รายงาน

(ฉบับสมบูรณ์)

สถานการณ์และยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2545 - 2553

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

ณรงค์ สหเมธาพัฒน์

ชาญชัย พิณเมืองงาม

10 กุมภาพันธ์ 2553

สนับสนุนโดยแผนงานร่วมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถานการณ์และยุทธศาสตร์
การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย
พ.ศ. 2545 - 2553

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ
สาธารณสุขนิเทศก์ กระทรวงสาธารณสุข
ณรงค์ สหเมธาพัฒน์
ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
ชาญชัย พิณเมืองงาม
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

สารบัญ

		หน้า
สรุปย่อผู้บริหาร		ก
บทนำ		
บทที่ 1	สภาวะสุขภาพและแนวโน้มที่สำคัญ	
	ข้อมูลสถานการณ์ที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ	2
	สถานการณ์ความรุนแรงของโรคและความสูญเสียที่สำคัญ	2
	ปัญหาสุขภาพจากโรควิถีชีวิต	3
	ปัญหาสุขภาพจิต	4
	ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัยที่สำคัญ	8
	สิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ	11
	แบบแผนการดำรงชีวิตและพฤติกรรม ที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ	11
บทที่ 2	แผนงานสร้างเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษา	13
บทที่ 3	ระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ระดับส่วนกลาง	26
บทที่ 4	ระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ระดับปฏิบัติ	46
บทที่ 5	ระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ระดับชุมชน	56
บทที่ 6	ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	64
บรรณานุกรม		78

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	การสูญเสียปีสุขภาวะ(Disability Adjusted Life Years:DALYS) ตามกลุ่มของสาเหตุ พ.ศ.2542และ 2547 จำแนกตามเพศ	2
1.2	การสูญเสียปีสุขภาวะ(Disability Adjusted Life Years:DALYS) ในประชากรไทย ปี 2547	3
1.3	อัตราความชุกของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในระดับปฐมภูมิ (ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 6.2 ปี) และโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับบริการในระดับตติยภูมิ(ผู้ป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9 ปี)	4
1.4	ประมาณการอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 ปี ย้อนหลังปี 2545-2549	5
2.1	ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear	22
3.1	โครงการ Vertical programs ปี 2546-2551 และ National Priority ปี 2552-2553	30
3.2	รายจ่ายสุขภาพในแต่ละประเภทกิจกรรม ปี 2550-2554 ตาม Status Quo (หน่วย:ล้านบาท)	36
3.3	งบกระทรวงสาธารณสุข รวม สปสช.(เทียบกับงบประมาณประเทศ)	37
3.4	งบประมาณจัดสรรให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงฯ กรมวิชาการ และ สปสช. ระหว่างปีงบประมาณ 2540-2549	38
3.5	งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและรายหัวและรายละเอียดประเภทบริการ ปี 2545-2553	39
3.6	แนวทางการจัดสรรบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2546-2553	39
3.7	อัตราเพิ่มของงบประมาณ เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพ	40
3.8	จำแนกการจัดสรรงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	40
4.1	งบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายในจังหวัด ปี 2551	51
6.1	วิเคราะห์ข้อเสนอต่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	77

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1.1	อัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย(ต่อประชากรแสนคน)	5
3.1	ระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย ปี 2551	26
3.2	โครงสร้างการบริหารงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2551	32
3.3	โครงสร้างการจัดสรรงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2553	33
3.4	เปรียบเทียบงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขกับงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ	34
3.5	เปรียบเทียบงบบริการด้านการรักษากับงบบริการส่งเสริมป้องกันต่อหัวประชากร	35
6.1	ความสัมพันธ์ภายในระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	66

สรุปย่อผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อ (1) ประมวลสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มของสภาวะสุขภาพของประเทศไทย (2) ศึกษายุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญ รวมทั้งบทบาทและแผนงานของหน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. (3) ศึกษาระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับส่วนกลาง ระดับปฏิบัติ และระดับชุมชน รวมทั้งกลไกและเครื่องมือในแต่ละระดับ และ (4) ให้ข้อเสนอแนะในภาพรวม

ข้อจำกัดของรายงาน คือ ไม่สามารถวิเคราะห์ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเจาะจงเป็นรายปัญหา เนื่องจากต้องการศึกษาการบริหารจัดการเชิงระบบและยุทธศาสตร์ และข้อจำกัดที่ไม่ครอบคลุมงานสร้างเสริมสุขภาพของกรุงเทพมหานคร

สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญๆ ในขณะนี้หลายเรื่องยังไม่ได้รับการแก้ไขเชิงยุทธศาสตร์เท่าที่ควร เช่น ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากวิถีชีวิต อนามัยการเจริญพันธ์โดยเฉพาะปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ปัญหาภาวะเครียดและโรคซึมเศร้า ฯลฯ มีเพียงบางประเด็นเท่านั้นที่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนระดับชาติ ได้แก่ ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ยุทธศาสตร์คนไทยไร้พุง เป็นต้น อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีแผนยุทธศาสตร์ในบางเรื่องแล้ว ยังพบว่าบางส่วนเป็นช่วงเริ่มต้น บางส่วนการปฏิบัติยังไม่เป็นเอกภาพและไม่จริงจังต่อเนื่องเท่าที่ควร

จากการวิเคราะห์พบว่า สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและภัยคุกคามต่อสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพหลายประการ แต่รัฐซึ่งมีบทบาทหลักในการระดมทรัพยากรและทุนทางสังคม ยังไม่สามารถแสดงบทบาทในการแก้ปัญหาได้เต็มที่ อันเนื่องจากหลายเหตุปัจจัย เช่น การขาดเสถียรภาพทางการเมือง การขาดนโยบายด้านสุขภาพเชิงรุกที่ต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาการประสานนโยบายทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและกับหน่วยงานอื่น

นับตั้งแต่ปี 2545 งบประมาณของประเทศด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยถูกแยกเป็นส่วนๆ ตามภารกิจขององค์กร ประกอบด้วย งบบริการสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัวถูกจัดสรรให้ สปสช. ดำเนินงาน งบพัฒนาสุขภาพระดับนโยบายและสุขภาพชุมชน ยังจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข งบส่งเสริมสุขภาพเชิงขับเคลื่อนสังคมและภาคประชาชนจัดสรรให้ สสส. ดำเนินงาน ตลอดจนการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพก็เป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาพเช่นนี้ด้านหนึ่งเป็นผลดีที่ช่วยกระจายบทบาทไปยังองค์กรที่มีความคล่องตัวสูง ไม่ติดใน

ระบบราชการ และประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น อีกด้านหนึ่งก็เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน หรือการประสานนโยบายให้เป็นเอกภาพผ่านกลไกงบประมาณ จะกระทำได้ยากขึ้น

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญๆ ในขณะนี้หลายเรื่องยังไม่ได้รับการแก้ไขในเชิงยุทธศาสตร์เท่าที่ควร เช่น ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะเครียดและโรคซึมเศร้า ภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ฯลฯ

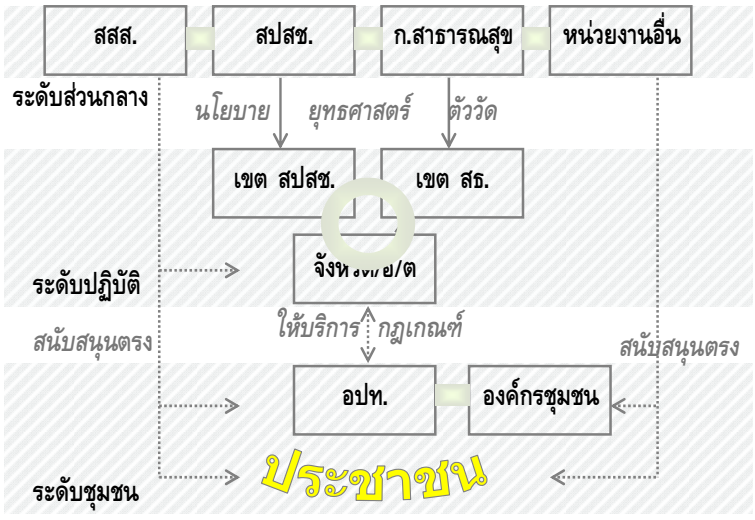
ระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

การวิเคราะห์ระบบดำเนินงานด้านสุขภาพในเอกสารฉบับนี้ ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับส่วนกลาง ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ และระดับชุมชน (แผนภูมิที่ 1) โดยพิจารณาจากขอบเขตและลักษณะการทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละระดับนั้น พบว่า นอกจากมีปัญหาการประสานเชื่อมโยงระหว่างองค์กรในระดับเดียวกันแล้ว ยังมีปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระหว่างช่องว่างที่ต่างระดับกัน ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระดับส่วนกลางกับระดับปฏิบัติ มีลักษณะรวมศูนย์และถูกควบคุมโดยส่วนกลาง มากกว่าความเป็นอิสระในการทำงาน

2. ความสัมพันธ์ระดับปฏิบัติกับระดับชุมชน มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์

3. ความสัมพันธ์ระดับส่วนกลางกับระดับชุมชน มีลักษณะสนับสนุนทางตรง เป็นพื้นที่เฉพาะแห่ง



ความสัมพันธ์ต่างระดับเหล่านี้ ดำเนินไปโดยมีกลไกและเครื่องมือเป็นตัวขับเคลื่อน เช่น การใช้แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด รวมทั้งการใช้ชุดสิทธิประโยชน์ เป็นเครื่องมือของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในระบบราชการ (Hierarchical structure) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่กับชุมชน จะเป็นรูปแบบการให้บริการเป็นหลัก ใช้การสื่อสารทางเดียว ขาด

การรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์กับองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือชุมชนจึงมีลักษณะร้องขอ

กลไกและเครื่องมือ

ประกอบด้วย การจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข การใช้ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของ สปสช. การจัดสรรงบประมาณและใช้ตัวชี้วัดในการควบคุมการดำเนินงานพื้นที่ รูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ปี 2551-2552 การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลและการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือบริหารการขับเคลื่อนงานในชุมชน เป็นต้น

วิเคราะห์ผลการศึกษา

1. ปัญหาเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์

นับตั้งแต่ปี 2545 งบประมาณของประเทศด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ถูกแยกเป็นส่วนๆ กล่าวคือ งบบริการสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัวถูกจัดสรรให้ สปสช. ดำเนินงาน งบพัฒนาสุขภาพระดับนโยบายและสุขภาพชุมชน ยังจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข งบส่งเสริมสุขภาพเชิงขับเคลื่อนสังคมและภาคประชาชนจัดสรรให้ สสส. ดำเนินงาน ตลอดจนการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพก็เป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาพเช่นนี้ด้านหนึ่งเป็นผลดีที่ช่วยกระจายบทบาทไปยังองค์กรที่มีความคล่องตัวสูง ไม่ติดในระบบราชการ และประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น อีกด้านหนึ่งก็เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินหรือประสานนโยบายที่เป็นเอกภาพผ่านกลไกงบประมาณจะกระทำได้ยากขึ้น

โครงสร้างและความสัมพันธ์ของระบบดำเนินงานทั้ง 3 ระดับ พบว่านอกจากมีปัญหาการประสานงานระหว่างองค์กรในระดับเดียวกัน ยังมีปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างระดับที่ต่างกัน กล่าวคือ กลไกและเครื่องมือต่างๆ ถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการจัดความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระดับที่มีอำนาจเหนือกว่า ดังเช่น กระทรวงสาธารณสุขใช้แผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดตามนโยบาย ขณะที่ สปสช. กำหนดคุณลักษณะของผลลัพธ์ที่ต้องการ และใช้เงื่อนไขการจ่ายเงิน เป็นตัวขับเคลื่อนหน่วยปฏิบัติให้ดำเนินไปตามเป้าประสงค์ ตลอดจนการสร้างระบบข้อมูลที่สร้างภาระมากกว่าประโยชน์ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นต้น

ปัจจุบัน ยังไม่มีการจัดทำยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนานโยบายและแนวทางการพัฒนาสุขภาพของประเทศ และเชื่อมโยงการทำงานหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน โดยควรเป็นแผนยุทธศาสตร์บูรณาการ ที่ผ่านมา การจัดทำยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมป้องกันแยกกำหนดเป็นเรื่องๆ หรือไม่ก็แยกส่วนตามบทบาทหน้าที่

ยุทธศาสตร์ในระยะผ่าน ยังให้ความสำคัญไม่มากนัก กับการกระตุ้นส่งเสริมการทำงานในระดับพื้นที่ ด้วยการกระจายอำนาจการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากรให้หน่วยปฏิบัติได้ดำเนินงาน

แก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่อย่างเต็มที่ ทั้งนี้ ปัญหาที่ต้องเร่งรัดควบคู่ไปด้วย ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของหน่วยปฏิบัติ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปรับเปลี่ยน "วัฒนธรรมการทำงานแนวดิ่ง" การทำงานบูรณาการในระดับปฏิบัติ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและกำกับดูแลกองทุนสุขภาพตำบล

2. ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การทำงานส่งเสริมป้องกันที่ผ่านมา ยังไม่เป็นเอกภาพเท่าที่ควร นอกจากเหตุผลที่ขาดแผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติแล้ว ปัจจัยที่สำคัญที่มองข้ามไม่ได้ ก็คือ โครงสร้างและกลไกที่ประกอบด้วยองค์กรและหน่วยงานหลายแห่ง ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ซึ่งต่างมีบทบาทที่สามารถหนุนเสริมหรืออาจขัดแย้งกัน หากถูกจัดการโดยใช้องค์กรเป็นตัวตั้ง ที่ผ่านมาระบบถูกแยกเป็นส่วนๆ เพื่อให้ง่ายต่อการทำงานตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น ปัญหาการแยกงานส่งเสริมป้องกันส่วนบุคคลและครอบครัว ออกจากงานพัฒนาสุขภาพระดับนโยบายและสุขภาพชุมชน ปัญหาการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ กับการส่งเสริมป้องกันในพื้นที่ และปัญหาการพัฒนาศักยภาพของระบบดำเนินงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย

1.1 ผลักดันให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ภายใต้แนวคิดสุขภาพพอเพียง ระยะดำเนินการ 5 ปี ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

1.2 จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรภาคีวิชาการในการติดตามสถานการณ์สุขภาพในประเทศไทย ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ตลอดจนองค์ความรู้ด้านส่งเสริมป้องกัน

1.3 สร้างความร่วมมืออย่างใกล้ชิด ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช. ในแผนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน อาจเป็นบันทึกข้อตกลง หรือรูปแบบคณะกรรมการร่วมก็ได้

1.4 พัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมป้องกันระดับท้องถิ่น และปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล โดยคำนึงถึงบทบาทการทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. องค์กรชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (สามประสาน) การปรับปรุงการบริหารกองทุนสุขภาพตำบลควรพิจารณาควบรวมกองทุนขนาดเล็กเข้าด้วยกัน เพื่อครอบคลุมพื้นที่กว้างขึ้น และให้มีระบบกำกับดูแล ตรวจสอบจากภาคประชาชนและราชการส่วนภูมิภาค

2. ด้านยุทธศาสตร์

2.1 กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างแผนงานใหม่ๆ รองรับยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ และผลักดันให้เป็นวาระแห่งชาติร่วมกันหลายหน่วยงาน เนื่องจากเป็นจุดแข็งด้านพัฒนานโยบายของกระทรวง

2.2 สร้าง Community Based Intervention (CBI) เน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน พร้อมกับยุทธศาสตร์การให้ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะ

2.3 จัดทำยุทธศาสตร์ส่งเสริมป้องกันระดับเขต หรือกลุ่มจังหวัด เพื่อจัดกลุ่มยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ และบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

2.4 จัดทำ Health Promotion Index เพื่อใช้สำหรับการประเมินผลการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ระดับชาติ และระดับเขต/กลุ่มจังหวัด และรายงานทบทวนสถานการณ์ ทุก 2 ปี

3. ด้านการบริหารจัดการ

3.1 จัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน และร่วมมือกับทุกภาคส่วน

3.2 ปรับปรุงวิธีการจัดสรรงบประมาณ ส่งเสริมให้จังหวัดพัฒนาศักยภาพของตนเอง ควบคู่กับการประเมินผลงาน แทนระบบ “งานแลกเงิน” และการใช้ตัวชี้วัดผลงานอย่างเดียว

3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของส่วนกลางในบทบาทการกำกับดูแล ติดตาม (Monitoring & Evaluation) โดยเฉพาะบทบาทของสำนักตรวจและประเมินผล และบทบาทของกรมหลัก 4 กรม

3.4 ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ โดยใช้หลัก Area, Function, Participation หลีกเลี่ยงวัฒนธรรมการทำงานแนวดิ่ง

4. ด้านปฏิบัติการ

4.1 พัฒนาบทบาทและความพร้อมของ สสจ. ในการกำหนดทิศทาง อำนวยการ ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ทั้งจังหวัด ซึ่งมีภาคีเครือข่ายทำงานร่วมกัน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของระบบดำเนินงาน

4.2 พัฒนาระบบและกระบวนการจัดทำแผนพื้นที่ (Local planning) และจัดทำโครงการที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้ม การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จำเพาะ และมาตรการที่มีประสิทธิผลโดยตรง โดยเน้นแผนระดับจังหวัดและแผนระดับอำเภอ

บทที่ 1

สภาวะสุขภาพและแนวโน้มที่สำคัญ

การศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า คนไทยป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคซึมเศร้า ฯลฯ โดยจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY loss) จากโรคไม่ติดต่อ ได้เพิ่มขึ้นจาก 5.6 ล้านปีสุขภาวะในปี 2542 เป็น 6.5 ล้านปีในปี 2547 ภาระโรคดังกล่าวย่อมมีที่มาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก

ในอดีต การศึกษาปัญหาสุขภาพมักกำหนดเป็นรายปัญหา หากพิจารณาแนวทางนี้ จะพบปัญหาสุขภาพที่เด่นชัด ได้แก่ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันเนื่องจากวิถีชีวิต อาทิเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ปัญหาการติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์และโรคติดเชื้อต่างๆ ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัญหาอื่นๆ อีกมาก อย่างไรก็ดี แนวทางและรายละเอียดของการศึกษาในแต่ละปัญหา มักขึ้นกับความสนใจเชิงนโยบาย ผลกระทบของปัญหา และศักยภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก

แต่การศึกษาปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย จะมีลักษณะแตกต่างกับการศึกษาภาระโรคและการศึกษาเป็นรายปัญหา โดยสามารถวิเคราะห์ให้เห็นสภาพของปัญหาที่แตกต่างกัน และนำไปสู่การแก้ไขที่กระจายและเจาะจงตามกลุ่มวัยได้ชัดเจนขึ้น ปัญหาที่สำคัญ ได้แก่

1. *ปัญหาในวัยเด็กเล็ก 0-5 ปี เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ ปัญหาโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วนในเด็ก ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฯลฯ*
2. *ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์ ที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดได้น้อยในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า 20 ปี รวมถึงเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การตั้งครรภ์ก่อนวัย 20 ปี และการทำแท้ง*
3. *ปัญหาวัยสูงอายุ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคซึมเศร้า รวมทั้งปัญหาคุณภาพชีวิต*

นอกจากนี้ การศึกษาปัญหาสุขภาพยังขยายออกไปสู่เรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รวมทั้งการศึกษาแบบแผนการดำรงชีวิต ที่นำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ไม่ว่าจะศึกษาปัญหาสุขภาพด้วยวิธีใด ปัญหาสุขภาพก็ยังต้องเรียนรู้และพัฒนาแนวทางการแก้ไข ด้วยการจัดทำแผนงานโครงการต่างๆ การขยายระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.1 ข้อมูลสถานการณ์ที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ

