การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และแนวโน้มในอนาคต

Situation Analysis of Thailand's Health Promation System According to the Statue on National Health System B.E.2552 (2009)

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กุมภการ สมมิตร ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รายงานเรื่อง
การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพ
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 และแนวโน้มในอนาคต

โดย ศิริวรรณพิทยรังสฤษฎ์* ** และ กุมภการ สมมิตร **
* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
** ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
วันที่ 16 สิงหาคม 2556

บทสรุป

มีข้อค้นพบดังนี้

1. นิยามการสร้างเสริมสุขภาพ/การส่งเสริมสุขภาพ ของประเทศไทยขยายขอบเขตและสอดคล้องกับสากล

2. การสร้างเสริมสุขภาพมีมิติที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพและเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพด้วย

3. สถานการณ์ปัจจุบันของบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า เสริมหนุนกัน ไปทิศทางเดียวกัน แต่ระบบอภิบาลแยกส่วน กระทรวงสาธารณสุข กำหนดบทบาทตนเองใหม่ให้มีหน้าที่หลักในการอภิบาลระบบ เพิ่มจากเดิมที่เน้นเป็นผู้ให้บริการ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกำหนดบทบาท คือการร่วมมือกับภาคีและการเสริมศักยภาพภาคีในการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพมีบทบาทเป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้กับบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ, และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม แต่ทุกองค์กรมีความเป็นอิสระ มีกรรมการนโยบายหรือกรรมการบริหารที่มาจากหลายภาคส่วน แต่แยกคณะกัน อาศัยอำนาจกฎหมายคนละฉบับ ในภาพรวมพบว่า เริ่มมีกลไกไม่ถาวรเชื่อมประสานหน่วยงานระดับนโยบาย 4 หน่วยงาน สสส., กสธ., สปสช., และ สช., แต่ไม่พบกลไกการเชื่อมงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด, ไม่มีแผนพัฒนากำลังคนด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศ และการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทั้งระบบ เนื่องจากงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่มีความหลากหลายสูง และมีนวัตกรรมที่หลากหลาย

4. สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ พบว่า การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคลและการลดการตายจากอุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ แต่มาตรการที่ใช้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักอื่นๆเริ่มชะลอประสิทธิภาพบ้างแล้ว ทำได้แค่เพียงควบคุม

สถานการณ์ให้ทรงตัวเช่น อัตราการสูบบุหรี่ เป็นต้น ในขณะที่ปัจจัยคุกคามใหม่ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา

5. บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ ณ พ.ศ.2552 คือการปฏิรูปบทบาทภายในระบบราชการสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ.2554-2556 และการเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่กำลังจะมาถึงในพ.ศ.2558 นี้

ข้อเสนอแนะ

1. ชวนให้มองการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นวิธีการของการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยระบบอภิบาลและระบบสนับสนุนย่อยของระบบสุขภาพในการขับเคลื่อน แต่ตัวละครอาจจะหลากหลายขึ้น ทั้งนอกภาคส่วนราชการ และนอกภาคส่วนสาธารณสุข จึงมีข้อเสนอว่า ไม่ควรใช้คำว่า ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ควรกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในหมวดทั่วไปของระบบสุขภาพ
2. การอภิบาลงานสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีการประสานในแนวราบจากองค์กรนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนด้วย เน้นการใช้ความรู้ในการตัดสินใจ
3. ระบบสร้างเสริมสุขภาพของไทยมีความก้าวหน้าอย่างมากในเชิงนวัตกรรมทางการเงินการคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และมีกิจกรรมใหม่ๆที่กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้บุคคล/ประชาสังคมไปดำเนินการในรูปแบบนวัตกรรม ซึ่งอาจจะยังไม่มีผลการประเมินว่ามีความคุ้มค่าและจะช่วยลดผลกระทบจากปัจจัยกำหนดสุขภาพหรือผลกระทบจากความไม่เท่าเทียมได้อย่างไรหรือไม่ จึงเสนอให้ มีการสร้างเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินผลกิจกรรมและนวัตกรรมที่ลงทุนไป เพื่อสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย โดยเครื่องมือเหล่านี้ต้องส่งเสริมการกระจายอำนาจการตัดสินใจ วัดได้ง่าย และใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย
4. กลไกรัฐแบบสั่งการ หรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยรัฐจะค่อยๆไม่ได้ผล จึงควรมีกลไกที่เพิ่มการตรวจสอบจากผู้ได้รับผลกระทบและผู้สนใจที่เป็นกลไกที่สามารถตอบสนองได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีข้อเสนอให้ รัฐปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเพิ่มอำนาจให้กับปัจเจก หรือ องค์กรที่อาจได้รับผลกระทบ สามารถเริ่มกระบวนการในการลดปัจจัยเสี่ยงนั้นๆได้โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้มีอำนาจในการเริ่มกระบวนการแต่ฝ่ายเดียว
5. ข้อความในธรรมนูญฯ ที่เป็นมาตรการของระบบการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มีผู้เกี่ยวข้องชี้ว่า นำไปปฏิบัติได้ยาก ดังนั้น จึงควรมีกระบวนการ ตีความ สื่อสาร และติดตาม หลังจากมีการประกาศใช้ธรรมนูญฯแล้ว

สารบัญ

1.ที่มา 4

2. วัตถุประสงค์..... 5

3.วิธีการศึกษา..... 5

4.ผลการศึกษา 6

4.1 กรอบแนวคิดระบบการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย และองค์ประกอบย่อย (subsystem) ของระบบสร้างเสริมสุขภาพ 6

4.2 บทบาทหน้าที่ของแต่ละกลไก/องค์ประกอบย่อยพร้อมทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยง 9

4.3. สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ 17

4.4.บริบทที่เปลี่ยนไปและโอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายต่อระบบการสร้างเสริมสุขภาพ 18

5.ข้อเสนอแนะทิศทางระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในมุมมองของนักวิชาการ..... 21

ภาคผนวก I. สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ..... 22

ภาคผนวก II. บันทึกสังเกตการณ์ การประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ธรรมนูญสุขภาพ..... 29

1.ที่มา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดตามมาตรา 25(1) ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เป็นเครื่องมือฉายภาพอนาคต ทิศทางของระบบสุขภาพที่สังคมเห็นร่วมกัน โดยทุกหน่วยงานสามารถหยิบใช้ทิศทาง หลักการ เป้าหมายหรือมาตรการร่วมนี้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยไม่ให้เกิดภาพทิศทางนโยบายขัดแย้งกันเอง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 เป็นธรรมนูญฉบับแรก ประกอบด้วย 12 หมวด 111 ข้อ โดยรูปแบบการเขียนหมวด 1-3 ของธรรมนูญฯ เป็นหลักการและภาพพึงประสงค์ของระบบ ตั้งแต่หมวด 4-12 ซึ่งเป็นระบบย่อยตั้งแต่หมวดการสร้างเสริมสุขภาพจนถึงการเงินการคลังด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ช่วงที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิต สภาพการทำงานและความเป็นอยู่ของประชาชนไทย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งด้านพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป ดังนั้นการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพจำเป็นต้องทราบสถานการณ์ของระบบสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้อยู่ในฐานข้อมูลของแหล่งต่างๆซึ่งต้องการการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อชี้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามบริบท การทบทวนสถานการณ์ระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ครั้งนี้จะเป็นการศึกษาสถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคามในระบบสร้างเสริมสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญฯพ.ศ.2552 โดยเป็นการทบทวนและประเมินสถานการณ์ New Threat New challenge ที่มีเข้ามาเกี่ยวข้องกับ**หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตของระบบสร้างเสริมสุขภาพ** โดยนำข้อมูลจากหมวด 1 – 3 ของธรรมนูญฯซึ่งเป็นหลักการและภาพพึงประสงค์ของระบบมาเป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนสถานการณ์ระบบสร้างเสริมสุขภาพด้วย

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบสร้างเสริมสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2550-2555
2. เพื่อประเมินสถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคามในระบบสร้างเสริมสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะทิศทางที่ควรจะเป็นในการกำหนดภาพอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในอีก 10 ปีข้างหน้าในมุมมองของนักวิชาการ

3.วิธีการศึกษา

ทบทวนวรรณกรรม (literature review) มีกรอบประเด็นดังนี้

1. กรอบแนวคิดระบบการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย และองค์ประกอบย่อย (subsystem) ของระบบสร้างเสริมสุขภาพ
2. บทบาทหน้าที่ของแต่ละกลไก/องค์ประกอบย่อยพร้อมทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยง
3. บริบทระบบสร้างเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนไปและแนวโน้มโดยครอบคลุมการดำเนินการของภาคี ภาคส่วนต่างๆ ในแต่ละระบบย่อยของระบบสร้างเสริมสุขภาพ
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระบบสร้างเสริมสุขภาพ ณ ปัจจุบัน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดังกล่าวที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ
5. สังเกตการณ์ในกระบวนการสนทนากลุ่มของผู้ที่เกี่ยวข้องเรื่องข้อเสนอในการปรับเนื้อหาในธรรมนูญฯในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสร้างเสริมสุขภาพ

ขอบเขตการศึกษา

ประเมินสถานการณ์ระบบสร้างเสริมสุขภาพและเชื่อมโยงกับสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552

4. ผลการศึกษา

4.1 กรอบแนวคิดระบบการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย และองค์ประกอบย่อย (subsystem) ของระบบสร้างเสริมสุขภาพ

การทบทวนวิวัฒนาการของแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีข้อค้นพบดังนี้

