุขภาพที่ซับซ้อนหรือให้ประชาชนในทุกระดับชั้นได้เข้าใจอย่างกระจ่างชัดนั้นนับเป็นเรื่องยาก การเสนอข้อมูลสุขภาพในกรอบใหม่ที่สะท้อนปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยของสุขภาวะอย่างครอบคลุมจึงอาจช่วยให้กลุ่มภาคีต่าง ๆ จากหลากหลายพื้นฐานแนวคิด

⁵ มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 9 พฤษภาคม 2543

สามารถมองเห็นถึงความเชื่อมโยงสอดประสานของมิติสุขภาพทุกแง่มุม และเล็งเห็นถึง
สุขภาวะในกรอบกระบวนทัศน์ใหม่ อันจะเป็นพื้นฐานร่วมกันในการออกแบบ วางแผน
โครงสร้างของระบบสุขภาพใหม่ ที่มีเนื้อหาวางอยู่บนรากฐานของแนวปรัชญาและฐานคติ
ร่วมกันอย่างมีเอกภาพ



สุขภาพไทย

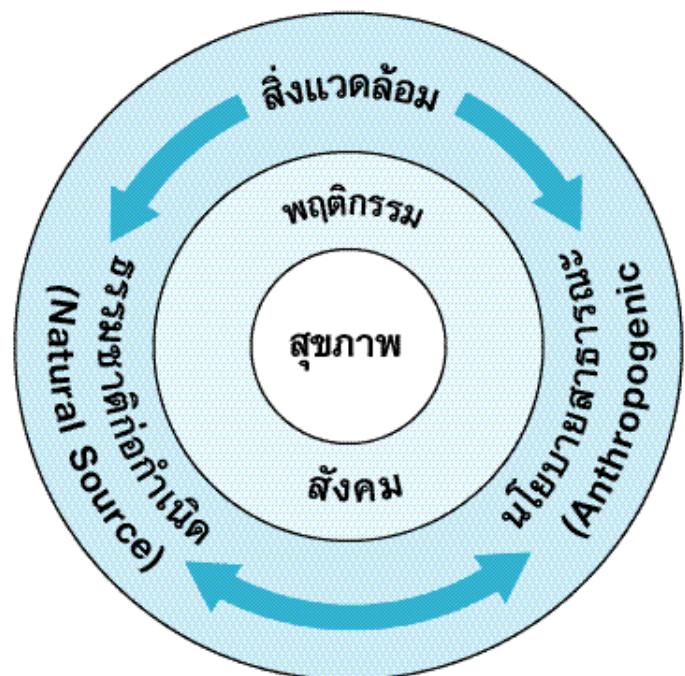
ในมิติใหม่

เนื่องจากสถานะสุขภาพของประชาชนไทยในมิติของ **สุขภาวะ** เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมซึ่งมุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้นคำว่า **สุขภาพ** จึงมิได้มีความหมายจำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวของทุกคน โดยพิจารณาถึงปัจจัยทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และทางจิตวิญญาณ เป็นสำคัญ หมายความว่า แม้แต่ผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการ รวมถึงผู้ที่มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิตก็ยังสามารถบรรลุถึงสุขภาวะในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้

สุขภาวะทางกายนั้นพิจารณาได้จากลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินการกิจกรงาน ในส่วนของสุขภาวะทางจิตใจนั้นก็พิจารณาได้จากเขาว์ปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทศนคติและความเชื่อ ตลอดจนความมั่นใจในตัวเองและการมองเห็นคุณค่าของตนเอง ส่วนสุขภาวะทางสังคมก็ได้แก่ ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรม

ประจำวัน⁶

ในปัจจุบันมนุษย์ได้เริ่มหันกลับมาให้ความสำคัญกับสุขภาพในอีกมิติหนึ่ง ซึ่งแท้จริงแล้วก็เป็นมิติที่มนุษย์เคยยอมรับให้เป็นแก่นธรรมของสุขภาพมาแต่อดีตกาล นั่นก็คือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ⁷ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อในระดับศรัทธา อันมีผลมาจากศาสนาหรือความเชื่อในลัทธิ เป็นที่เห็นว่าคนเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจักรวาลอันกว้างใหญ่ ด้วยเหตุนี้ แนวคิดการปรับตัวให้กลมกลืนเป็นเอกภาพกับธรรมชาติจึงได้เริ่มกลับฟื้นคืนมาและได้รับการยอมรับจากผู้คนกว้างขวางขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เป้าหมายของการบรรลุสุขภาวะทางจิตวิญญาณจึงอยู่ที่สมรรถนะในการพัฒนาธรรมชาติทางจิตวิญญาณของแต่ละคนให้ตามศักยภาพที่มีอยู่ ซึ่งก็คือการที่แต่ละคนสามารถแสดงออกซึ่ง



อันเป็นอุดมการณ์ของชีวิตของตน มีความรู้สึกสำนึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง และรู้จักให้ความเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต

⁶ Donatelle R. Davis L. *Defining Health and Illness: Access to Health.*, Prentice Hall Inc, 1993: pp. 2-6.

⁷ ประเวศ วะสี. *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ : อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม*. กรุงเทพฯ : พิมพ์โดยสำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 1 พ.ค. พ.ศ. 2541.

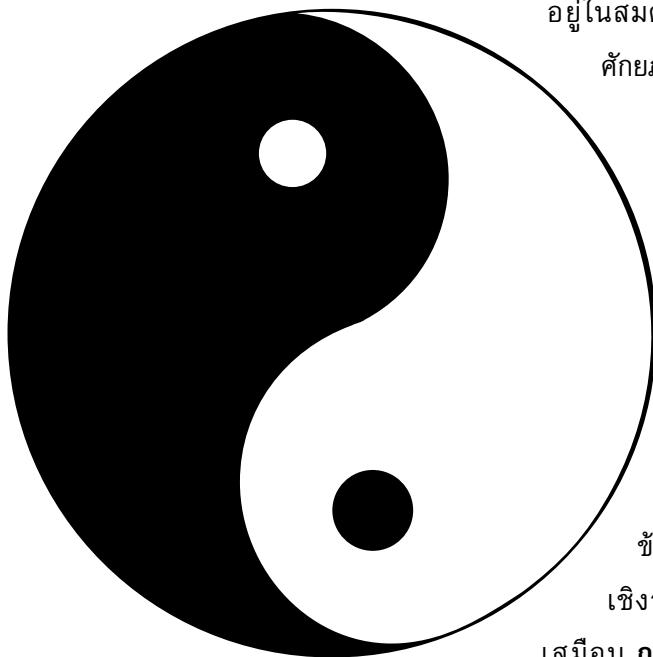
นัยของคำว่าสุขภาพดังกล่าวจะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อสุขภาพของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัต ดังนั้นจิตสำนึกของผู้คนในสังคมที่ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้กำหนดสุขภาพแห่งตน และตระหนักว่ากิจกรรมปกติในชีวิตประจำวันเป็นรากฐานสำคัญของสภาวะสุขภาพ จึงถือเป็นดัชนีบ่งชี้ระดับของสภาวะของคนในสังคมได้ดีกว่าการที่จะนำเสนอแต่ภาพของการป่วยและการตายอันเป็นเพียงผลบันปลายเท่านั้น

การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางสุขภาพจึงนำมาสู่กรอบแนวคิดในการประเมินสถานะสุขภาพในแต่ละมิติที่เชื่อมโยงกันดังนี้

มิติทางสุขภาพ	ดัชนีเชิงสูญเสีย(ลบ)	ดัชนีเชิงสร้างเสริม(บวก)
มิติทางกาย	อัตราป่วย ตาย พิการ พฤติกรรมทำลายสุขภาพ	อายุขัยเฉลี่ย สมรรถภาพร่างกาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
มิติทางจิตใจ	อัตราความชุกของปัญญาอ่อน โรคจิต การฆ่าตัวตาย	เชาว์ปัญญา การควบคุมอารมณ์ (EQ) ความมั่นคงในตนเอง
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	อัตราความชุกของการใช้ความรุนแรง ปัญหาอาชญากรรม การตายและป่วยอันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ	การปรับแก้ปัญหาข้อขัดแย้งในสังคมและชุมชน การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
มิติทางจิตวิญญาณ	จำนวนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส อัตราส่วนประชากรยากจน ความไม่เป็นธรรมในการกระจายรายได้ ความขัดแย้งในสังคม	ความเท่าเทียมกันของมนุษยชาติ (Equity) ความต้องการที่พอเพียง สันติภาพ ความสมานฉันท์

การให้ความสำคัญกับเครื่องมือชี้วัดสุขภาพในเชิงบวกหรือเชิงรุกจะช่วยให้เรามองเห็นโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพในทุกมิติได้อย่างเท่าเทียมกัน ก่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือทางสังคมที่มีความสมานฉันท์ ส่งเสริมให้เกิดการสร้างสรรค์แนวคิดที่จะอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติและเชิงสังคมให้เกิดดุลยภาพแก่ชีวิต อันจะเอื้อให้คนไทยสามารถอยู่ได้โดยมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์พร้อม มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถ กำหนดแนวทางการใช้ชีวิตของตนในทางที่เอื้อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีพฤติกรรมเชิงบวกซึ่งส่งผลต่อการมีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถปรับตัวอยู่ในสมดุลและสามารถบรรลุสุขภาวะได้ตาม

ศักยภาพที่แต่ละคนจะพึงมีได้



ดัชนีชี้วัดสุขภาวะเชิงบวกจะ ช่วยสะท้อนให้เห็นโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพของมวลมนุษย์ได้แจ่มชัดขึ้น ในขณะที่ดัชนีชี้วัดสุขภาวะเชิงลบกระตุ้นให้ผู้คนตระหนักถึงผลร้ายของปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ที่รุมล้อมก่อกวนอันตรายต่อชีวิตและบ่อนทำลายคุณภาพชีวิตของมนุษย์ การใช้ข้อมูลแสดงสุขภาวะเชิงรุกและสุขภาวะเชิงรับร่วมกันอย่างมีดุลยภาพ จึงเปรียบ

เสมือน การใช้ภูมิปัญญาทั้งทางหยินและหยาง

อย่างกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้สังคมไทยสามารถเข้าใจปัญหาสุขภาวะในมิติต่าง ๆ ที่โยงใยเกี่ยวพันกันอย่างลึกซึ้ง และสามารถมองเห็นหนทางในการสร้างสรรค์สุขภาพให้เข้มแข็งสมบูรณ์ครบทุกมิติพร้อมกันไปอย่างกลมกลืน โดยไม่ต้องคอยแก้ปัญหาเชิงรับแต่ฝ่าย

เดียวเช่นที่เคยเป็นมา

การนำข้อมูลสุขภาพที่พอจะมีอยู่ในปัจจุบันมาใช้ในการประเมินผลสถานะสุขภาพของคนไทยอย่างครบถ้วนในทุกมิติทางสุขภาพจะช่วยให้กลุ่มภาคีต่างๆ ในสังคมมองเห็นภาพนวัตกรรมทางยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ อันเป็นโอกาสในการปรับระบบและกลไกของระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับแนวคิดและกระบวนทัศน์ใหม่ของสุขภาพได้อย่างมีพลัง



สภาวะ ทางกาย

สภาพทางร่างกายและพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเครื่องชี้วัดที่เห็นได้ชัดเจนและง่ายกว่าสุขภาพในมิติอื่น ๆ การประเมินสุขภาพของคนในสังคมจึงมักจะเริ่มต้นจากการประเมินสุขภาพร่างกายและพฤติกรรม คนไทยในอดีตมองนัยสำคัญของสุขภาพกายในรูปของการมีชีวิตอยู่ยาวนานจนแก่เฒ่า ปลอดภัยไร้เจ็บ มีครอบครัวอบอุ่น และสามารถสืบต่อลูกหลานว่านเครือขยายวงศ์ตระกูลออกไป การประเมินภาวะสุขภาพที่แสดงทั้งภาวะสุขภาพกายเชิงบวกและเชิงลบจึงปรากฏอยู่ในความคาดหวังของสังคมไทยมายาวนานแล้ว

อายุยืนยาวกับทุกขจำทน

คนไทยในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้นกว่าในอดีตอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นได้จากสถิติอายุคาดเฉลี่ยของประชากรเมื่อแรกเกิดทั้งหญิงและชายที่เพิ่มขึ้นจาก 61 ปีและ 57 ปีตามลำดับใน พ.ศ. 2512 มาเป็น 74.9 ปีและ 69.9 ปีใน พ.ศ. 2539 ส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.0 ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2543 อย่างไรก็ตาม กว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุกลับเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วย

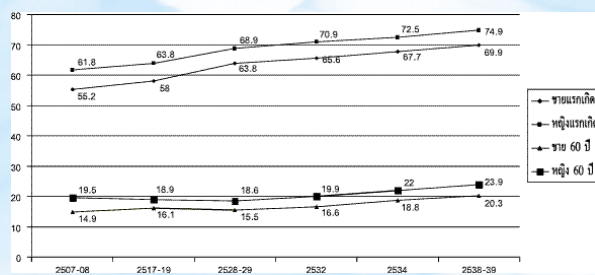
โรคเรื้อรัง และประมาณร้อยละ 19 มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว โดยที่ความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพเหล่านี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในวัยเยาว์ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์อยู่กับภาวะทุพพลภาพของตนเป็นระยะเวลายาวนานยิ่งขึ้น⁸

หากมองย้อนกลับมาดูภาวะแห่งทุกข์ที่ร่อนทำลายสุขภาพและชีวิตของคนไทย อันก่อให้เกิดภาระการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในช่วงปลายสหัสวรรษนี้ จะเห็นได้ชัดว่าการติดเชื้อโรคเอดส์ (HIV/AIDS) และอุบัติเหตุจราจรก่อผลกระทบคุกคามต่อสุขภาพของประชากรสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ อากาเรเบาหวาน การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และทางเดินอาหาร อากาเรความดันโลหิตสูง ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ปัจจัยสำคัญของภาวะแห่งทุกข์เหล่านี้มีต้นกำเนิดจากวิถีชีวิตของคนร่วมกับสิ่งแวดล้อมเชิงสังคมและเศรษฐกิจของชาวไทยที่แปรเปลี่ยนไปในระยะ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้อัตราการตายซึ่งมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จาก 20 ต่อพันประชากรใน พ.ศ. 2518 เหลือ เพียง 4.1 ต่อพันประชากรใน พ.ศ. 2529 กลับเพิ่มขึ้นจนเห็นได้ชัดในช่วง พ.ศ. 2540 เป็น 5.0 ต่อพันประชากร และเพิ่มสูงขึ้นอีกใน พ.ศ. 2541 เป็น 5.2 ต่อพันประชากร