1.1.1 สถานการณ์ความรุนแรงของโรคและความสูญเสียที่สำคัญ (Diseases and Disability)

การศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากโครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพฯ ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ปี 2551 พบว่า คนไทยป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและจากพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคซึมเศร้า ฯลฯ โดยจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY loss) จากโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นจาก 5.6 ล้านปีสุขภาวะในปี 2542 เป็น 6.5 ล้านปีในปี 2547 (ตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYS) ตามกลุ่มของสาเหตุ พ.ศ.2542 และ 2547 จำแนกตามเพศ

กลุ่มของสาเหตุ	2542			2547		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
โรคติดต่อ	1.6	1.0	2.6	1.2	0.9	2.1
โรคไม่ติดต่อ	2.9	2.6	5.6	3.4	3.1	6.5
การบาดเจ็บ	1.0	0.3	1.3	1.0	0.3	1.3
รวม	**5.6**	**3.9**	**9.5**	**5.7**	**4.2**	**9.9**

ที่มา : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคสุราและยาสูบ อุบัติเหตุจราจร การบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และขาดการออกกำลังกาย

เมื่อพิจารณาจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY loss) ร่วมกับรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล และการสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรและการขาดงานกรณีรักษาฯ พบว่าภาระโรค 3 อันดับแรกที่รัฐควรให้ความสำคัญ ได้แก่ HIV/AIDS โรคเบาหวาน และอุบัติจราจร (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.2 การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYS) ในประชากรไทย ปี 2547

Rank	Male			Female		
	Disease	DALYS	%	Disease	DALYS	%
1	HIV/AIDS	645,000	11.3	Stroke	313,000	7.4
2	Traffic accidents	584,000	10.2	HIV/AIDS	291,000	6.9
3	Stroke	332,000	5.8	Diabetes	271,000	6.4
4	Alcohol dependent use	332,000	5.8	Depression	191,000	4.6
5	Liver & bile duct cancer	280,000	4.9	Ischemic heart disease	142,000	3.4
6	COPD	187,000	3.3	Traffic accidents	125,000	3.0
7	Ischemic heart disease	184,000	3.2	Liver & bile duct cancer	124,000	3.0
8	Diabetes	175,000	3.1	Osteoarthritis	118,000	2.8
9	Cirrhosis	144,000	2.5	COPD	115,000	2.7
10	Depression	137,000	2.4	Cataracts	111,000	2.6

ที่มา : โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2547

1.1.2 ปัญหาสุขภาพจากโรควิถีชีวิต

โรคเบาหวาน

ข้อมูลจาก National Health Examination Survey ครั้งที่ 1-3 พบว่า อัตราความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2534-2547 โดยเพิ่มจากร้อยละ 2.3 (2534) เป็นร้อยละ 4.4 (2539) และร้อยละ 6.9 (2547) เป็นการเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 50-79 ปี อัตราความชุกในเพศหญิงเฉลี่ย (ร้อยละ 7.3) สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 6.4) ในอัตราส่วน 1.1 ต่อ 1 การสำรวจ NHES-3 ปี 2547 พบอัตราความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คือ ร้อยละ 13.8 ในเพศชาย และร้อยละ 18.9 ในเพศหญิง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการตรวจพบโรคได้ดีขึ้นและผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น

สำหรับอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทยยังมีผู้ศึกษาน้อยมาก การศึกษาในกรุงเทพฯ ปี 2546 พบว่าอุบัติการณ์ในหญิง (17.8 ต่อ 1,000) มากกว่าชาย (9.2 ต่อ 1,000)

ประมาณการว่า มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในประชากรไทยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค และยังคงไม่ได้รับการรักษาแต่อย่างใด

ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพของผู้ป่วยพบได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทุพพลภาพที่เกิดขึ้นได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง (ตาราง 1.3) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย สถานการณ์ปัจจุบันของระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีนัก และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกแม้ทำได้มากขึ้น แต่จำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการในคลินิก และเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิต โดยอาศัยองค์ความรู้และแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและชุมชน

ตารางที่ 1.3 อัตราความชุกของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในระดับปฐมภูมิ (ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 6.2 ปี) และโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับบริการในระดับตติยภูมิ (ผู้ป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9 ปี)

ภาวะแทรกซ้อน	แหล่งข้อมูล	อัตราความชุก (ร้อยละ)
Diabetic retinopathy	ระดับปฐมภูมิ	15 (นครราชสีมา) 21.8 (ลำปาง)
Diabetic nephropathy	ระดับตติยภูมิ	42.9
Proteinuria	ระดับปฐมภูมิ	17
Diabetic neuropathy	ระดับปฐมภูมิ	34
โรคหัวใจและหลอดเลือด	ระดับตติยภูมิ	18.7
Peripheral vascular disease	ไม่ระบุ	14.9
แผลที่เท้า	ระดับปฐมภูมิ	8.1

1.1.3 ปัญหาสุขภาพจิต

โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต (Lifelong illness) เป็นผลรวมจากหลายสาเหตุทั้งจากการประสบปัญหาด้านจิตสังคม และการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ผู้ป่วยมีอาการเกิดเป็นช่วงๆ เมื่อได้รับการรักษาอาการก็ทุเลาลง และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก การสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประเทศไทยปี 2546 กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-59 ปีจำนวน 11,685 คน พบความชุกของโรคซึมเศร้าในอัตราร้อยละ 4.38 แบ่งเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder - MDD) ในอัตราร้อยละ 3.2 และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) ร้อยละ 1.18 ประมาณการว่าประชากรไทยอายุ 15-59 ปีจำนวน 1.2 ล้านป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวนนี้ 871,700 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง และ 321,300 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรคซึมเศร้าพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า และภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากที่สุด (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ 2547)

จากการประมาณภาระโรควัดจากการสูญเสียปีสุขภาวะในต่างประเทศ พบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 4 และคาดการณ์ว่าจะเลื่อนขึ้นเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (Murrey, 1996) อย่างไรก็ดี การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยยังต่ำมาก จากสถิติประมาณการของศูนย์สารนิเทศของกรมสุขภาพจิต พบว่า 2545-2549 อัตราการเข้าถึงบริการเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้น (ตารางที่ 1.4)

ตารางที่ 1.4 ประมาณการอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 ปี ย้อนหลังปี 2545-2549

ปี พ.ศ.	(1) จำนวนประชากรประเทศไทย (คน)[1]	(2) ประมาณการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (คน)[2]	(3) จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ (คน)	(4) อัตราเพิ่มของการมารับบริการ[3]	(5) อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[4]
2545	62,799,872	2,705,634	109,764	-	4%
2546	63,079,765	2,762,893	103,299	-5.89%	3.7%
2547	61,973,621	2,714,444	87,101	-15.68%	3.2%
2548	62,418,054	2,733,910	93,566	+7.42%	3.4%
2549	62,828,706	2,751,897	116,847	+24.88%	4.2%
เฉลี่ย 5 ปี	-	-	**102,115**	**+10.73%**	**3.7%**

*จำนวนประชากร (100,000 คน) ในปี 2547 ลดลงเนื่องจากได้มีการปรับปรุงแก้ไขและจำหน่ายรายการบุคคลในทะเบียนบ้านกลางทั่วราชอาณาจักร กรณีชื่อเกินและซ้ำซ้อน

[1] คำนวณฐานประชากร ณ สิ้นปี ของสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

[2] คำนวณจากอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าที่สำรวจเมื่อปี 2546 (4.38%)

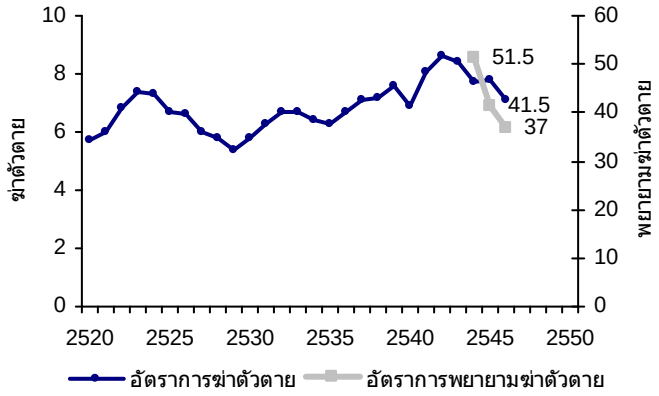
[3] คำนวณอัตราจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้มารับบริการในปีก่อน

[4] คำนวณจาก (จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ/ประมาณการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งประเทศ) X 100

ปัญหาการฆ่าตัวตาย

สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคืออัตราการฆ่าตัวตายทุกห้าปี นับจากช่วงปี 2521-2525 ช่วงปี 2526-2530 ช่วงปี 2531-2535 ช่วงปี 2536-2540 และช่วงปี 2541-2545 มีแนวโน้มเท่ากับ 6.7 5.9 6.5 7.1 และ 8.1 ต่อประชากรแสนคน

แผนภูมิที่ 1.1 อัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (ต่อประชากรแสนคน)



ทีมา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สรุปสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ผ่านมา แม้จะไม่ก่อให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยทางกายโดยตรง แต่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้ การรับรู้ปัญหาทั้งจากประชาชนเอง

และจากบุคลากรสาธารณสุขยังไม่เด่นชัด และในเชิงนโยบายก็ได้รับความสนใจน้อย ขาดข้อมูลที่เป็นระบบ จะเห็นว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการและได้รับการบำบัด ส่วนปัญหาการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพของสังคม ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นช้าๆ ในขณะที่อัตราการพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี 2545 ได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น ปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นหนึ่งในงานสร้างเสริมสุขภาพใหม่ที่ท้าทายอย่างยิ่ง

การบริโภคยาสูบในเยาวชน

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างปี 2534-2547 และผลการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ในปี 2549 ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่า อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปี 2547 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2549 กล่าวคืออัตราการสูบบุหรี่จากเด็กวัย 11-14 ปี ลดลงจากร้อยละ 0.43 (2534) มาเป็นร้อยละ 0.10 (2547) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.22 ในปี 2549 ขณะที่เด็กอายุ 15-18 ปีสูบบุหรี่อัตราร้อยละ 9.16 (2534) ลดลงเป็นร้อยละ 4.29 (2547) และร้อยละ 4.46 (2549) วัยรุ่นอายุ 19-24 ปีสูบบุหรี่ร้อยละ 27.58 (2534) ลดลงเป็นร้อยละ 15.94 (2547) และร้อยละ 15.72 (2549) สัดส่วนการสูบบุหรี่ในเยาวชนชายยังสูงกว่าเยาวชนหญิง เปรียบเทียบในกลุ่มอายุ 19-24 ปี ชายร้อยละ 29.77 และหญิงร้อยละ 0.87

โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ปี 2549 มีส่วนหนึ่งเป็นโครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย (Youth Risk Behavior) ดำเนินการโดยศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายงานในปี 2549 ว่าเด็กไทยอายุ 13-18 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 11 โดยเฉพาะเด็กในกรุงเทพฯ สูบมากกว่าเด็กต่างจังหวัด (ร้อยละ 13.0 และ 10.5 ตามลำดับ) อายุที่เริ่มสูบครั้งแรกคือ 13 ปี

การศึกษาแบบติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องระหว่างปี 2548-2552 ในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-17 ปี จำนวน 1,000 คน ผลการศึกษาปี 2548 พบว่ามีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 11.3 โดยอายุ 17 ปีสูบร้อยละ 26.1

โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (สกสอ.) ครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มอายุ 15-29 ปี เพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 45.1 เพศหญิงร้อยละ 1.1

ผลการสำรวจและข้อมูลการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในเยาวชน แสดงให้เห็นว่า อัตราการสูบบุหรี่เริ่มสูงขึ้นตั้งแต่อายุ 17 ปี (ร้อยละ 16-26) และสูงขึ้นเล็กน้อยเมื่ออายุ 29 ปี โดยเฉพาะเพศชายสูงถึงร้อยละ 30-45

จะเห็นว่า การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเริ่มย่างเข้าสู่วัยรุ่นตั้งแต่มัธยมปลาย (17-18 ปี) จนสูงสุดในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (30 ปี) โดยเยาวชนชายจะสูบบุหรี่สูงมากกว่าเยาวชนหญิง

การสูบบุหรี่จึงเป็นหนึ่งในปัญหาการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ ในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเกิดจากปัญหาความเครียด ค่านิยมทางสังคม และการขาดทักษะชีวิต จึงจัดเป็นปัญหาสุขภาพระยะยาวเฉพาะกลุ่ม

1.1.4 ปัญหาสุขภาพช่องปาก

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย สรุปพอสังเขป ดังนี้

ก. สุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี

สถานการณ์ปัญหาโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทย พบว่ามีอัตราความชุกอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ จากการสำรวจทันตสุขภาพระดับชาติครั้งที่ 6 พ.ศ2550. (กองทันตสาธารณสุข 2551) พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 3 ปี และ 5-6 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด (dmft) เท่ากับ 3.6 และ 6 ตามลำดับ และฟันที่ผุส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรักษา อย่างไรก็ดี แนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กวัยนี้ค่อยๆ ดีขึ้นอย่างช้าๆ โดยในเด็กอายุ 3 ปีที่ปราศจากฟันผุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ28 .1 ในปี 2545 เป็นร้อยละ37.1 ในปี 2550 และอัตราฟันผุของเด็กอายุ 1.5 ปี ลดลงจากร้อยละ 18.5 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 14.1 ในปี 2550

สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีฟันน้ำนมผุเร็วและผุมาก ได้แก่ การกินนมที่ไม่เหมาะสม การกินอาหารแป้งและน้ำตาลบ่อยๆ การไม่ทำความสะอาดช่องปาก และการไม่ได้รับบริการด้านการป้องกันเท่าที่ควร ประกอบกับพบว่า การให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก ทั้งในสถานพยาบาลและบริการเชิงรุกในชุมชน ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร จากรายงานโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จย่า พ.ศ. 2549 พบว่า เด็กเกือบครึ่งยังไม่ได้รับการตรวจช่องปากเมื่อไปรับบริการที่สถานพยาบาล และยังได้รับบริการทันตกรรมป้องกันน้อยมาก ดังนั้นโรคฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปียังถือเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

แนวทางการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในเด็กอายุ 0-5 ปี ประกอบด้วยกลยุทธ์หลัก 4 ด้าน คือ 1) การจัดการในระบบบริการสุขภาพ 2) การให้ความรู้และเสริมทักษะผู้เลี้ยงดูเด็ก3) การจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล และ 4) การผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อคุ้มครองเด็กจากปัจจัยเสี่ยงด้านทันตสุขภาพ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องสร้างกระแสให้สังคมเห็นความสำคัญของการดูแลฟันน้ำนมอีกด้วย

ข. สุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียน

จากการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุ) caries free (ของเด็กอายุ 12 ปีรายปีจาก 75 จังหวัด) แบบท(02 ในช่วงปี 2550-2548 พบว่า caries free ของเด็กอายุ 12 ปี ในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มคงที่ คือ ร้อยละ 42.6 ,41.37 และ 42.00 ตามลำดับ สาเหตุหลักสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม ประกอบกับสื่อโฆษณามีอิทธิพลอย่าง

มากต่อความเชื่อและการตัดสินใจโดยเฉพาะวัยเด็ก ผลการสำรวจพบว่าปัจจุบันเด็กรับประทานขนมกรุบกรอบเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 63.5 และพฤติกรรมการบริโภคน้ำดำ/น้ำหวานสีทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.2ในปี 2549 เป็นร้อยละ 49.9 ในปี 2550 ขณะเดียวกันสถานการณ์ของสภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มวัยรุ่นกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ เด็กวัยรุ่นกว่าร้อยละ 80 พบภาวะเหงือกอักเสบในทุกพื้นที่

ค. สุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีสภาวะปริทันต์อักเสบเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผลกระทบที่ตามมาอย่างชัดเจนคือ การสูญเสียฟันในวัยสูงอายุ อันเนื่องมาจากการที่โรคในช่องปาก จึงเป็นปัญหาที่สะสมเรื้อรัง ทำให้บดเคี้ยวอาหารได้ไม่ดี และทำให้เกิดปัญหาในการเข้าสังคมของผู้ที่มีการสูญเสียฟัน (Social Function)

ง. สุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ มีสภาวะปริทันต์อักเสบเพิ่มสูงขึ้น และพบฟันผุที่รากฟัน นอกจากนี้พบปัญหามะเร็งในช่องปากที่เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ทำให้เกิดโรคเรื้อรังในช่องปาก ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุ 75 จังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันใช้เคี้ยวอาหารอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 48 ปี 2550 ในส่วนของปัญหาโรคปริทันต์ในกลุ่มนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเป็นโรคเบาหวาน การติดเชื้อและโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิต้านทานของร่างกาย แม้ว่าแนวโน้มของโรคจะมีความชุกลดลง แต่กลับพบภาวะที่รุนแรงมากขึ้นในคนที่เป็นโรคดังกล่าว

1.2 ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัยที่สำคัญ

1.2.1 สุขภาพกลุ่มวัยเด็ก

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับองค์การ UNICEF ได้ดำเนินการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ระหว่าง ธันวาคม 2548 ถึง กุมภาพันธ์ 2549 โดยจัดเก็บตัวอย่าง 43,440 ครัวเรือนทั่วราชอาณาจักร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549) พบสถิติที่สำคัญ ได้แก่

น้ำหนักแรกคลอดของทารกร้อยละ 9.2 มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ทารกแรกเกิดจนถึง 3 เดือนดื่มนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 7.6 ซึ่งถือว่าต่ำมาก และจนถึง 5 เดือนยังลดลงเหลือร้อยละ 5.4

เด็ก 12-23 เดือนได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบถ้วนทุกชนิด (BCG, DPT1-3, OPV1-3, Measles) ร้อยละ 83.3 แบ่งเป็นวัคซีน BCG ร้อยละ 98.0 วัคซีนโปลิโอเข็ม 3 ร้อยละ 91.5 วัคซีนโรคหัดร้อยละ 91.4 วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 88.3

ภาวะโภชนาการของเด็กต่ำกว่า 5 ปี มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน (น้ำหนักเทียบกับอายุ) ร้อยละ 9.3 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และมีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังหรือเตี้ยกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือ Stunted (ความสูงเทียบกับอายุ) ร้อยละ 11.9 ส่วนเด็กที่มีน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรืออ้วน คิดเป็นร้อยละ 6.9 โดยเฉพาะเด็กในภาคกลาง (รวม กทม.) สูงถึงร้อยละ 10.0

ครัวเรือนในประเทศที่บริโภคเกลือมีไอโอดีนเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 47.2 แต่ครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือบริโภคเกลือที่มีไอโอดีนเพียงพอ เพียงร้อยละ 22.6 เท่านั้น ในขณะที่ภาคเหนือมีอัตราการบริโภคสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 53.7 ส่วนครัวเรือนที่มีฐานะยากจนในประเทศบริโภคเฉลี่ยเพียงร้อยละ 23.6

ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กไทย

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนอนุบาลและประถมศึกษาจากการสำรวจทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2543-2548 พบร้อยละ 13.6, 12.3, 12.9, 13.4, 12.8, และ 9.7 ตามลำดับ อุบัติการณ์ของโรคอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 1 ใน กทม. สระบุรี และสกลนคร เท่ากับร้อยละ 16, 23 และ 4 ตามลำดับ เมื่อติดตามเด็กกลุ่มนี้จนถึงชั้นประถมปีที่ 6 พบว่า ความชุกของโรคอ้วนในจังหวัดที่ศึกษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31, 30 และ 9 ตามลำดับ นอกจากนี้ การสำรวจกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปีใน กทม. ปี 2547 พบว่าภาวะอ้วน เริ่มอ้วน และท้วม รวมกันทั้งสิ้น ร้อยละ 19.9

ข้อมูลทางวิชาการระบุว่า ผลกระทบจากภาวะอ้วน มีผลต่อ Insulin sensitivity ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) นอกจากนี้ในต่างประเทศมีงานวิจัยที่พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคอ้วนจะมีภาวะ Impaired glucose tolerance ร้อยละ 21-28 สำหรับสถิติในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของโรค T2DM ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น

สาเหตุสำคัญของภาวะอ้วนในเด็ก ได้แก่ ลักษณะการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มเปลี่ยนไปโดยขาดความพอดี กล่าวคือ การบริโภคอาหารที่มีพลังงานอุดมด้วยไขมันและน้ำตาลเพิ่มขึ้น การบริโภคผักและผลไม้น้อยลง ขนาดของหน่วยบริโภคเพิ่มขึ้น ลักษณะการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมอยู่กับที่ (Sedentary lifestyle) เช่น การดูโทรทัศน์ การนั่งอ่านหนังสือ การเล่นเกมและใช้คอมพิวเตอร์ ฯลฯ ตลอดจน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการกินมากกว่าการใช้พลังงาน เช่น การโฆษณาและส่งเสริมการขาย การแพร่ขยายของเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เป็นต้น

1.2.2 สุขภาพอนามัยวัยเจริญพันธ์และการตั้งครรภ์

งานอนามัยการเจริญพันธ์ของประเทศไทย เริ่มจากนโยบายการวางแผนครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513และประสบความสำเร็จอย่างมาก จนทำให้ประเทศไทยมีอัตราการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 81 ในปี 2549และอัตราเจริญพันธ์รวมยอด (Total Fertility Rate) ในปี 2551 ค่าเท่ากับ 1.5 ต่ำกว่าระดับทดแทน ซึ่งกลับจะทำให้เกิดปัญหาอัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นในขณะที่ประชากรวัยทำงานกลับลดลง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้อัตราการคุมกำเนิดจะสูง แต่พบว่ากลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ยังเข้าถึงวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพได้น้อย ทำให้สัดส่วนการตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ20 ในหลายเขตของประเทศ

สถานการณ์ด้านอนามัยแม่และเด็กมีการพัฒนาดีขึ้นจากโครงการโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่และลูก จนปัจจุบันเป็นการดำเนินงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ทำให้อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงขึ้นจากร้อยละ75.2 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 87.0 ในปี 2549และอัตราส่วนการตายมารดาลดลงจาก 36.2 ต่อพันการเกิดมีชีพในปี 2533 เป็น 18.0 ต่อพันในปี 2549อัตราตายทารกลดลงจาก 22.0 ต่อพันการเกิดมีชีพในปี 2543 เป็น 16.3 ในปี 2550 อย่างไรก็ตาม สถานสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์บางอย่างยังเป็นปัญหา เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลับสูงขึ้นจากร้อยละ 12.4 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 16.0 ในปี 2549 ปัญหาการขาดธาตุไอโอดีนจากร้อยละ 34.5 ในปี 2543 เพิ่มเป็นร้อยละ 46.9 ในปี 2550 ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมเท่ากับร้อยละ 8.7)เป้าหมายไม่เกินร้อยละ (7

สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธ์และเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ในปัจจุบันมีแนวโน้มของปัญหารุนแรงขึ้น อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง ในชายและหญิงใกล้เคียงกันคืออายุ 13 ปี ในปี) 2550ระบาดวิทยากรมควบคุมโรค (2551 และอัตราป่วยของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อายุ 24-10 ปีต่อประชากรแสนคน เพิ่มจาก 23.4 ในปี 2545 เป็น 34.8 ในปี2550

สถิติเกี่ยวกับการแท้งยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอน ส่วนใหญ่ได้จากการประมาณจากการสำรวจหรือวิจัย ซึ่งพบว่ามีการแท้งเกิดขึ้นปีละกว่า 3 แสนคน และอีกประมาณ 3 แสนคนที่ตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อมซึ่งสิ้นสุดด้วยการแท้งถึงร้อยละ16 การทำแท้งเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลร้อยละ66 และร้อยละ 22 ทำในโรงพยาบาล) National Survey, 1999) และในสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อมร้อยละ 76 ไม่ได้คุมกำเนิด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเข้าไม่ถึงการคุมกำเนิดที่เหมาะสมในสตรีกลุ่มนี้

อนามัยการเจริญพันธ์เกี่ยวกับมะเร็งอวัยวะสืบพันธ์ พบว่าจำนวนการตายจากมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1,261 รายในปี 2544 เป็น 2,013 รายในปี 2549 และการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก็จะเพิ่มจาก 4,353 ราย ในปี 2533 เป็น 9,747 ราย ในปี) 2551 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2543-2541

1.2.3 สุขภาพวัยผู้สูงอายุ

อายุขัยเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี ในปี 2551 ผู้หญิงเท่ากับ 21.9 และผู้ชายเท่ากับ 19.4 ในปี 2545 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 5.97 ล้านคน) ร้อยละ (9.4 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 12.6 ในปี 2553 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังจำนวนร้อยละ6 หรือ 360,000 คน และ 1 ใน 3 มีเงินเลี้ยงชีพไม่พอเพียง

จากรายงานของ Health & Welfare 2004 พบผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 50.5 ผู้ชายดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 10.9 ขาดการออกกำลังกายร้อยละ 61.2 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 8.3 ความดันโลหิตสูงร้อยละ21.2 ผู้สูงอายุสตรีร้อยละ 75.4 ขาดความรู้ในการตรวจเต้านม และไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ78.6

ผู้สูงอายุ 1 ใน) 3 ร้อยละ (35.8 มีรายได้ไม่พอยังชีพ หญิงสูงอายุร้อยละ 50.2 และผู้ชายสูงอายุร้อยละ 17.7ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ผู้สูงอายุร้อยละ 2.1-1.7 มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือมาก ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเป็นประจำ และร้อยละ6.9 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในกิจกรรมส่วนตัว

1.3 ปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ไปสู่สังคมที่อ่อนแอ ได้แก่ ความเป็นเมืองที่แออัด เหลื่อมล้ำและแข่งขันสูง เศรษฐกิจระบบทุนนิยมเสรีและอิทธิพลจากเศรษฐกิจโลกาภิวัฒน์ วัฒนธรรมที่เน้นวัตถุนิยมและบริโภคนิยม การเป็นสังคมเทคโนโลยี

ความอ่อนแอของสถาบันครอบครัว ความเสื่อมของระบบคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมทางสังคม

การบริโภคข่าวสารและโฆษณา ที่นำไปสู่การบริโภคที่เกินพอดี หรืออย่างไม่เหมาะสม และการบริโภคที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ

ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของมลภาวะ

1.4 แบบแผนการดำรงชีวิตและพฤติกรรม ที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ

พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม

ได้แก่ การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การบริโภคผักและผลไม้น้อย การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปนิยมอาหารฟาสต์ฟูด อาหารสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ ช็อคโกแล็ต ลูกอม น้ำอัดลม และเครื่องดื่มรสหวาน ที่มีส่วนประกอบหลักคือแป้ง น้ำตาล ไขมัน ผงชูรส และเกลือ แต่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของ

ร่างกายและสติปัญญาอยู่ในปริมาณน้อยมาก พบว่าอาหารเหล่านี้มีมูลค่าการตลาดในปี 2548 สูงเกือบ 5 หมื่นล้านบาท

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า หรือประมาณ 33.2 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในปี 2549 คนไทยกินหวานมากเฉลี่ย 20 ช้อนชาต่อคนต่อวัน มากกว่ามาตรฐานโภชนาการที่กำหนดไว้ไม่เกินวันละ 6 ช้อนชาต่อคน ประมาณ 3 เท่า และมากกว่าระดับโลกที่วันละ 11 ช้อนชาต่อคน โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี บริโภคน้ำตาลเฉลี่ยวันละ 8 ช้อนชา และมีเด็กถึง 1 ใน 4 บริโภคน้ำตาลมากกว่าวันละ 10 ช้อนชา

คนไทยบริโภคเกลือเพิ่มขึ้น 3 เท่าตัว ซึ่งโดยหลักแล้วไม่ควรบริโภคเกลือเกิน 1-1.5 ช้อนชา น้ำปลาไม่ควรเกิน 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวัน รวมทั้งโมโนโซเดียมกลูตาเมทในผงชูรส

คนไทยส่วนใหญ่บริโภคผักและผลไม้น้อยกว่า 300 กรัมต่อคนต่อวัน ถ้าบริโภคผักและผลได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 400-600 กรัมต่อคนต่อวันจะช่วยลดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคเส้นเลือดสมองได้ประมาณร้อยละ 31 และ 19 ตามลำดับ ลดความเจ็บป่วยและตายจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารร้อยละ 19 มะเร็งหลอดอาหารร้อยละ 20 มะเร็งปอดร้อยละ 12 และมะเร็งลำไส้ร้อยละ 2

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของคนไทยในปี 2547 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ร้อยละ 23 สูบเป็นประจำทุกวันร้อยละ 19.5 ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน การดื่มสุรามีผู้ดื่มร้อยละ 32.7 ในจำนวนนี้เป็นผู้ดื่มสม่ำเสมอร้อยละ 54.7 พบว่าในปี 2546 ปริมาณเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เฉลี่ย 58 ลิตรต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้น 3 เท่าจากปี 2532 จึงปรากฏว่าคนไทยดื่มสุราติดอันดับ 5 ของโลก กลุ่มนักดื่มหน้าใหม่ที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี มีอัตราดื่มสุราเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2539-2546 จากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6 เพิ่มขึ้นถึง 6 เท่าตัว

พฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ

พฤติกรรมการใช้พลังงานไม่สมดุล ได้แก่ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ พฤติกรรมการอยู่กับที่

การจัดการปัญหาความเครียดและทุกข์ทางใจ ได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตาย การใช้ความรุนแรงในเด็ก เยาวชน และสตรี การแสวงหาความบันเทิงเกินขอบเขต

พฤติกรรมทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้สารเสพติด การติดการพนัน

บทที่ 2

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกรณีศึกษา

2.1 สภาวะการบริโภคอาหารและโภชนาการ

สถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญ

อุบัติการณ์ของโรคอันเกิดจากวิถีชีวิตไม่เหมาะสม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดเวลา ซึ่งนำไปสู่สาเหตุการตายของประชาชนไทยในลำดับต้นๆ จากการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2546 พบว่าประชาชนไทยอายุ ≥ 35ปี เพศหญิงเป็นเบาหวานร้อยละ 6.2 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.7 และเพศชายเท่ากับร้อยละ 2.9 และร้อยละ 7.6 ตามลำดับ นอกเหนือจากองค์ประกอบด้านพันธุกรรมและเพศแล้ว สัญญาณเหล่านี้ยังแสดงให้เห็นถึงการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในประชาชนไทยได้เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานแล้ว ปริมาณการบริโภคน้ำตาลของประชาชนได้เพิ่มจากคนละ 12.7 กิโลกรัมต่อปีในปี 2526 เป็น 30.5 กิโลกรัมในปี 2546 เพียงช่วงเวลา 20 ปี

การเปลี่ยนแปลงข้างต้นเป็นผลมาจากอิทธิพลและวัฒนธรรมตะวันตก เช่น การบริโภคอาหารจานด่วน ผ่านกลยุทธ์ทางการตลาดและการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ก่อให้เกิดวิถีชีวิตและแบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก จนติดการบริโภคเกินความต้องการ ในกลุ่มวัยทำงานก็มีพฤติกรรมการทำงานที่เร่งรีบ กินอาหารไม่สมดุล ไม่ครบมื้อ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย เป็นเหตุนำไปสู่ภาวะโรคจากวิถีชีวิตไม่เหมาะสม

ในอดีตที่ผ่านมา การดำเนินงานด้านโภชนาการของกระทรวงสาธารณสุข มักให้ความสำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยพัฒนาเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานการเจริญเติบโตในเด็ก 0-5 ปี และเด็กวัยเรียน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชั่งน้ำหนักและเฝ้าระวังการเจริญเติบโตในเด็กทุกคน ต่อมาจึงเน้นเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ การพัฒนาเกลือเสริมไอโอดีน การพัฒนาการใช้กราฟภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เพื่อทำนายน้ำหนักทารก รวมทั้งการจัดทำตำรับอาหารที่เหมาะสม การดำเนินงานเหล่านี้ทำให้สภาวะการขาดโปรตีนและพลังงานในเด็ก 0-5 ปี ดีขึ้นจากเดิมร้อยละ 9.6 ในปี 2540 เหลือร้อยละ 8.7 ในปี 2546 อย่างไรก็ตามในระยะ 10 ปีหลัง ประเทศไทยกลับพบปัญหาทางด้านโภชนาการเกินมากขึ้น โดยพบว่าการดำเนินงานโครงการต่างๆ และงานวิจัยที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอ และไม่ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การสำรวจภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 6-14 ปี ในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่าภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 8.1 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 ในปี 2545 นอกจากนั้นในเด็กเล็กอายุ 0-59 เดือน (ปี 2548-2549) มี

ภาวะอ้วนและเริ่มอ้วนร้อยละ 6.9 และเด็กนักเรียนชั้นประถมมีภาวะโรคอ้วนถึงร้อยละ 14.6 (ปี 2546) ด้านการบริโภคในเด็กอายุ 6-14 ปี พบว่าบริโภคผักน้อยกว่า 1 ใน 10 ของปริมาณที่แนะนำ บริโภคผลไม้ประมาณ 1 ใน 5 และนม 1 ใน 6 ของปริมาณที่แนะนำ

การสำรวจยังพบว่า ส่วนสูงของเด็กไทยอายุ 0-5 ปี เฉลี่ยสูงขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (การสำรวจภาวะโภชนาการ 2538 และ 2546) แสดงถึงการได้รับสารอาหารที่เหมาะสมยังไม่เพียงพอ ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์เด็กในปี 2549 พบภาวะเตี้ยในเด็กปฐมวัยมากกว่า 1 ใน 10 และเริ่มมีความเปลี่ยนแปลงในระดับภาคโดยที่ภาคใต้กลับมีภาวะโภชนาการทั้งขาดและเกินสูงสุด จากเดิมที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเคยมีความชุกสูงสุดในประเทศ

การสำรวจด้านอาหารและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

การสำรวจสถานการณ์โรคอ้วนในเด็กนักเรียนและสภาพปัจจัยแวดล้อมในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่ จำนวน 342 แห่งทั่วประเทศโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) มสช (.ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย) สกว (.พบว่าเด็กนักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงโดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์สมส่วนร้อยละ 72 และมีน้ำหนักในเกณฑ์อ้วนและเริ่มอ้วนร้อยละ 12 เด็กผู้ชายมีน้ำหนักในเกณฑ์อ้วนและเริ่มอ้วนมากกว่าเด็กผู้หญิงถึง 2 เท่า โดยเด็กนักเรียนในเขตกรุงเทพฯ มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์อ้วนและเริ่มอ้วนในสัดส่วนมากที่สุด ถึงร้อยละ 15.5

โรงเรียนที่สำรวจ พบว่า มีการจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างให้เด็กนักเรียน แม้ว่าอาหารส่วนใหญ่ที่โรงเรียนจัดให้นั้นจะมีผักเป็นส่วนประกอบหลัก แต่ก็มีอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีไขมันสูง ขนม ไอศกรีม เครื่องดื่ม ฯลฯ แม้ว่าโรงเรียนร้อยละ 85 จะมีนโยบายห้ามจำหน่ายน้ำอัดลม หรือขนมกรุบกรอบ แต่บางแห่งก็ยังอนุญาตให้มีการจำหน่ายในโรงเรียนอยู่

อาจกล่าวได้ว่าเด็กไทยในยุคปัจจุบันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะที่อยู่ในโรงเรียน จากปัจจัยต่างๆ ทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อมรอบตัว

การศึกษาวิจัย

งานวิจัยเพื่อศึกษานโยบายและมาตรการป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียนของประเทศต่างๆ พบว่านโยบายอาหารในโรงเรียน (School food programs) เป็นปัจจัยสำคัญ เช่น การส่งเสริมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ผักและผลไม้ การห้ามจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นต้นเหตุของความอ้วนในโรงเรียน การควบคุมอาหารประเภท Competitive foods และการจัดโครงการอาหารเช้าและอาหารว่าง ฯลฯ รวมทั้งนโยบายการให้ความรู้ทางโภชนาการ (Nutrition education) การใช้พลังงานและการออกกำลังกาย (Physical education and physical activity) ในโรงเรียน และนโยบายการสร้างนิสัยการกินและการออกกำลังกายในเด็กนักเรียน โดยการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและดำเนินงานร่วมกับชุมชน เป็นต้น

เอกสารวิชาการจากมูลนิธิหัวใจแห่งชาติ (The National Heart Foundation) ของประเทศนิวซีแลนด์ระบุเช่นกันว่า การจัดอาหารในโรงเรียนเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลอย่างมากต่อแบบแผนการรับประทานอาหารของเด็ก จึงปฏิเสธไม่ได้เลยว่าโรงเรียนมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการ “ก่อปัญหา” หรือ “แก้ปัญหา” โรคอ้วนให้กับเด็ก

ดังนั้น ยุทธศาสตร์ที่สำคัญจึงอยู่ที่นโยบายสาธารณะแบบ Multi-strategic approach โดยเน้นการแก้ปัญหาทั้งระดับประชากรและระดับปัจเจกบุคคล ดังนี้

1. มาตรการระดับประชากร (Population-based approach) ที่ดำเนินการกับ upstream determinants เช่น การออกกฎหมายที่เกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็ก การส่งเสริมบูรณาการมาตรการในชุมชน (Community-based approach) และประสานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนการสื่อสารสาธารณะ

2. มาตรการในโรงเรียน (School-based approach) โดยบูรณาการการแก้ปัญหาโรคอ้วนในแผนงานโภชนาการที่ดำเนินการอยู่แล้วในโรงเรียน นโยบายอาหารโรงเรียน การสร้างความตระหนักและการให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชน ครอบครัว และชุมชน

3. มาตรการทางสาธารณสุขและบริการสุขภาพแก่บุคคล (Individual-based approach) เช่น ส่งเสริมการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ และกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การคัดกรองเฝ้าระวังภาวะโรคอ้วน

ด้านการศึกษาวิจัยในประเทศไทย ได้มีโครงการต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2532 ได้แก่ การแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กนักเรียนและหญิงตั้งครรภ์ การขาดสารไอโอดีน นอกนั้นเป็นการศึกษาวิจัยคุณภาพด้านต่างๆ เช่น คุณค่าทางโภชนาการของอาหารประเภทต่างๆ Micronutrients, Vitamins ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไขมันในเลือด รวมทั้งการศึกษาประสิทธิผล และรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการตามกลุ่มอายุ ฯลฯ แต่ทั้งนี้การวิจัยส่วนใหญ่ยังไม่ถูกนำมาใช้ดำเนินการระดับประเทศ