1. **นิยามการสร้างเสริมสุขภาพ / การส่งเสริมสุขภาพ ขยายขอบเขตและสอดคล้องกับสากล**

คำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” ถูกใช้ครั้งแรกในขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพช่วงปีพ.ศ.2541 แทนคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษคำเดียวกันคือ “Health Promotion” โดยที่คำว่าการส่งเสริมสุขภาพ ยังคงถูกใช้จากมุมมองของภาคราชการสาธารณสุข ซึ่งในปี พ.ศ.2554 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจากกิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็น กระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลและชุมชน ให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชน รวมทั้ง การพัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งความหมายนี้สอดคล้องกับ กรอบแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพระดับสากล (ดูกล่องข้อความที่ 1)

นิยามที่ประเทศไทยใช้มีความแตกต่างกันเล็กน้อยตามช่วงเวลาและบริบท ดังตัวอย่างต่อไปนี้

นิยาม 1 “สร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี (อ้างอิงจาก พรบ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพพ.ศ.2544)

นิยาม 2 “การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (อ้างอิงจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2552)

นิยาม 3 การส่งเสริมสุขภาพคือกระบวนการ (Process) ที่จะ Enabling คน/ชุมชน ให้สามารถที่จะ Control/Improve สุขภาพของตน/ชุมชน รวมถึงการพัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) (อ้างอิงจากกรมอนามัย พ.ศ.2554)

กล่องข้อความที่ 1: กรอบแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพระดับสากล

ตัวอย่างสาระสำคัญของการประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก (Global Health Promotion Conference)

-ครั้งที่ 1 ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา ตั้งแต่ปี ค.ศ.1986 มีคำประกาศ Ottawa Charter ได้ให้นิยามการสร้างเสริมสุขภาพคือ “Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health” และ เสนอกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) 3 ข้อ (Advocacy for Health, Enable, Mediate) รวมทั้ง แนะนำกิจกรรมที่มีผลต่อความผลสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพ (Strategic Actions) 5 กลุ่มกิจกรรม (Build Healthy Public Policy , Create Supportive Environments, Strengthen Community Actions, Develop Personal Skills, and Reorient Health Services)

-ครั้งที่ 2 ที่เมือง Adelaid ประเทศ Australia ปีค.ศ.1988 Theme ของการประชุมครั้งนี้เป็นเรื่องของ Healthy Public Policy ซึ่งถือเป็นข้อแรกที่จำเป็นต้องมี เพื่อให้เกิด Strategic Action อีก 4 ข้อตามมา ในระยะหลังจะใช้คำว่า Health in all Policy แทน Healthy public policy

-ครั้งที่ 3 ที่เมือง Sundsvall ประเทศ Sweden ปีค.ศ. 1991 โดย Theme ของการประชุมครั้งนี้คือเรื่อง Supportive Environmental For Health เพื่อเน้นย้ำว่า ประเด็นเรื่องสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวเนื่องกัน และไม่สามารถแยกกันได้

-ครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพฯ ประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2005 กฎบัตรกรุงเทพ ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) และเน้นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหลักของระบบสุขภาพ โดยเพิ่มในนิยาม เป็น Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health. It is a core function of public health and contributes to the work of tackling communicable and non-communicable diseases and other threats to health และได้กำหนดแผนกลยุทธ์ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อคือ PIRAB (P = Partnership, I = Investment, R = Regulation & Law, A = Advocate และ B = Building capacity) เพื่อบริหารจัดการปัญหาได้ครอบคลุมรอบด้านและเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแลปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพที่จะช่วยให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนตามแผนกลยุทธ์

ที่มา: องค์การอนามัยโลก และ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

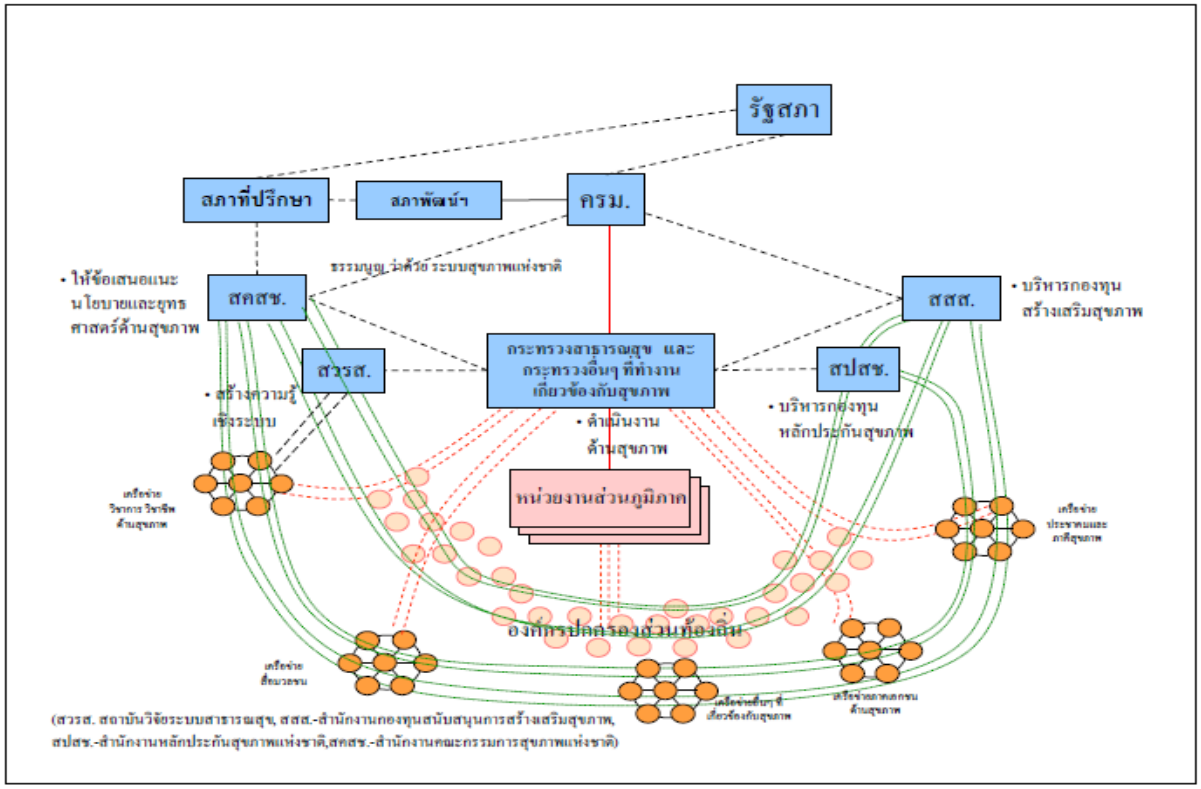
2. การสร้างเสริมสุขภาพมีมิติที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพ (หรือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์) และ เป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพด้วย

ประเทศไทยให้คุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นเป้าหมายทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพ ดังจะเห็นได้จาก 1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 กำหนดให้รัฐ “ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน” และ 2) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมทีเอื้อต่อสุขภาพ เช่นใน มาตรา 5 “บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม...” 3) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดตั้งพ.ศ.2544 เป็นแหล่งการคลังในการสนับสนุนการพัฒนาความเข็มแข็งของภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ และ 4) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา47 กำหนดให้กองทุนหลักประกันฯสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ด้วย เป็นต้น

อีกมิติหนึ่ง การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบบริการสาธารณสุข (ภายใต้บริการ 4 ด้านคือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มมีการกระจายอำนาจบทบาทบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบ้างแล้ว ซึ่ง พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ.2542 (แผนปฏิบัติการการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2545 ปรับปรุง ปี พ.ศ.2551) กำหนดบทบาทบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยกำหนดให้สถานีอนามัย (รพ.สต.) เป็นผู้ดำเนินภารกิจ อย่างไรก็ตาม แนวคิดการปรับบทบาทภารกิจกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2554 ได้จัดแบ่งระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขไว้ 4 ระบบย่อย คือ ระบบบริการสุขภาพ, ระบบป้องกันและควบคุมโรค, ระบบสร้างเสริมสุขภาพ, และ ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงการพัฒนาหน่วยงานสาธารณสุข พ.ศ.2554-2556

4.2 บทบาทหน้าที่ของแต่ละกลไก/องค์ประกอบย่อยพร้อมทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยง สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องเสริมหนุนกันแต่ระบบอภิบาลแยกส่วน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพย่อมมีความเกี่ยวข้องกับระบบอภิบาลการสร้างเสริมสุขภาพไม่มากก็น้อย (ดูรายชื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาพที่ 1) หน่วยงานหลักๆที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการกำหนดทิศทางนโยบายยุทธศาสตร์ และการกระจายทรัพยากรประกอบด้วย กสธ., สสส.,สปสช.,และ สช.



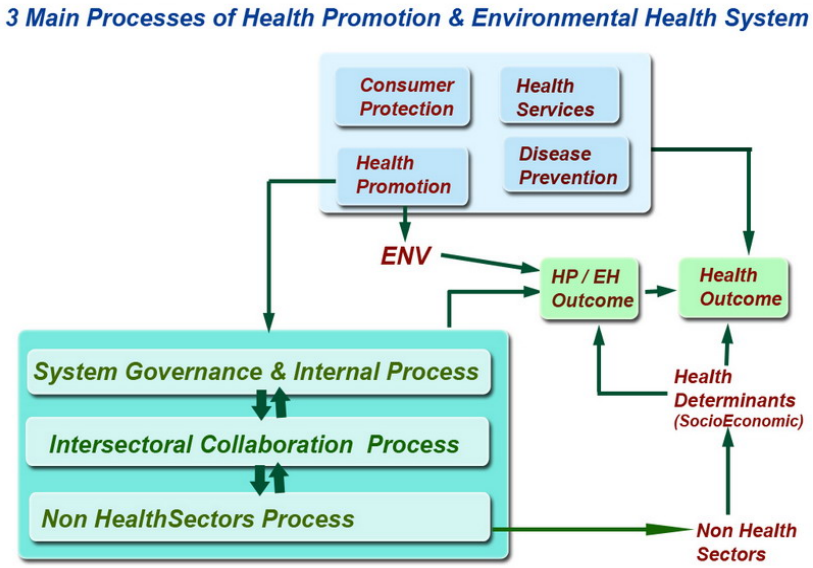
ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการก่อเกิดกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้เขียนชี้ให้เห็นว่า อิทธิพลจากกระแสโลก ผนวกกับประสบการณ์ที่สั่งสมจากบทเรียนการทำงานเชิงรุกในเรื่องการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพภายในประเทศ สรุปได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยยุทธศาสตร์ประชาสังคมนำ[1] จึงก่อเกิดกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปีพ.ศ.2544 ซึ่งเป็นหัวจักรที่สำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนสุขภาพนอกภาคราชการสาธารณสุข ซึ่ง สสส.มีภารกิจหลักในการสนับสนุนขับเคลื่อนขบวนการทางสังคม ชี้ให้เห็นว่า ยุทธศาสตร์ประชาสังคมนำ ได้เข้ามามีบทบาทใน

[1] บทสรุปจากการประชุมวิชาการ สวรส.ครั้งที่ 2 เรื่อง “ส่งเสริมสุขภาพ:บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน”6-8 พฤษภาคม พ.ศ. 2541. อ้างอิงในหนังสือ กรณีศึกษากำเนิดกองทุนสสส. เขียนโดย ปาริชาติ ศิวะรักษ์และบรรณาธิการโดย ไพบูลย์สุริยะวงศ์ไพศาล จัดพิมพ์โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 2545.

ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ในขบวนการปฏิรูปที่ควบคู่กันมี กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2545 ซึ่งเป็นแหล่งการคลังให้กับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ต่อมาช่วงปีพ.ศ.2554 ภายในระบบราชการสาธารณสุขของไทยก็มีแนวคิดการปฏิรูปบทบาทภารกิจกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีกรมอนามัยที่รับผิดชอบด้านวิชาการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเริ่มมีการปรับตัว และเกิดการพัฒนากรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ “Conceptual Framework ของการส่งเสริมสุขภาพ” ขึ้น ซึ่งได้รับฉันทามติเห็นชอบภายในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 25 พ.ค.54 ดังภาพที่ 2 และ3



นิยามของการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion –HP) คือกระบวนการ (Process) ที่จะ Enabling คน/ชุมชน ให้สามารถที่จะ Control / Improve สุขภาพของตน/ชุมชน รวมถึงการพัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)

ภาพที่ 2 ระบบสร้างเสริมสุขภาพ

ที่มา กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศอ. 4 [http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/mission/system.php#]

อธิบายภาพ

1.การส่งเสริมสุขภาพต้องควบคู่กับเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health - EH)

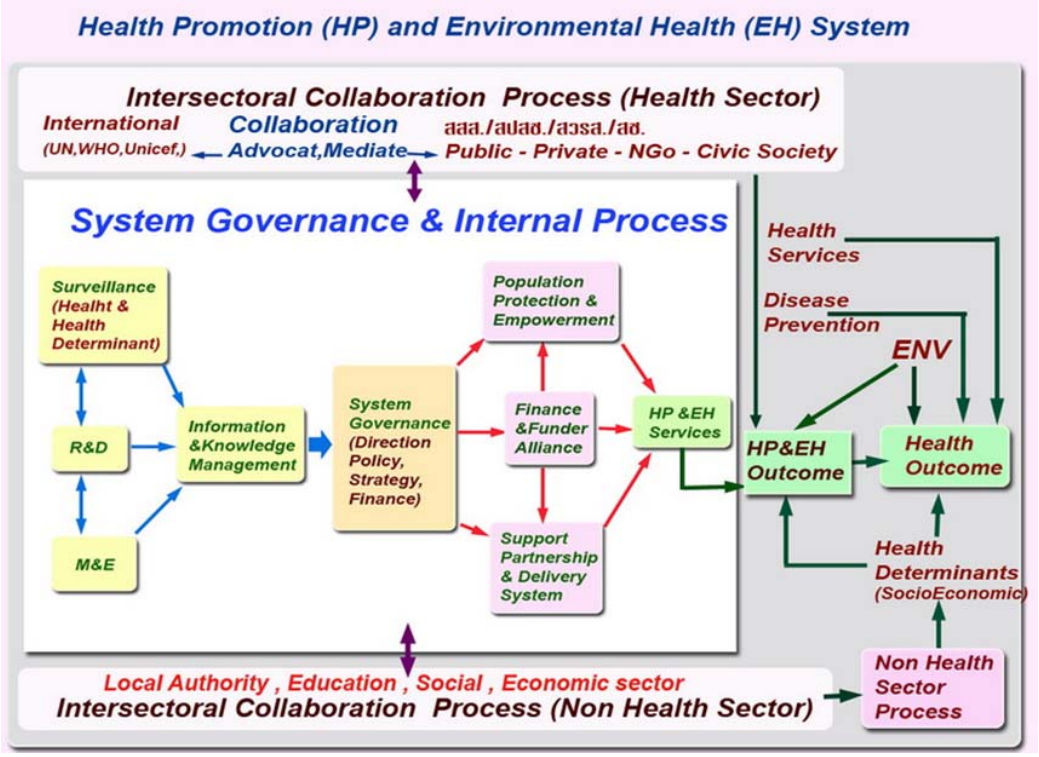
2.กระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพ จึงประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักคือ

3.System governance & Internal Process คือกระบวนการภายในกระทรวงสาธารณสุขทั้งเรื่อง การกำหนดทิศทาง นโยบายยุทธศาสตร์ โดยอิงฐานข้อมูลและความรู้ มีการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ การติดตามประเมินผล การวิจัยพัฒนารวมถึงกระบวนการพัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่ายและ Delivery system เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองและได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

4.Intersectoral Collaboration Process คือการร่วมกันทำงานกับภาคีเครือข่าย ทั้งในและนอก Health Sectors โดยใช้การ Advocate และ Mediate โดยเครื่องมือในการทำงานร่วมกัน ได้แก่การทำโครงการร่วม, การใช้ MOU , การกำหนดมาตรฐานหรือการใช้มาตรการทางกฎหมาย เป็นต้น

5.Non Health Sectors Process ผลของการทำ Intersectoral Collaboration จะทำให้ Non Health sectors เกิด Commitment ซึ่งจะยังผลให้เกิดการพัฒนาหรือยกระดับ Health determinants (Intermediate outcome) ที่จะทำให้ Health Promotion /Enviromental Health outcome รวมถึง Health Outcome ให้ดีขึ้น

6.บริการสุขภาพต้องทำทั้งมิติของการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ไม่สามารถแยกทำตามลำพังได้ เพราะฉะนั้นต้องบูรณาการร่วมกับระบบการควบคุมโรค ระบบบริการสุขภาพและระบบการคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศหรือลด Burden of Disease (ลด DALY)



ภาพที่ 3 System governance of health promotion & Internal Process in Health Ministry

ที่มา กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศอ. 4 [http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/mission/system.php#]

อธิบายภาพ Internal Process & System governance.

1. การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 9 Functions (Apply จาก 6Key Function นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา)
2. ด้านซ้ายมือของภาพ จะเป็นส่วนของกลุ่ม Functions ที่เกี่ยวกับ การติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ (Surveillance ทั้ง Health & Health Determinants) การติดตามประเมินผลภาพรวมของการส่งเสริมสุขภาพ (M&E) การวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการ รวมถึงเครื่องมือ (Tools) ได้แก่มาตรฐานหรือมาตรการทางกฎหมาย เพื่อสร้างและจัดการข้อมูลและความรู้เพื่อสนับสนุนการกำหนดทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์รวมถึงการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม
3. ตรงกลาง คือส่วนของธรรมาภิบาล หรือ System Governance คือการกำหนด ทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์ และการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม ซึ่งการตัดสินใจ ต้องอิงข้อมูลและความรู้จากทางด้านขวาเพื่อให้สามารถบูรณาการ และสนับสนุนการดำเนินการให้เกิดประสิทธิภาพทั้ง Health & Non Health Sector เพื่อและบรรลุเป้าประสงค์ (Health promotion & Environmental Health)
4. ด้านขวามือ คือเรื่องการเงินการประสานแหล่งทุนการสนับสนุนภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถส่งมอบบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปสู่ประชาชน/ชุมชน รวมถึงการคุ้มครองประชาชนทั้งทางด้านกฎหมาย/กฎบัตร การได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Setting) การมีระบบที่จะคุ้มครองความปลอดภัยจากผลิตสุขภาพ และบริการสุขภาพ) และการเสริมพลังให้ประชาชน/ชุมชน ให้รู้เท่าทันสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งถือเป็นภูมิคุ้นกันตนเองจาก ปัจจัยเสี่ยง หรือสิ่งคุกคามสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม หน่วยงานด้านสุขภาพอิสระนอกกระทรวงสาธารณสุข ก็มีความเป็นอิสระ มีคณะกรรมการกำหนดนโยบายและบริหารงานด้วยอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่ตนถืออยู่ ผู้วิจัยได้สรุป

เนื้อหาสถานการณ์ของบทบาทหน้าที่ขององค์ประกอบย่อยในการอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพ ในตารางที่ 1 และมีข้อสังเกต ดังนี้