ปัจจุบัน ความเจ็บป่วยในรูปแบบเดิม ๆ อันมีสาเหตุมาจากปัจจัยแวดล้อมตามธรรมชาติหรือความบกพร่องของการจัดการด้านสาธารณสุข เริ่มลดลงอย่างเห็นได้ชัด อาทิ อัตราการป่วยด้วยโรคมalariaเรื้อรังที่พบชุกชุมในพื้นที่ป่า ก็ลดลงจากเมื่อ 20 ปีก่อนถึงเท่าตัว โรคบางชนิดที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนก็ลดน้อยลงและบางก้กำลังจะหมดไป เช่น โปлио คอตีบ เป็นต้น แต่กลับพบว่าโรคติดเชื้อที่พาหะและแหล่งพักตัวของโรคมีความเกี่ยวพันกับสิ่งแวดล้อม เช่น อหิวาตกโรค ไข้เลือดออก ไข้เลปโตสไปโรสิส มีแนวโน้มแพร่ระบาดมากขึ้น

⁸ จันทรืเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: จัดพิมพ์โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543:173-191

อายุคาดหมายการคงชีพ เมื่อแรกเกิด และเมื่ออายุ 60 ปี



สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2541

ปัจจัยสำคัญของภาวะคุณภาพชีวิตอีกประการหนึ่งก็คือ โรคที่ติดต่อจากคนไปสู่คน เช่น โรคเอดส์ วัณโรค ฯลฯ รวมถึงโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมของคนร่วมกับเงื่อนไขภาวะทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่คนเป็นผู้กำหนดขึ้น เช่น อุบัติเหตุจราจร โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เส้นโลหิตในสมองหรือหัวใจอุดตัน เป็นต้น ปัญหาสุขภาพในกลุ่มหลังนี้กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการดำเนินชีวิตของคนในยุคนี้

พลาสมาเกี่ยวกับภาวะ

แม้ว่าลักษณะการป่วยและตายของคนไทยจากเกิดจนสูงวัยจะช่วยให้เข้าใจถึงปัญหาสุขภาพของชาวไทยได้ในระดับหนึ่ง ทว่าสมรรถนะของร่างกายกลับเป็นเครื่องบ่งชี้สุขภาพที่สำคัญซึ่งสะท้อนให้เห็นแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงจากอดีตถึงปัจจุบันได้ชัดเจน

เด็กไทยที่เกิดมีชีพใน พ.ศ. 2541 มากกว่า 9 ใน 10 มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีน้ำหนักเฉลี่ยเมื่อแรกคลอดประมาณ 3,070 กรัม นี่เป็นเครื่องยืนยันว่าสุขภาพของแม่และเด็กดีกว่าในอดีต ทั้งยังมีมาตรฐานสุขภาพดีกว่าประเทศกำลังพัฒนาอีกจำนวนมาก แต่ปัญหาสุขภาพที่เราากำลังเผชิญอยู่กลับปรากฏให้เห็นชัดจากการที่เด็กกลุ่มนี้เสียชีวิตก่อนอายุ 1 ปีเป็นจำนวนถึงร้อยละ 0.6 หรือ 5,503 คน มีภาวะโลหิตจางทาลาสซีเมียร้อยละ 1.4 หรือ 12,125 คน พิการแต่กำเนิดร้อยละ 0.9 หรือ 8,475 คน ติดเชื้อเอดส์จากมารดาร้อยละ 0.5 หรือ 4,200 คน⁹ นอกจากนี้ จำนวนเด็กที่มี

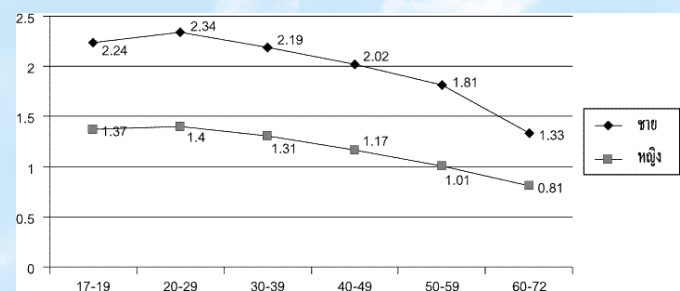
⁹ สัตตา เหมะสุวรรณ และคณะ. รายงานการทบทวนสภาวะสุขภาพของเด็กปฐมวัย 2543.

น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ซึ่งเคยมีแนวโน้มลดลงมาตลอดตั้งแต่ พ.ศ. 2530 จน พ.ศ. 2539 ก็กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงปี พ.ศ. 2540 และ 2541¹⁰ แสดงให้เห็นว่า แม้สภาวะของเด็กแรกเกิดจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ยังต้องเผชิญกับความผิดปกติแต่กำเนิด รวมถึงต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จากมารดาที่มีอัตราเพิ่มมากขึ้นด้วย

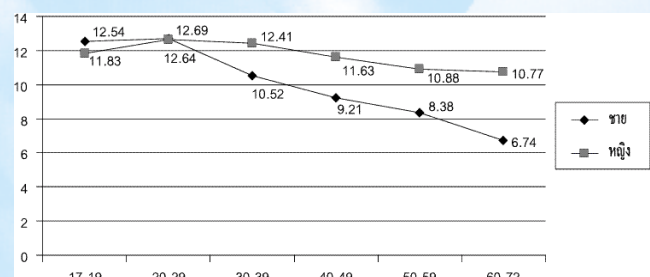
หากย้อนไปดูแนวโน้มการตั้งครรภ์หรือสภาวะเจริญพันธุ์ของหญิงไทยจะพบว่า จากการสำรวจใน พ.ศ. 2539 มีสตรีวัยเจริญพันธุ์แท้งบุตรถึงร้อยละ 8.6 หรือประมาณ 1,711,500 คนในหนึ่งปี ซึ่ง 1 ใน 5 ของกลุ่มหญิงที่แท้งบุตรเหล่านี้ทำตัวเอง หากนำข้อมูลเหล่านี้มาเปรียบเทียบกับจำนวนเด็กที่เกิดมีชีพในปีเดียวกันจะเห็นได้ว่าเด็กที่ถูกทำแท้งมีจำนวนสูงกว่าเด็กที่เกิดและมีชีวิตรอดเสียอีก

ในช่วงแรกหรือระหว่างอายุ 0-5 ปี เด็กไทยที่เติบโตขึ้นโดยมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มมากขึ้นจนถึงร้อยละ 70 ใน พ.ศ. 2542 โดยแนวโน้มดังกล่าวเกิดขึ้นใน

แรงเหวี่ยงขา (กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัว)

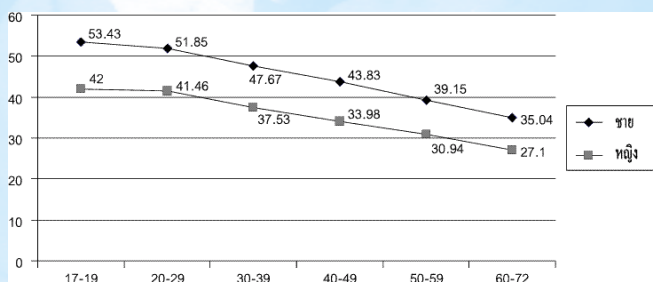


ความอ่อนตัว sit and reach (เซนติเมตร)

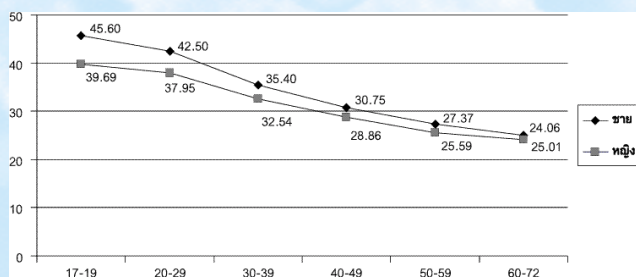


¹⁰ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พ.ศ. 2541.

ความจุปอดต่อน้ำหนักตัว (มิลลิเมตรต่อน้ำหนักตัว)



สมรรถภาพการใช้ออกซิเจน (มิลลิเมตรต่อน้ำหนักตัว)



ทุกภาคของประเทศ ทั้งยังพบว่าเด็กไทยมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2538 โดยแนวโน้มดังกล่าวปรากฏทั้งในประชากรเขตเมืองและเขตชนบททั้งเด็กหญิงและเด็กชาย¹¹

เมื่อเข้าสู่วัยเรียนหรือช่วงอายุ 6-12 ปี เด็กไทยเริ่มแสดงภาวะขาดอาหารเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 35 ตลอดจนเกิดภาวะโลหิตจางเพิ่มมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ขนาดโครงสร้างร่างกายของคนไทยเมื่อพิจารณาจากความสูงในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป ชี้ให้เห็นว่าคนไทยที่เข้าสู่วัยแรงงานในทศวรรษปัจจุบันมีส่วนสูงมากกว่าคนไทยรุ่นที่เข้าสู่วัยแรงงานใน 5 ทศวรรษที่ผ่านมาอย่างชัดเจนทั้งเพศชายและหญิง สะท้อนให้เห็นได้ว่าสภาพโภชนาการของคนไทยที่เกิดและเติบโตในช่วง 20

ปีที่ผ่านมาดีกว่าคนไทยรุ่นก่อนหน้า

วิถีชีวิตที่แปรเปลี่ยนไปในครึ่งศตวรรษหลังได้ส่งผลให้คนไทยในวัยแรงงานโดยเฉลี่ยสะสมไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ดังสะท้อนให้เห็นจากข้อมูลการศึกษา

¹¹ การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 3 และ 4.

ดัชนีมวลสารของร่างกาย (Body Mass Index: BMI) และสัดส่วนของเอวต่อสะโพกของคนไทยที่เพิ่มมากขึ้นตามการเจริญวัย นอกจากนี้สัดส่วนของประชากรที่มีไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและมีความดันโลหิตสูงก็เพิ่มขึ้นด้วย ทั้งหมดนี้ตอกย้ำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนกับพยาธิสภาพทางหลอดเลือดได้อย่างชัดเจน ในขณะที่สมรรถนะของร่างกาย ได้แก่ พลังของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัวของร่างกาย ความจุปอด และสมรรถภาพของร่างกายในการใช้ออกซิเจนก็ลดลงอย่างรวดเร็วในกลุ่มที่มีอายุเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าคนไทยยังไม่สามารถดูแลรักษาร่างกายให้มีสมรรถนะยืนยาวออกไปในขณะที่สูงวัยขึ้นได้ แม้ว่าสมรรถนะทางกายเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถเสริมสร้างให้เข้มแข็ง อดทน และยืดหยุ่นได้ยาวนานกว่าที่เป็นอยู่

ความเสื่อมโทรมของร่างกายในกลุ่มคนไทยสูงอายุเหล่านี้สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการใช้ชีวิตที่บ่อนทำลายสุขภาพสะสมมาตั้งแต่ช่วงวัยแรก ๆ เรื่อยมาจนถึงบั้นปลายชีวิตด้วยเหตุนี้แม้คนไทยจะมีช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้นแต่มันก็กลับส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์กับภาวะทุพพลภาพของตนยาวนานยิ่งขึ้น ทุกภาวะเหล่านี้เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ สมอง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และความรุนแรงที่ประสบมาในชีวิต

วิถีสุขภาพกับโลกาภิวัตน์

คนไทยในยุคเปลี่ยนผ่านสู่ศตวรรษที่ 3 มีความใส่ใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้น เห็นได้จากมีผู้ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายให้พอเพียงมากขึ้น มีผู้ให้ความสนใจกับองค์ประกอบและปริมาณของสารอาหารที่ตนควรได้รับอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น แต่ในขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ผันแปรไปและการประกอบอาชีพที่มีความกดดันมากขึ้น เนื่องจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะเวลา 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาส่งผลให้คนจำนวนมากมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่บั่นทอนสุขภาพเพิ่มมากขึ้นหลายประการเริ่มตั้งแต่เด็กในวัยประถมศึกษา เด็กไทยที่มีโอกาสได้ออกกำลังกาย

กายและเล่นกีฬากลางแจ้งมากกว่า 1-2 ชั่วโมงต่อวัน มีประมาณร้อยละ 80.7 ของเด็กในวัยนี้ แต่เมื่อเติบโตขึ้นอยู่ในวัยแรงงานก็จะลดการออกกำลังกายลง โดยเฉพาะในประชากรเพศหญิงจะมีสัดส่วนผู้ออกกำลังกายเป็นประจำต่ำมาก

การนันทนาการด้วยการดูโทรทัศน์หรือวิดีโอหรือเล่นวิดีโอเกมส์ในวันธรรมดาของเด็กไทยมากกว่า 1-2 ชั่วโมงต่อวันสูงถึงร้อยละ 69.2 และในวันหยุดจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.8 เมื่อเติบโตขึ้น เยาวชนไทยอายุระหว่าง 15-24 ปีก็จะใช้เวลาในการดูโทรทัศน์มากขึ้น การออกกำลังกายเริ่มลดน้อยลง จนเมื่ออยู่ในวัยแรงงานคนไทยจะออกกำลังกายลดน้อยลงเรื่อย ๆ ทั้งยังมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นทั้งในเพศหญิงและชาย ทุก ๆ หนึ่งในห้าของประชากรไทยยังคงสูบบุหรี่อยู่แม้ว่าจะมีการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันมานานับ 10 ปี และแนวโน้มการใช้ยาเสพติดก็ยังคงเพิ่มขึ้น เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมที่บ่อนทำลายสุขภาวะยังขยายตัวกว้างขวางขึ้น

คนไทยมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุที่น้อยลง การมีเพศสัมพันธ์กับคู่สัมพันธ์มากกว่าหนึ่งคนในแต่ละปีกลายเป็นปรากฏการณ์ที่ขยายตัวกว้างขึ้นในหมู่วัยรุ่นและเยาวชน เหล่านี้เป็นสาเหตุของพยาธิที่กร่อนทำลายสุขภาวะการเจริญพันธุ์ของคนไทย ดังสะท้อนให้เห็นได้จากอัตราการทำแท้งและอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ที่ยังคงสูงอยู่

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีแนวคิดในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น เมืองน่าอยู่ (Healthy City) สถานประกอบการที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) มากขึ้น แต่กลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุกลับยังไม่ได้รับการดูแลในเรื่องเหล่านี้เท่าที่ควร กล่าวคือ ผู้พิการและผู้สูงอายุยังไม่มีสถานที่สำหรับออกกำลังกายเฉพาะ ไม่ได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านนันทนาการต่าง ๆ เป็นพิเศษสำหรับผู้ที่มีศักยภาพทางร่างกายแตกต่างกัน แต่อย่างใด ทำให้ผู้พิการและผู้สูงอายุในสังคมไทยที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นยังไม่สามารถสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้เต็มตามสมรรถนะที่พึงมี



สุขภาวะ ทางจิต

สุขภาพจิตที่ดีมีความหมายครอบคลุมถึงสมรรถนะที่จะมีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ราบรื่น สมรรถนะที่จะปรับตัวให้เข้ากับภาวะสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและการดำรงชีพได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนปราศจากอาการของโรคทางจิต¹² การแสดงภาพทางจิตของคนในสังคมจึงจำเป็นต้องครอบคลุมหลายด้าน ประกอบด้วย ด้านปัญญาความคิด ความเข้าใจ ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ คือสามารถเผชิญกับความตึงเครียดและภาวะกดดันได้ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือสามารถเข้ากับผู้อื่นได้ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว ด้านการทำงานสามารถทำงานได้เต็มที่ตามความสามารถ เลือกอาชีพได้ตรงกับความถนัด รวมไปถึงการรู้จักตนเอง ภาควิถีใจในสิ่งดี ๆ ที่ตนมีอยู่ เห็นได้ว่าสุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญที่เชื่อมต่อระหว่างภายในคือจิตวิญญาณของบุคคลกับสุขภาพกาย สังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก และเป็นกลไกหลักที่ทำหน้าที่ควบคุมดูแลภาพของสุขภาวะ

พัฒนาการและปัญหาทางจิต

พัฒนาการของเด็กในวัยแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี เป็นเครื่องบ่งชี้สุขภาวะทางจิตในช่วง

¹² World Health Organization. Statistical Indices of Family Health. Technical Report Series No. 587. Geneva, 1976.