นโยบายและแผนแก้ปัญหาภาวะโภชนาการเกินของประเทศไทย

ในระดับชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8-10 ได้ระบุการแก้ปัญหาโภชนาการไว้อย่างไม่เจาะจง เช่น การลดภาวะทุพโภชนาการ (ฉบับที่ 8) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การพัฒนาสังคมที่เข้มแข็งและมีดุลยภาพ (ฉบับที่ 9) การลดอัตราเพิ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้ โดยเน้นพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร (ฉบับที่ 10)

แผนการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการเกินของกระทรวงสาธารณสุข โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย ได้มุ่งเน้นมาตรการในโรงเรียนตั้งแต่ปี 2543 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงการนำร่อง และยังขาดการประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ดี ในระยะตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา งานและโครงการด้านโภชนาการของกระทรวงสาธารณสุขเริ่มพัฒนาในแนวลึกมากขึ้น เช่น การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่น การพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก การส่งเสริมการบริโภคแคลเซียมในโรงเรียน องค์ความรู้คุณค่าอาหารไทย สารต้านอนุมูลอิสระ การรณรงค์ลดการบริโภคน้ำตาลและเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ การใช้ตัวชี้วัดคนไทยไร้พุง เป็นต้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น แต่ในภาพรวมยังเห็นผลไม่ชัดเจนนัก

เครือข่ายองค์กรเอกชนเริ่มมีบทบาทมากขึ้น มีการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นระยะๆ ได้แก่ เครือข่ายวิจัยสุขภาพในชุดโครงการภาวะโภชนาการเกินในเด็ก มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (เริ่มตั้งแต่ปี 2547 เน้นมาตรการในโรงเรียน และมาตรการฉลากขนม) เครือข่ายควบคุมปัจจัยเสี่ยงภาวะโภชนาการเกินในเด็ก สนับสนุนโดย สสส. (เน้นความร่วมมือของเครือข่าย 4 Settings) และเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน สนับสนุนโดย สสส. (เน้นผลักดันให้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ห้ามการเติมน้ำตาลในนมผงทารกและเด็กเล็ก) เป็นต้น

บทสรุป

ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะอ้วนในเด็ก เป็นปัญหาสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้น จากการสำรวจในหลายๆพื้นที่ของประเทศไทยพบร้อยละของเด็กไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มสูงขึ้น ในบางพื้นที่พบเด็กน้ำหนักเกินและอ้วนสูงถึงร้อยละ 20 โดยเฉพาะเด็กนักเรียนในเขตเมือง ผลกระทบที่ตามมาของโรคอ้วนในวัยเด็ก นอกจากด้านร่างกายที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ง่ายในอนาคต และยังส่งผลต่อจิตใจและผลทางสังคมด้วย

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย ได้ตระหนักในปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก โดยได้เริ่มโครงการต่างๆ ในโรงเรียนร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แต่การดำเนินงานยังเห็นผลไม่ชัดเจน หรือแม้แต่โรงเรียนที่จัดกิจกรรมด้านต่างๆ อย่างจริงจังก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนได้โดยลำพัง สาเหตุอาจเนื่องมาจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและควรแก้ไขไปพร้อมๆ กัน เช่น พฤติกรรมและนิสัยการบริโภคที่ถูกปลูกฝัง ค่านิยมการบริโภคที่เปลี่ยนไป สื่อโฆษณาสินค้า การควบคุมแหล่งจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มภายนอกโรงเรียน กิจกรรมทางกายในโรงเรียน ฯลฯ ที่สำคัญ ยังขาดนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีเอกภาพในระดับรัฐบาลที่จะส่งผลในระดับโรงเรียน ชุมชน และท้องถิ่น รวมทั้งการสร้างความตื่นตัวในพ่อแม่ ผู้ปกครอง

ประสบการณ์ในต่างประเทศ ทั้งในสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ฯลฯ ได้ชี้ความสำคัญของนโยบายภาครัฐในการส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนดำเนินนโยบายอาหารในโรงเรียน การควบคุมจำกัดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การให้ความรู้และสร้างค่านิยมการบริโภค และการสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เหมาะแก่กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของเด็กนักเรียน

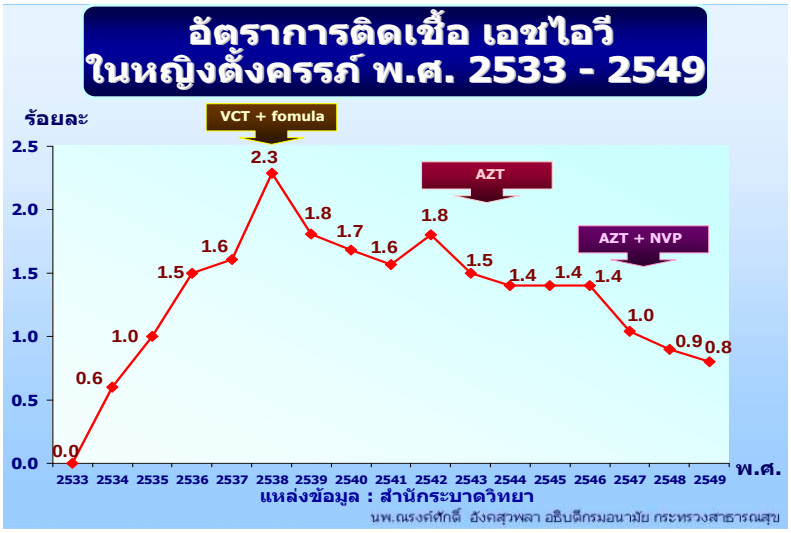
2.2 อนามัยการเจริญพันธ์ (Adolescent and Adult Reproductive Health)

สถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญ

ภายหลังการประชุมระหว่างประเทศเรื่องประชากรและการพัฒนา) ICPD) ในปี 2537 ณ กรุงไคโร ที่ประชุมได้เสนอแนวคิดการพัฒนางานวางแผนครอบครัว ไปสู่การให้ความสำคัญกับงานอนามัยการเจริญพันธ์ตลอดชีวิต โดยเฉพาะวัยรุ่น ครอบครัว และความเหลื่อมล้ำทางเพศ ในขณะที่การวางแผนครอบครัวของประเทศไทยได้ประสบความสำเร็จอย่างสูง จนอัตราเจริญพันธ์รวม) Total Fertility Rate) ได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 3.6 ในปี 2523 เป็น 2.28, 1.82 และ 1.61 ในปี 2533, 2543 และ 2548 ซึ่งอยู่ต่ำกว่าระดับทดแทน ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ (2544-2540) 8 จึงมีการปรับภารกิจการพัฒนางานวางแผนครอบครัว ไปเน้น “อนามัยการเจริญพันธ์” กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์เมื่อปี 2540 ว่า “คนไทยทุกคนทั้งชาย หญิง ทุกกลุ่มอายุ จะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” โดยมีองค์ประกอบหลัก 10 ประการ คือ งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การมีบุตรยาก การแท้ง มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ และสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

อย่างไรก็ดี สถานการณ์อนามัยเจริญพันธ์ส่วนใหญ่ยังไม่มีข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นปัญหาอย่างชัดเจน) ยกเว้นงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว (เช่น ภาวการณ์มีบุตรยาก การตั้งครรภ์นอกมดลูก การทำแท้งผิดกฎหมาย การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และอัตราการติดเชื้อของอวัยวะระบบสืบพันธ์ ดังสถานการณ์เฉพาะเรื่องที่จะกล่าวต่อไป

การติดเชื้อโรคเอดส์



รายงานของกองระบาดวิทยาปี พ.ศ 2543 .พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดมีอัตราส่วนเพศชาย : หญิง เท่ากับ 3.4 : 1 โดยกลุ่มอายุ 29-25 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด ต่อมาในปี พ.ศ 2550-2548 .พบผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาครั้งแรกอายุ 24-10 ปีในอัตราส่วนเพศชาย : หญิง เท่ากับ 1 : 1 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อเพศหญิงมากขึ้น ในขณะที่ยุทธศาสตร์ด้านอนามัยการเจริญพันธ์ในแผนฯ 8 ต้องการเพิ่มความเสมอภาคต่อสตรี เน้นความรับผิดชอบของชายต่อพฤติกรรมทางเพศ อย่างไรก็ดี อัตราการติดเชื้อเอดส์ในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ จากอัตราสูงสุดร้อยละ2.3 ในปี พ.ศ 2537 .เหลือเพียงร้อยละ 0.9 ในปี) 2548สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดนโยบายที่เป็นวาระแห่งชาติ และมีการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนรวมทั้งงานวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

การวางแผนครอบครัว

ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักในผลสำเร็จของการวางแผนครอบครัว ซึ่งอัตราคุมกำเนิดดีขึ้นมาก จากร้อยละ53.4 ในปี 2521 เป็นร้อยละ74 ในปี 2550 แต่พบว่าการคุมกำเนิดส่วนใหญ่ยังคงเป็นวิธีชั่วคราว เช่น ยาเม็ดหรือยาฉีดคุมกำเนิด โดยที่การทำหมันชายยังคงอยู่ในระดับต่ำเช่นเดิมมาเป็นเวลานาน) ร้อยละ 2.5 ปี 2003 (ส่วนการใช้ Condom ทั้งเพื่อการคุมกำเนิดหรือป้องกันโรคเอดส์มีเพียงร้อยละ 3.6 และการใช้วิธีคุมกำเนิดฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์เป็นที่นิยมมากขึ้นแต่ไม่มีรายงานที่แน่นอน

แม้ว่าคุณภาพการวางแผนครอบครัวที่ผ่านมา มีผลทำให้อัตราการเจริญพันธ์ลดลง แต่จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของสตรีตั้งครรภ์เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ) กฤติยา อาจวนิชกุล (2005 และพบสถิติการแท้งในกลุ่มตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ สูงเป็น 16 เท่าของกลุ่มตั้งครรภ์ที่ตั้งใจ นอกจากนี้ ในกลุ่มตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อมมีการคุมกำเนิดเพียงร้อยละ) 24 population council, 2002) ทำให้อัตราการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ12.5 ในปี 2542 เป็นร้อยละ14.7 ในปี2549 - 2550และบางพื้นที่สูงกว่าร้อยละ 20 จะเห็นได้ว่าถึงแม้อัตราคุมกำเนิดโดยรวมจะสูงขึ้น แต่กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้คุมกำเนิดและรู้จักเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม ได้แก่กลุ่มวัยรุ่น ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ ทั้งๆ ที่นโยบายจากการประชุมประชากรกับการพัฒนาระหว่างประเทศในปี 1994 และอนามัยเจริญพันธ์ในแผนฯ 8ได้กำหนดที่จะดูแลการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเหล่านี้

เพศศึกษา

เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของอนามัยการเจริญพันธ์ พบว่า มีการดำเนินงานจากหลายภาคส่วนรวมทั้งกระทรวงต่างๆ แต่ยังขาดการประสานงานในทุกระดับ จากการศึกษา) Chayowan, 2003, UNAIDS, 2003) พบว่าทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานโดยไม่ต้องรับผิดชอบ ยังเป็นที่ยอมรับโดยเฉพาะในวัยรุ่นชาย และร้อยละ 36 ของผู้หญิงอายุระหว่าง 24-20 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน

การมีทัศนคติและค่านิยมพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป ได้ส่งผลกระทบในทางลบให้เห็นชัดเจนขึ้น ทั้งจากอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

ภาวการณ์แท้งและภาวะแทรกซ้อน

เป็นตัวชี้วัดสถานะอนามัยการเจริญพันธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในประเทศไทยข้อมูลที่มีอยู่มาจากการศึกษาประมาณการหรือรายงานการเข้ารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งคาดว่าเป็นส่วนน้อยของความเป็นจริง โดยมีการประมาณว่ามีการทำแท้งปีละประมาณ 3-2 แสนคนต่อปี) ปี (2537 และจากการสำรวจการทำแท้งในปี 2542) National Survey) พบว่าร้อยละ 66 และร้อยละ22 เกิดขึ้นภายนอกและภายในโรงพยาบาลตามลำดับ ร้อยละ 46.8 ของหญิงที่ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี และร้อยละ 30.0 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

บทสรุป

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยผสมผสานงานด้านต่างๆ ด้วยกัน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนการมีบุตร การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ฯลฯ มีการกำหนดมาตรฐานกิจกรรมในแต่ละระดับ เช่น ระดับชุมชน ระดับสถานีอนามัย และระดับโรงพยาบาลชุมชน แต่ก็ยังพบปัญหาในลักษณะเช่นเดิม หรือบางปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น ทุกฝ่ายที่ดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธ์ จึงควรพิจารณากลยุทธ์ใหม่ๆ ดังนี้

1. การวางแผนครอบครัวควรพัฒนาด้านคุณภาพ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น20) - 24ปี (ซึ่งมีการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และความไม่พร้อมสูงมาก การเร่งพัฒนาการให้คำปรึกษาและบริการที่มีคุณภาพในทุกจุด เพื่อให้กลุ่มเหล่านี้เข้าถึงได้ง่าย

2. การนำยุทธศาสตร์ของ Bangkok Charter มาใช้ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการเข้าใจปัญหา และร่วมกันแก้ปัญหาเชิงรุกโดยทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง ตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน

3. ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นควรถูกกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ พร้อมๆ กับการผลักดันให้เกิด พ.ร.บ .อนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้จะทำให้ทุกภาคส่วนถือเป็นพันธะในการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ลดความซ้ำซ้อนหรือแยกส่วนของกิจกรรมในพื้นที่ ควรกำหนดยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดโดยมีทุกภาคส่วนร่วมกันจัดทำขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดนั้นๆ ตลอดจนการวางแผนส่งเสริมสนับสนุนให้วัยรุ่นในอนาคตมีสุขภาพอนามัยการเจริญพันธ์ที่ดี เพื่อเข้าสู่วัยทำงานที่มีคุณภาพ

4. ควรมีระบบกำกับและประเมินผล (Monitoring and evaluation) ด้านอนามัยการเจริญพันธ์ในภาพรวมและต่อเนื่องเป็นระยะๆ นับตั้งแต่มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตลอดจนติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามพันธะสัญญาที่ร่วมกันระหว่างประเทศ

เพื่อมิให้หยุดชะงักตามการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารระดับสูง และประเมินโครงการอนามัยการเจริญพันธ์ว่ามีความเข้มแข็งและเป็นไปตามนโยบายหรือไม่

2.3 การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญ

ข้อมูลอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ การสำรวจ Population-based cancer registry ใน 9 จังหวัดเมื่อปี 2542 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 6,954 ราย อุบัติการณ์ทั้งประเทศอยู่ที่ 24.7 ต่อแสนประชากร (Crude Rate) หรือ 25.8 ต่อแสนประชากร (Age-standardized incidence rate or ASR) ช่วงอายุที่เริ่มพบมากขึ้นตั้งแต่ 35 ปี (ASR 31.8 ต่อแสนประชากร) และสูงคงที่ในช่วง 45-60 ปี (ASR 68.5-75.9 ต่อแสนประชากร)

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การติดเชื้อ Herpes Papuloma Virus (HPV) type 16 และ type 18 ซึ่งพบเป็นสาเหตุร่วมในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 84 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำสำหรับประเทศ Medium resource available ให้ตรวจคัดกรองเซลล์มะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี และเน้นความครอบคลุมให้ได้ร้อยละ 80 จะมีประสิทธิภาพที่สุดในการลดอุบัติการณ์ของโรค

ในปี 2548 สปสช. ได้สนับสนุนงบบริการส่งเสริมป้องกันเป็น Vertical program ให้แก่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งทั้งประเทศด้วยวิธี Pap smear กำหนดเป้าหมายคัดกรองสตรีอายุ 35-60 ปีให้ได้ร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี หรือเฉลี่ยปีละ 800,000-1,000,000 คน โดยใช้ financial incentive เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมตรวจคัดกรองเชิงรุก (Organized screening) มีเป้าหมายจะลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก ลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 5 ปี (2553) และลดอุบัติการณ์ลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายใน 10 ปี

ผลการดำเนินงานพบว่า โครงการสามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มได้ประมาณปีละ 300 ราย และได้ผู้ป่วยนอกกลุ่มเป้าหมายปีละ 300-400 ราย ส่วนความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง (Screening coverage) นั้น ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของกลุ่มประชากรในแต่ละปี ซึ่งถือว่าต่ำกว่าที่คาดไว้มาก

การประเมินผลเบื้องต้น

1. ผล Screening coverage ประมาณร้อยละ 25 และเมื่อรวมจำนวนนอกกลุ่มเป้าหมายซึ่งอาจได้รับการตรวจในปีก่อน โดยรวมอาจทำให้ coverage เพิ่มขึ้นได้ประมาณร้อยละ 40 แต่ก็ยังห่างจากเป้าหมายที่องค์การอนามัยแนะนำ ที่ควรจะเป็นร้อยละ 80

2. ฐานข้อมูลระบาดวิทยาของโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันยังขาดความสมบูรณ์อยู่มาก ที่สำคัญได้แก่ ข้อมูลอัตราการตาย (Mortality rate) อุบัติการณ์ (Incidence rate) และข้อมูลเปรียบเทียบกับ

อุบัติการณ์ของ Carcinoma in situ ซึ่งจากข้อมูลในประเทศพัฒนาแล้วพบว่า โครงการตรวจคัดกรองจะต้องใช้เวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 10 ปี จึงมีผลทำให้อุบัติการณ์ลดลงครึ่งหนึ่ง

3. ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงการบริหารงบส่งเสริมสุขภาพในปี 2551 จาก Vertical program เป็น PP area-based program ซึ่งทำให้ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนอยู่ในดุลยพินิจของแต่ละจังหวัด (ไม่มีข้อมูลการจ่ายค่าตอบแทนของจังหวัด) พบว่ามีผลต่อการส่งรายงานผลการตรวจเข้าสู่ระบบทะเบียน PapReg ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติมีจำนวนลดลง อาจเป็นความล่าช้าของการส่งข้อมูลตามปกติหรือเกิดจากการไม่เห็นความจำเป็นเนื่องจากไม่มีค่าตอบแทนจากสถาบันฯ แล้ว อย่างไรก็ตามข้อมูลจาก e-inspection ของสำนักตรวจและประเมินผล ซึ่งเป็นการรายงานผลการดำเนินงานในพื้นที่ก็พบว่ายังไม่ได้ลดลง กล่าวคือ รายงานถึงเดือนมิถุนายน 2551 ได้ผลงานจำนวน 972,332 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.08 (เป้าหมายประชากร 1,980,930 ราย)

4. วิธีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายสตรีอายุ 35-60 ปีเป็น 5 ปี โดยนับอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ดูเหมาะสมในเชิงตัวเลข แต่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ เป็นการยากที่จะสื่อสารและตรวจคัดกรองเฉพาะกลุ่มอายุเหล่านั้น อีกทั้งจะมีกลุ่มที่ขาดการตรวจคัดกรองจำนวนสะสมเพิ่มขึ้นทุกปีโดยไม่มีการติดตามย้อนหลัง

5. การบริหารโครงการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติมีลักษณะรวมศูนย์ค่อนข้างมาก ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด การรวบรวมข้อมูลรายบุคคลผ่านระบบ On-line และการจ่ายค่าตอบแทน น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้า และหน่วยปฏิบัติขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน

6. ความไม่ชัดเจนในเชิงนโยบายของการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear กับวิธี VIA ซึ่งต่างสนับสนุนโดยกรมการแพทย์และกรมอนามัย ยังเป็นปัญหาทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน และบางกรณีเกิดความซ้ำซ้อนในพื้นที่เดียวกัน ข้อมูลจากสำนักตรวจและประเมินผล ถึงเดือนมิถุนายน 2551 ได้ผลการตรวจ VIA จำนวน 72,228 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.38 (เป้าหมาย 770,262 ราย)