- กระทรวงสาธารณสุข กำหนดบทบาทหน้าที่หลักในการอภิบาลระบบ ประกอบด้วยการกำหนด ทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์ และการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม ตลอดจนการทำหน้าที่ อีก 8 ส่วน คือ1) การเฝ้าระวังสถานการณ์ (Surveillance ทั้ง Health & Health Determinants) , 2) การติดตามประเมินผลภาพรวมของการส่งเสริมสุขภาพ (M&E), 3) การวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการ รวมถึงเครื่องมือ (Tools) ได้แก่มาตรฐานหรือมาตรการทางกฎหมาย เพื่อสร้างและจัดการข้อมูลและความรู้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ, 4)การประสานแหล่งทุนการสนับสนุนภาคีเครือข่าย, 5)สนับสนุนเครือข่ายเพื่อส่งมอบบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปสู่ประชาชน/ชุมชน, 6) การคุ้มครองประชาชนเพื่อให้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ และ การมีระบบที่จะคุ้มครองความปลอดภัยจากผลิตสุขภาพ และบริการสุขภาพ, 7)การเสริมพลังให้ประชาชน/ชุมชน ให้รู้เท่าทันสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งถือเป็นภูมิคุ้นกันตนเองจาก ปัจจัยเสี่ยง หรือสิ่งคุกคามสุขภาพ,และ 8) จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วย
- ในขณะที่ สสส.กำหนดบทบาท คือการร่วมมือกับภาคีในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ, ร่วมมือกับภาคี ในการพัฒนาความรู้ และจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ, พัฒนาขีดความสามารถบุคลากร และการบริหารจัดการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรทุกระดับ, ส่งเสริมบทบาทของสื่อเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ, และเสริมพลังแก่องค์กรของรัฐในการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นฉับพลันให้ขับเคลื่อนได้อย่างทันเวลา และต่อมา สสส.ได้ทบทวนและกำหนดพันธกิจขององค์กรไว้ว่า “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ” (แผนหลัก สสส.2555-2557)
- ส่วนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดบทบาทในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และ ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงาน, ตลอดจนกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

- มีหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับหน่วยปฏิบัติระดับชาติ และ รายประเด็น แต่ยังไม่กระจายสู่ระดับพื้นที่ เช่น สวรส., ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส), ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.),และ ศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) เป็นต้น มหาวิทยาลัยในภูมิภาคสามารถเป็นแหล่งวิชาการให้กับหน่วยปฏิบัติระดับพื้นที่ได้ แต่การจัดการยังไม่เป็นระบบทั่วประเทศ
- ในภาพรวมพบว่า เริ่มมีกลไกไม่ถาวรเชื่อมประสานหน่วยงานระดับนโยบาย 4 หน่วยงาน สสส., กสธ., สปสช., และ สช., โดยเป็นการทำงานร่วมกันในคณะกรรมการเฉพาะกิจ ในแต่ละเรื่องที่มีความจำเป็นต้องหารือกัน เช่นคณะกรรมการสามกองทุน ที่พิจารณาการให้หลักประกันสุขภาพของรัฐที่พิจารณาการให้หลักประกันสุขภาพของรัฐที่มีกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคมเป็นคณะกรรมการหลัก ก็มีการเชิญสสส.ไปร่วมประชุมเป็นครั้งคราว เป็นต้น แต่ไม่พบกลไกการเชื่อมงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด, ไม่มีแผนพัฒนากำลังคนด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศ และการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทั้งระบบ
- งานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่มีความหลากหลายสูง และสามารถดึงศักยภาพของทุนเดิมทางสังคมของพื้นที่มาสร้างเสริมสุขภาพได้มาก และมีนวัตกรรมที่หลากหลาย
- สถานการณ์ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นมีทิศทางเห็นเป็นรูปธรรม โดย สสส.มีการจัดสรรงบประมาณถึง 15% ลงในแผนสุขภาวะชุมชน สร้างกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับพื้นที่ และพัฒนาชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาวะ พร้อมจัดตั้งศูนย์เรียนรู้สุขภาวะเป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชน แต่ไม่มีการประสานแผนรวมกับกระทรวงสาธารณสุข
- การเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ถูกกระตุ้นด้วยพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี, การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปี และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังจัดให้มีสมัชชาสุขภาพรายประเด็น และรายพื้นที่ได้อีก จึงมีพื้นที่หลายแห่งได้จัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ได้แล้ว
- สถานการณ์ด้านมาตรการทางการเงินการคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีรายการงบประมาณสนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะอยู่ในระบบงบประมาณของหน่วยงานในกำกับของรัฐ เช่น สช.,

มีรายการค่าใช้จ่ายสำหรับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระบบงบประมาณของหน่วยงานในกำกับของรัฐ เช่น สปสช., และมีกองทุนที่มีรายได้จากภาษีระดับชาติคือ สสส.สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนกองทุนสุขภาพตำบลที่สปสช.ร่วมสนับสนุนได้ขยายจนเกือบจะครอบคลุมทุกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแล้ว

- มีหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับหน่วยปฏิบัติระดับชาติ และ บางประเด็น ยังไม่มีทุกพื้นที่ เช่น ศวส.(สุรา), ศจย.(ยาสูบ), ศวปถ.(อุบัติเหตุ)
- เมื่อพิจารณาตามกรอบยุทธศาสตร์ของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติซึ่งสอดคล้องกับกลยุทธ์กิจกรรมตามกฎบัตรออตตาวา รวมทั้งกฎบัตรกรุงเทพ พบว่าหน่วยงานหลักด้านสร้างเสริมสุขภาพมีจุดเน้นทางยุทธศาสตร์ที่แตกต่างกัน ดังนี้
  1) กระทรวงสาธารณสุขเน้นการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการใช้มาตรการทางกฎหมายในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
  2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการทำงานสร้างเสริมสุขภาพกับภาคีทุกภาคส่วนทั้งภาคราชการ (ในหลากหลายกระทรวง) ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคชุมชน ภาคเอกชน โดยทำงานในระบบสุขภาพ (ที่กว้างกว่าระบบบริการสุขภาพ) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง สนับสนุนปัจจัยเสริมทางสุขภาพ ในกลุ่มประชากร องค์กร ชุมชนและพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม
  3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นการสร้างความมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้หลักประกันสุขภาพโดยในปีพ.ศ.2554 มีพื้นที่ดำเนินการ 7,425แห่ง (ร้อยละ95.49)
  4) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เน้น การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- ระบบสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของหญิงเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาส และกลุ่มคนที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพแต่อาจจะยังไม่พอเพียง จากการทบทวน พบว่าแม้จะมีพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และใน พ.ศ. 2551 สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ (สท.) สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ริเริ่มให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือในการจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด รวมทั้งพบว่ามีร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและ

ส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ แล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่ได้ออกเป็นกฎหมายคุ้มครอง รวมทั้งการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐ ในการคุ้มครองเด็กและผู้พิการ ก็ยังไม่เพียงพอ

- กลไกการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ หรือ Health Impact Assessment" ที่กำหนดให้รัฐต้องเปิดเผยข้อมูลกรณีมีผลกระทบต่อสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าการทำ เอช ไอ เอ จะเป็นการบูรณาการทำงานร่วมกันการทำการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม(EIA) ตาม แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในรายงานวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของประเทศ(ฉบับปรับปรุงใหม่) จัดทำโดย สำนักวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมแล้วก็ตาม แต่ ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเร่งรัดกระบวนการยังต้องอาศัยภาคประชาสังคมและสื่อมวลชนเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และการเปิดเผยข้อมูล"ที่ให้รัฐเปิดเผยข้อมูลกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้นั้น ทำได้ล่าช้า ไม่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่1 สถานการณ์ของบทบาทหน้าที่ขององค์ประกอบย่อยในการอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพ

	กสธ.	สสส.	สปสช.	สช.	หน่วยงานอื่นๆ
1.อำนาจตามกฎหมาย	ตามพรบ. สาธารณสุข และพรบ.อื่นๆ ในความรับผิดชอบ	ตามพรบ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	ตามพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ตามพรบ. สุขภาพแห่งชาติ	ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดย สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา
2. การจัดการระบบ(System governance) และความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น	กำหนดนโยบายและบริหารตามระบบราชการ เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นด้วยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมติครม.	มีคณะกรรมการบริหาร ระดับชาติจากหลายภาคส่วน และ คณะกรรมการประเมินผล แต่งตั้งโดย ครม. มีหน่วยงานตนเองเป็นเลขานุการและคณะกรรมการ	มีคณะกรรมการบริหาร ระดับชาติ จากหลายภาคส่วน และมีหน่วยงานตนเองเป็นเลขานุการ คณะกรรมการ	มีคณะกรรมการนโยบาย ระดับชาติ จากหลายภาคส่วน และมีหน่วยงานตนเองเป็นเลขานุการ คณะกรรมการ	คณะรัฐมนตรี เชื่อมโยงทางการบริหารในระบบราชการ และสำนักงานเศรษฐกิจและสังคม เชื่อมแผนยุทธศาสตร์
3. กลไกในการสร้างเสริมสุขภาพ	มีกรมอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. บริหารจัดการโดย สสอ.และ สสจ.	มีกลไกระดับชาติ แบ่งเป็นสำนักเพื่อหนุนศักยภาพของภาคประชาสังคมภาควิชาการและภาครัฐ	ผ่านหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสุขภาพตำบล	มีกลไกสมัชชาสุขภาพ รวมทั้งขั้นตอน HIA เพื่อประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่จัดบริการสาธารณะ และคุ้มครอง
4.สร้างและพัฒนากำลังคน	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน, อาสาสมัคร	สร้างความเข้มแข็งของภาคีทุกภาคส่วน ทั้งราชการ, ประชา	ร่วมพัฒนาความเข็มแข็งขององค์กรปกครองส่วน	สร้างความเข็มแข็งของสมัชชาสุขภาพจังหวัด	

	กสธ.	สสส.	สปสช.	สช.	หน่วยงานอื่นๆ
	ชุมชน	สังคม ชุมชน ท้องถิ่น เอกชน	ท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพ		
5.การจัดสรรเงินสนับสนุน	จัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ และงบอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข	เงินกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	สบทบเงินให้กับกองทุนสุขภาพตำบล	-	งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
6.การกำกับและประเมินผล	มีตัวชี้วัดกิจกรรม	มีการจัดทำรายงานสุขภาพเป็นประจำ	มีแต่ภาพรวมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	มีการติดตามมติสมัชชาสุขภาพฯ	