ปฐมวัย จากการสำรวจสุขภาพคนไทยเมื่อ พ.ศ. 2539 แสดงให้เห็นว่าเด็กไทยในวัยนี้มีการพัฒนาตามวัยจนถึงเร็วกว่าวัยร้อยละ 93.7 แต่เมื่อศึกษาการพัฒนาในด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองกลับพบว่าการพัฒนาสมวัยเพียงประมาณร้อยละ 81.3 การพัฒนาด้านภาษาสมวัยร้อยละ 81.3 และแม้ว่าเด็กไทยจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัวสมวัยประมาณร้อยละ 78.9 แต่กลับมีพัฒนาการด้านการใช้มือและการทำงานประสานกันสมวัยเพียงร้อยละ 60.0 เท่านั้น

จากการศึกษาในบางกรณีพบว่า เด็กในช่วงปฐมวัย (0-5 ปี) มีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 29 ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นในรูปของพัฒนาการที่ผิดปกติ ปัญหาการกิน การนอน และเมื่อเติบโตเข้าสู่วัยเรียนชั้นประถมศึกษาได้ร้อยละ 44.1 ก็แสดงแนวโน้มปัญหาต่ำกว่า 90 อันเป็นเกณฑ์แสดงว่ามีแนวโน้มต่ำ ทั้งยังมีเด็กปัญญาอ่อนหรือมีแนวโน้มต่ำกว่า 70 อยู่ถึงร้อยละ 8.5

จากการสำรวจแนวโน้มของเด็กรับรู้ (6-12 ปี) โดยใช้เครื่องมือสำรวจที่ไม่ใช้ทักษะทางภาษา (Test of Nonverbal Intelligence หรือ TONI) ก็ปรากฏว่าค่าเฉลี่ยแนวโน้มของเด็กรับรู้ที่ 91.6 และมีความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.87 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของโลกซึ่งมีค่าเท่ากับ 100 นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กไทยในกรุงเทพฯ มีพัฒนาการทางแนวโน้มสูงกว่าเด็กไทยในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยแนวโน้มในเด็กเหล่านี้ได้แก่ ประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากเด็กในเขตเทศบาลที่มีค่าเฉลี่ยแนวโน้มสูงกว่าเนื่องจากมีโอกาสหรือมีประสบการณ์กับการทดสอบทำนองนี้มาก่อน ทำให้เข้าใจและเรียนรู้ได้เร็ว ทั้งยังมีปัจจัยทางชีวภาพอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เด็กในเมืองและเขตเทศบาลแตกต่างจากเด็กในพื้นที่ห่างไกลอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การเลี้ยงดู เป็นต้น ข้อมูลจากการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของเด็กรับรู้มีความสัมพันธ์กับภาวะทางโภชนาการของเด็ก รวมถึงระดับการศึกษาของมารดาหรือผู้ดูแลเด็กอย่างชัดเจน

ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในอดีตสะท้อนให้เห็นจากข้อมูลรายงานจากโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศใน พ.ศ. 2536 ซึ่งแม้จะยังครอบคลุมไม่ครบถ้วน แต่ก็พบว่ามียัตราความชุกถึง 1,837 ต่อแสนประชากร ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคจิตกัังวล 836 ต่อแสนประชากร ผู้มีอาการโรคจิต 245 ต่อแสนประชากร ผู้มีอาการลมชัก 119 ต่อแสนประชากร ติดสารเสพติด 115 ต่อแสนประชากร มีอาการซึมเศร้า 33.7 ต่อแสนประชากร ปัญญาอ่อน 13.2 ต่อแสนประชากร และฆ่าตัวตายประมาณ 45 ต่อแสนประชากร¹³

จากจำนวนดังกล่าว แม้จะดูเหมือนปริมาณของปัญหาไม่มากนักเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร แต่เมื่อทำการสำรวจประชากรอายุ 15-60 ปีในระดับชุมชนเมื่อ พ.ศ. 2542 กลับพบว่ามีคนไทยถึงร้อยละ 10.2 เสพแอลกอฮอล์ติดปกตินมีอาการติดเรื้อรังถึงร้อยละ 5.8 เป็นโรคลมชักร้อยละ 0.7 ปัญญาอ่อนร้อยละ 1.3 ติดสารเสพติดร้อยละ 5.6 และมีความผิดปกติทางจิตใจอย่างใดอย่างหนึ่งถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งเมื่อให้จิตแพทย์ทำการวินิจฉัยแยกโรคก็ปรากฏผลว่าเป็นโรคประสาทวิตกกังวลร้อยละ 4.4 มีความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 1.8 มีอาการของโรคจิตเภทร้อยละ 0.2 และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 1.0¹⁴ เห็นได้ชัดว่าภาวะสุขภาพจิตของคนไทยมีมากกว่าปริมาณที่ปรากฏให้เห็นในสถานพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐเป็นจำนวนมาก สะท้อนความจริงว่าบริการในด้านสุขภาพจิตยังครอบคลุมไม่พอเพียงกับความต้องการที่มีอยู่

สำหรับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีสภาวะบกพร่องทางปัญญาสูงถึงร้อยละ 16.5 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอยู่ถึง 1 ใน 5 และมีผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมถึงร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยอัตราความชุกจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 1.0 ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี ไปเป็นร้อยละ 31.3 ในกลุ่มอายุ 90-

¹³ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข พ.ศ. 2537.

¹⁴ อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย. กองแผนงานสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2542.

94 ปี ทั้งนี้ปัญหาเรื่องสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากสัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยกำลังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ¹⁵

การบ่มเพาะสุขภาพทางจิต

การเลี้ยงดูเด็ก

ผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดูมาท่ามกลางครอบครัวที่อบอุ่นและสังคมกัลยาณมิตรจะเติบโตเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ และสามารถปรับตัวเข้ากับสังคม ตลอดจนสร้างสังคมที่เอื้ออาทรต่อกันและกันได้ พัฒนาการของพื้นอารมณ์และสติปัญญาเป็นผลจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กโดยเฉพาะในช่วงปฐมวัย แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะหลังก็คือ ครอบครัวไทยส่วนใหญ่ในปัจจุบันได้แปรสภาพไปเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ทำให้เด็กที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพ่อแม่มีจำนวนลดน้อยลง เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยมารดาเพียงลำพังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และแม้ในกลุ่มเด็กที่มีพร้อมทั้งพ่อและแม่ก็ยังพบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่ที่ช่วยกันเลี้ยงดูลูกยังขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตควบคู่ไปกับการเลี้ยงดูทางกาย

จากการศึกษาการเลี้ยงดูเด็กในช่วงปฐมวัยใน พ.ศ. 2539 แสดงให้เห็นว่าเด็กที่แม่เป็นผู้เลี้ยงดูเองในตอนกลางวันมีเพียงร้อยละ 53.6 อีกร้อยละ 40 ถูกเลี้ยงดูโดยญาติและผู้อื่น แม้ว่าในกลุ่มของเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) จะอยู่ในการเลี้ยงดูของพ่อแม่ถึงร้อยละ 81.4 โดยมีเด็กที่แม่เลี้ยงคนเดียวร้อยละ 7.5 และพ่อเลี้ยงคนเดียวร้อยละ 1.8

เด็กในภาวะยากลำบาก

จากการสำรวจของกรมประชาสงเคราะห์เมื่อ พ.ศ. 2538 ประเมินการว่ามีเด็กอายุ 0-14 ปีที่อยู่ในภาวะยากลำบากจำนวนมาก โดยเป็นเด็กจากครอบครัวยากจน 6

¹⁵ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : พิมพ์โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2542.

ล้านคน เด็กถูกทอดทิ้งปีละกว่าแสนคน เด็กกำพร้าประมาณ 350,000 คน เด็กเร่ร่อนขอทาน 370,000 คน เด็กพิการทางกายหรือจิตประมาณ 4 แสนคน และเด็กซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยกว่า 2 แสนคน¹⁶ (ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมเด็กที่เป็นลูกของแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายที่ต้องซ่อนเร้นตัวเองจากสังคมตลอดเวลาอีกนับแสนคน) ทำให้ประมาณได้ว่าหลังวิกฤตทางเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2539 จำนวนเด็กในสภาวะยากลำบากเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นอีก นอกจากนั้นจากการศึกษาเดียวกันนี้ยังแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 15 ของครอบครัวไทยมีการทำร้ายกันขึ้นเมื่อเกิดความขัดแย้ง เด็กมีแนวโน้มที่จะถูกทำร้ายและถูกระงับการกระทำรุนแรงมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากข่าวที่ปรากฏตามหน้าหนังสือพิมพ์ตลอดจนสื่อต่าง ๆ

นอกจากนั้น คาดกันว่ามีเด็กกำพร้าอายุต่ำกว่า 12 ปีที่พ่อแม่เสียชีวิตจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ใน พ.ศ. 2543 มากกว่า 350,000 คน¹⁷ เด็กเหล่านี้จำเป็นต้องเผชิญกับภาวะความกดดันจากปัญหาการเลือกปฏิบัติในชุมชนซ้ำเติมภาวะความยากจนอันเป็นผลจากการไร้พ่อแม่เลี้ยงดู

สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อพัฒนาการทางจิตใจในวัยเด็กและหล่อหลอมสภาพจิตที่ผิดปกติให้แก่เด็กผู้ซึ่งจะเป็นอนาคตของสังคมไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

¹⁶ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รายงานผลการสำรวจข้อมูลโครงการส่งเสริมสวัสดิการสังคมระดับครัวเรือนทั่วประเทศ โรงพิมพ์ประชาชน, กรุงเทพฯ : เอกสารวิชาการลำดับที่ 385 เล่มที่ 26/2539.

¹⁷ Boonchalaksi W, Guest P. A Study on projection numbers of Orphans, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 1993.



สุมภาวะ ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

กลไกทางสังคมและเศรษฐกิจของมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางตั้งแต่ระดับอนุและเซลล์ของสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ รวมทั้งคน ก่อให้เกิดการกลายพันธุ์หรือพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ไปจนถึงการกำหนดเงื่อนไขทางสังคม การเมือง ตลอดจนสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้คน ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของความสัมพันธ์ระหว่างคนในสังคม ชุมชน และครอบครัว จึงกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมของมนุษย์ได้ส่งผลกระทบย้อนกลับมาที่คุณภาพชีวิตของคนในสังคมอย่างรุนแรง

ภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปในประเทศไทย อาจจำแนกวิเคราะห์ได้ทั้งในด้านสภาพภูมิอากาศ ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ มลภาวะในอากาศ น้ำ ดิน และสภาพของสังคมและครอบครัว อันเป็นผลกระทบมาจากการเพิ่มของประชากร การขยายตัวของเมือง ทำให้มีการใช้ประโยชน์ที่ดินอย่างกว้างขวางขึ้นทั้งในด้านเกษตรกรรมที่มีการขยายพื้นที่ทำกินอย่างกว้างขวาง มีการตัดไม้ทำลายป่ารวมทั้งผืนดินไปทั่วประเทศ ในขณะเดียวกันการขยายพื้นที่สำหรับอุตสาหกรรมในระยะ 3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้ก่อปัญหามลภาวะและทำให้มีการโยกย้ายคนออกจากสังคมชนบทกลายมาเป็นผู้ขายแรงงานและขายบริการ การก่อสร้างเส้นทางคมนาคมและสื่อสาร แม้

ปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจ	ภูมิอากาศ เสื่อมโทรม	ทรัพยากร ธรรมชาติ เสื่อมสลาย	ก่อดลพิษใน อากาศ น้ำ ดิน	สังคม ชุมชน และครอบครัว ล่มสลาย
ประชากรเพิ่ม ขยายเมือง	+++	+++	+++	+++
เกษตรกรรม ยังชีพไปสู่พาณิชย์	+	+++	+++	+++
อุตสาหกรรม และบริการ	+++	++	+++	+++
การคมนาคม และสื่อสาร	+++	+	+++	++
พลังงาน	+++	++	+++	+-
การท่องเที่ยว	+-	+	++	+-