บทสรุป

1. ควรผลักดันให้โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต่อเนื่องเป็นงานระยะยาว และเน้นการเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองให้ได้ร้อยละ 80 ของกลุ่มสตรีอายุ 35-60 ปี ทั้งนี้ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารโครงการจากลักษณะ Vertical project โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้บูรณาการเข้าสู่ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ เป็นภารกิจของหน่วยปฏิบัติในพื้นที่โดยตรง เน้นความครอบคลุมประชากร โดยสถาบันมะเร็งฯ เป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ การฝึกอบรม และการประเมินผลโครงการและผลกระทบในภาพรวม และให้สำนักตรวจราชการเป็นหน่วยติดตามกำกับดูแล

2. ควรพัฒนาระบบบริหารโครงการให้จังหวัดสามารถดำเนินการได้เองทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายความครอบคลุม การบริหารจัดการให้บรรลุเป้าหมายรวมทั้งรับผิดชอบค่าใช้จ่าย การ

กระจายฐานข้อมูลไปสู่หน่วยปฏิบัติ ระบบรายงานเพื่อกำกับและประเมินผล และการบริหารความเสี่ยง เป็นต้น ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีกระบวนการฝึกอบรมและพัฒนาวิธีดำเนินงานภายในจังหวัดอย่างเป็นระบบ

3. กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์และกรมอนามัย ควรหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันต่างๆ ในรูปคณะทำงานที่ปรึกษาโครงการ เพื่อหาข้อยุติในวิธีการคัดกรองที่เหมาะสม นิยามความผิดปกติของเยื่อบุผิดปากมดลูก ตลอดจนการพัฒนาระบบทะเบียน Cancer registry ของประเทศอย่างจริงจัง

ตารางที่ 2.1 ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear

	2548*	2549		2550		2551**	
	กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มนอกเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มนอกเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มนอกเป้าหมาย
เป้าหมาย***	834,394	800,000	-	796,439	-	800,000	-
ผลงาน	405,756	435,995	288,351	381,919	401,933	145,607	273,724
ความครอบคลุม (e-inspection)	52.3%	53.5%	-	48.1%	-	24.4%	-
ความครอบคลุม (specimen)	48.6%	54.5%	-	48.5%	-	NA	-
ผลผิดปกติ	3,169 (0.8%)	5,227 (1.2%)	4,656 (1.6%)	6,474 (1.7%)	7,500 (1.9%)	1,464	
Low grade lesions	1,814	2,908	2,733	3,830	4,468	869	
High grade lesions	1,141	2,013	1,608	2,309	2,546	524	
Cancer	214	306	315	335	486	71	

* ปี 2548 เริ่มโครงการ 8 เดือน ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลการตรวจคัดกรองนอกกลุ่มเป้าหมาย

** ปี 2551 ข้อมูลถึง มิถุนายน 2551 และเป็นปีที่งดการจ่ายค่าตอบแทนจากโครงการ โดยให้เป็นดุลพินิจแต่ละจังหวัดด้วยงบ PP area-based

*** เป้าหมายร้อยละ 50 ของจำนวนสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี

2.4 แผนงานพัฒนาผู้สูงอายุ

สถานการณ์และแนวโน้มด้านผู้สูงอายุของไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้อัตราการเกิดลดลง และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น จาก 69.9 ปี เป็น 74.2 ปี ในชาย และจาก 74.9 ปี เป็น 79.2 ปีในหญิง) ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (2542 พบว่า อัตราการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุ (Population ageing) ของไทยเร็ว

กว่าประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ) นภาพร ชโยวรรณ (2545 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ 2513 .เป็นร้อยละ 6.7 ,5.4 และ 8.7 ในปี พ.ศ 2533 ,2523 .และ 2543 ตามลำดับ และคาดว่าจะเป็นร้อยละ 12.6 และ 15.2 ในปี พ.ศ 2553 .และ) 2563 มาลินี วงษ์สิทธิ์ (2543

นอกจากนี้ สภาพการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมไทย และการอพยพของวัยแรงงานไปทำงานในเมืองเพิ่มขึ้น ทำให้แนวโน้มโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปสู่ครัวเรือนขนาดเล็กลง แนวโน้มค่านิยมการมีบุตรไว้พึ่งพิงในยามสูงอายุลดน้อยลง ประชากรวัยสตรีเข้าสู่ตลาดแรงงานและมีการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ล้วนมีผลให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังเพิ่มมากขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโสดและหย่าร้างที่อยู่ลำพังคนเดียวแม้ปัจจุบันยังมีจำนวนน้อย) ร้อยละ 2 และ 4 ตามลำดับ (แต่สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน) นภาพร ชโยวรรณ(2545

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจากการสำรวจในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 69.3 ของประชากรกลุ่มอายุ 69-60 ปี เป็นโรคเรื้อรัง และพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป ในจำนวนนี้ร้อยละ 70.8มีโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกัน ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดข้อและปวดหลังเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด) จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ(2543

อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2542 ในภาพรวมผู้สูงอายุร้อยละ 30 และ 38 ในเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการและมีผู้ดูแลในบ้าน ในขณะที่ร้อยละ 6 ขาดผู้ดูแล และจำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุร้อยละ 5 และ 15 มีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้านตามลำดับ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. แนวโน้มและทิศทางการดูแลผู้สูงอายุ

ปรัชญาการดูแลผู้สูงอายุที่ปรากฏในแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่) 2 พ.ศ (2564-2545. คือ “สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยเริ่มจากประชากรช่วยตนเอง ครอบครัวให้การเกื้อหนุน ชุมชนให้ความช่วยเหลือ และสุดท้ายสังคม-ภาครัฐให้การเกื้อหนุนตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรี สมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ”

การดูแลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงมีทิศทางพัฒนาที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ การดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based care) และการดูแลต่อเนื่องครบวงจรที่บ้าน (Home based care) ส่วนผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลหรือไม่สามารถให้การดูแลในชุมชนได้ ภาครัฐพึงจัดให้มีการบริการเพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม

2. นโยบายและแผนผู้สูงอายุ

แผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่) 2 พ.ศ (2564-2545.ได้มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน โดยมีครอบครัว ชุมชน สังคม และภาครัฐให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุในอนาคตควรจะมุ่งเน้นการจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สาระสำคัญในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ 2546 .ได้แก่ การกำหนดสิทธิของผู้สูงอายุให้ได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น บริการสุขภาพ บริการด้านสังคม เช่น การศึกษา ศาสนา ข้อมูลข่าวสาร การประกอบอาชีพ การพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม การอำนวยความสะดวกและปลอดภัย การช่วยเหลือหรือยกเว้นค่าบริการสาธารณะต่างๆ ตลอดจนการได้รับการสงเคราะห์ด้านที่อยู่อาศัยและการยังชีพ เป็นต้น นอกจากนั้น ก็ให้มีการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุและคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ) พ.ศ (2554-2550.โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) (2)กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ (Independent Living for Elderly) และ (3) กลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือ (Disabled Elderly) และได้กำหนดกลไกสู่ความสำเร็จ คือ (1) การปรับโครงสร้างทางสังคม มุ่งเสริมสร้างคุณค่าทางสังคม และทุนทางสังคม (2) การมีรากฐานทางสังคมที่เข้มแข็งในการรองรับการพัฒนา ทั้งโครงสร้างพื้นฐาน การบริการสังคม บุคลากร และสภาพแวดล้อม (3) กระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล (4) การมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนา และ (5)ประชาชน/ชุมชนเข้มแข็ง และมีบทบาทในการริเริ่ม ตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมในชุมชน

3. ระบบบริการผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เกี่ยวข้องกับบทบาท 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคชุมชนซึ่งรวมถึงครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยย่อยที่สุดของสังคม จึงต้องจัดความสัมพันธ์บทบาทที่เหมาะสม ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยยังเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของครอบครัว เนื่องจากบริการที่ช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัด และมีลักษณะสงเคราะห์เฉพาะผู้ที่ยากไร้ การให้การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ที่นอกเหนือบริการทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นบริการและการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเป็นหลัก

แนวคิด “ระบบสุขภาพชุมชน” มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการบริการในมิติที่กว้างกว่าที่ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดให้ เช่น การดำรงชีวิตประจำวัน การดำรงสถานภาพและการใช้ชีวิตในชุมชน เป็นต้น แต่ที่ผ่านมา ระบบการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุ ยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง และยังไม่ครอบคลุมบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วย

ตนเองไม่ได้และขาดผู้ดูแล รวมทั้งบริการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ยังมีจำกัดมาก ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน และบริการด้านสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่

(1) การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี อีกทั้งควรส่งเสริม สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

(2) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความเหมาะสมในการจัดบริการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความใกล้ชิดประชาชนและมีภารกิจในการจัดบริการสาธารณะอยู่แล้ว รวมทั้งการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุ

(3) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาวะผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน ทั้งด้านบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม ที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนชุมชนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

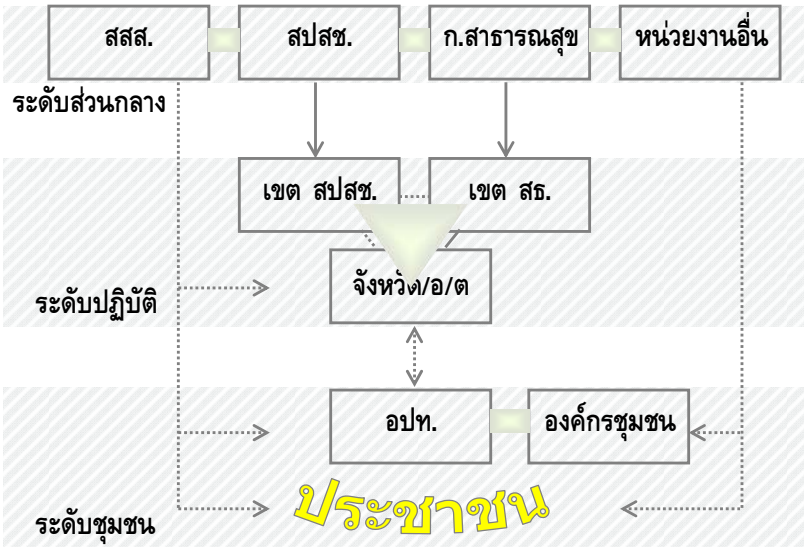
(4) บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ บริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และบริการกายภาพบำบัดในชุมชน

บทที่ 3

ระบบและกลไกการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนกลาง

ระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องในงานสร้างเสริมสุขภาพ และโดยลักษณะของงานสามารถจำแนกบทบาทได้เป็น ระดับส่วนกลาง ระดับปฏิบัติ และระดับชุมชน (แผนภูมิ 2.1) ระดับส่วนกลาง หมายถึง การดำเนินงานที่เป็นบทบาทขององค์กรระดับชาติที่สำคัญได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และหน่วยงานหรือองค์กรเอกชนอื่นๆ ซึ่งถือว่าเป็นการดำเนินงานในส่วนกลาง เป็นที่คาดหวังว่า องค์กรส่วนกลางควรประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด และสามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ไปทิศทางเดียวกัน

ระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ



แผนภูมิที่ 3.1 ระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย ปี 2551

3.1 ระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับส่วนกลาง

3.1.1 บทบาทและภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข และบริบทที่เกี่ยวข้อง

ก่อนปี 2545

ในอดีต บทบาทการดูแลสุขภาพของประชาชนตกเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขแต่ฝ่ายเดียว รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็น Vertical programs เช่น การวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน การอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด ฯลฯ

ต่อมาในปี 2523 หลังการประกาศ Alma Alta ขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้นำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมาประยุกต์ใช้ เป็นจุดเริ่มของการปรับรูปแบบการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการระดมทุนจัดตั้งกองทุนชุมชนประเภทต่างๆ เกิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้นทั่วประเทศ ตลอดจนนำเรื่องคุณภาพชีวิตและความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาใช้เป็นทิศทางการพัฒนาชุมชน

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ในปี 2529 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การเน้นชุมชนและประชาชนเป็นศูนย์กลางมากขึ้น ตลอดจนการเน้นคุณภาพของสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ แทนแนวคิดการจัดบริการเพียงอย่างเดียว ปี 2540 เกิดแนวคิดสถานที่น่าอยู่ (Healthy settings) และกรมอนามัยกำหนดยุทธศาสตร์หลัก 4 ประการ ได้แก่ การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและภัยคุกคามสุขภาพ การส่งเสริมเมืองน่าอยู่ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งได้วิวัฒนาการต่อมาเป็น “ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง” ในปี 2547 เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ของสหประชาชาติ

ในส่วนโครงสร้างนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุขได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2535 ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในสังคมไทย ตั้งแต่การต่อต้านระบบเผด็จการทหาร (พฤษภาคม 2535) และการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ฉบับปี 2540 (Wongkongkathep S., Srivanichakorn S., Jirojanakul P. 2005) เริ่มจากการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) การนำภาษียาสูบมาจัดตั้งกองทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้แผนแม่บทการคลังเพื่อสังคมในปี 2544 การจัดตั้งสำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติในปี 2543 เพื่อผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จนสำเร็จ

หลังปี 2545

การจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง เนื่องจากโครงสร้างงบประมาณเพื่อการจัดบริการดูแลสุขภาพรายบุคคลโดยส่วนใหญ่ถูกจัดสรรเป็นงบรายหัว และ สปสช. เป็นผู้ดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงงบรายหัวเพื่อการส่งเสริม

สุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP) ด้วย ในทางกลับกัน กระทรวงสาธารณสุขก็ถูกตัดทอนงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพรายบุคคล คงเหลือเพียงงบประมาณสนับสนุนนโยบายและยุทธศาสตร์ในภาพรวมของการพัฒนาสุขภาพที่ไม่เจาะจงรายบุคคล

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการฯ ภารกิจสำคัญคือ การยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ (มาตรา 46) สาระสำคัญของธรรมนูญฯ จะต้องบรรจุเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (มาตรา 47) นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ยังมีหน้าที่เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และจัดกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ (มาตรา 25) นพ.ประเวศ วะสี ได้ให้ความเห็นว่า พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จะเป็นเครื่องมือสร้างสังคมสมานฉันท์ไปสู่การสร้างสุขภาวะของคนทั้งมวล โดยใช้กลไกการจัดการทางนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อนำทุกฝ่ายเข้ามาร่วมเรียนรู้ในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (ประเวศ 2550)

สรุป บริบทของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงในช่วงก่อนปี 2545 มีลักษณะเด่นของการพัฒนาด้านแนวคิดและรูปแบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข จากกรอบของการให้บริการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก เป็นการทำงานที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา มองสุขภาพในมิติทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น จนมีการสร้างรูปแบบและนวัตกรรมใหม่ๆ ในงานสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้นในช่วงนี้อย่างมากมาย ภายหลังปี 2545 การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับโครงสร้างองค์กร มีการจัดตั้งองค์กรขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพใหม่ๆ และการเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบโดยตรง และจำเป็นต้องปรับตัวในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

3.1.2 บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 5 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้ สปสช. มีหน้าที่จัดให้มีการบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามสิทธิ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น สปสช. จึงกำหนดบทบาทของตนเองในฐานะของ “ผู้ซื้อบริการ” โดยมีสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็น “ผู้ให้บริการ” และ สปสช. ได้อาศัยกลไกทางการเงิน (Financial mechanism) เป็นเครื่องมือสำคัญในการบรรลุเป้าประสงค์ ได้แก่ ความสำเร็จในการกำหนดวงเงินงบประมาณด้านบริการสุขภาพ ในรูปค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนสิทธิ (Capitation budget) การจำแนกประเภทต่างๆ ของกองทุนเพื่อบริหารจัดการให้เหมาะสมกับภารกิจและกลุ่มเป้าหมาย เช่น ค่าใช้จ่ายด้านบริการผู้ป่วยนอก

(OP) การบริการผู้ป่วยใน (IP) การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) และกองทุนย่อยอื่นๆ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงต่อกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะงานส่งเสริมป้องกันที่เป็นบทบาทของ สปสช.

การบริหารงบส่งเสริมป้องกัน ช่วงแรกปี 2544-2546

งบค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP) ในช่วงแรกระหว่างปี 2544-2546 ใช้ประมาณการที่ 175 บาทต่อหัวประชากรเฉพาะที่ขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณ 45 ล้านคน และตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา สปสช. ได้ขยายครอบคลุมสำหรับการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชากรที่มีสิทธิอื่นรวมทั้งสิทธิว่าง เช่น กลุ่มข้าราชการ และผู้มีสิทธิประกันสังคม จึงทำให้งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ 62 ล้านคน (สมเกียรติ ลีละศิธร และวิชช์ เกษมทรัพย์ ไม่ระบุปี พ.ศ.)