หมายเหตุ: วิเคราะห์โดยนักวิจัย ณ เดือน เมษายน พ.ศ. 2556

4.3. **สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ**

รายงานนี้ยกตัวอย่างสถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญบางเรื่องมาเพื่อให้เห็นแนวโน้มของสถานการณ์ ดังนี้

- ระดับอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (U5MR) โดยรวมของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมานี้ ค่าที่ประมาณโดย Inter-agency Group for Child Mortality Estimation ในพ.ศ. 2553 มีอัตราการตายเท่ากับ 14 ต่อจำนวนการเกิดมีชีพพันคน
- อัตราการฆ่าตัวตาย ไม่ลดลง อยู่ที่ประมาณ 6 คนต่อแสนประชากร หรือมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 3,612 คนต่อปี วัยทำงานเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงสุด ภาคเหนือของ ไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุดอยู่ที่จังหวัดนราธิวาส
- อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร มีแนวโน้มลดลง อยู่ที่ประมาณ 17 คนต่อแสนประชากร
- อัตราการดื่มสุราของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทรงตัว ระหว่างปีพ.ศ.2550-2554 อยู่ที่ร้อยละ 31.5
- อัตราการสูบบุหรี่ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงมาตลอด แต่เริ่มทรงตัวในปีพ.ศ.2554 อยู่ที่ร้อยละ 21
- ประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายไม่เพียงพอในอัตราลดลงจากร้อยละ 22.5 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 18.5 ในปี 2552

- ความเสี่ยงจากการบริโภค วัดจากภาวะอ้วน, การใช้ยาเกินความจำเป็น, และ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้น
- ภัยเสี่ยงทางสังคม (หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ความรุนแรง และการพนัน) ปัญหาชัดเจนขึ้น

รายละเอียดเพิ่มเติมอ่านได้จากภาคผนวก 1

4.4.บริบทที่เปลี่ยนไปและโอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายต่อระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ภาพความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างบริบทเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสุขภาพของบุคคลที่จัดทำโดยคณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพ พ.ศ.2551 ยังคงสื่อความหมายได้ดี (ดูภาพ)

บริบทที่เปลี่ยน

ข้อมูลจากการระดมสมองในการวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตด้านการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระบุแนวโน้มหลัก ได้แก่ การเกิดประชาคมใหม่ และการรวมตัวของกลุ่มเศรษฐกิจ และ การเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศ และ ปัจจัยผลักดันภายในประเทศ ได้แก่ วิกฤตปัญหาสังคมและความไม่เท่าเทียม และ วิกฤตการเมือง[2]

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ภายในระบบสุขภาพ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การจัดการสุขภาพโดยภาคประชาชนเริ่มมีความชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของการมีเป้าหมายร่วมเพื่อระบบสุขภาพที่ยั่งยืน และการใช้กลไกนโยบายสาธารณะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

นอกเหนือจากพัฒนาการของภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งขึ้น และการเติบโตทางเศรษฐกิจแล้ว บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ ณ พ.ศ.2552 ที่สำคัญ คือการปฏิรูปบทบาทภายในระบบราชการกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ.2554-2556 และการเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่กำลังจะมาถึงใน ปีพ.ศ.2558 นี้

การปฏิรูปบทบาทภารกิจภายในกระทรวงสาธารณสุข มีพลวัตรของแนวคิด และเริ่มชัดเจนในปี พ.ศ.2554 และถูกประกาศเป็นนโยบายการปฏิรูปบทบาทภารกิจกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับตำแหน่งใหม่ในวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ซึ่งบทบาทภารกิจกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดทั่วประเทศ จะปรับเปลี่ยนตาม 5 นโยบาย[3] อัน ได้แก่

1.การจัดการบริการใน 3 กองทุน คือ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุนประกันสังคม โดยจะเริ่มในวันที่ 1 ตุลาคมนี้เป็นต้นไป ทั้งกรณีการล้างไตและยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ ที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียมกัน

2.การจัดนโยบายประชาชนการดูแลประชาชน โดยเน้นการให้บริการที่ไม่แบ่งแยกโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลเล็ก แต่จะให้เป็นการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะใช้วิธีการทำงานที่เชื่อมโยงกันในลักษณะการให้บริการโดยการกระจายผู้ เชี่ยวชาญให้ไปอยู่ตามศูนย์ต่างๆ มีการประสานงานร่วมกัน

3.การส่งเสริมสุขภาพ โดย สธ.จะต้องมีบทบาทในการกำหนดการใช้งบประมาณทั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดย

---

[2] สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ(สวทน.). รายงานการวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตด้านการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรกฎาคม 2555

[3] เว็บไซต์ผู้จัดการออนไลน์. สธ.ลั่นปี 56 ให้บริการ 3 กองทุนเท่าเทียม. 1 ตุลาคม 2555.

http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000119842

กระทรวงสาธารณสุขจะจัดการดูแลแบบพิเศษ ในกลุ่มของเด็ก หญิงตั้งครรภ์ คนชรา และวัยทำงาน ที่จะต้องมีการจัดการดูแลอย่างเหมาะสม และเจาะจงแบบเฉพาะกลุ่ม

4.มุ่งเน้นและส่งเสริมการบริการสุขภาพเกี่ยวกับทีมแพทย์ฉุกเฉิน และ

5.เตรียมความพร้อมกับกลุ่มของต่างชาติที่จะเข้ามาในช่วงของการเปิดประชาคม เศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ต่อไป

โดยสิ่งแรกที่ต้องทำคือ การผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดการในเรื่องของการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อจะได้มีการจัดสรรงบประมาณอย่างเท่าเทียม

ส่วนความก้าวหน้าในการดำเนินการปฏิรูป มีความเป็นพลวัตรสูง โดยเฉพาะการแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการระดับสูง

ปัจจัยคุกคามและความท้าทายต่อระบบสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ, การขยายตัวของเมือง, การแข่งขันทางการตลาด, การเคลื่อนย้ายของคน สินค้าและบริการ, และภาวะโรคร้อน ได้ทวีความเข้มข้นขึ้น ตัวอย่างเช่น ภาวะน้ำหนักเกิน น้ำตาลสูง ไขมันสูง,เยาวชนเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงสุรา ยาสูบ และการพนันได้ง่ายขึ้น, การเจรจาการค้าเสรีทวิภาคีอาจจะมีข้อตกลงที่เพิ่มการเข้าถึงการบริโภคสุราและยาสูบมากขึ้น หรือ มีข้อตกลงทวิภาคีหลายกรณีที่อาจจะขัดขวางนโยบายสาธารณะที่ใช้ควบคุมสินค้าที่มีผลเสียต่อสุขภาพ, สถานการณ์อุบัติภัยที่กระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตมีความถี่และทวีความรุนแรงขึ้น เป็นต้น

โอกาส

อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปภายในกระทรวงสาธารณสุข อาจถือเป็นโอกาส ได้เช่นกัน ดังนี้

- เปิดโอกาสให้ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น และสามารถดึงศักยภาพของศูนย์วิชาการระดับเขตมาร่วมจัดการความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาคมากขึ้น เนื่องจากมีการกระจายอำนาจการจัดบริการเป็นแบบเขตสุขภาพ
- เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางการปฏิรูปที่ต้องการจะมาบริหารงบประมาณการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น นักวิจัยจึงเห็นว่า อาจเปิดโอกาสให้มีการผสานแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระหว่างองค์กรจึงเสนอว่า ควรมีการประสานในแนวราบและมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนด้วย หากจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายร่วม

นอกจากนี้ การกระตุ้นเศรษฐกิจ และการเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะเป็นสร้างโอกาสให้ทั้งภาครัฐ, ธุรกิจเอกชน, และองค์กรพัฒนาเอกชน แสดงบทบาทมากขึ้นในการปรับตัว รับมือกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นทั้งต่อสุขภาพกาย จิต และเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

5.ข้อเสนอแนะทิศทางระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในมุมมองของนักวิชาการ

1. ชวนให้มองการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นวิธีการของการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยระบบอภิบาล และระบบสนับสนุนย่อยของระบบสุขภาพในการขับเคลื่อน แต่ตัวละครอาจจะหลากหลายขึ้น ทั้งนอกภาคส่วนราชการ และนอกภาคส่วนสาธารณสุข จึงมีข้อเสนอว่า ไม่ควรใช้คำว่า ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในหมวดทั่วไปของระบบสุขภาพ
2. การอภิบาลงานสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีคณะกรรมการนโยบายร่วมที่เป็นการประสานในแนวราบจากองค์กรนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนด้วย เน้นการใช้ความรู้ในการตัดสินใจ
3. ระบบสร้างเสริมสุขภาพของไทยมีความก้าวหน้าอย่างมากในเชิงนวัตกรรมทางการเงินการคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และมีกิจกรรมใหม่ๆที่กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนให้บุคคล/ประชาสังคมไปดำเนินการในรูปแบบนวัตกรรม ซึ่งอาจจะยังไม่มีผลการประเมินว่ามีความคุ้มค่าและจะช่วยลดผลกระทบจากปัจจัยกำหนดสุขภาพหรือผลกระทบจากความไม่เท่าเทียมได้อย่างไรหรือไม่ จึงเสนอให้ มีการสร้างเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินผลกิจกรรมและนวัตกรรมที่ลงทุนไป เพื่อสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย โดยเครื่องมือเหล่านี้ต้องส่งเสริมการกระจายอำนาจการตัดสินใจ วัดได้ง่าย และใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย
4. กลไกรัฐแบบสั่งการ หรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยรัฐจะค่อยๆไม่ได้ผล จึงควรมีกลไกที่เพิ่มการตรวจสอบจากผู้ได้รับผลกระทบและผู้สนใจที่เป็นกลไกที่สามารถตอบสนองได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีข้อเสนอให้ รัฐปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเพิ่มอำนาจให้กับปัจเจก หรือ องค์กรที่อาจได้รับผลกระทบ สามารถเริ่มกระบวนการในการลดปัจจัยเสี่ยงนั้นๆได้โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้มีอำนาจในการเริ่มกระบวนการแต่ฝ่ายเดียว
5. ข้อความในธรรมนูญฯ ที่เป็นมาตรการของระบบการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มีผู้เกี่ยวข้องชี้ว่านำไปปฏิบัติได้ยาก ดังนั้น จึงควรมีกระบวนการ ตีความ สื่อสาร และติดตาม หลังจากมีการประกาศใช้ธรรมนูญฯแล้ว