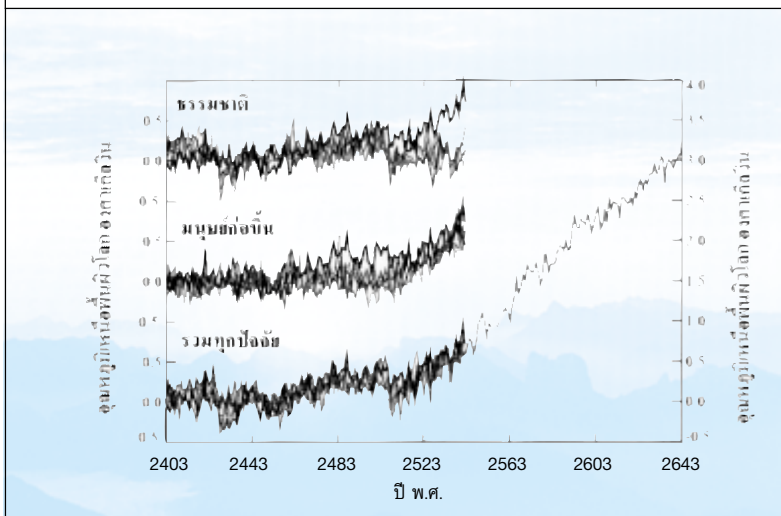
จะส่งผลให้ผู้คนมีโลกทัศน์ที่กว้างขวางขึ้น แต่ก็ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและชุมชนอย่างรวดเร็ว การก่อสร้างถนนที่เชื่อมโยงทุกพื้นที่ในประเทศทำให้การขนส่งลำเลียงสินค้ารวดเร็วขึ้น และเปลี่ยนสังคมจากเกษตรยังชีพไปสู่เกษตรพาณิชย์ การค้าแรงงาน การท่องเที่ยว แม้จะเป็นกิจกรรมที่ทำรายได้อันดับต้น ๆ ของประเทศ แต่ขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงและรวดเร็ว และเนื่องจากกิจกรรมทางเศรษฐกิจเหล่านี้จำเป็นต้องใช้พลังงานอย่างมหาศาลจึงทำให้มีการเผาผลาญเชื้อเพลิง อันได้แก่ น้ำมัน ถ่านหิน (ซึ่งส่วนใหญ่

ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ) ในปริมาณมากอย่างรวดเร็ว การสันดาปที่ไม่สมบูรณ์ของเชื้อเพลิงเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม เกิดเป็นมลพิษหลากหลายชนิดสะสมอยู่ในอากาศ ดิน น้ำ และก่อปัญหาสุขภาพกับมนุษย์ในที่สุด¹⁸

ภาวะภูมิอากาศ

อุณหภูมิของอากาศที่ผิวพื้นโลกค่อย ๆ สูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา โดยพบว่า นับจาก พ.ศ. 2303 โลกร้อนขึ้น 0.2 K ต่อทศวรรษ และการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิพื้นผิวโลกก็เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ตอนต้นของคริสต์ศตวรรษที่ 21 ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยที่มนุษย์เป็นผู้ก่อขึ้นกว่าร้อยละ 60 ของสาเหตุทั้งหมดที่ทำให้โลกร้อนขึ้น¹⁹ การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิพื้นผิวโลกส่งผลกระทบต่อทุกชีวิตโดยไม่จำกัดว่าจะอยู่ในภูมิภาคใดของ

โลก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นผลมาจากประชากรในประเทศต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีการทำอุตสาหกรรมและใช้พลังงานมากขึ้น ปลูกปล่อยสารประเภทคาร์บอนไดออกไซด์ สารประกอบซัลเฟอร์ และสารเคมีนานาชนิด ตลอดจนฝุ่นละออง ขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศ ทำให้มีผลคล้ายเป็นเรือนกระจก (Greenhouse Effect) ครอบคลุมโลกอยู่



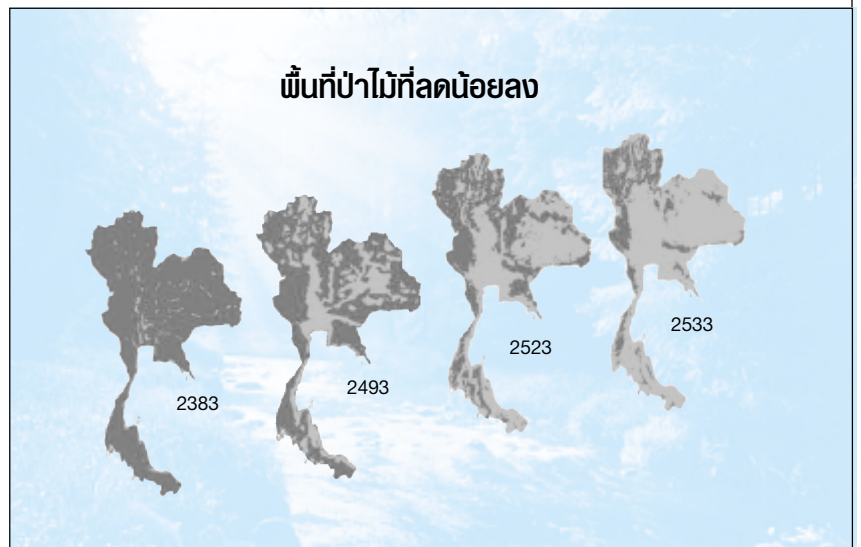
¹⁸ กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์. การจัดการสิ่งแวดล้อมในระบบสุขภาพ. ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : จัดพิมพ์โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สิงหาคม 2543.

¹⁹ Stott PA, et al. External Control of 20th Century Temperature by Natural and Anthropogenic Forcings. Vol 290. Science 15 December 2000. pp 2133-7.

ในประเทศไทย นอกจากปัญหาฝุ่นละอองและมลพิษในอากาศจะขยายตัวขึ้นในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมหลาย ๆ แห่งที่เกิดขึ้นมากมายในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาแล้ว การขยายเขตเมืองและการคมนาคมขนส่งตามถนนหนทางก็ส่งผลให้ฝุ่นผงในอากาศในหลายพื้นที่เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ความพยายามควบคุมความหนาแน่นของการใช้ยานพาหนะในกรุงเทพฯ จนปริมาณฝุ่นขนาดเล็กลดลงใน พ.ศ. 2540 และ 2541 และการยกเลิกการใช้สารตะกั่วในน้ำมันเบนซินที่ทำให้ปริมาณสารตะกั่วในอากาศเฉลี่ยต่อเดือนในกรุงเทพฯ ลดลง เป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่านโยบายสาธารณะที่เหมาะสมสามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพภูมิอากาศให้เอื้อต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์ได้ ทั้งนี้จากการศึกษาปัญหามลพิษทางอากาศในกรุงเทพฯ ได้ยืนยันว่า หากคุณภาพอากาศด้านฝุ่นละอองดีขึ้นร้อยละ 20 จะมีผลประโยชน์ทางสุขภาพกลับคืนมาคิดเป็นมูลค่าถึง 10,000-40,000 ล้านบาทต่อปี²⁰

ทรัพยากรธรรมชาติ

ด้วยระยะเวลาเพียงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ทรัพยากรธรรมชาติอันเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับปัจจัยการดำรงชีพของคนไทยถูกทำลายจนเสื่อมโทรมลงอย่างเห็นได้ชัด ปริมาณป่าไม้ที่เคยอุดมสมบูรณ์เมื่อ 50 ปีที่แล้ว ลดน้อยลงจนเหลือเพียงประมาณร้อยละ 20



²⁰ World Bank., Thailand. "Mitigation Pollution and Congestion Impacts in a High-growth Economy." Country Economic Report. Report No. 11770-TH. Washington, DC: the World Bank, 1994

ของพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งจากการบุกรุกทำลายเพื่อขยายพื้นที่เกษตรกรรม ถูกตัดโค่นลง เพื่อนำไม้มาใช้ประโยชน์เป็นที่พักอาศัยและเพื่อการค้า ปริมาณพืชพันธุ์และสัตว์ป่าต่าง ๆ ลดน้อยลงทั้งในเชิงปริมาณและชนิดพันธุ์ ทั้งยังพบว่าพืชและสัตว์จำนวนมากสูญพันธุ์ไปจากแผ่นดินไทย การขยายตัวของประชากรของภาคการเกษตรและอุตสาหกรรมและการขยายตัวของเขตเมืองกระตุ้นให้เกิดการบริโภคทรัพยากรธรรมชาติมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีได้คำนึงถึงสมดุลทางธรรมชาติที่พึงรักษาไว้ ผิวดินเสื่อมสลายหมดสิ้นความอุดมสมบูรณ์ อาหารตามธรรมชาติตลอดจนทรัพยากรที่ชาวบ้านในพื้นที่ห่างไกลยังต้องอาศัยเพื่อยังชีพลดน้อยลงเรื่อย ๆ ไม่ว่าจะเป็นพืชผลที่เคยหาเก็บได้ในพื้นที่ป่าหรือสัตว์น้ำตามชายฝั่งทะเลและแม่น้ำลำคลอง

มลพิษแวดล้อม

จากแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมตลอดช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลให้มีการขยายตัวของเขตเมือง เขตอุตสาหกรรม และเปลี่ยนรูปแบบการเกษตรแบบยังชีพให้เป็นเกษตรเชิงพาณิชย์ที่มุ่งหวังผลผลิตจำนวนมากภายในระยะเวลาอันสั้นเพื่อส่งขายเป็นสินค้าออก ได้ก่อให้เกิดมลพิษแกสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นมากมาย น้ำจากแหล่งต่าง ๆ ตั้งแต่น้ำฝนปนเปื้อนสารเคมีและมลพิษหลากหลายในอากาศ น้ำผิวดินที่ปนเปื้อนเชื้อโรคจากแหล่งชุมชนและสารพิษจากแหล่งอุตสาหกรรม รวมทั้งน้ำจากพื้นที่เกษตรกรรมเชิงพาณิชย์ที่จำเป็นต้องพึ่งพาทั้งปุ๋ยเคมีและยากำจัดศัตรูพืชปริมาณมากได้ไหลรวมลงยังแหล่งน้ำต่าง ๆ ส่งผลให้ปริมาณน้ำสะอาดสำหรับการบริโภคของคนไทยลดน้อยลง หรือไม่อยู่ในสภาพที่น่าวางใจพอแก่การบริโภค ทำให้คนจำนวนมากต้องพึ่งพาน้ำดื่มบรรจุขวดซึ่งผลิตขายอย่างกว้างขวาง

นอกจากนี้ ปริมาณขยะจากครัวเรือน แหล่งชุมชน และขยะที่เป็นสารพิษอันตรายจากโรงงานอุตสาหกรรม ก็เพิ่มทวีมากขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อประกอบกับพื้นที่ที่มี

อยู่จำกัด รวมทั้งความตื่นตัวในการดูแลรักษาสภาพแวดล้อม ก็ทำให้การกำจัดขยะอย่างเป็นระบบและถูกต้องกลับกลายเป็นภาระและก่อให้เกิดปัญหาขัดแย้งขึ้นในชุมชนหลายแห่งในประเทศ ที่สำคัญ ขยะอันตรายก็ทวีขึ้นจนคาดว่าใน พ.ศ. 2544 จะมีของเสียอันตราย (Hazardous Wastes) เพิ่มขึ้นถึง 2.8 ล้านตัน โดยที่ประมาณร้อยละ 74 เป็นขยะสารพิษจากภาคอุตสาหกรรม โดยที่รัฐเองก็ยังไม่สามารถกำหนดกระบวนการและกลไกการจัดเก็บ รวบรวม และทำลายได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีการต่อต้านการก่อสร้างหลุมฝังเก็บขยะพิษเหล่านี้ในแทบทุกพื้นที่ ในปัจจุบันประเทศไทยมีศูนย์บริการกำจัดกากอุตสาหกรรมอยู่เพียง 3 แห่ง ซึ่งมีขีดความสามารถในการกำจัดของเสียอันตรายได้เพียงปีละ 130,000 ตันเท่านั้น

ที่สำคัญยังพบว่าสารเคมีและโลหะหนักในน้ำและในดินได้ปนเปื้อนเข้าไปในห่วงโซ่อาหารของมนุษย์และสัตว์ในหลายกรณี เช่นที่พบว่ามีสารเคมีที่ใช้ในการเกษตรปนเปื้อนไปกับพืชผักที่ขายอยู่ในท้องตลาดในปริมาณที่น่าเป็นห่วง จนต้องมีการรณรงค์บริโภคพืชผักปลอดสารพิษ และในอาหารทะเลก็มีการตรวจพบสารเคมีและโลหะหนัก อาทิ พรอท ตะกั่ว แคดเมียม ดีบุก ทองแดง ฯลฯ ตกค้างมากขึ้น อันเนื่องมาจากการสะสมสารเคมีและโลหะหนักเหล่านี้ในเนื้อเยื่อไขมันของสัตว์น้ำขนาดเล็กที่อยู่ในห่วงโซ่อาหารของสัตว์ทะเลที่เป็นอาหารของมนุษย์

สังคม ครอบครัว ล่มสลาย

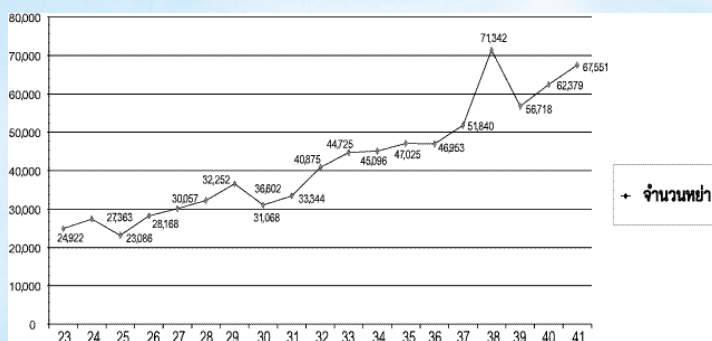
การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในช่วงที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบและก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้คนในสังคมมากมาย ปัญหาความยากจนและการดิ้นรนเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นผลักดันให้ครอบครัวจำนวนมากในชนบทต้องหลุดออกจากรฐานการผลิตและวิถีชีวิตดั้งเดิม คุณภาพชีวิตในทางร่างกาย จิตใจ ความสามารถเชิงภูมิปัญญา ศักยภาพ และวัฒนธรรมอ่อนแอลง ส่งผลให้คนจำนวนมากต้องกลายเป็นเพียงทรัพยากรแรงงานใน

ภาคพาณิชย์และบริการ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เคยเป็นต้นทุนด้านความเกื้อกูล ความเอื้ออาทรที่มีต่อกันในระดับครอบครัวและชุมชนก็เสื่อมถอยและอ่อนด้อยลงในทุก ระดับ แต่ละครอบครัว ชุมชน จึงจำต้องเผชิญผลกระทบจากปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่ปรากฏ ขึ้นด้วยปริมาณและความรุนแรงที่ซับซ้อนและหนักหน่วงขึ้น

ครอบครัวไทยในปัจจุบันมีขนาดเล็กลง เปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็น ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าใน พ.ศ. 2543 มีขนาดครัวเรือน 3.7 คนต่อ

ครอบครัว โดยลดลงจาก 4.3 คน ใน พ.ศ. 2534 เนื่องจากแนวโน้มความต้องการบุตรจำนวนมาก ได้ลดลง นอกจากนั้นการแต่งงานก็มีแนวโน้มลดลง เห็นได้จากจำนวนผู้จดทะเบียนสมรสที่ ลดลงเรื่อย ๆ จาก 470,000 คู่ใน พ.ศ. 2538 เหลือเพียง 396,000 คู่ใน พ.ศ. 2540 ขณะเดียวกัน อัตราการหย่าร้างกลับเพิ่มสูงขึ้น เห็นได้จากจำนวนผู้จดทะเบียน

จำนวนการจดทะเบียนหย่า



หย่าจาก 46,700 คู่ใน พ.ศ. 2537 ไปเป็น 62,000 คู่ใน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้ผู้หญิง จำนวนมากจำต้องมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือนไร้คู่ รับผิดชอบทั้งตนเอง ครอบครัว และบุตรเพิ่มขึ้น เนื่องจากในสังคมไทยผู้หญิง 4 ใน 5 ของจำนวนที่หย่าร้างกับสามี ตกลงหย่าขาดโดยไม่ได้รับค่าเลี้ยงดู²¹

²¹ อภิญา เวชยชัย. งานสวัสดิการสังคมสำหรับครอบครัวด้อยโอกาส งานทบทวนการวิจัย เสนอต่อสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข, กุมภาพันธ์ 2543.

เมื่อสังคมไทยเผชิญกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจหลัง พ.ศ. 2539 ผลกระทบจากโครงสร้างการผลิตของประเทศที่ล้มเหลวได้ส่งผลกระทบต่อเมืองถึงชุมชนและครอบครัวอย่างรุนแรง คนตกงานในทุกภาคการผลิตร่วม 2 ล้านคนในระยะ 2 ปีที่ผ่านมาส่งผลให้ครอบครัวมีฐานะยากจนลง เกิดปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงแพร่กระจายกว้างขวางขึ้น แต่จากการติดตามศึกษาข้อมูลทางด้านสังคมกลับสะท้อนสมรรถนะของครัวเรือนไทยที่จัดการกับรายจ่ายได้ดีขึ้น ลดการใช้จ่ายของครอบครัวในสิ่งที่ฟุ่มเฟือยและส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เหล้าและบุหรี่ ลงอย่างเห็นได้ชัด แต่ที่น่าสนใจก็คือพบว่าแต่ละครัวเรือนยังสามารถให้การช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ญาติมิตรในครอบครัวที่ยากจนกว่าได้ดังเดิม สะท้อนให้เห็นว่าทุนทางสังคมในวัฒนธรรมไทยนั้นยังคงอยู่²²

อย่างไรก็ตาม สภาพทุนทางสังคมที่เสื่อมทรามลงก็เริ่มปรากฏผลให้เห็น ทั้งจากจำนวนเด็กทารกที่ถูกทอดทิ้งหลังการคลอดที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น เด็กที่ขาดครอบครัวดูแลจนต้องเข้าสู่วงจรการประกอบอาชญากรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเราคงปฏิเสธไม่ได้ว่าสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการพัฒนาสังคมไทยในระยะยาว

สังคมไทยในยุคที่เศรษฐกิจเติบโตอย่างขาดการควบคุมด้านผลกระทบต่อสังคมและครอบครัวเช่นนี้ จำเป็นอยู่เองที่จะต้องเร่งสร้างเครือข่ายความมั่นคงทางสังคม (Social Safety Net) ให้แข็งแรงกว่าที่เป็นอยู่ เพราะทุนทางสังคมไทยในปัจจุบันได้ด้อยกำลังลงจนไม่สามารถรองรับกับภาวการณ์ทางสังคมที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ อันส่งผลให้สภาวะทางสังคมของชาวไทยตกอยู่ในสภาพอ่อนล้า

²² World Bank, *Thailand Social Monitor: Social Capital and the Crisis*, Bangkok, World Bank Thailand offices, 2000.



สุขภาวะ ทางจิตวิญญาณ

ความรู้ความศรัทธาในศานติกับจิตวิญญาณของผู้คนอันนำมาซึ่งความสมานฉันท์ ความเสมอภาค การให้อภัย และสันติภาพในมวลมนุษย เป็นที่เข้าใจและตระหนักในหมู่ มนุษยชาติมายาวนาน แนวคิดดังกล่าวเกิดจากวิวัฒนาการทางจิตวิญญาณที่สืบทอดผ่าน คำสั่งสอนและพิธีกรรมทางศาสนาจนถึงคนรุ่นปัจจุบัน ต่อมาเมื่อวิทยาศาสตร์ชีวภาพ พัฒนาตัวขึ้นบดบังความเชื่อความเข้าใจในสุขสันต์อันเกิดจากส่วนลึกแห่งจิตวิญญาณให้ กลายเป็นเพียงตำนานทางศีลธรรมที่ไม่สามารถชั่งตวงวัดได้และไม่สามารถนำมาใช้เป็น มาตรการปรับแก้ปัญหาสุขภาพได้ แนวคิดดังกล่าวจึงได้ถูกลืมเลือนไป ทว่าในช่วง 2 ศตวรรษที่ผ่านมาได้มีนักวิทยาศาสตร์ทั้งสาขาสาธารณสุข เศรษฐศาสตร์ และสังคม ศาสตร์ จำนวนหนึ่ง พยายามสร้างเครื่องมือชี้วัดเพื่อนำเสนอประเด็นความไม่เป็นธรรม ทางสุขภาพขึ้น²³ เพื่อให้นำมาใช้เป็นมาตรการกำหนดกรอบนโยบายของสังคม ให้สามารถ ควบคุมให้มีการกระจายและใช้ประโยชน์ทรัพยากรอย่างเสมอภาคและด้วยความสมานฉันท์ สุขภาพทางจิตวิญญาณแยกออกเป็นสองระดับ ได้แก่ ระดับปัจเจกชน อันเป็น

²³ ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : จัดพิมพ์ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สิงหาคม 2543.

สถานการณ์สุขภาพทางจิตวิญญาณในระดับบุคคล และระดับนโยบายสาธารณะ อันเป็นสุขภาพขององค์กรตั้งแต่ระดับประเทศ จังหวัด ท้องถิ่น จนถึงชุมชน ซึ่งบ่งชี้คุณธรรมของผู้กำหนดนโยบายว่ามีความตระหนักถึงความเสมอภาคและความสมานฉันท์ อันจะก่อให้เกิดสันติภาพในสังคมไทยอันกว้างขวางเพียงไร

จิตวิญญาณของปัจเจก

วิกฤตทางจิตวิญญาณในระดับบุคคลแสดงตัวอย่างกว้างขวางในสังคมไทยในรูปของการเบียดเบียนตัวเอง ได้แก่ การติดยาเสพติด การฆ่าตัวตาย และการเบียดเบียนผู้อื่น ได้แก่ การทำร้ายผู้อื่น การใช้ความรุนแรง การแสวงหาประโยชน์ และการเลือกปฏิบัติต่อผู้อื่น

การที่คนไทยพึ่งพาสารเสพติดประเภทต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นผลมาจากจิตวิญญาณอันไร้ที่พึ่งพิง ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต กระทั่งต้องแสวงหาความสุขเฉพาะหน้าจากสารเสพติดประเภทต่าง ๆ ได้แก่ บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฮโรอีน กัญชา และที่กำลังแพร่หลายเป็นอย่างมากในปัจจุบัน ได้แก่ ยาบ้าหรือยาบ้า ซึ่งเป็นสารอนุพันธ์แอมเฟตตามีนที่มีการแพร่ระบาดเริ่มต้นจากผู้ตกเป็นทาสแรงงานต้องทำงานหักโหมจนต้องพึ่งพายา เช่น ผู้ขับรถบรรทุก แรงงานในโรงงาน แต่ต่อมาเมื่อรัฐเริ่มใช้นโยบายปราบปรามโดยใช้กฎหมายอาญาเป็นเครื่องมือ มุ่งลดกำลังการผลิตและผู้ค้า โดยขาดความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาในด้านผู้บริโภค และขาดจิตวิญญาณแห่งการให้อภัย และการสมานฉันท์ การปราบปรามจึงเป็นเสมือนการเพิ่มมูลค่าให้แก่ยาเสพติด ส่งผลให้การค้ายาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตตามีนแพร่ระบาดเข้าไปถึงกลุ่มเยาวชน เช่น นักเรียนและวัยรุ่นที่อยากลอง อยากสนุก อย่างกว้างขวาง แม้จะมีการจับกุมผู้ค้ายาบ้าเพิ่มขึ้นมากมายในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

ความรุนแรงในสังคมไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2541 มีรายงานการตายที่มีสาเหตุมาจากการถูกทำร้ายและฆาตกรรมรวม 6,767 ราย ในจำนวน

นี้กว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานโดยเป็นเพศชายสูงกว่าเพศหญิงถึง 8 เท่า ผู้เสียชีวิตร้อยละ 70 ถูกฆาตกรรมด้วยอาวุธปืน รองลงมาถูกฆ่าด้วยของมีคมอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าการฆ่าตัวตายในระยะ 10 ปีที่ผ่านมามีอัตราเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากอัตราการตาย 7 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2532 ขึ้นมาเป็น 12 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2541 ซึ่งคิดเป็นจำนวนสูงถึง 7,142 ราย เห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายมีจำนวนสูงกว่าการตายเพราะถูกฆาตกรรมเสียอีก

ครอบครัวที่อบอุ่นและมีศรัทธาในชีวิตคือปัจจัยสำคัญที่จะหล่อหลอมเยาวชนให้มีสุขภาพทางจิตวิญญาณ ดังนั้นความรุนแรงที่ก่อโดยเด็กและเยาวชนจึงเป็นภาพสะท้อนสภาวะทางจิตวิญญาณของคนไทยได้เป็นอย่างดี ทั้งยังชัดเจนกว่าความรุนแรงที่ก่อโดยผู้ใหญ่ เพราะเด็กและเยาวชนน่าจะเป็นคนรุ่นใหม่ที่ยังมีความคิดและความเชื่อที่บริสุทธิ์ จากการสำรวจพบว่าปริมาณเด็กและเยาวชนที่ถูกจับกุมและต้องชังจากการทำร้ายผู้อื่น ฆ่าผู้อื่น และข่มขืน มีจำนวนมากขึ้น เห็นได้จากจำนวนเด็กที่ถูกนำไปกักขังในสถานพินิจเด็กและเยาวชนรวมถึงเรือนจำในจังหวัดต่าง ๆ อันเป็นผลจากคดีเกี่ยวกับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมา และจากผลการศึกษาเชิงลึกในเด็กที่ก่อความรุนแรงเหล่านี้ก็พบว่าเกือบทั้งหมดมีรากฐานของปัญหามาจากความขัดแย้ง ความรุนแรงในครอบครัว ที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองเป็นผู้เริ่มสานขึ้นมา²⁴

อย่างไรก็ตาม การก่อตัวของกลุ่มเอกชนสาธารณะประโยชน์ที่ตระหนักในปัญหาเหล่านี้ปรากฏขึ้นในสังคมไทยมากมาย แต่ยังด้อยสมรรถนะจนไม่อาจปรับใช้ความรู้และวิธีการทางสังคมที่มีประสิทธิผลพอที่จะจัดการกับปัญหาได้

จิตวิญญาณสาธารณะ

ความเป็นธรรมอย่างสมานฉันท์ที่แสดงออกในนโยบายสาธารณะในระดับต่าง ๆ

²⁴ อรสม สุทธิสิดา. อาชญากรรมเด็ก. กรุงเทพฯ : จัดพิมพ์โดย สำนักพิมพ์สามัคคี, 2543.

ตั้งแต่ระดับชาติ ระดับภูมิภาค ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน เป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นถึงจิตวิญญาณสาธารณะของผู้กำหนดนโยบาย ในปัจจุบันเป็นยุคที่ประชาชนเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะกว้างขวางขึ้น ก็ยิ่งจำเป็นต้องปลูกฝังศรัทธาในสันติธรรมให้บังเกิดขึ้นในสังคมไทยเพื่อเป็นกรอบเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตวิญญาณในระดับปัจเจก

นับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มกำหนดนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคมโดยใช้แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นเครื่องมือตั้งแต่ พ.ศ. 2505 เป็นต้นมา รัฐบาลไทยเน้นหนักที่การเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ โดยมีได้มุ่งเน้นการกระจายรายได้ให้เท่าเทียมกัน ส่งผลให้ประเทศมีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจประมาณร้อยละ 7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศต่อปี จนมาหยุดชะงักเมื่อ พ.ศ. 2540 แต่การกระจายรายได้อย่างไม่เท่าเทียมกันกลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนสูงสุดใน พ.ศ. 2535 หรือสะท้อนให้เห็นจากกลุ่มคนรวยสุทธร้อยละ 20 ที่ครอบครองรายได้ถึงร้อยละ 49 ของรายได้ประชาชาติใน พ.ศ. 2518 และได้เพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 59 ของรายได้ประชาชาติใน พ.ศ. 2535 อันเป็นปีที่กลุ่มคนจนสุทธร้อยละ 20 ครอบครองรายได้เพียงแค่อ้อยร้อยละ 3.9 ของรายได้ประชาชาติเท่านั้น วิฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้คนจนมาก (Ultra Poor) ซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของเส้นความยากจนเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.6 ระหว่าง พ.ศ. 2539-2541 คิดเป็นจำนวนคนจนมากถึง 4.3 ล้านคน และคนจนน้อยหรืออยู่ระหว่างร้อยละ 80-100 ของเส้นความยากจนมีจำนวน 5.1 ล้านคน

ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่หรือในสถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยสะท้อนให้เห็นจากดัชนีอัตราป่วยหรือตายที่แตกต่างกันในพื้นที่ต่าง ๆ ดังเช่น อัตราการตายของทารก (Infant Mortality Rate) ในกลุ่มการตั้งครรภ์ของแม่ที่อ่านหนังสือไม่ออกสูงกว่ากลุ่มแม่ที่มีการศึกษาอย่างชัดเจน และอัตราการตายของทารกในกลุ่มของแม่ที่อยู่ในเขตเทศบาลก็ต่ำกว่าแม่ที่อาศัยอยู่นอกเขต