การจัดสรรงบ PP ในช่วงแรกระหว่างปี 2544-2546 เป็นไปอย่างง่ายๆ กล่าวคือ สปสช. ได้กันงบไว้ส่วนกลางเป็นค่าจัดซื้อวัคซีน 14.70 บาท/หัว จากนั้นจะโอนเงินที่เหลือทั้งหมดให้กระทรวงสาธารณสุข โดยนำไปรวมกับค่าบริการทางการแพทย์ (OP และ IP) แบบเหมาจ่ายรายหัวที่หักเงินเดือนแล้ว สำหรับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การบริหารงบส่งเสริมป้องกัน ช่วงปี 2547-2550

ด้วยความจำเป็นต้องขยายงานส่งเสริมป้องกันให้รองรับประชากรนอกโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นการบริหารงบ PP ในช่วงปี 2547-2550 ของ สปสช. จึงได้แยกงบเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นงบกันไว้ส่วนกลางเพื่อจัดสรรเป็นรายโครงการ (Vertical program) ที่ สปสช. กำหนดให้เป็นงานบริการกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ในจำนวนโครงการแต่ละปีเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 2, 7, 10 และ 10 รายการ คิดเป็นยอดงบประมาณ 455.5 ล้าน, 845 ล้าน, 1488.5 ล้าน และ 1,488.5 ล้านบาทตามลำดับ (ตารางที่ 3.1) งบดังกล่าว สปสช. ได้โอนให้กรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงไปดำเนินงานโดยมีบันทึกข้อตกลงเป็นรายโครงการ

ส่วนที่ 2 เป็นงบบริการส่งเสริมป้องกันในชุมชน (Community-based service) อัตราเกือบคงที่เฉลี่ย 37.50 บาท/หัว ครอบคลุมประชากรทั้ง UC และ Non-UC โดย สปสช. แยกจัดสรรให้แก่หน่วยบริการของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยบริการอื่นที่อนุกรรมการสาขาจังหวัดเห็นว่ามีศักยภาพในการดำเนินงาน แต่รายละเอียดวิธีการจัดสรรแตกต่างกันในแต่ละปีเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 เป็นงบบริการส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาล (Facility-based service) โดยนำไปคิดรวมกับงบบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับประชากรขึ้นทะเบียน UC เช่นเดิม ส่วนงบส่งเสริมป้องกันสำหรับประชากร Non-UC นั้น สปสช. จะจ่ายตามปริมาณการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ แต่การจัดสรรในกลุ่มนี้ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนและมีการเปลี่ยน แปลงวิธีการจัดสรรทุกปี

สำหรับการบริหารงบ PP ตั้งแต่ปี 2547 เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้รับโอนจาก สปสช. จึงได้กำหนดแนวทางให้จังหวัดจัดสรรให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และสถานีอนามัยไม่น้อยกว่า 35 บาท/หัว หากมีงานบริการทันตกรรมจะได้รับจัดสรร 50 บาท/หัว โดยยอดเงินที่ได้รับต้องไม่น้อยกว่า 100,000 บาท/แห่ง/ปี

ตาราง 3.1 โครงการ Vertical programs ปี 2546-2551 และ National Priority ปี 2552-2553

โครงการ	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
การจัดซื้อวัคซีน	√	√	√	√	√	√	√
โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก (Sealant)		√	√	√	√		
โครงการฟันเทียมพระราชทาน		√	√	√	√		
โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย pap smear และ VIA		√	√	√		√	
โครงการตรวจสุขภาพผู้ให้บริการรถสาธารณะ		√					
โครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับข้าราชการและผู้ประกันตน	√	√	√	√	√		
โครงการรณรงค์ตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและจดทะเบียนคนพิการ		√	√	√			
โครงการเด็กไทยเฉลียวฉลาดประเทศชาติแข็งแรง		√					
หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย			√	√			
โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว				√	√	√	√
โครงการวัยเรียน วัยใส อนามัยดี๊ดี					√		
โครงการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังโรควัยทำงาน (ใส่ห่วงอนามัย, คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA)				√	√		
โครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคกลุ่มผู้สูงอายุ					√		
โครงการพัฒนาระบบการรักษาเร่งด่วนใน Stroke					√		
โครงการค้นหาพาหะและป้องกันโรคฮีโมฟิเลีย					√		
โครงการสุขภาพดีวิถีไทย (ป้องกันโรคเรื้อรัง)						√	√
งบประมาณ Vertical program **รวม**	455.5	845	1,488.5	1,488.5	976.54	977	977.65

การบริหารงบส่งเสริมป้องกัน ช่วงแรกปี 2551-ปัจจุบัน

งานวิจัยของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ 2550) ได้ชี้จุดอ่อนในด้านการวางแผนและบริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งส่วนกลางและระดับจังหวัด งบ PP Vertical program ทำให้เกิดความขัดแย้งในพื้นที่ รวมทั้งขาดกระบวนการติดตามประเมินผลของ สปสช. ในการจัดการที่ผ่านมา พร้อมกับเสนอให้ลดงบประมาณในส่วนของ PP Vertical program ให้เหลือเท่าที่จำเป็นและพิจารณาเฉพาะกิจกรรมที่จะเกิดประสิทธิภาพมากกว่า งานวิจัยดังกล่าวได้เสนอรูปแบบการจัดการใหม่ด้วยการกระจายอำนาจให้จังหวัด และจัดงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มี expressed demand ชัดเจน โดยให้ สปสช. จัดสรรรวมกับงบเหมาจ่ายรายหัวด้านการรักษาพยาบาล ส่วนกิจกรรมที่ยัง

ไม่มี expressed demand ให้เป็นงานเชิงรุก และจัดสรรงบประมาณแยกออกมาให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยมีระบบติดตามประเมินผลที่เข้มแข็งและการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานควบคู่ไปด้วย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้ สปสช. ปรับวิธีการบริหารจัดการงบ PP ปี 2551 ใหม่ โดยให้ระดับเขตและจังหวัดนำงบ PP ไปวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยตรง (PP area-based service) โดยให้มีคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และกรมวิชาการร่วมกันพิจารณา (รายงานการประชุมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7 และครั้งที่ 9, 2550)

ด้วยเหตุนี้ สปสช. จึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี 2551 ใหม่ โดยลดวงเงินในส่วนของ PP Vertical program ลงมา ปรับ PP facility-based เป็น PP expressed demand พร้อมระบุกิจกรรมจำนวนหนึ่งตามชุดสิทธิประโยชน์ และเพิ่มงบส่วนที่ 4 เรียกว่า งบบริการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ (PP Area-based) (แผนภูมิ 3.2) อย่างไรก็ดี การบริหารจัดการงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตั้งแต่ปี 2551 ยังมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ อันเป็นผลจากการประชุมหารือและประสานงานอย่างต่อเนื่องระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. นับว่าเป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันและเป็นตัวอย่างที่ดี

การเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารจัดการดังกล่าว สังเกตเบื้องต้นได้จากเอกสารกรอบแนวคิดของการบริหารจัดการงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2551 (กระทรวงสาธารณสุข 2550) ประกอบด้วย

1. ปรับเปลี่ยนบทบาทของกระทรวง เขตตรวจราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยคู่สัญญาระดับอำเภอ ไปสู่กระบวนการใช้แผนเป็นเครื่องมือ ภายใต้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมจากภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยมีกรอบแผนงานเชิงรุก (Proactive Framework) จากส่วนกลาง และให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ เรียนรู้ที่จะวางแผนสร้างเสริมสุขภาพ และบูรณาการการใช้จ่ายงบ P&P จากแหล่งเงินต่างๆ

2. กรอบยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ถูกกำหนดร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช . และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ แผนงานเชิงรุก (Proactive Program) และกลยุทธ (Program Strategy) ในภาพรวมระดับประเทศ พร้อมกับได้ รูปแบบ ขั้นตอน ตารางปฏิทินการทำงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้งบ P&P

3. ระดับเขต ให้เขตตรวจราชการ สธ .กับ สปสช.เขตพื้นที่ ร่วมกันจัดทำกรอบงานสร้างเสริมสุขภาพระดับเขต เพื่อรองรับงบ PP Area-based 30% (15.23 บาท/หัว ก่อนหักเงินเดือน) โดยพิจารณาข้อมูลปัญหาสุขภาพในระดับเขต บูรณาการกับกรอบแผนงานเชิงรุกภาพรวมจากส่วนกลาง และให้ศูนย์วิชาการหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ในเขต มีส่วนร่วมในการเสนอโครงการตามลักษณะปัญหาในระดับเขต

ผลลัพธ์ที่ได้ คือ โครงการที่ครอบคลุมการแก้ไขปัญหาระดับเขต (Project grants) ที่มาจากหลากหลายพื้นที่ หลายหน่วยงาน และมีตัวชี้วัดการแก้ไขปัญหาระดับเขต

4. ระดับจังหวัด ให้ สสจ .เป็นแกนในการจัดทำกรอบงานสร้างเสริมสุขภาพจังหวัด คู่ขนานกับเขต โดยพิจารณาข้อมูลปัญหาสุขภาพในระดับจังหวัด บูรณาการกับกรอบแผนงานเชิงรุกภาพรวมประเทศ และบูรณาการงบประมาณจากทุกแหล่ง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ แผนบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพจังหวัด ประกอบด้วย

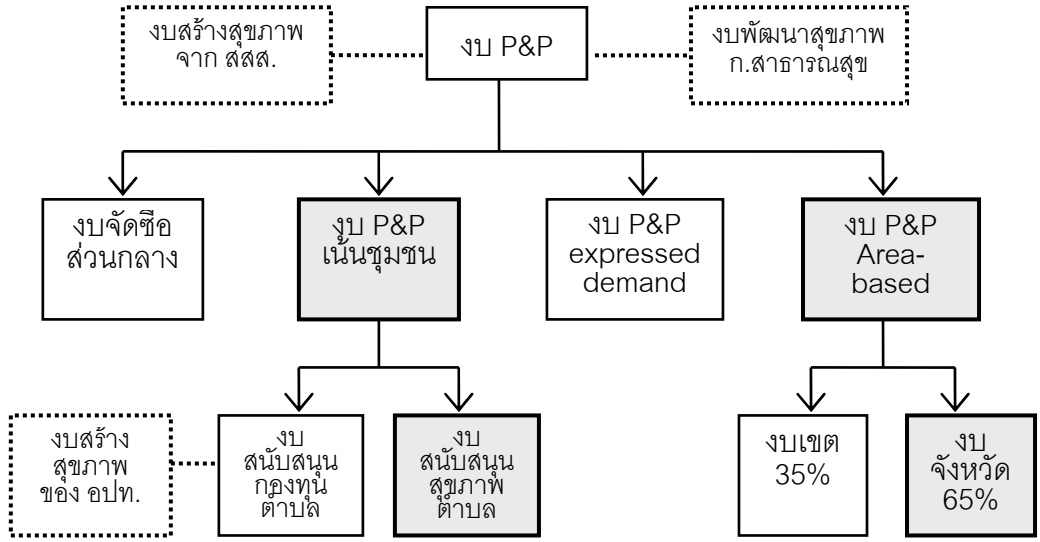
1. แผน PP Area-based 65% (33.0 บาท/หัว ก่อนหักเงินเดือน)

2. แผน PP Community (37.50 บาท/หัว ไม่หักเงินเดือน) ซึ่งจะสนับสนุนกองทุนสุขภาพตำบล และแผน PP ตำบล

3. งบบริหารจัดการและพัฒนาระบบ (M&E, System Capacity Strengthening) ในวงเงิน PP Area-based 5% (2.54 บาท/หัว ก่อนหักเงินเดือน) เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลระดับจังหวัด การนิเทศ กำกับ ประเมินผล และการพัฒนาศักยภาพหน่วยงาน

4. แผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากแหล่งงบประมาณอื่นๆ ได้แก่ กรมวิชาการ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ ยกเว้นงบ PP express demand ที่ไม่นำมารวมในแผนบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพจังหวัด ซึ่ง สปสช. จ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่โดยตรง



หมายเหตุ งบ P&P กลุ่มที่จังหวัดได้รับและใช้วางแผนบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพจังหวัด

แผนภูมิที่ 3.2 โครงสร้างการบริหารงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2551

การบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในปัจจุบัน

การบริหารงบ PP ปี 2553 มีการปรับเปลี่ยนที่สำคัญ (แผนภูมิที่ 3.3) ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงงบ PP vertical program เป็นงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (PP National Priority Program and Central Procurement) ตั้งแต่ปี 2552 เพื่อ

จัดซื้อวัคซีนและเวชภัณฑ์หรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่เป็นการจัดซื้อรวมระดับประเทศ ตลอดจนสนับสนุนแผนงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ

งบดังกล่าว มียอดคงที่ในอัตรา 15.17 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ หรือคิดเป็น 977.65 ล้านบาท ในปี 2553

2. การเพิ่มยอดเงินสำหรับงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (PP expressed demand services) ในอัตรา 125.64 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2552 ที่ 99.50 บาท โดยยังแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

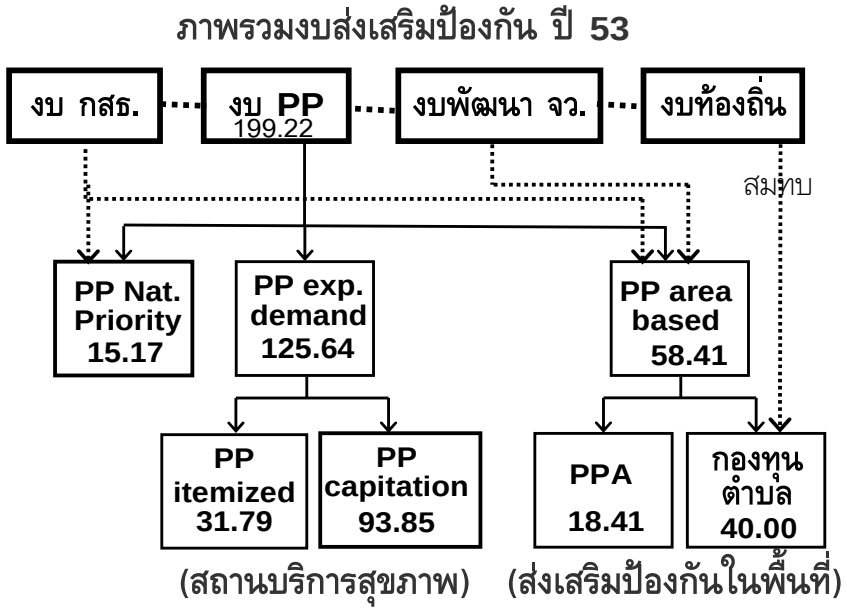
2.1 งบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในอัตรา 93.85 บาทต่อประชากร

2.2 งบจัดสรรตามผลการให้บริการ (Itemized services) ในอัตรา 31.79 บาทต่อประชากร

3. รวมงบ PP area-based และงบ PP communityที่เคยสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (PP area-based services) ในอัตรา 58.41 บาทต่อประชากร และจัดแบ่งเป็น 2 ส่วน

3.1 งบจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในอัตรา 40 บาทต่อประชากร

3.2 งบจัดสรรเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่ ในอัตรา 18.41 บาทต่อประชากร โดยงบส่วนนี้ สปสช. ได้มอบให้ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ เป็นผู้ดำเนินการ แต่ให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต เป็นผู้พิจารณา



แผนภูมิที่ 3.3 โครงสร้างการจัดสรรงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2553

อนึ่ง ในปี 2549 สปสช. ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดตั้ง “แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกัน

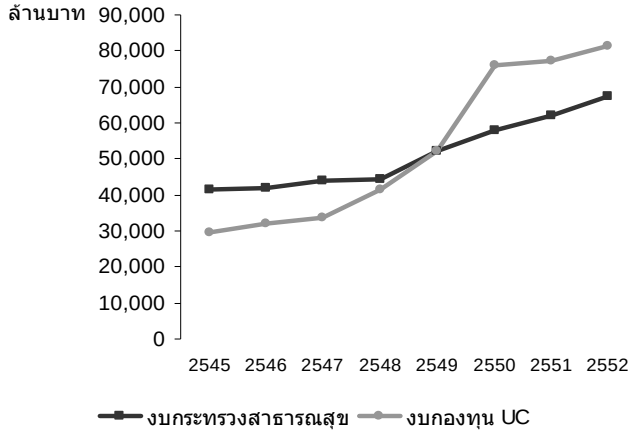
สุขภาพถ้วนหน้า” เพื่อประสาน เชื่อมโยง และบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรภาคีและเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนการสร้าง/จัดการ/เผยแพร่ความรู้และการวิจัย เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และการปรับระบบ โครงสร้าง และการจัดการให้การสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

แผนงานร่วมได้กำหนดให้ประเด็นการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลเป็นหนึ่งในแผนงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนและท้องถิ่น รวมทั้งการสร้าง จัดการและเผยแพร่ความรู้ ที่ผ่านมา ได้มีโครงการที่ผ่านความเห็นชอบจากแผนงานร่วมฯ ให้ดำเนินการ ได้แก่

1. โครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้
2. โครงการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
3. โครงการพัฒนาศักยภาพการทำงานกองทุน สปสช. ขององค์กรภาคี อบต. หรือเทศบาล ชุมชน และเครือข่ายบริการสุขภาพ

3.1.3 การวิเคราะห์การบริหารจัดการระดับส่วนกลาง

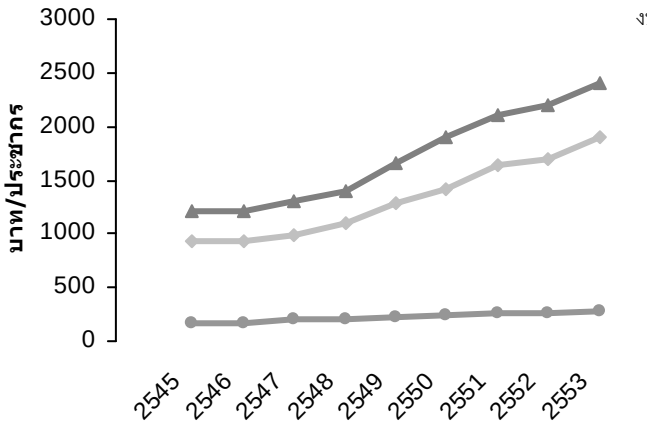
การที่ สปสช. มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลทำให้งบประมาณโดยรวมเพื่อสุขภาพทั้งประเทศเพิ่มขึ้น จากสัดส่วนร้อยละ 6.93 ของงบประมาณทั้งประเทศในปี 2545 ช่วงเริ่มโครงการ เป็นร้อยละ 9.52 ในปี 2553 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นของยอดงบประมาณสุขภาพตั้งแต่ปี 2545-2553 ถึงร้อยละ 128.13 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้งบประมาณเพิ่มเพียงร้อยละ 64.77 ขณะที่งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพและการบริหารจัดการเพิ่มร้อยละ 206.72 อย่างไรก็ตามงบกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่เพิ่มขึ้นจะอยู่ในหมวดเงินเดือนและค่าจ้างเป็นหลัก (แผนภูมิ 3.4)



แผนภูมิที่ 3.4 เปรียบเทียบงบประมาณกระสาธารณสุข กับงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ในส่วนของงบกองทุนหลักประกันสุขภาพนั้น พบว่า งบบริการด้านการบำบัดรักษา ซึ่งประกอบด้วย งบผู้ป่วยนอก (OP) งบผู้ป่วยใน (IP) งบ

บริการอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE) และงบบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC) รวมกัน เปรียบเทียบระหว่างปี 2545-2553 เพิ่มขึ้นร้อยละ 104.19 มากกว่างบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ซึ่งเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 55.31 สะท้อนภาพความไม่สมดุลมากขึ้นระหว่างงบบริการรักษา กับงบส่งเสริมป้องกัน (แผนภูมิ 3.5 และตารางที่ 3.7)



แผนภูมิ 3.5
เปรียบเทียบงบบริการด้านรักษา (OP+IP+AE+HC) กับงบบริการส่งเสริมป้องกัน (PP) ต่อหัวประชากร

เมื่อวิเคราะห์งบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) พบว่า ตั้งแต่ปี 2545-2553 นั้น มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนเม็ดเงินงบประมาณค่อนข้างน้อย และยังต้องหักเงินเดือนสำหรับหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขอีก ทำให้คงเหลือยอดเงินที่ใช้ดำเนินงานจริงไม่มากนัก สปสช. จึงไม่สามารถผลักดันงานบริการส่งเสริมป้องกันให้ได้ตามเป้าหมายในระบุในชุดสิทธิประโยชน์ได้ จะเห็นได้จากจำนวนงบบริการ PP expressed demand ในสถานพยาบาลรวมทั้งประเทศ อยู่เกือบคงที่ที่ระดับ 7,000-8,000 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ ยังพบว่า วิธีการบริหารงบส่งเสริมป้องกันมีการเปลี่ยนแปลงเกือบทุกปี จนงบ PP เพื่อแก้ไขปัญหาพื้นที่ในจังหวัดลดลงตามลำดับ รวมทั้งการเพิ่มงบกลุ่มใหม่ (PP community ในปี 2547 และ PP area-based ปี 2551) การเกิดขึ้นของ Vertical program และปรับเป็นงบ National Priority Program and Central Procurement ในเวลาต่อมา การขยายจำนวนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และการใช้เงินเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น (ตาราง 3.6 และ 3.8)

การศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2551) ในโครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) พบว่ารายจ่ายสุขภาพรวม (Total Health Expenditure) เมื่อปี 2551 ประมาณการที่ 5,023 บาทต่อประชากร หรือร้อยละ 3.67 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (Gross Domestic Product) การจำแนกประเภทกิจกรรมพบว่าค่าใช้จ่ายด้านการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมกัน 281,194.21 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.05 ของ GDP เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 22,504.21 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.24 ของ GDP เท่านั้น (ตารางที่ 3.2) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 5-6 ของรายจ่ายสุขภาพรวม

(THE) และค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังมีแนวโน้มลดลงทุกปี ซึ่งไม่เพียงพอกับการลงทุนด้านสุขภาพเพื่อลดความสูญเสียผลิตภาพ (Productivity) จากภาระโรคที่มีลำดับความสำคัญสูง งานวิจัยได้เสนอให้รัฐเพิ่มการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 2 เท่า ของสัดส่วนของ GDP จากเดิมร้อยละ 0.24 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 0.48 หรือเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 47,006.51 ล้านบาทในปี 2554

ตารางที่ 3.2 รายจ่ายสุขภาพในแต่ละประเภทกิจกรรม ปี 2550-2554 ตาม Status quo (หน่วย : ล้านบาท)

Expenditure categories	2550	2551	2552	2553	2554
Total recurrent expenditure	291,344.59	321,233.12	355,010.54	393,091.49	435,890.60
• In-patient care	111,585.01	125,405.49	141,293.91	159,469.84	180,152.86
• Outpatient care	141,764.85	155,788.72	171,523.19	189,152.02	208,859.01
• Prevention and public health services	21,505.16	22,504.21	23,503.25	24,502.30	25,501.35
• Health Administration & health insurance	16,489.58	17,534.70	18,690.19	19,967.33	21,377.37
• Capital Formation	14,128.02	15,234.49	16,340.97	17,447.44	18,553.91
Total Health Expenditure (THE) (ตาราง 20)	305,472.61	336,467.61	371,351.51	410,538.93	454,444.51
Population (million person)[a]	66.23	66.98	67.77	68.56	69.14
THE per capita, Baht	4,612.30	5,023.40	5,479.58	5,988.02	6,572.81
GDP at current price, Baht[b]	8,469,060	9,191,176	9,868,145	10,594,977	11,375,342
THE, % GDP	**3.62**	**3.67**	**3.79**	**3.89**	**3.99%**
IP, % GDP	1.32	1.36	1.43	1.51	1.58
OP, %GDP	1.67	1.69	1.74	1.79	1.84
P&P, % GDP	**0.25**	**0.24**	**0.24**	**0.23**	**0.22**

ที่มา : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554).