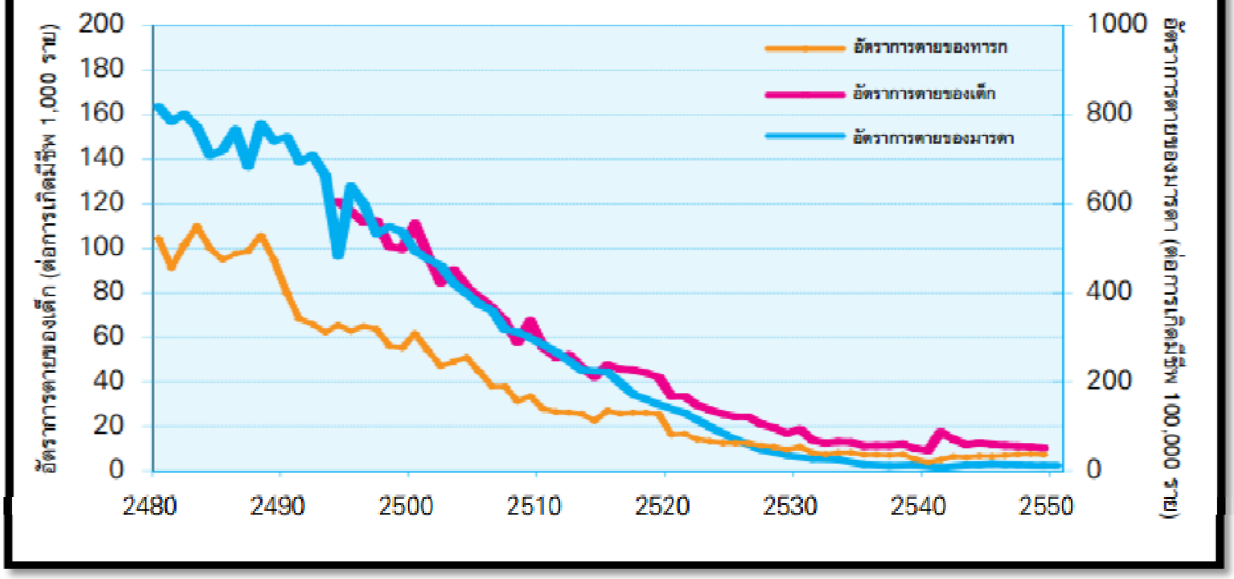
ภาคผนวก I. สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ

(ที่มา: จากรายงานประจำปีของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)

1. อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Under - 5 mortality) มีแนวโน้มลดลง

ระดับอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (U5MR) โดยรวมของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมานี้ ค่าโดยประมาณของอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (U5MR) เท่ากับ 12.4 ต่อจำนวนการเกิดมีชีพพันคน หรือค่าที่ประมาณโดย Inter-agency Group for Child Mortality Estimation พ.ศ. 2553 มีอัตราการตายเท่ากับ 14 ต่อจำนวนการเกิดมีชีพพันคน ซึ่งถือว่าใกล้เคียงมาก

แผนภาพที่ 4: แสดงอัตราการตายของทารก (IMR), อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (U5MR) และอัตราการตายของมารดา (MMR) จากระบบการจดทะเบียนชีพ (VRS) และข้อมูลสถิติสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2480 และ พ.ศ. 2549



2. อัตราการฆ่าตัวตาย ทรงตัว

จากการเก็บข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่า สถิติการฆ่าตัวตายของคนไทย โดยเฉลี่ยอยู่ที่ ประมาณ 5.77 คนต่อประชากรแสนคน หรือมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 3,612 คนต่อปี และถ้าคิด เฉลี่ยต่อวัน พบว่าในแต่ละวันมีคนฆ่าตัวตายถึง 12 คน หรือเฉลี่ย 1 คนต่อทุก ๆ 2 ชั่วโมง วัยทำงานเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงสุด ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี2548-2553 พบว่า กลุ่มที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ คนวัยทำงาน ในกลุ่มอายุ15-59 ปีโดยอัตราเฉลี่ย 7-8 คนต่อแสนประชากร และสาเหตุการฆ่า

ตัวตายส่วนใหญ่ คือ ความเครียด รองลงมา คือ โรคซึมเศร้า ติดยาเสพติด และการเจ็บป่วยทางกาย

ตารางที่ 1 อัตราตายจากการฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุปี 2548-2553

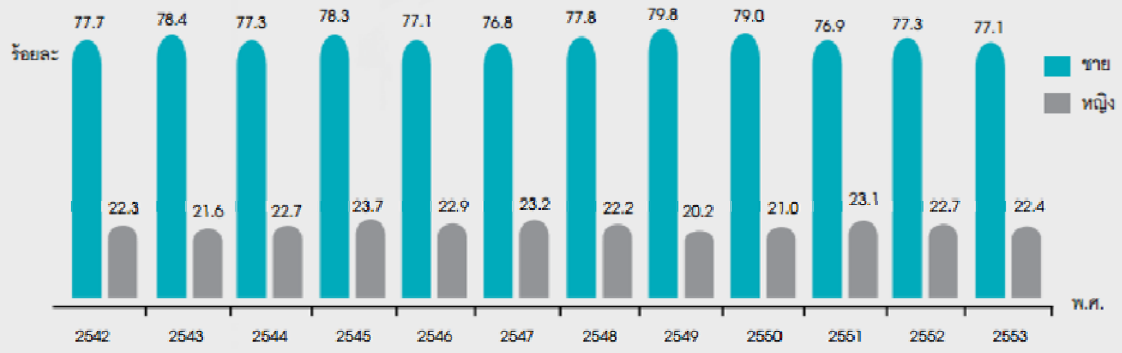
กลุ่มอายุ	2548	2549	2550	2551	2552	2553
5-14	0.3	0.8	0.5	0.7	0.6	0.4
15-59	8	7	7	7.2	7.3	7.1
60+	1.2	1.4	1.7	1.9	1.8	1.6

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อ้างใน ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่ และภาพรวมปี 2553
http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/social%20situation%20and%20outlook%20Q4-53_28.pdf

ผู้ชายฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง

ประเด็นเพศกับการฆ่าตัวตาย พบว่า ตั้งแต่ปี 2542-2553 ทุกปีมีผู้ชายฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิงราว 4 เท่า โดยปี 2553 พบว่า ร้อยละ 77.1 ของคนฆ่าตัวตายเป็นเพศชาย และ ร้อยละ 22.4 เป็นเพศหญิง (ดังภาพที่ 2)

ภาพที่ 2 สัดส่วนการฆ่าตัวตายของวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศ ปี 2542-2553



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อ้างใน ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่ และภาพรวมปี 2553 http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/social%20situation%20and%20outlook%20Q4-53_28.pdf

สถิติการฆ่าตัวตายตามอายุ และเพศในเรื่องของกลุ่มอายุ และเพศของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แล้ว จะพบว่า ช่วงอายุของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี มากที่สุด และถ้าแบ่งตามเพศ จะพบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า แต่เพศหญิงมี แนวโน้มที่คิดจะฆ่าตัวตายได้ง่าย และมีจำนวนมากกว่าเพศชาย

สถิติการฆ่าตัวตายตามพื้นที่ในประเทศไทยพื้นที่ที่มีผู้ฆ่าตัวตายมากที่สุดในรอบหลายปีมาแล้ว จะพบว่าภาคเหนือของ ไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุดอยู่ที่จังหวัดนราธิวาส

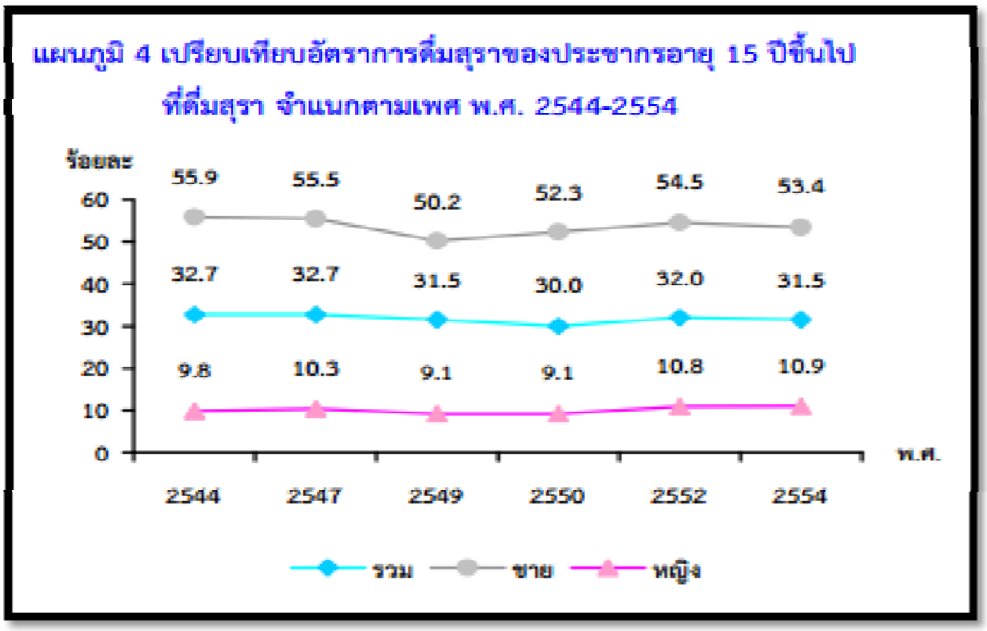
3.อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร ควบคุมได้ มีแนวโน้มลดลง