เทศบาล และจากการสำรวจกรณีการเจ็บป่วยใน พ.ศ. 2529 ก็แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมีอัตราความเจ็บป่วยน้อยกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะคนจนที่อยู่ในเขตเมืองจะมีความเจ็บป่วยสูงกว่าคนจนที่อยู่ในชนบท

สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุก็จัดเป็นภาพสะท้อนของความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพในสังคมไทย ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2539 สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาขัดสนทางการเงินมากจะมีภาวะทุพพลภาพทั้งระยะยาวและระยะสั้นสูงและรุนแรงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีอย่างชัดเจน²⁵

หลังจากการเคลื่อนไหวของประชาสังคมไทยจนประสบความสำเร็จในการผลักดันรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 อันถือได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการชี้นำแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวของพลังประชาสังคมหลากหลายรูปแบบเพื่อแสดงปรีชาติต่อภารกิจของรัฐในทุกภาคส่วน เป็นนิมิตหมายว่ากลไกกำหนดนโยบายรัฐกำลังเปลี่ยนมือจากนักการเมืองและข้าราชการเยี่ยงที่ปรากฏใน 4-5 ทศวรรษที่ผ่านมาไปสู่แนวทางการกำหนดนโยบายจากพหุภาคี (Pluralistic Polity) ทว่านั่นก็มิได้เป็นหลักประกันเสมอไปว่าจะทำให้เราได้มาซึ่งนโยบายที่มีจิตวิญญาณสาธารณะอย่างแท้จริง ทั้งยังอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งจากการเผชิญหน้ากันด้วยมิจฉาทิฐิและนำไปสู่ความรุนแรงในสังคมไทย

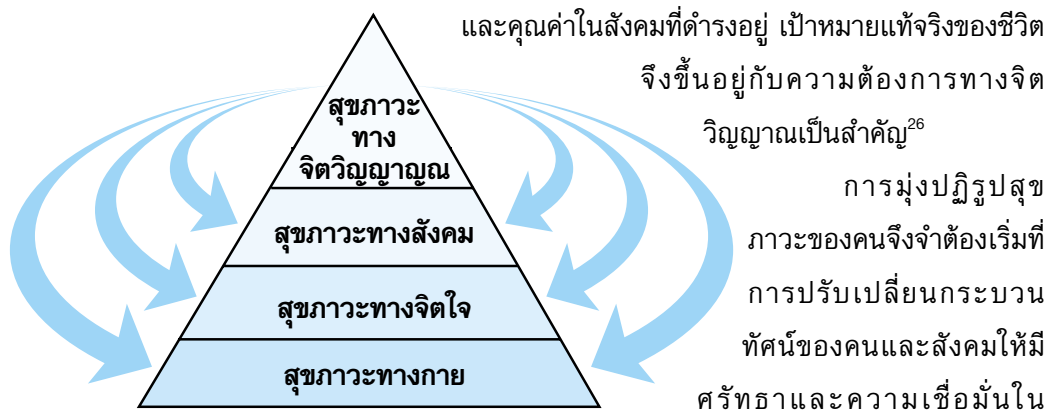
จิตวิญญาณภูมิสุขภาพแบบองค์รวม

สภาวะของจิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญของสุขภาพที่จะบูรณาการความเป็นองค์

²⁵ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, พ.ศ. 2542.

รวมของกาย จิตใจ และสังคม ของบุคคลและชุมชน ให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพราะจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยยึดกุมสุขภาวะในมิติอื่น ๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วนทั้งในระดับปัจเจกชนและในระดับสังคมสาธารณะ อย่างไรก็ตาม แม้สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะได้รับการยอมรับว่าเป็นสุดยอดของสุขภาวะทั้งมวล แต่กระบวนการควบคุมให้บุคคลและสังคมเกิดสภาพอันเป็นสุขภาวะขึ้นได้ ก็จำเป็นต้องเริ่มต้นที่เงื่อนไขทางจิตวิญญาณ

มนุษย์ล้วนมีความต้องการทางจิตวิญญาณ มีความตระหนักในศักดิ์ศรีเกียรติภูมิของตนเอง มีความต้องการที่จะต่อสู้เพื่อมีชีวิตอยู่ตามมาตรฐานของแต่ละวัฒนธรรม



ศักยภาพเชิงสุขภาพของตนเองและสังคมอย่างจริงจัง แล้วจึงร่วมกันรังสรรค์กรอบวิสัยทัศน์ที่วางอยู่บนความเอื้ออาทรปรารณาดีต่อตนเองและผู้อื่น อันจะขยายแนวคิดให้กว้างขวางไปเป็นนโยบายสาธารณะที่มุ่งความสมานฉันท์และสันติภาพของคนในสังคม

หากประชาชนไทยและสังคมไทยไร้สุขภาวะทางจิตวิญญาณ การผลักดันให้ระบบสุขภาพแบบองค์รวมบังเกิดขึ้นในทุกะดับของสังคมคงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก

²⁶ สมัย ศิริทองถาวร. แปล จาก Adam Gudalefsky M.M. Concepcion Madduma, การปลูกฝังพัฒนาการด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลผู้มีการพัฒนาการช้า. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2544



ยุทธศาสตร์

และยุทธวิธี

ในการปฏิรูประบบสุขภาพ

การเคลื่อนกระบวนทัศน์และวางระบบสุขภาพใหม่ทั้งหมดนับเป็นภารกิจอันยากลำบากไม่อาจกระทำได้ง่ายโดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคมไทย การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนองค์รวมของระบบเช่นนี้จึงจำเป็นต้องใช้ยุทธศาสตร์ที่เคยใช้ได้ผลในสังคมไทย และก่อให้เกิดการปฏิรูปการเมืองจนเกิดเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนใน พ.ศ. 2540 ที่เรียกว่า “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” โดยดำเนินการสานต่อพลัง 3 ประการให้ผนึกกำลังเป็นหนึ่งเดียว ได้แก่

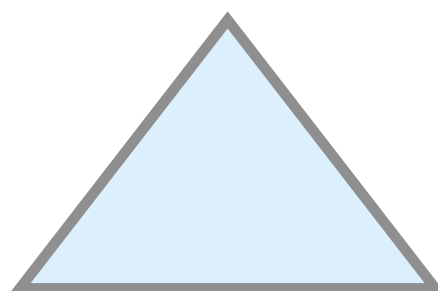
1) พลังทางการเมือง เป็นพลังในระบบประชาธิปไตยที่มีตัวแทนของปวงชนชาวไทยเข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติและบริหารกลไกรัฐโดยมีข้าราชการเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย พลังทางการเมืองนับเป็นพลังสำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบาย งบประมาณ และกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ตอบสนองต่อเจตนารมณ์ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ในสภาพการกระจายอำนาจทางการเมืองในปัจจุบัน กลไกการเมืองท้องถิ่นกำลังพัฒนาองค์กรขึ้นมาเป็นพลังทางการเมือง แยกย่อยรับผิดชอบภาระอันเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น และเป็นกลุ่มพลังที่กำลังได้รับความสนใจจากทุกภาคส่วน เพราะแม้จะยังเป็นมือใหม่ที่เริ่มเข้ามารับบทบาทในการปกครอง

บริหารระบบสุขภาพในพื้นที่ชุมชนก็ตาม แต่หากช่วยกันสร้างสรรค์ศักยภาพและแสวงหาความชัดเจนในรูปแบบและบทบาทในการจรรโลงระบบสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นได้จริง ก็จะเป็นฐานพลังหลักสำหรับปฏิรูประบบสุขภาพในวาระเริ่มต้นของศตวรรษนี้

2) พลังประชาสังคม เป็นพลังพลเมืองที่เริ่มมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนในการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติอย่างกว้างขวางขึ้น การปฏิรูประบบการเมืองจนก่อเกิดเป็นรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 เป็นผลจากพลังประชาสังคมที่รวมตัวอย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น ทำให้รัฐธรรมนูญกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มและขยายศักยภาพของประชาสังคมให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น กลุ่มประชาคมอันประกอบด้วยกลุ่มผู้สนใจ กลุ่มผลประโยชน์ และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนกลุ่มที่รวมตัวกันโดยมีความมุ่งหมายในผลประโยชน์สาธารณะต่างก็พัฒนาประสบการณ์และเริ่มขยายเครือข่ายเชื่อมโยงเป็นแนวร่วมในประเด็นปัญหาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันได้ดีขึ้น พลังประชาคมจึงสามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างคมชัดขึ้น

3) พลังวิชาการ เป็นพลังปัญญาสำคัญอันจะช่วยประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มพลังการเมืองและพลังประชาสังคม จนสามารถสร้างเจตนารมณ์ร่วมที่ชัดเจนในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นเสมือนเครื่องช่วยนำทางให้สังคมปลอดภัยจากมิจฉาที่รัฐอันอาจครอบงำกลุ่มที่มีผลประโยชน์ได้เสียอยู่ในระบบสุขภาพ และช่วยให้เกิดการรวบรวมประสบการณ์และความรู้ที่

1. การสร้างความรู้ และปัญญาทางวิชาการ



2. การเคลื่อนไหวประชาคม

3. การเชื่อมโยงกลไกการเมือง

เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศมาเสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องการปฏิรูประบบสุขภาพใช้เป็นแนวทางประกอบในการตัดสินใจได้อย่างเป็นวิทยาศาสตร์และไร้อคติ การผนึกกำลังของกลุ่มนักวิชาการจากหลากหลายสาขาเข้ามาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการเพื่อย่อยข้อมูลเหล่านี้แล้วนำเสนอต่อสาธารณชนให้เข้าใจและเรียนรู้ รวมทั้งทำการสังเคราะห์ความรู้ในการปฏิรูประบบสุขภาพร่วมกับกลุ่มการเมืองและกลุ่มประชาสังคม จะช่วยผลักดันให้เส้นทางสู่การปฏิรูปกระจ่างชัดขึ้น

การสร้างความร่วมมือให้เกิดการสานต่อพลังทั้งสามจนเกิดการรวมพลัง (Synergy) เป็นแนวทางหลักสำหรับการจัดการให้เกิดการเคลื่อนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) อันจะนำไปสู่ความเป็นแนวร่วมในการออกแบบองค์กร ความสัมพันธ์ขององค์กรและเครือข่ายภายใต้ระบบสุขภาพใหม่ที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนภายใต้เงื่อนไขของระบบสังคมและเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ ตลอดจนสอดคล้องกับวิวัฒนาการอย่างรวดเร็วของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวพันกับสุขภาพมนุษย์

พลังทางการเมือง

วงการการเมืองไทยได้แสดงความมุ่งมั่นในการปฏิรูประบบสุขภาพให้เห็นชัดเจนเริ่มจากเอกสารเสนอแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เสนอจากวุฒิสภาสู่รัฐบาลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2543 ซึ่งยังผลให้รัฐบาลกำหนดวาระปฏิรูประบบสุขภาพโดยประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เพื่อรับภารกิจในการประสานกับประชาคมต่าง ๆ รวบรวมแนวคิด จัดกระบวนการศึกษาวิจัยและสังเคราะห์เป็นระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาขึ้น กำหนดให้มีการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นเครื่องมือจัดระเบียบและวาระการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

รัฐบาลที่จัดตั้งใหม่ใน พ.ศ. 2544 ได้กำหนดนโยบายของคณะรัฐมนตรีในด้านสาธารณสุขและสุขภาพเอาไว้ว่า “รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบบริการและคุ้มครองสุขภาพเพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า โดยจะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งสร้างหลักประกันและโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน” แสดงให้เห็นความมุ่งมั่นทางการเมืองที่รองรับภารกิจการปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง

พลังประชาสังคม

ความเข้มแข็งของประชาสังคมไทย (Civil Society) ในด้านสุขภาพเริ่มทวีความเข้มแข็งและมีการเคลื่อนไหวที่แหลมคมขึ้นเรื่อย ๆ ดังเห็นได้จากการพัฒนารูปแบบการทำงานในรูปแบบองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ที่ทำงานการกุศล เช่น สภากาชาด มูลนิธิทางศาสนาที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล มูลนิธิเงินที่ช่วยในการบรรเทาสาธารณภัย และต่อมาเมื่อได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนต่างประเทศก็ได้เกิดการเคลื่อนไหวขององค์กรที่ทำหน้าที่ด้านพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชนบทและในชุมชนแออัด เช่น มูลนิธิดวงประทีป มูลนิธิศุภนิมิตร สมาคมพัฒนาประชากร ฯลฯ โดยในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ มูลนิธิเหล่านี้เริ่มหันมาทำงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อมากขึ้น ส่งผลให้ภาครัฐเริ่มมองเห็นโอกาสในการสนับสนุนกลุ่มประชาสังคมและให้การสนับสนุนทุนในการดำเนินการมากขึ้น ในขณะเดียวกันกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก็ได้รวมตัวกันเพื่อทำประโยชน์ให้แก่สาธารณสุขและช่วยเหลือดูแลกันเอง นอกจากนั้นกลุ่มประชาสังคมบางกลุ่มยังได้แสดงบทบาทในการตรวจสอบปัญหาทุจริตในหน่วยงานราชการด้วย ดังเช่นกรณีทุจริตยาในกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

กลุ่มประชาสังคมทั้งในระดับรากหญ้าที่ทำงานอยู่ในชุมชน กลุ่มผู้สนใจปัญหา

สาธารณะ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ได้ให้ความสนใจและเข้าร่วมศึกษาทำความเข้าใจกับการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง แม้ว่าความสนใจของแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกัน แต่กลไกความร่วมมือที่โครงสร้างทางการเมืองระดับชาติได้สร้างขึ้น ในรูปของคณะกรรมการความร่วมมือทางสังคมภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยสานต่อแนวคิดและจินตนาการของทุกกลุ่มประชาสังคมให้เกิดเป็นพลังขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ยั่งยืน