ตารางที่ 3.3 งบกระทรวงสาธารณสุข รวม สปสช. (เทียบกับงบประมาณประเทศ)

เรื่อง/ ปีงบประมาณ	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
1 งบกระทรวงสาธารณสุข														
1.1 งบบุคลากร	22,639.3	24,503.3	26,407.5	28,355.80	28,807.60	29,489.18	33,035.00	34,664.74,	34,818.10	42,908.70	47,518.71	50,140.01	54,145.29	55,649.40
1.2 งบลงทุน	26,179.6	17,407.6	8,994.1	6,981.00	5,379.00	2,175.53	1,411.24	1,240.58	1,268.16	1,797.30	2,187.53	3,406.37	4,162.10	1,624.68
1.3 งบดำเนินการ	17,725.4	20,714.2	21,769.7	23,089.15	24,508.79	9,835.91	7,549.25	8,221.28	8,303.14	7,423.86	8,232.44	8,535.06	8,974.57	11,104.44
รวมงบ 1.1+1.2+1.3	66,544.3	62,625.1	57,171.3	58,425.95	58,695.39	41,500.62	41,995.49	44,126.60	44,389.40	52,129.86	57,938.68	62,081.44	67,281.97	68,378.51
2 งบกองทุนและงบบริหาร UC														
2.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)[1]	1,030	1,080	2,056	2,215	2,400	22,138.45	27,138.40	29,727.54	35,796.62	39,66680.	75,125.89	76,598.80	80,597.69	89,384.77
2.2 งบกลาง UC	-	-	-	-	-	5,686.69	3,400	2,845.33	4,993.33	11,965.63[2]	-	-	-	-
2.3 งบบริหาร UC	-	-	-	-	-	1,597.43	1,600	1,021.323	625.001	644.943	810.97	807.65	936.75	858.46
รวมงบกองทุนและงบบริหาร UC	1,030	1,080	2,056	2,215	2,400	29,422.57	32,138.4	33,594.19	41,414.95	52,277.37	75,936.85	77,406.45	81,534.44	90,243.23
3 งบกระทรวงสาธารณสุข รวมงบกองทุนและงบบริหาร UC	67,574.30	63,705.10	59,227.3	60,640.95	61,095.39	70,923.19	74,133.89	77,720.79	85,804.35	104,407.23	137,445.11	142,192.14	152,349.87	161,793.92
4 งบประมาณประเทศ	925,000	830,000	825,000	860,000	910,000	1,023,000	999,900	1,163,500	1,250,000	1,360,000	1,566,200	1,660,000	1,951,700	1,700,000
5 ร้อยละของงบกระทรวงสาธารณสุขรวมกองทุนรวมงบบริหาร UC กับงบประมาณทั้งประเทศ	7.31	7.68	7.18	7.05	6.71	6.93	7.41	6.68	6.86	7.6	8.78	8.57	8.30	9.52

หมายเหตุ 1. ก่อนปี 2545 เป็นงบกองทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ
2. งบกลาง UC ปี2549 คำนวณจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดหักด้วยเงินเดือนของบุคลากรและงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พรบ.งบประมาณ ปี2549

ที่มา : 1. สำนักงบประมาณ : งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2549-2553
2. การสาธารณสุขไทย 2544 –2547
3. ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ปีงบประมาณ 2548 ของ สปสช.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
4. รายงานประจำปี 2546 ของ สปสช.

ตารางที่ 3.4 งบประมาณจัดสรรให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงฯ กรมวิชาการ และ สปสช .ระหว่างปีงบประมาณ 2540-2549 (หน่วย ล้านบาท)

	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
กระทรวงสาธารณสุข														
สำนักงานปลัดกระทรวงฯ	52,137.3	48,730.2	45,307.6	46,487.4	46,691.6	29,802	28,978.7	32,177.5	32,096.6	41,016.8	49,115.1	51,626.9	57,058	58,170.7
กรมการแพทย์	3,518.9	3,307.4	3,003.9	3,083.7	3,189.3	2,556.7	2,490.4	2,664.7	2,721.6	2,937.9	3,421.8	3,481.2	3,758.3	3,490.3
กรมควบคุมโรค	3,646.7	3,713.5	4,039.8	4,185.4	4,501.4	3,670.1	3,635.6	4,081.5	4,048.7	2,736.3	3,133.2	3,379.1	3,487.2	3,192.3
กรมอนามัย	5,380.8	5,098.7	4,205.3	4,073.8	3,755.2	2,708.5	1,185.6	1,340.8	1,361.2	1,366.7	1,559.5	1,652.7	1,776.9	1,524.5
กรมสุขภาพจิต	1,514.9	1,438.1	1,382.4	1,478.5	1,628.3	1,591.7	1,553.2	1,623.4	1,721.7	1,659.7	1,888.6	1,917.4	2.018.8	1,917.3
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	-	-	-	-	-	-	1,125.6	587.4	597.8	593.4	651.0	731.9	755.9	703.5
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	893.2	877	797	815.9	804.5	782.3	747.3	927.2	973.1	891.2	838.2	908.4	916.3	781.9
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	-	-	-	-	-	-	73.7	120.1	113	113.1	134.1	151.6	368.9	173.3
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	422.5	480.2	431.3	451.1	454	464	495.5	507.1	667.1	613.1	627.0	657.4	686.7	567.7
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	60	60	60	65.1	72.9	138.4	109.9	96.9	88.7	79	99.4	120.5	119.9	186.8
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-	-	-	-	-	1,597.4	1,600	1,021.3	625	644.9	811.0	807.7	936.8	858.5
กองทุนหมุนหลักประกันสุขภาพ	-	-	-	-	-	27,612	32,138.5	32,572.8	40,789.9	54,428.6	75,125.9	76,598.9	80,597.7	89,384.8
งบประมาณเฉพาะ กสธ .(ไม่รวม สปสช.)	67,574.3	63,705.1	59,227.3	60,640.9	61,097.2	41,713.8	41,521	44,714	44,997.3	52,620.2	61,467.9	64,627.1	70,947	71,429.6
รวม กระทรวงฯ และ สปสช.	67,574.3	63,705.1	59,227.3	60,640.9	61,097.2	70,923.2	74,133.9	77,720.7	85,814.4	107,100.3	137,404.8	142,033.7	**153,133.9**	**162,247.9**

ที่มา: พินิจ ฟ้าอำนวยผลและคณะ [7]

ตารางที่ 3.5 งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและรายละเอียดประเภทบริการ ปี 2545-2553

บริการ	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	574	488.2	533.01	585.11	645.52	645.52	666.96	754.63
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	303	418.3	435.01	460.35	513.96	845.08	837.11	885.94
OP/IP สำหรับ รพช.เงื่อนไขพิเศษ	-	-	-	-	-	-	-	-	72.25
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	175	175	206	210	224.89	248.04	253.01	262.06	271.79
ค่าวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	-	-	-	-	-	-	-	-	11.36
4 บริการอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25	25	19.7	24.73	52.07	51.02	145.26	187.08	194.34
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32	32	66.3	99.48	190	209.56	-	-	-
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	-	6	10	6	6	10	12	-	-
7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	-	4	-	4	4	4	4	5	8.08
8. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	93.4	83.4	85	76.8	129.25	142.55	143.73	148.69	148.69
9. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	-	-	10	7.07	7	30	30	-	-
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตาม ม.41	-	-	5	0.2	0.53	0.53	-	1	-
11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	-	-	-	-	-	0.4	0.4	0.85	0.78
11. ผลงานตามเกณฑ์คุณภาพบริการ	-	-	-	-	-	20	20	20	40
12. การแพทย์แผนไทยและทางเลือก	-	-	-	-	-	-	1	1	2
13. ชดเชยยกเลิกเก็บ 30 บาท	-	-	-	-	-	24.11	-	-	-
14. งบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ	-	-	-	-	-	-	-	-	10.63
15. งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะ	-	-	-	-	-	-	-	-	0.84
รวมงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาท/หัวประชากร)	1,202.4	1,202.4	1,308.5	1,396.3	1,659.20	1899.69	2,100	2,202	2,401.33
รวมงบบริการรักษาพยาบาล (OP+IP+AE+HC) รายหัว (บาท/หัวประชากร)	934	934	992.5	1,092.23	1,287.53	1,420.06	1,635.86	1,691.15	1,907.16

ตารางที่ 3.6 แนวทางการจัดสรรงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP) ปี 2546-2553

ปีงบประมาณ	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
งบบริการ PP ประชากร UC (บาท/หัวประชากร)	175	206	210	224.89	248.04	253.01	262.06	271.79
ประชากร UC (ล้านคน)		46	47.52	47.75	46.06	46.48	47.02	47.24
ยอดงบบริการ PP ทั้งสิ้น (ล้านบาท)		9,476	9,870	10,738	11,425	11,759	12,327	12,839
จำนวนประชากรทั่วประเทศ (ล้านคน)	ปี 46-45 ไม่ได้คิดสำหรับประชากรทั่วประเทศ	62	63.4	62.15	62.15	63.13	63.61	64.45
ยอดงบบริการ PP (บาท/หัวประชากรทั้งประเทศ)		152.84	155.68	172.78	190.56	186.27	193.72	199.22
งบจ่ายตามผลงานและการบันทึกข้อมูลรายบุคคล	-	-	-	-	17.78	-	-	-
งบบริการส่งเสริมป้องกันในสถานบริการ		7,204.4	7,504	8,408.3	6,919.78	5,203.88	6,988.2	8,097

ตารางที่ 3.7 อัตราเพิ่มของงบประมาณ เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพ

งบประมาณ	ปี 2545	ปี 2553	อัตราเพิ่มร้อยละ
งบประมาณประเทศ	1,023,000	1,700,000	66.18
งบประมาณสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข และกองทุน UC	70,923.19	161,793.92	128.13
สัดส่วนงบประมาณสุขภาพ กับงบประมาณประเทศ	6.93%	9,52%	-
งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข	41,500.62	68,378.51	64.77
งบประมาณกองทุน UC	29,422.57	90,243.30	206.72
งบบริการเหมาจ่ายรายหัว	1,202.4	2,401.33	99.71
งบบริการรักษาผู้ป่วยนอก (OP) ผู้ป่วยใน (IP) อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (AE) และค่าใช้จ่ายสูง (HC) รายหัวประชากร	934	1,907.16	104.19
งบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) รายหัวประชากร	175	271.79	55.31

ตาราง 3.8 จำแนกการจัดสรรงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP)

งบบริการ PP		2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
ยอดงบบริการ PP (บาท/หัวประชากรทั้งประเทศ)		-	152.84	155.68	172.78	190.56	186.27	193.72	199.22
งบบริการ PP ในสถานบริการ (facility based service) ประชากร UC/non UC	งบรายหัวประชากร	-	116.2	118.36	135.29	111.34	82.43	109.86	125.64
	จำนวน (ล้านบาท)	-	7,204.4	7,504	8,408.27	6,919.78	5,203.88	6,988.2	8,097
กันไว้ส่วนกลาง เป็น Vertical program (บาท/หัวประชากร)	งบรายหัวประชากร	14.7	7.35	13.33	23.95	23.95	15.47	15.36	15.17
	จำนวน (ล้านบาท)	ค่าวัคซีน	455.5	845	1,488.49	1,488.49	976.54	950	977.65
งบบริการ PPในชุมชน UC/Non-UC (community based service) (บาท/หัวประชากร)	งบรายหัวประชากร	-	36.64	37.32	37.5	37.5	37.5	37.5	40.0
	จำนวน (ล้านบาท)	-	2,271.7	2,366.1	2,330.6	2,330.6	2,367.4	2,385.4	2,578
งบบริการ PP สำหรับเขตพื้นที่ (Area-based)	งบรายหัวประชากร	-	-	-	-	-	50.87	31.0	18.41*
	จำนวน (ล้านบาท)	-	-	-	-	-	3,211.4	1,971.9	1,186.5
งบบริการ PP สำหรับเขตพื้นที่และชุมชน		-	2,271.7	2,366.1	2,330.6	2,330.6	5,578.8	4,357.3	3,764.5*

3.2 กลไกและเครื่องมือการดำเนินงานส่วนกลาง

3.2.1 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์

กระทรวงสาธารณสุขได้รับการยอมรับในเรื่องกระบวนการจัดทำแผนโดยเฉพาะแผนพัฒนาสาธารณสุขหรือสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่อดีต ปัจจุบันการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ถือเป็นบรรทัดฐานของการบริหารสมัยใหม่ และเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพ (PMQA) ตามแผนปฏิรูประบบราชการ

แผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่าที่ปรากฏ ประกอบด้วย

1.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

1.2 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2550-2559

1.3 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 5 ปี

แต่ละแผนงานประกอบด้วยยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และแผนปฏิบัติงาน รวมทั้งตัวชี้วัดที่สะท้อนความสำเร็จหลายชุด ได้แก่

1) ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ โดยข้อตกลงผลงานกับรัฐมนตรี จำแนกเป็นระดับกระทรวง ระดับกลุ่มภารกิจ และระดับกรม

2) ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ

3) ตัวชี้วัดผลผลิตตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณ

4) ตัวชี้วัดตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานขอกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ เพื่อใช้ติดตาม กำกับดูแล เร่งรัดการดำเนินงานที่เป็นนโยบายรัฐบาลและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

5) ตัวชี้วัดงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อใช้ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบ PP)

ปัญหาอุปสรรค

1) แผนยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่ยังเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อสะท้อนแนวความคิดเชิงอุดมคติ ยังไม่สามารถแปรไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมได้ โดยเฉพาะแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ จะเห็นได้ว่ามีช่องว่างในการสื่อสารแนวความคิดไปสู่ผู้ปฏิบัติพอสมควร การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนของผู้เกี่ยวข้องยังไม่ตื่นตัวและเห็นความสำคัญมากนัก ผู้จัดทำแผนก็มองในเชิงอุดมคติมากเกินไป ขาดการรับรู้ถึงสภาพความเป็นจริงของการทำงานในพื้นที่ ตลอดจนข้อจำกัดด้านจำนวน คุณภาพ และทักษะของผู้ปฏิบัติ

2) ช่องว่างระหว่างแผนยุทธศาสตร์กับการปฏิบัติ ยังห่างกันมาก เช่น ยุทธศาสตร์หลายข้อขาดส่วนที่เชื่อมต่อไปสู่การปฏิบัติ หรือไม่สามารถผลักดันไปสู่ระดับนโยบายหรือประเด็นสาธารณะที่สังคมจะเข้ามามีส่วนร่วม ไม่มีแผนยุทธศาสตร์รอง หรือแผนกลยุทธเฉพาะปัญหา หรือขาดแผนปฏิบัติที่มี

วัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย หรือขาดมาตรการที่เจาะจงและมีประสิทธิผลรองรับ ผลที่ตามมาทำให้แผนยุทธศาสตร์ขาดการจัดสรรทรัพยากรที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ และขาดการพัฒนาระบบดำเนินงานส่งเสริมป้องกันระยะยาว

3) ปัญหาความซ้ำซ้อนระหว่างแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องแก้ไขโดยจัดทำแผนงานร่วม หรือแผนบูรณาการ เช่น แผนการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear และวิธี VIA แผนงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง แต่กลับทำการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการปรับพฤติกรรมเสี่ยงแยกตามโรค เป็นต้น

3.2.2 ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความหมาย ที่มา และวัตถุประสงค์ตามชุดสิทธิประโยชน์

จุดเด่นที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรมมากกว่าระบบการประกันสุขภาพภาครัฐใดๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ซึ่งแทบไม่ได้ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากนัก

ในระยะแรก โครงการหลักประกันสุขภาพได้กำหนดให้มีภาระงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งสิ้น 10 รายการไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ดังนี้

1. ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
2. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
3. การดูแลสุขภาพ พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
4. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
5. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
6. การวางแผนครอบครัว
7. การเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการดูแลที่บ้าน (Home health care)
8. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
9. การให้คำปรึกษา (Counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
10. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

ต่อมา สปสช. ได้ปรับปรุงกิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอีกหลายครั้ง จนสุดท้ายเป็นฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 และใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่ปี

2552 เป็นต้นมา โดยมีกิจกรรมบริการที่คนไทยทุกคนต้องได้รับและมีเป้าหมายสิทธิประโยชน์ที่ร้อยละ 100 ตามกลุ่มอายุและกลุ่มประชากรเป้าหมาย 10 กลุ่ม ดังนี้ (ภาคผนวก 1)

1. กลุ่มกิจกรรมสำหรับหญิงมีครรภ์
2. กลุ่มกิจกรรมสำหรับหญิงหลังคลอด (ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด)
3. กลุ่มกิจกรรมสำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิด – อายุ < 3 ปี)
4. กลุ่มกิจกรรมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3- <6 ปี)
5. กลุ่มกิจกรรมสำหรับเด็กวัยประถมศึกษา (อายุ 6-<13 ปี)
6. กลุ่มกิจกรรมสำหรับเด็กโต (อายุ 13-<19 ปี)
7. กลุ่มกิจกรรมสำหรับเยาวชน (อายุ 19-<25 ปี)
8. กลุ่มกิจกรรมสำหรับผู้ใหญ่วัยแรงงานตอนต้น (อายุตั้งแต่ 25 -< 35 ปี)
9. กลุ่มกิจกรรมสำหรับผู้ใหญ่วัยแรงงานตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 35 -< 60 ปี)
10. กลุ่มกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

แต่ละกลุ่มอายุ จะแบ่งกิจกรรมย่อยเป็น 4 ประเภท ได้แก่

ก. กิจกรรมซักประวัติ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจร่างกาย

ข. กิจกรรมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ค. กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้การปรึกษาแนะนำ และการให้ความรู้

ง. กิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย

การใช้กลไกทางการเงินเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ตามชุดสิทธิประโยชน์