การเสียชีวิตและบาดเจ็บ แนวโน้มสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติภัยจราจรเริ่มลดลงตามลำดับจากปี 2546 ที่มีผู้เสียชีวิต จำนวน 14,063 คน ลดลงเหลือ 10,717 คน ในปี 2552 โดยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติภัยจราจรต่อประชากรหนึ่งแสนคน ลดลงจาก 22.90 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี 2546 เหลือผู้เสียชีวิต 16.87 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี 2552 คิดเป็นอัตราลดลง ร้อยละ 23 ขณะที่อัตราการบาดเจ็บต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี 2552 ลดลง ร้อยละ 24 และอัตราการเกิดอุบัติเหตุต่อรถยนต์ 10,000 คัน ลดลงร้อยละ 26

ผลงานความก้าวหน้าที่สำคัญด้านความปลอดภัยทางถนน

- พัฒนานโยบายระดับชาติ
- ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
- สนับสนุนพลังประชาชนช่วยลดอุบัติเหตุ
- ยกระดับระบบข้อมูลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

4.การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควบคุมได้ ทรงตัว



สำนักงานสถิติแห่งชาติได้การสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในช่วงปี 2544-2554 พบว่า อัตราการดื่มสุราของประชากรในปี 2544-2554 มีแนวโน้มลดลง คือร้อยละ 32.7 เป็น

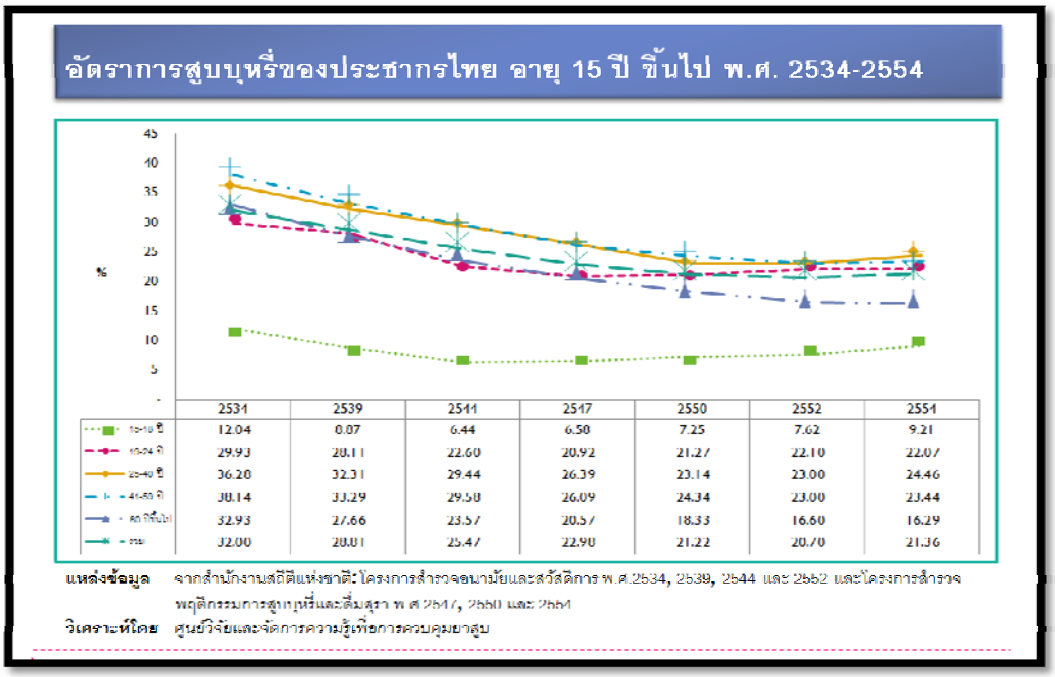
ร้อยละ 30.0 แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี 2552เป็น ร้อยละ 32.0 และลดลงเล็กน้อยในปี 2554 เป็นร้อยละ 31.5 อัตราการดื่มแบบเสี่ยงปานกลางขึ้นไปลดลง

ผลงานความก้าวหน้าที่สำคัญด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ต่อยอดนโยบายและยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ส่งเสริมการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
- พัฒนาระบบบำบัดรักษาผู้ติดสุรา
- ขยายผลการจัดงานประเพณีปลอดแอลกอฮอล์ออกไปทั่วประเทศตลอดปี

5. อัตราการสูบบุหรี่ ควบคุมได้ ทรงตัว

สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนชาวไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ในช่วงปี 2534-2554 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนชาวไทยมีแนวโน้มลดลง แต่เริ่มทรงตัวในปีพ.ศ. 2554 อยู่ที่ร้อยละ21



ผลงานความก้าวหน้าที่สำคัญด้านควบคุมยาสูบ

- ประกาศใช้ยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ และแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เช่น การเพิ่มภาษีสรรพสามิตบุหรี่ ทั้งตามราคาและตามปริมาณ และเพิ่มภาษียาเส้นมวนเอง, การขยายภาพคำเตือนบนซองบุหรี่, การห้ามโฆษณาแบบเบ็ดเสร็จ รวมทั้งห้ามตั้งโชว์ ณ จุดขาย, การเพิ่มพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่, พัฒนาระบบสนับสนุนให้ประชาชนเลิกบุหรี่, และการสร้างค่านิยมในการปฏิเสธการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

<u>6.ภาวะขาดกิจกรรมทางกาย (การออกกำลังกาย) ลดลง</u>

เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ปี 2547 กับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ปี 2552 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป **มีกิจกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายไม่เพียงพอในอัตราลดลง** จากร้อยละ 22.5 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 18.5 ในปี 2552 โดยพบในกลุ่มอาชีพที่มีลักษณะไม่ต้องใช้แรงกายมาก เช่น งานเสมียน นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ที่ไม่มีอาชีพ และแม่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการส่งเสริมให้ออกกำลังกายเพิ่มเติม ซึ่งมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพเป็นจำนวนเงิน 175,000 ล้านบาท

ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกาย คือ การทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมยามว่าง อยู่ในระดับเพียงพอคือมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (ออกแรงต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไป) ร้อยละ 81.5 ในจำนวนนี้แบ่งเป็นกิจกรรมทางกาย ระดับมาก ร้อยละ 56 เช่น การยกของหนัก งานก่อสร้าง ขุดดิน เต้นแอโรบิก วิ่ง เป็นต้น และกิจกรรมทางกาย ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.5 เช่น การทำงานบ้าน ถือของเบาๆ เดินไปมา เป็นต้น เฉลี่ยคนไทยมีกิจกรรมทางกายยามว่าง เท่ากับ 81.4 นาทีต่อวัน

กลุ่มผู้มีกิจกรรมทางกาย กลุ่มที่มี**การเคลื่อนไหวทางกาย และการออกกำลังกาย**เพียงพอมีสูงสุดในช่วงอายุ 37-59 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน รองลงมาคือ ช่วงอายุ 15-27 ปี และต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป

การออกกำลังกาย ในปี 2553 มีประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ที่สนับสนุนโดย สสส. ไม่ต่ำกว่า 520,000 คน ซึ่งใกล้เคียงกับปี 2552

ผลงานความก้าวหน้าที่สำคัญด้านการออกกำลังกาย

- ส่งเสริมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันผ่านกิจกรรมทั่วประเทศ
- ขยายภาคีเครือข่ายที่มีมาตรการส่งเสริมการออกกำลังทั่วไทยร่วมจัดกิจกรรมออกกำลังกายทั่วไทย
- สร้างนวัตกรรมให้คนไทยออกกำลังกายสนุก ทำได้ทุกที่

<u>7.ภัยเสี่ยงจากการปกป้องสุขภาพจาก “การบริโภค”</u>

สถานการณ์การบริโภคเกินความจำเป็น ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 ความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.5 ล้านคน อยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกับผลสำรวจในปี 2547 และพบผู้มีภาวะอ้วนลงพุง ในหญิงมีสูงถึงร้อยละ 45 ขณะที่ชายมีร้อยละ 18.6 สอดคล้องกับผลสำรวจการรับประทานผักหรือผลไม้อย่างเพียงพอ มีเพียงร้อยละ 18 เพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนเล็กน้อยโดยที่มีคนไทยรับประทานผักและผลไม้อย่างเพียงพอร้อยละ 17.6 สะท้อนให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ขณะที่เส้นรอบเอวเฉลี่ยของคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไป ขยายเพิ่มขึ้น 0.5 เซนติเมตร ภายในเวลา 5 ปี (ปี 2546-2550)

คนไทยกินยาเกินความจำเป็น พบว่า คนไทยวัย 15 ปีขึ้นไป นิยมใช้ยาแก้ปวดและยาคลาดเครียดทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยร้อยละ 2.3 กินยาแก้ปวดทุกวัน ร้อยละ 4.3 กินเกือบทุกวัน และร้อยละ 20.9 กิน 2-3 วันต่อสัปดาห์ ด้านยาคลายเครียดและยานอนหลับ พบว่าร้อยละ 3.3 กินยาคลายเครียด หรือ ยานอนหลับเป็นประจำ นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 1.1 กินยาลดความอ้วน

สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมทั้งหมดสูงถึง ร้อยละ 42.8 ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยทั้งประเทศ ซึ่งสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ สาเหตุหลักเกิดจากจุดอ่อนของระบบการควบคุมการสั่งจ่ายยา เริ่มจากสิทธิบัตรซึ่งทำให้ยาที่ผูกขาดมีราคาแพง การส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ความอ่อนแอขององค์กรวิชาชีพ สวัสดิการข้าราชการที่ใช้ระบบการจ่ายแบบปลายเปิด กฎหมายล้าสมัย และไม่มีมาตรการควบคุมราคา ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงยาและเพิ่มภาระงบประมาณด้านสาธารณสุข