พลังทางวิชาการ

การสนับสนุนให้นักวิชาการสหสาขาเข้ามาร่วมทำการศึกษาวិจัยสถานการณ์ปัญหาพื้นฐานของระบบสุขภาพในประเทศไทย และศึกษาทางเลือกต่าง ๆ ของระบบสุขภาพร่วมกับกลุ่มประชาสังคมและกลุ่มการเมือง ช่วยให้ทุกฝ่ายได้ร่วมระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาและข้อมูลต่าง ๆ ร่วมกัน ก่อเกิดเป็นภูมิปัญญา เพื่อนำมาสังเคราะห์ขึ้นเป็นโครงสร้างของระบบสุขภาพที่มุ่งหวังร่วมกัน จากนั้นจึงจัดกระบวนการให้ภาคีต่าง ๆ เข้าร่วมกำหนดโครงสร้างของระบบในรูปของกฎหมาย องค์กร การจัดการ และการคลังสำหรับระบบสุขภาพขึ้น

แนวทางในการดำเนินงานของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งหวังจะรวมพลังการเมืองและพลังประชาคมด้วยพลังวิชาการที่คมเข้ม จึงเป็นความหวังที่จะสร้างรูปแบบใหม่ของคณะกรรมการแห่งชาติในการขับเคลื่อนภารกิจการปฏิรูประบบสุขภาพ กลวิธีในการจัดการเคลื่อนไหวจึงมิได้ยึดติดอยู่กับกรอบจำกัดของระบบราชการ แม้ว่าจำเป็นต้องใช้โครงสร้างที่มีพื้นฐานมาจากรัฐบาลที่มีอำนาจในการอำนวยความสะดวกให้เกิดการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างกว้างขวาง อันเป็นการใช้ทรัพยากรของภาครัฐในการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างคุ้มค่า ตลอดจนเอื้อให้มีช่องทางในการประสานกับฝ่ายนิติบัญญัติ เพื่อร่วมกันออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ดังนั้นการสร้างกลไกที่ทำหน้าที่เลขานุการกิจของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และทำหน้าที่ประสานพลังทั้งสามให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีทิศทางเป็นเอกภาพ เป็นที่ยอมรับของทุกภาคส่วน จึงเป็นหัวใจสำคัญในการกิจการปฏิรูประบบสุขภาพ

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่จะรับบทบาทหลักดังกล่าว ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2542 ได้มีการเสนอให้จัดตั้งหน่วยงานดังกล่าวเป็นองค์กรอิสระภายใต้พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.2542 ที่มีวาระการทำงานเพียง 3 ปี ในการนี้แม้หลายหน่วยงานจะมีความเห็นสอดคล้องกันว่าจำเป็นต้องมีการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นทำงานเป็นอิสระ แต่เนื่องจากยังไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะจัดตั้งเป็นหน่วยงานใหม่ขึ้นมา จึงให้จัดตั้งเป็นหน่วยงานภายในของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยใช้กลไกการออกข้อบังคับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจัดตั้งหน่วยงานนี้ให้ทำงานขึ้นกับคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติโดยตรง

กิจกรรมที่กำหนดเป็นแนวทางในการดำเนินงานภายในระยะเวลา 3 ปี จะเป็นการสร้างแนวร่วมกับกลุ่มประชาสังคมและกลไกการเมืองให้ตระหนักถึงปัญหาและความจำเป็นในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยประสานความร่วมมือให้เกิดการผนึกกำลังปัญญา ร่วมกันศึกษาหาความรู้ที่จะใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพไปสู่อุดมการณ์ร่วมที่พึงปรารถนาของสังคมไทย



ระบบสุขภาพ ที่พึงประสงค์

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการปรับเปลี่ยนในระดับกระบวนการทัศน์ของคนไทยให้มองระบบสุขภาพเป็นองค์รวมและตระหนักถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงมิติทางสุขภาวะทั้ง 4 ด้านเข้าด้วยกัน เพื่อให้เข้าใจในความสัมพันธ์อย่างสอดคล้องของกระบวนการเปลี่ยนแปลงแต่ละด้านไปพร้อมกัน เพราะวิวัฒนาการของส่วนย่อยของระบบสุขภาพดั้งเดิมแต่ละส่วนนั้นเป็นผลลัพธ์จากการเรียนรู้และรับเอาเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุขจากปรัชญาและเทคโนโลยีตะวันตกเข้ามาใช้ในประเทศเพื่อจัดการกับปัญหาสาธารณสุขในกรอบคิดทางเทคโนโลยีเป็นสำคัญ จึงขาดการเชื่อมประสานเงื่อนไขทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาที่มีอยู่ในสังคมไทยในภาคส่วนต่าง ๆ ให้เกิดเป็นระบบที่มีองค์รวมเหมาะสมและสอดคล้องกับองค์ประกอบทางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองแบบไทย ที่แปรเปลี่ยนไปตามกลางวาระการปฏิรูปแห่งชาติที่กำลังดำเนินอยู่

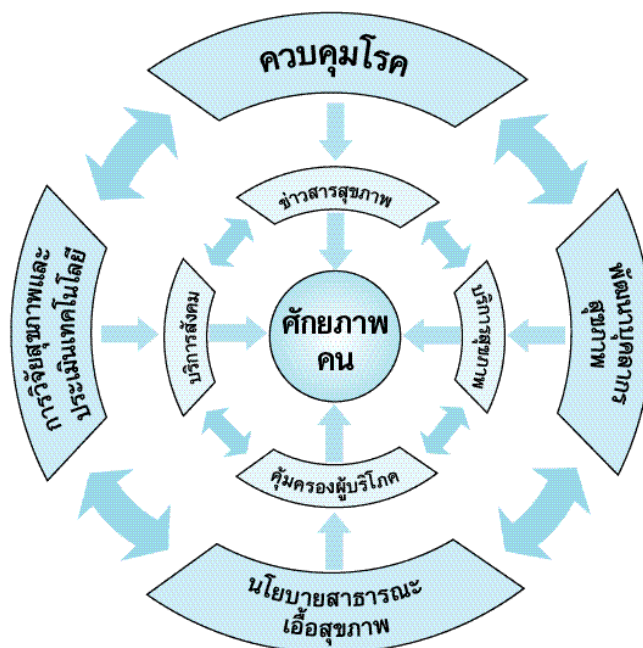
การเคลื่อนไหวทั้งทางด้านประชาสังคมและด้านการเมืองในช่วง พ.ศ. 2543-2544 ก่อให้เกิดการปฏิรูปแนวคิดในด้านสุขภาพหลายประเด็น ที่สำคัญประกอบด้วย



ปรัชญา สุขภาพ

การกำหนดให้สุขภาพเป็นอุดมการณ์ของชาติไทย เป็นเป้าหมายสูงสุดในชีวิต และสังคม ถือว่าเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ครั้งสำคัญ การให้นิยามสุขภาพอย่างเป็นทางการว่าเป็นสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากความเชื่อดั้งเดิมว่าสุขภาพเป็นผลกรรมของแต่ละบุคคลที่จำต้องยอมรับ (Natural Endowment) มาสู่แนวคิดสุขภาพเป็นอุดมการณ์สูงสุดของมนุษย์ ที่แต่ละคนมีสิทธิที่จะบรรลุถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน (Human Rights)

มุมมองเชิงปรัชญาขอสุขภาพได้เปลี่ยนจากแนวคิดที่จำเพาะแค่การจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง หรือที่เรียกว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) มาเป็นแนวคิดที่เรียกร้องให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามารับผิดชอบและใส่ใจต่อสุขภาพของคนในสังคมร่วมกัน หรือ “มวลประชาร่วมใจ” (All for Health) กระบวนทัศน์ดังกล่าวสะท้อนความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้นว่า ปัจจัยเสริมสุขภาพให้เข้มแข็งขึ้นนี้



ของนโยบายสาธารณะของประเทศอันประกอบด้วยนโยบายของรัฐ นโยบายของท้องถิ่น และรวมไปถึงเจตจำนงของประชาสังคมทุกหมู่เหล่า อีกทั้งนโยบายสาธารณะดังกล่าวก็มี

ได้จำกัดเพียงแค่นโยบายสาธารณสุข แต่ยังครอบคลุมไปถึงนโยบายความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคมด้วย

ระบบสุขภาพมีความหมายที่สะท้อนตรรกะของกลไกและโครงสร้างองค์กรที่ควบคุมกำหนดสุขภาวะในทุกมิติของคนในสังคมไทย จึงมีนิยามศัพท์ที่กว้างขวางกว่าคำว่า “การสาธารณสุข” ที่ใช้กันอยู่และมีความหมายเป็นทางการดั้งเดิมว่าเป็นการสุขาภิบาล และการป้องกันความป่วยไข้ให้ความสุขแก่ประชาชน (Public Health)²⁷ ซึ่งใช้กันมาตั้งแต่เริ่มมีการสถาปนาสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. 2461 ระบบสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่านจากยุคเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารเข้าสู่ยุคเทคโนโลยีชีวภาพจำเป็นต้องวางอยู่บนพื้นฐานของภูมิปัญญาที่สามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสุขภาพอย่างทันกาล สอดคล้องกับความจำเป็นของสังคมไทย ขณะเดียวกันก็ต้องใช้เทคโนโลยีเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ กอปรด้วยคุณภาพและให้ความเสมอภาคเป็นธรรมแก่ทุกคน จึงจะนับว่าเป็นกลไกที่ประกอบขึ้นด้วยคุณธรรม และมุ่งสู่ความสมานฉันท์ของคนในชาติอย่างแท้จริง



การสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดหลักที่เคยมองการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกลไกการจัดการสุขภาพที่ช่วยให้สุขภาพของกลุ่มคนวัยต่าง ๆ แข็งแรง สามารถยืนหยัดทนต่อสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ได้เปลี่ยนไปสู่แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมและธรรมชาติให้มีส่วนเสริมสร้างวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพของแต่ละบุคคลได้ ดังนั้นการให้ภาคสาธารณสุขรับผิดชอบการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนเช่นที่เป็นอยู่เดิมจึงเป็นจุดด้อยที่ลดทอนความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพไปโดยสิ้นเชิง ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการปรับแนวคิดที่จะให้ทุกภาค

²⁷ อรุณ บุญมาก และคณะ. ประวัติกระทรวงสาธารณสุข คู่มือนักบริหารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, พ.ศ. 2535.

ส่วนของสังคมไทยเข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้คนที่ผูกพันอยู่กับผลได้เสียของนโยบายสาธารณะที่กำหนดขึ้นจากแต่ละภาคส่วนสังคม โดยบูรณาการเข้าไว้เป็นพันธกิจสำคัญของทุกภาคส่วน อันจะส่งผลให้ภารกิจที่แต่ละภาคส่วนรับผิดชอบอยู่ ลดการก่อผลกระทบที่บ่อนทำลายสุขภาพของคนในสังคมลงได้

สภาสุขภาพแห่งชาติจะเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ และตรวจสอบผลสัมฤทธิ์ของนโยบายและโครงการทางสุขภาพทั้งมวล ตลอดจนจัดการให้เกิดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของนโยบายและมาตรการทางสังคมต่าง ๆ ที่เกิดจากรัฐทั้งในส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน สภาสุขภาพแห่งชาติจะต้องเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงกลไกสร้างปัญญาและความรู้ทางสุขภาพเข้ากับภาคีประชาคมสุขภาพทั้งหลายในประเทศ และกลไกทางการเมืองของรัฐในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ให้ผนึกกำลังกันกำหนดทิศทางการนโยบายสุขภาพ ตลอดจนแสวงหาทางออกในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ อย่างชัดเจน ทันเวลา และสอดคล้องกับความจำเป็นของประชาชน



การป้องกันและ ควบคุมโรค

การป้องกันและควบคุมโรคในปัจจุบันใช้กลไกการดำเนินโครงการและแผนงาน ป้องกันและควบคุมโรคจากหน่วยงานในระดับกรมในส่วนกลาง โดยจำแนกความรับผิดชอบตามธรรมชาติของโรค เช่น โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากสิ่งแวดล้อม โรคจากการประกอบอาชีพ โรคจิต ฯลฯ ขณะที่การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการเปลี่ยนทัศนะและแนวทางจากการใช้อำนาจและหน้าที่ตามกฎหมายในการกำหนดมาตรการ และจัดบริการในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยอันตรายต่อสุขภาพของผู้คนไป เป็นการกระจายอำนาจและหน้าที่ดังกล่าวไปสู่ท้องถิ่นและชุมชน โดยให้องค์กรส่วน

กลางรับภาระหน้าที่ทางด้านวิชาการเพื่อติดตามความรู้ สถานการณ์ของโรค รวมทั้งพัฒนาและสร้างเสริมความรู้ใหม่ให้ทันกับปัญหาสุขภาพที่แปรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว อันจะช่วยให้สามารถสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ มาตรการที่เหมาะสม และให้ผลการประเมินที่เป็นกลางแก่หน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบภารกิจในการป้องกันและควบคุมโรคในท้องถิ่นและชุมชน

หน่วยงานในภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชน จึงจำเป็นต้องปรับบทบาทของตนให้สามารถเข้ารับการบริการการควบคุมโรคและภัยอันตรายทั้งในเชิงของการให้บริการป้องกันและควบคุมโรคแก่บุคคล (Personal Care) และในเชิงการใช้นโยบายสาธารณะ ทั้งด้านสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค และการควบคุมกฎกติกาความปลอดภัยของประชาชน (Public Health Service) มาตรการปกป้องประชาชนในแต่ละพื้นที่ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ในขณะเดียวกันก็ต้องเชื่อมโยงและประสานงานกับองค์กรจากส่วนกลางที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและเตือนภัยทางระบาดวิทยาอันจะเกิดแก่สุขภาพในด้านต่าง ๆ รวมทั้งทำหน้าที่ในการสอบสวนปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดขึ้นด้วย

กลไกสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคที่ส่วนกลางจะต้องเสริมสร้างขึ้นมาให้เข้มแข็ง ได้แก่ สถาบันสำหรับศึกษาวิจัยโรคและภัยทางสุขภาพของคนไทยในด้านต่าง ๆ อันเป็นเครือข่ายร่วมกับสถาบันการศึกษาในมหาวิทยาลัย ที่จะส่งผลให้เกิดกระบวนการวิจัยที่เชื่อมโยงเข้ากับกลไกการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเข้ารับการบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น เป็นการเสริมสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการป้องกันและควบคุมโรคที่เข้มแข็งและกว้างขวางครอบคลุมทั่วประเทศ



การจัดบริการสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนที่สำคัญในกระบวนการจัดบริการสุขภาพก็คือ วิวัฒนาการแนว

คิดจากแนวทางที่รัฐจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนอย่างทั่วถึงในรูปของการช่วยเหลือเยี่ยงสังคมสงเคราะห์ (Charity) มาเป็นแนวคิดที่ให้รัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อการบริการทางสุขภาพของประชาชน (State Welfare) หรือร่วมกับแนวคิดประกันสุขภาพแบบเฉลี่ยความเสี่ยง (Insurance) หรือร่วมกับแนวคิดในการพึ่งพาตนเองโดยส่งเสริมการออมของประชาชน (Saving Fund) ให้เป็นเครื่องมือนำไปสู่อุดมการณ์ที่วางไว้ว่าประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน (Universal Coverage)

การกำหนดโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพให้แยกบทบาทภารกิจอย่างชัดเจน จะช่วยให้การจัดบริการครอบคลุมได้ทั่วถึงและเป็นธรรม และทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพและคุณภาพได้มาตรฐานเดียวกัน ประเด็นสำคัญที่สุดก็คือ จะช่วยให้สามารถจัดระบบการเป็นเจ้าของ ควบคุม บริหารจัดการ และกลไกการคลังเพื่อสุขภาพได้ชัดเจนขึ้น บริการสุขภาพจำแนกออกเป็น

1) การบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการที่เป็นของชุมชน ดูแลให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิดสอดคล้องกับลักษณะปัญหาและเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน และรับหน้าที่ในการส่งต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพไปสู่อุปกรณ์ในระดับสูงขึ้นไปตามความจำเป็นโดยใช้งบประมาณรัฐบาล ท้องถิ่น และผู้ใช้บริการ

2) การบริการสุขภาพทุติยภูมิ เป็นบริการที่ดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ซับซ้อนและเกินความสามารถของบุคลากรวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ให้การดูแลสุขภาพด้วยมาตรฐานที่เท่าเทียมกันทั่วประเทศโดยได้รับงบประมาณจากรัฐบาล ท้องถิ่น และผู้ใช้บริการ

3) การบริการสุขภาพตติยภูมิ เป็นบริการในระดับส่วนกลาง ซึ่งเน้นหนักในการศึกษาวิจัยที่นอกเหนือไปจากมาตรฐานการรักษาพยาบาลทั่วไปที่มีอยู่ในประเทศไทย เนื่องจากวิวัฒนาการของระเบียบวิธีการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปรวดเร็วมาก นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ผลิตบุคลากรวิชาชีพเฉพาะด้านให้แก่สถานบริการสุขภาพใน

ระดับต่าง ๆ สถานบริการในระดับนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนตรงจากรัฐบาล

4) การบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ เป็นบริการของท้องถิ่น เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระดับการปฐมพยาบาล การนำส่งผู้ป่วย และจัดตั้งสถานให้บริการฉุกเฉินที่ช่วยกู้ชีพและป้องกันการเสียชีวิตหรือพิการแก่ประชาชนทั่วไป การบริการในกลุ่มนี้จะต้องเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากกองทุนบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สนับสนุนโดยรัฐบาลและท้องถิ่น

กลไกสำคัญที่จะช่วยให้ระบบบริการต่าง ๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงคือการจัดตั้งองค์กรกลางขึ้นทำหน้าที่ควบคุมและรับประกันคุณภาพของสถานบริการ และจัดตั้งองค์กรที่ทำหน้าที่ศึกษาโครงสร้างต้นทุนเพื่อปรับราคาค่าบริการที่เรียกเก็บให้เหมาะสม เพื่อช่วยให้การวางแผนทางการเงินในการจัดบริการสุขภาพเป็นไปได้อย่างถูกต้อง

บริการสุขภาพในแนวคิดใหม่นี้ได้ครอบคลุมไปถึงบริการสุขภาพทางเลือกต่าง ๆ ซึ่งประชาสังคมต่าง ๆ ได้ใช้ภูมิปัญญาสร้างสรรค์ขึ้นมา โดยรัฐจะต้องจัดระบบการเลือกสรรและรับรองคุณภาพเพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่มีข้อมูลเพียงพอที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม



ความรู้และ ภูมิปัญญาสุขภาพ

วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในโลกปัจจุบัน การที่จะทำให้ประชาชนทั่วไปและประเทศชาติสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกในการเสริมสร้างความรู้และเผยแพร่ภูมิปัญญาทางสุขภาพขึ้นเพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจทั้งในระดับปัจเจกและในระดับนโยบายสาธารณะ

กลไกสำหรับการจัดการความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1) ระบบวิจัยสุขภาพแห่งชาติ

ในปัจจุบันการวิจัยในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มีการบริหารจัดการและให้ทุนสนับสนุนการจัดกระจายอยู่ในองค์กรและสถาบันการศึกษาหลากหลาย โดยรัฐยังมิได้มุ่งเน้นการลงทุนในการวิจัยสุขภาพเพื่อให้ได้รับผลตอบแทนต่อสุขภาพและให้ผลในการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างจริงจัง อีกทั้งการวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการเชื่อมโยงนำไปใช้ประโยชน์ต่อประเทศชาติและประชาชน ซึ่งเมื่อประกอบกับการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีทางสุขภาพอย่างรวดเร็ว ก็ทำให้คนไทยจำต้องพึ่งพาความรู้และเทคโนโลยีเกี่ยวกับสุขภาพจากต่างประเทศยิ่งขึ้น

รัฐจำเป็นต้องเปลี่ยนทัศนคติในการจัดสรรงบประมาณด้านการวิจัยสุขภาพซึ่งแต่เดิมเป็นเพียงค่าใช้จ่ายสิ้นเปลืองที่มีได้คาดหวังให้ได้ผลงานที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพของประเทศชาติมีประสิทธิภาพสูงขึ้น มาเป็นการกำหนดนโยบายการวิจัยสุขภาพในลักษณะของการลงทุนที่ต้องได้ผลตอบแทนชัดเจน

กระบวนทัศน์ใหม่ของระบบวิจัยสุขภาพจึงเป็นการจัดระบบเครือข่ายนักวิจัยและกลไกการให้ทุนในการวิจัยสุขภาพให้เกิดพลังทางภูมิปัญญาตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ และลดการพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศให้ได้มากที่สุด ทั้งนี้รัฐต้องปรับทัศนคติใหม่ให้เล็งเห็นถึงความจำเป็นของการลงทุนทางด้านการวิจัยสุขภาพแห่งชาติและจัดตั้งองค์กรบริหารการวิจัยสุขภาพที่มีเครือข่ายกว้างขวางทั้งในแง่ของสาขาวิชาชีพ วิทยาศาสตร์ทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของคนในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ การแบ่งสรรงบประมาณด้านการดูแลสุขภาพของรัฐทั้งในระดับรัฐบาลและท้องถิ่นมาใช้ในการบริหารจัดการวิจัยสุขภาพเป็นเงื่อนไขสำคัญ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการใช้ประโยชน์งานวิจัยให้คุ้มกับทุนที่ได้ใช้จ่ายไป

2) ระบบสารสนเทศการบริหารสุขภาพ

การบริหารจัดการระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นจำต้องพึ่งพาอาศัยข้อมูลที่แสดงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพและภาวะการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย แหล่งข้อมูลในปัจจุบันยังไม่สามารถสะท้อนมิติทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างครบถ้วน อีกทั้งข้อมูลที่มีอยู่ยังกระจัดกระจายเนื่องจากขาดหน่วยงานที่จะทำหน้าที่รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ให้สามารถชี้ชัดถึงแนวโน้มของสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ขาดความแม่นยำในการใช้ศึกษาคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน

การริเริ่มและจัดตั้งองค์กรที่สามารถประมวลข้อมูลจากหลายแหล่ง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้เกิดเป็นเครื่องชี้สำหรับบริหารนโยบายสุขภาพในทุกระดับ จึงเป็นภารกิจที่จะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับให้สภาสุขภาพแห่งชาติใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพต่อไป ศูนย์ข้อมูลสุขภาพในระดับชาติควรทำหน้าที่ชี้นำทางปัญญาแก่ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในทุกระดับ

3) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพสำหรับประชาชน

กระบวนการสุศึกษาแบบดั้งเดิมนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ข้อมูลที่น่าเสนอสู่ประชาชนนั้นจำกัดอยู่กับกรอบความรู้ความเข้าใจและความเชื่อของผู้ให้ข้อมูล ขาดการปรับข้อมูลให้ทันกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในโลกที่วิวัฒนาการไปอย่างรวดเร็ว ประการสำคัญที่สุดก็คือไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพเฉพาะตัวในลักษณะต่าง ๆ กันมากขึ้น ทั้งยังมีสื่อหลากหลายที่ป้อนข้อมูลสุขภาพจนท่วมท้น

ปัจจุบัน การจัดข้อมูลสุขภาพให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้กระจายไปอยู่ในมือของกลุ่มวิชาชีพและสื่อมวลชนต่าง ๆ รูป

แบบของสื่อมีพัฒนาการไปสู่การรับรู้ของปัจเจกและสาธารณชนตั้งแต่ในรูปของหนังสือพิมพ์ วารสาร สื่อสิ่งพิมพ์ ไปจนถึงสื่อที่แพร่กระจายทางคลื่นความถี่ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่อที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่ เช่น ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในรูปของ Internet หรือ Webpage หรือแม้แต่การใช้โทรศัพท์มือถือเข้าค้นหาข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งยังมีการใช้เนื้อหาด้านสุขภาพเป็นตัวดึงดูดให้ประชาชนสนใจและเลือกซื้อหาสินค้าหรือบริการหลายรูปแบบเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง รัฐจึงไม่จำเป็นต้องเข้าไปทำหน้าที่หลักในการกระจายข้อมูลสุขภาพแก่สาธารณะ แต่ควรจะปรับภารกิจมามุ่งเน้นที่การทำหน้าที่เป็นแหล่งตรวจสอบข้อมูลและควบคุมให้การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจากทุกภาคส่วนมีรากฐานทางวิชาการและความรู้ที่ถูกต้องสอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสุขภาพ



การสร้างศักยภาพ

ผู้บริโภค (Consumer Empowerment)

วิธีการที่รัฐดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) ที่ขึ้นอยู่กับในปัจจุบันเป็นกลวิธีที่ใช้กลไกของรัฐเป็นเครื่องมือควบคุมให้สินค้าและบริการมีคุณภาพมาตรฐานทางคุณภาพและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อประชาชน แต่เนื่องจากในระยะหลังสินค้าและบริการเกี่ยวกับสุขภาพมีการเติบโตและใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนขึ้น ทำให้การขยายกลไกของรัฐให้ตอบสนองต่อภารกิจเหล่านี้เป็นไปได้ยากขึ้นเรื่อย ๆ

แม้กลุ่มประชาสังคมต่าง ๆ จะได้ก่อร่างสร้างตัวและเติบโตเข้มแข็งขึ้นในอันที่จะทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองตัวเองจากการเอารัดเอาเปรียบของผู้ผลิตและผู้ค้า มีการจัดตั้งสมาคมคุ้มครองผู้บริโภคขึ้นมาในรูปขององค์กรประชาชน แต่ข้อมูลและเงื่อนไขเฉพาะตัวของสินค้าและบริการเกี่ยวกับสุขภาพในหลายกรณีนั้นก็ยากแก่การเข้าใจของประชาชน การจัดโครงสร้างองค์กรขึ้นทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเพื่อเสริมภารกิจของกลุ่ม

ประชาสังคมผู้บริโภคให้มีความรู้และภูมิปัญญาที่เข้มแข็งและสามารถตัดสินใจเลือกใช้สินค้าทางสุขภาพต่าง ๆ ได้ จึงเป็นกลไกที่จำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ผู้บริโภค

นอกจากนั้น การชดเชยความเสียหายอันเนื่องมาจากสินค้าและบริการสุขภาพ (Compensation) ในปัจจุบันยังมีความจำกัด และรัฐเองก็ยังไม่สามารถหามาตรการในการช่วยเหลือประชาชนผู้ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อที่เอารัดเอาเปรียบ หรือจัดการกับผู้ให้บริการทางสุขภาพที่มุ่งฉกฉวยประโยชน์จากความไม่รู้ของประชาชนได้ ทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น การจัดตั้งกองทุนที่มีแหล่งที่มาของเงินทุนจากสัดส่วนของภาษีที่ผู้ผลิตสินค้าสุขภาพจ่ายให้แก่รัฐ สำหรับทำหน้าที่ชดเชยให้แก่ประชาชนในขณะที่ยังมีการฟ้องร้องดำเนินคดียังอยู่ในกระบวนการของศาล (ซึ่งมักจะใช้เวลายาวนาน) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง



ระบบกำลังคน ด้านสุขภาพ

การปรับการลงทุนและบริหารจัดการกำลังคนในระบบสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและระดับปัญหาทางสุขภาพในชุมชนต่าง ๆ เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ที่ควรนำมาพิจารณา เนื่องจากในปัจจุบันการผลิตและจัดสรรทรัพยากรมนุษย์อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในทุกระดับเป็นไปอย่างแยกส่วน นอกจากนี้ ด้วยเงื่อนไขการกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบการศึกษาซึ่งส่งผลให้มหาวิทยาลัยเปลี่ยนฐานะไปเป็นองค์กรในกำกับของรัฐมีอิสระในการปกครองและบริหารจัดการมากขึ้น ก็ยิ่งทำให้โอกาสในการจัดกลไกบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นเอกภาพเป็นเรื่องยากยิ่งขึ้น

กลไกใหม่ที่จะต้องริเริ่มขึ้นมาจึงจะต้องสามารถประสานความต้องการของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นเข้ากับศักยภาพการผลิตบุคลากรในระดับต่าง ๆ ตลอดจนจัดการ

ควบคุมจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพภายใต้สภาวิชาชีพต่าง ๆ ให้สอดคล้องกันยิ่งขึ้นกว่าเดิม อาจจะต้องมีกลไกสหวิชาชีพช่วยประสานสอดคล้องในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น โดยประสานความร่วมมือกับกลุ่มผู้ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนจะต้องจัดให้มีกลไกในระดับชาติคอยดูแลทิศทางนโยบาย มาตรฐาน รวมถึงแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อเข้าทำงานในสาขาสุขภาพต่าง ๆ ด้วย

กลไกที่ปรับปรุงใหม่ในระบบสุขภาพที่กำลังปฏิรูปอยู่นี้จะต้องใช้เวลาในการระดมพลังปัญญาออกแบบให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของปัญหาและเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของประเทศ ในขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสียกับระบบสุขภาพในปัจจุบันเพื่อประสานพลังในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นหลังจากการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแล้ว