ผลงานความก้าวหน้าที่สำคัญด้านการปกป้องสุขภาพจาก “การบริโภค”

- ลดความเสี่ยงจากบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์ในท้องตลาด
- สนับสนุนให้คนไทยได้ใช้ยาอย่างเหมาะสม

8.ภัยเสี่ยงทางสังคม (หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ความรุนแรง และการพนัน)

ความเข้มแข็งของครอบครัว ครอบครัวคือสถาบันแรกและสำคัญที่สุดที่จะช่วยปกป้องและส่งเสริมสุขภาวะของคนไทย แต่ปัจจุบันครอบครัวไทยยังมีความอ่อนแอ ข้อมูลจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่าการหย่าร้างมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากประมาณ 1 ใน 4 ของการจดทะเบียนสมรสในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 3 ของการจดทะเบียนสมรสในปี 2551 ความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ความรุนแรงที่เกิดกับสตรีมาจากสามี และปัญหาเด็กที่ถูกทอดทิ้ง สร้างความรุนแรงก่อคดี และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทั้งหมดนี้เป็นวัฏจักรอันเนื่องมาจากครอบครัวและสังคมที่อ่อนแอ

การพนัน ยังพบทั่วไปในสังคมไทย โดยร้อยละ 70 ของผู้ใหญ่เล่นการพนันเป็นประจำ ประมาณมูลค่าถึง 36,000 ล้านบาทต่อปี กิจกรรมส่วนใหญ่ผิดกฎหมายรายได้จากการพันประเภทหวยใต้ดิน การพนันฟุตบอลและบ่อนกาสิโน มีมูลค่าประมาณ ร้อยละ 4-8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ เยาวชนทุกระดับการศึกษาเล่นพนันฟุตบอลเป็นครั้งคราวถึงประจำ นักศึกษาอุดมศึกษาเล่นพนันฟุตบอลมากที่สุด (ร้อยละ 16.6) รองลงมา คือ อาชีวศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และประถมศึกษา (ร้อยละ 14.5, 10.1, 7.8 และ 4.0 ตามลำดับ) ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งการฆ่าตัวตาย ถูกทำร้ายร่างกาย ความรุนแรงในครอบครัว การทุจริตคอรัปชั่น การฟอกเงิน และการก่ออาชญากรรมในรูปแบบต่างๆ รวมถึงการค้าประเวณีเพื่อใช้หนี้

ผลงานความก้าวหน้าทีสำคัญด้านการเพิ่มภูมิคุ้มกันภัยเสี่ยงทางสังคม

- สนับสนุนการลดความรุนแรงในครอบครัว สถาบันการศึกษา และสังคม
- เปิดแนวรุกป้องกันปัญหา “แม่วัยรุ่น”
- ประสานเครือข่ายรณรงค์ลดการพนัน
- พัฒนาช่องทางรับมือจากภัยธรรมชาติ

ภาคผนวก II. บันทึกสังเกตการณ์ การประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ธรรมนูญสุขภาพ

ประชุมเรื่อง: เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ธรรมนูญสุขภาพกับการหนุนเสริมระบบเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น

วันที่: 28 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 เวลา 8.30-13.00 น.

ประชุม: ณ ห้องประชุม Virgo ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์

จำนวนผู้เข้าประชุม: 18 คน โดยมี อ. เดชรัตน์ สุขกำเนิด คณะเศรษฐศาสตร์ ม.เกษตรศาสตร์ เป็นประธานการประชุม

บันทึกสังเกตการณ์โดย: กุมภการ สมมิตร

สรุปสาระการประชุม

อาจารย์ เดชรัตน์ สุขกำเนิด เริ่มบรรยาย “ในวันนี้ เราคิดอย่างไร กับธรรมนูญสุขภาพ” โดยเริ่มจากการปฏิรูปสุขภาพ พ.ศ. 2543-2550 ได้ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ และก่อให้เกิด ธรรมนูญฯ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สมัชชาสุขภาพ, นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ, และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ จากนั้นตามด้วย ธรรมนูญฯ ตามมาตรา 46 ว่าใช้เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย และทบทวนทุก 5 ปี ต่อด้วย มาตรา 48 ว่าด้วยคณะ รมต. ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

คุณสุริยา ผช.ผู้ใหญ่บ้าน จ.สระแก้ว ได้เล่าถึงกระบวนการสร้างธรรมนูญหมู่บ้าน แล้วนำไปสู่ระดับจังหวัด โดยมีการจัดประชุมกัน ในพื้นที่ทุกๆหมู่บ้าน ในช่วงเวลาหลังเลิกงานของประชาชน มีผู้เข้าร่วมทั้งเด็กและผู้ใหญ่ โดยผู้เข้าร่วมได้แสดงความคิดเห็นถึงสิ่งที่ต้องการสร้างให้ชุมชนเขาอยู่ดี กินดี มีความสุข จากนั้นเขาได้นำข้อความต่างๆ มาคัดกรองแล้วเขียนธรรมนูญหมู่บ้าน ซึ่งชุมชนภูมิใจในธรรมนูญหมู่บ้าน แล้วก็ปฏิบัติตามนั้นเขารู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของ

คุณชาติวัฒน์ ร่วมสุข จ.อำนาจเจริญ ได้กล่าวว่า ชุมชน ต้องเกิดจากรากเหง้า ภูมิปัญญาท้องถิ่น และกำหนดอนาคตที่ตนเองจะเดินไป มีโจทย์ร่วมว่า ทำไมเราถึงยากจน บวกกับบริบททางการเมือง เกิดความกระเทือนต่อทั้งจังหวัดเป็นอย่างมาก มีการทำเคลื่อนธรรมนูญจังหวัด โดยภาคส่วนและชมรมต่างๆ อย่างมาก วางแผนจะตั้งงบเพื่อเคลื่อนในปีหน้า อ.ประเชิญ คนเทศ ชมรมเรารักษ์แม่น้ำท่าจีน ได้กล่าวเกี่ยวกับการในการทบทวนธรรมนูญ อาจจะนำกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญระดับท้องถิ่น มาประยุกต์ใช้ในระดับชาติ แต่ไม่ใช่นำเนื้อหามารวมกัน เพราะมีความแตกต่างและหลากหลายเกินไป ธรรมนูญแต่ละระดับมีหน้าที่แตกต่างกัน

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ก็ได้กล่าวว่าในการทบทวนให้พิจารณาธรรมนูญระดับชาติและระดับพื้นที่ควบคู่กันไป

โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้กล่าวเกี่ยวกับเป้าหมายของการมีธรรมนูญว่ามีไว้เพื่อ

- ร่มใหญ่ในการร่างธรรมนูญพื้นที่: เขียนได้ใน ภาพของธรรมนูญระดับประเทศดีแล้วแต่อาจมีบทเฉพาะกาลแนบเพื่อเอื้อให้ระดับในพื้นที่นำไปใช้ได้
- ร่มในการนำไปใช้: เนื่องจากเป็นร่มเลยใหญ่และกว้างเกินไปนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ได้ยาก
- ประสิทธิผลของการทำธรรมนูญ การขยับไม่ได้เพราะไม่รู้สึกการเป็นเจ้าของ อาจต้องมีการทำ MOU ในการนำไปปฏิบัติ

จากนั้นก็เริ่มประเด็นคำถาม คือ เจตจำนงธรรมนูญเป็นของสังคม ร่วมกัน จริงหรือไม่, ยังจำเป็นอยู่หรือไม่, ถ้าไม่ควรใช้เครื่องมือใด โดยการนำธรรมนูญ หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ, หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มาเป็นตัวอย่างในการเสนอความคิดเห็น และยังมีคำถามเพิ่มเติม คือ ธรรมนูญ เคยเป็น/ยังเป็น ของเราหรือไม่, หลังจากมีธรรมนูญ เหตุการณ์เปลี่ยนไปหรือไม่, จำเป็นต้องมีอยู่หรือไม่โดยสามารถสรุปข้อมูลได้ดังนี้

หมวด 4

ข้อความในมาตรามีความเป็นอุดมคติสูงมาก แต่ในสภาพการณ์ที่รัฐไม่เหลียวมอง มันก็เป็นแค่กระดาษ นำไปปฏิบัติยาก ต้องหาวิธีให้มันเกิดการปฏิบัติ หรือเปลี่ยนวิธีการสื่อสารหรือสำนวนให้ง่ายต่อรัฐในการทำความเข้าใจ ในแต่ละหมวดควรมีกระบวนการที่ชัดเจน ไม่ใช่ทุกอย่างให้รัฐ (แล้วรัฐได้ทำจริงหรือยัง) ซึ่งดูแล้วกว้างเกินไป แต่ข้อความที่เขียนก็ถือว่าดีแต่ยังเป็นนามธรรม ธรรมนูญต้องการร่วมกันจากทั้งท้องถิ่น และภาครัฐ ต้องมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และมีคำบางคำที่ควรจะเปลี่ยน เช่นคำว่า เจตจำนงค์ ควรเปลี่ยนเป็น หน้าที่

หมวด 10

เนื้อหาดีแล้ว แต่ขึ้นกับวิธีการกระตุ้นการนำไปใช้ ซึ่งในแต่ละมาตราในตัวอย่างจากธรรมนูญพื้นที่มีการเขียนทั้ง “ให้รัฐทำ” และ “ให้ประชาชน ทำ” โดยรัฐเอื้ออำนวย อยากให้ตัดคำว่า “รัฐ” ออก เพราะบางคนตีความว่า ตนเอง ไม่ใช่รัฐ แม้กระทั่ง ม.เกษตรศาสตร์ กรมต่างๆ สสส. สปสช. ก็ไม่คิดว่าตนเองเป็นรัฐ แต่ในความเป็นจริงแล้วใช่ และอยากให้เขียนอธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับกลไกต่างๆ และรัฐสั่งให้ใครทำ โดยเขียนระบุหน่วยงานลงไปเพื่อความชัดเจน