ที่ผ่านมา สปสช. ยังไม่สามารถประเมินผลงานบริการและความครอบคลุมงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากในระยะแรก ใช้วิธีการบริหารงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว และโอนเงินให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามบทเฉพาะกาลจนครบ 3 ปี (สิ้นสุดพฤษภาคม 2549) ดังนั้น ในปี 2550 สปสช. จึงได้กำหนดกลไกใหม่ในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการด้วยการจ่ายเงินตามความครอบคลุม / ผลงานการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์

การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ เป็นกลไกหนึ่งที่มุ่งหวังให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม แต่การที่จะบรรลุเป้าประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าว สปสช. เห็นว่า รูปแบบการจัดสรรและการจ่ายเงินงบประมาณจะมีส่วนสำคัญเนื่องจากโครงสร้างหลักที่รองรับระบบหลักประกันสุขภาพฯ คือ ระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับในส่วนภูมิภาค และระบบบริการในเขตกรุงเทพมหานคร สปสช. จึงได้สร้างระบบแรงจูงใจด้านการเงินที่

เหมาะสมให้แก่ผู้ให้บริการ โดยคาดหวังว่าจะสามารถกระจายและใช้ทรัพยากรสุขภาพไปกระตุ้นให้เกิดบริการที่มีคุณภาพได้ และเป็นการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นบริการที่มีอุปสงค์น้อย การจ่ายงบแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยบริการโดยตรง ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้มีการใช้บริการให้มากขึ้นได้ โดยเฉพาะกิจกรรมบางรายการ จึงจัดให้มีหลักเกณฑ์การจ่ายเงินให้กับจังหวัด/สาขาเขตพื้นที่ ที่มีปัญหาเฉพาะพื้นที่ และจ่ายโบนัสแก่หน่วยบริการตามผลงาน เพิ่มเติมจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว (คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551)

ปัญหาอุปสรรค

1. กิจกรรมบริการในชุดสิทธิประโยชน์ มีจำนวนรายการมากเกินไป และเป็นมาตรฐานบริการที่ค่อนข้างสูง โดยที่สถานบริการและบุคลากรในระบบที่จะรองรับยังขาดความพร้อม เช่น การตรวจคัดกรองความเสี่ยงกับความพร้อมในการให้บริการทุกกลุ่มอายุ ทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งขีดความสามารถของการให้คำปรึกษา (Counseling) ยังเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาสำหรับการพัฒนาระบบบริการอีกระยะหนึ่ง ด้วยเหตุนี้ การบรรลุผลตามชุดสิทธิประโยชน์จึงทำได้ยากยิ่งในสภาพที่ประเทศมีทรัพยากรและกำลังคนที่จำกัด

2. การเร่งรัดผลงานตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยใช้แรงจูงใจด้านการเงิน ได้มีความพยายามอย่างจริงจังตั้งแต่ปี 2550 ภายหลังจากหมดระยะเวลา 3 ปีของบทเฉพาะกาลที่ สปสช. เคยโอนงบเหมาจ่ายรายหัวให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ แต่ปรากฏว่า ยังไม่ประสบความสำเร็จในการกระตุ้นบริการเท่าที่ควร โดยวิเคราะห์สาเหตุได้ ดังนี้

1) การใช้วิธีกระตุ้นด้วยมาตรการจ่ายเงินตามผลงาน (Pay for performance) ไม่ตรงวัตถุประสงค์ เช่น บางส่วนได้กลายเป็นการไม่จ่ายเงินหากไม่ได้บันทึกผลงานเข้าสู่ระบบ ดังเช่น การบันทึกข้อมูลบริการรายบุคคล (PP individual data) ตามชุดสิทธิประโยชน์ในปี 2550 ด้วยงบที่กันไว้ที่อัตรา 17.78 บาทต่อประชากร ทั้งนี้ ไม่ปรากฏรายงานว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด แต่กลับสร้างภาระการบันทึกข้อมูลแก่หน่วยบริการอย่างมาก และบางส่วนจะเร่งบันทึกข้อมูลโดยไม่สนใจความถูกต้อง

2) พบว่าข้อมูลยังขาดความน่าเชื่อถือ เนื่องจากยากต่อการตรวจสอบ จึงไม่เห็นคุณค่าในการนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งต่อมาได้ถูกยกเลิกไป การจ่ายเงินค่าบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองและปรับพฤติกรรมเสี่ยงตาม Composite indicator ในปี 2551 ก็มีลักษณะและประสบปัญหาเดียวกัน การจ่ายเงินจึงเป็นเสมือน “จูงใจให้ส่งผลงาน แต่ไม่สามารถสร้างคุณค่าในการทำงาน”

3) ความสับสนของผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการระหว่างการทำงานเพื่อสนองนโยบายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข กับตัวชี้วัดผลงานของ สปสช. ซึ่งบางตัวชี้วัดมีปัญหาในเรื่องเดียวกันยังแตกต่างกัน เช่น กระทรวงฯ เน้นตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือด

สมองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป แต่ สปสช. ต้องการให้ตรวจคัดกรองความเสี่ยงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยไม่ระบุประเภทของความเสี่ยง เป็นต้น

4) การติดตามกำกับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. มีเพียงการส่งรายงานและการจ่ายเงินตามผลงาน ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นแรงจูงใจที่มากพอ ในขณะที่ไม่มีระบบการติดตาม นิเทศงานเพื่อแก้ปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่โดยตรง อีกทั้งผู้ปฏิบัติในพื้นที่จะสนใจทำงานสนองนโยบายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า เนื่องจากมีผลกระทบต่อการพิจารณาความดีความชอบ และความก้าวหน้าของตนเอง

บทที่ 4

ระบบและกลไกการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ระดับปฏิบัติ

4.1 ระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับเขตและจังหวัด

ความเป็นมา

ปลายปี 2550 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบแนวทางการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2551 เพื่อให้เกิดการใช้จ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุด โดยปรับเปลี่ยนบทบาทและแนวทางการบริหารงานของส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ไปสู่การใช้แผนเป็นเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมจากภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน รวมทั้งส่งเสริมให้หน่วยปฏิบัติสามารถวางแผนพื้นที่ของตนเอง การดำเนินงานจะบูรณาการในลักษณะ "***ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ***" ในทุกระดับ โดยมีคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับเขตและระดับจังหวัด

ความร่วมมือดังกล่าว จัดได้ว่าเป็นมิติใหม่ในการบริหารงานที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นหลัก การดำเนินงานดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการในเชิงการบริหารนโยบาย (Policy Process) ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันที่สรุปรายงานฉบับนี้ (ปี 2552)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1) ***ด้านโครงสร้างและกลไก***

1.1 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ อนุกรรมการ และคณะทำงาน ร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เพื่อรองรับการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ประกอบด้วย

1.1.1 คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับส่วนกลาง

1) คณะกรรมการยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2) คณะอนุกรรมการประสานงาน กำกับ และติดตาม
3) คณะทำงานยกร่างแผนงานเชิงรุกภาพรวมประเทศ
4) คณะทำงานกำหนดรูปแบบและขั้นตอนการจัดทำแผนพื้นที่

5) คณะทำงานประเมินผล

1.1.2 คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับเขต

1.1.3 คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับจังหวัด

ในส่วนของคณะกรรมการระดับเขตนั้น ได้มีการจัดตั้งครบทุกเขตแล้วตั้งแต่ปี 2551 ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันในรูปแบบใหม่ ระหว่างเขตตรวจราชการและ สปสช.เขตพื้นที่ แต่ในทางปฏิบัติคณะกรรมการแต่ละเขตอาจอยู่ระหว่างการพัฒนาบทบาทของตนเอง ซึ่งควรที่จะมีการประเมินผลรูปแบบและอุปสรรคการทำงานต่อไป

1.2 กลไกการบริหารจัดการงานส่งเสริมป้องกัน อย่างเป็นระบบและโปร่งใส ดังนี้

1.2.1 กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. มีแนวคิดร่วมกันในการจัดทำยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ

1.2.2 การจัดทำแผนบูรณาการงานส่งเสริมป้องกันระดับจังหวัด เพื่อสะท้อนภาพการบริหารงบประมาณทั้งหมด และให้เกิดการบูรณาการของการแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด

1.2.3 มีกลไกการพิจารณาและอนุมัติแผนระดับต่างๆ โดยคณะกรรมการ ซึ่งมีองค์ประกอบที่หลากหลายกว่าเดิม เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรหลักตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ท้องถิ่น องค์กรเอกชน นักวิชาการภายนอก ให้ร่วมกันพิจารณาแผน อิงหลักเกณฑ์การพิจารณา

1.2.4 คณะทำงานติดตามและประเมินผล P&P ระดับเขต เป็นกลไกประเมินการดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระดับจังหวัดลงไป โดยใช้ประเด็นปัญหาสุขภาพเป็นตัวประเมิน (Issue-based approach) ซึ่งเป็นกลไกใหม่ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2551 เพื่อสนับสนุนระบบบริหารจัดการ P&P ระดับเขต และเสริมบทบาทของศูนย์วิชาการระดับเขตของกรมให้เข้มแข็งด้วย

2) ด้านงบประมาณ

ปัจจุบัน งบประมาณที่เอื้อต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ แยกได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) งบด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ได้จากสำนักงานปลัดกระทรวง (ผ่านสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) และกรมต่างๆ โดยผ่านโครงการ / กิจกรรมที่ระบุในเอกสารงบประมาณ

2) งบด้านบริการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นรายบุคคลและครอบครัว (งบ PP) ของ สปสช. ซึ่งแยกเป็นงบ 4 กลุ่มดังที่กล่าวในบทที่ 3

3) งบด้านสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนเป็นครั้งคราวจากหน่วยงานในพื้นที่ หรือหน่วยงานอื่นนอกจังหวัด เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนพัฒนาจังหวัด สสส. กองทุนเอดส์โลก (Global Fund) โครงการศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) ฯลฯ

พบว่า สัดส่วนของงบประมาณทั้ง 3 ส่วนนั้น มีความแตกต่างกันระหว่างระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล นอกจากนี้ ยังเปลี่ยนแปลงในแต่ละปีด้วยความไม่แน่นอนสูง ขึ้นกับแนวทางการจัดสรรงบประมาณของแต่ละองค์กร ทำให้จังหวัดคาดการณ์และวางแผนงานของตนเองค่อนข้างยาก

2) ***ด้านการพัฒนาระบบ***

1.1 สร้างกระบวนการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และมีความสมดุลกับการสนองนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวง / กรมในส่วนกลาง ทั้งนี้ แผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่จะเน้นคุณภาพของแผน ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลปัญหาที่ชัดเจน กลุ่มเป้าหมายที่เจาะจง และมาตรการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

2.2 พัฒนาระบบบูรณาการแผนและการปฏิบัติในระดับพื้นที่ เนื่องจากปัจจุบันมีงบประมาณส่งเสริมป้องกันจากหลายแหล่งที่ลงสู่พื้นที่ เช่น งบ P&P ประเภทต่างๆ ของ สปสช. งบ Non-UC ของ สป. งบกองทุนสุขภาพตำบล ฯลฯ และมีแนวโน้มว่าโครงสร้างของสัดส่วนงบประมาณจะเปลี่ยนแปลงไป โดยงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขจะมิใช่งบหลักในการส่งเสริมป้องกันอีกต่อไป แต่จะเห็นบทบาทของ อปท. เพิ่มมากขึ้น

3.3 ในระยะต่อไป กระทรวงสาธารณสุขเตรียมการจัดทำดัชนีบ่งชี้สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในส่วนภูมิภาค

จากการติดตามและประเมินการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคณะทำงานติดตามประเมินผลระดับเขตในปี 2551 พบปัญหาการดำเนินงานในเกือบทุกขั้นตอน ซึ่งบ่งชี้ว่ากระบวนการทำงานยังมีความสำคัญในเชิงของการบรรลุเป้าหมาย แม้ว่าตัวชี้วัดผลสำเร็จจะมีความจำเป็นก็ตาม การประเมินทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ต่างก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน (สำนักตรวจและประเมินผล 2551)

1. กระบวนการทำงานระดับจังหวัด

1.1 การประเมินกระบวนการจัดทำแผน และการนำแผนไปสู่การปฏิบัติของจังหวัด พบว่าจังหวัดร้อยละ 75 สามารถจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดได้ดี ซึ่งเป็นไปตามกรอบมาตรฐานและขั้นตอนการทำงานทั่วไป แต่หากพิจารณาแผนปฏิบัติเฉพาะเรื่องพบว่ายังขาดความชัดเจน การ

วางแผนและกระบวนการในการแก้ไขปัญหายังไม่ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งกิจกรรมบางอย่างยังไม่มีความจำเพาะเจาะจง

1.2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการวิเคราะห์จุดอ่อนและอุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าหลายพื้นที่ยังให้ความสำคัญน้อย มีปัญหาของการใช้ข้อมูลภาพกว้างๆ ขาดความชัดเจน ไม่เจาะจงกลุ่มเป้าหมาย ขาดข้อมูลเชิงคุณภาพที่อธิบายสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง (Root cause) การกำหนดปัญหาของจังหวัด อิงตัวชี้วัดของส่วนกลางมากเกินไป อีกทั้งตัววัดส่วนกลางซ้ำซ้อนกันมาก

1.3 การนำแผนไปสู่การปฏิบัติและการบริหารจัดการในภาพรวมค่อนข้างเป็นไปตามกระบวนการที่กำหนด จังหวัดส่วนใหญ่ร้อยละ 73 ให้อำเภอทำแผนเองโดยมีกรอบให้ แต่จังหวัดร้อยละ 17 ทำพิมพ์เขียวให้อำเภอทำแผน และเกือบทุกจังหวัดจะรวมศูนย์เป็นผู้พิจารณาเห็นชอบโครงการ

1.4 ที่สำคัญพบว่ามีช่องว่างของความเข้าใจระหว่างจังหวัด อำเภอ และตำบล ปรากฏในทุกขั้นตอน ทำให้จังหวัดอาจไม่รับรู้ปัญหาการทำงานที่แท้จริงในพื้นที่ เนื่องจากจังหวัดส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ติดตามช่วยเหลือการทำงานในพื้นที่อย่างใกล้ชิด (Coaching) พบว่าร้อยละ 92 ใช้วิธีติดตามผลโดยให้อำเภอส่งรายงานผลตามตัวชี้วัด และร้อยละ 46 ให้เสนอผลลัพธ์กิจกรรมตามตัวชี้วัดเท่านั้น ทั้งนี้ การประเมินผลของจังหวัด ส่วนใหญ่ประเมินตามตัวชี้วัด 3 กลุ่ม คือ e-inspection, composite indicators และตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์จังหวัด

1.5 เนื่องจากการใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ กำลังเป็นที่นิยมใช้กันแพร่หลายตามทฤษฎีการบริหารยุคใหม่ (Modern public management) พบว่าทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ต่างนำมาใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ เพื่อให้หน่วยปฏิบัติรายงานผลความก้าวหน้าของงาน และเพื่อสร้างแรงจูงใจในระบบจ่ายตามผลงาน (Pay for performance) ผลปรากฏว่า หน่วยปฏิบัติกลับมีภาระการรายงานผลงานตามตัวชี้วัด หรือถูกกำหนดให้บันทึกข้อมูลผ่านระบบ Internet และมีผลทำให้ทัศนคติการทำงานของผู้ปฏิบัติได้เปลี่ยนไปพอสมควร

2. การปฏิบัติงานในพื้นที่

2.1 หน่วยงานในพื้นที่ยังวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้ข้อมูลระบาดวิทยาอย่างผิวเผิน ขาดข้อมูลวิเคราะห์ Root cause หรือข้อมูลเชิงลึกมีน้อย เช่น มีคำถามว่าเหตุใดประชากรในพื้นที่ใกล้เคียงกัน แต่สถิติคนอ้วนกลับแตกต่างกัน หรือที่ผู้ปฏิบัติ “รู้” ว่าต้องทำอะไร อย่างไร แต่ไม่รู้ว่าทำไปทำไม เป็นต้น

2.2 ประสิทธิภาพการใช้งบประมาณยังตอบได้ไม่ชัดเจน เช่น โรคไข้เลือดออกใช้งบประมาณมาก แต่ไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ เป็นต้น

2.3 กองทุนสุขภาพตำบลบางส่วนยังทำงานไม่เป็นระบบ ไม่สามารถสร้างกิจกรรมที่มีคุณภาพจริงๆ ขณะที่บางพื้นที่เห็นว่าความร่วมมือไปได้ดี จากการสำรวจความเห็นของผู้บริหารระดับอำเภอเห็นว่า ร้อยละ 50 ของแผนปฏิบัติในพื้นที่ที่มีกองทุน และพื้นที่ไม่มีกองทุน มีความแตกต่างกัน

2.4 ตำบลที่ไม่มีกองทุนส่วนใหญ่จะเป็นตำบลขนาดเล็ก พบว่าอำเภอ/CUP จะต้องนำงบ PP Community ของตำบลที่เหลือมาเกลี่ยให้ทุกสถานีอนามัย หรืออำเภอ/CUP ต้องเจียดงบ PP expressed demand ของสถานบริการมาช่วยทำงานทั้งอำเภอ

3. การติดตามประเมินของเขต

3.1 ทักษะของผู้ประเมินมีความหลากหลายมาก และส่วนใหญ่ยังขาดทักษะการประเมินสภาพปัญหาการทำงานที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ บางส่วนยังสับสนกับบทบาทการเป็นผู้นิเทศงาน และมักมองภาพงานเฉพาะส่วนที่ตนเองดูแล มากกว่าภาพรวมของการดำเนินงาน PP ซึ่งพื้นที่พยายามใช้งบประมาณจากแหล่งต่างๆ

3.2 ผู้ประเมินยังไม่สันทัดในการจับประเด็นที่เกาะติดกับตัวปัญหา คุ้นเคยกับการมองวิธีการทำงานในภาพรวม มากกว่าภาพของปัญหาเฉพาะเรื่อง บางขั้นตอนควรประเมินจากวิธีการแก้ปัญหาเป็นเรื่องๆ แต่กลับประเมินภาพรวม เช่น กระบวนการจัดทำแผน งานของกองทุนสุขภาพตำบล ฯลฯ ทำให้ไม่เห็นปัญหาการทำงานจริงๆ

4.2 กลไกของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพพื้นที่

4.2.1 การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่

กระบวนการของการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การบริหารงบประมาณ การวิเคราะห์ปัญหา การจัดทำแผน และการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

1) การบริหารงบประมาณ

ในแง่ของสัดส่วนงบประมาณสำหรับงานส่งเสริมป้องกันระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบลนั้น พบว่าระดับจังหวัดได้รับงบประมาณจากหลายแหล่งสำหรับใช้จ่ายในกิจกรรมของตัวเองค่อนข้างเพียงพอ เนื่องจากเป็นผู้จัดสรรงบต้นทางและมีโอกาสกำหนดวงเงินเอง เช่น งบ กระทรวงสาธารณสุข (Non-UC) และ PP Area-based ของจังหวัด กิจกรรมของจังหวัดส่วนใหญ่จึงเป็นเรื่องการจัดประชุม ฝึกอบรม การนิเทศงาน การจัดงานมวลชน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การจัดซื้อวัสดุการบำรุงรักษา และค่าใช้จ่ายสำนักงาน เป็นต้น

ส่วนระดับอำเภอแม้ว่าได้รับจัดสรรงบ PP area-based จากจังหวัดน้อย (สัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ 20) แต่ก็อาศัยงบ PP expressed demand ของหน่วยบริการมาสนับสนุน (สัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ 60) เช่น งบควบคุมโรคไข้เลือดออก และดึงบางส่วนของงบ PP community ส่วนที่นอกกองทุนมาบริหารรวมที่ระดับอำเภอ (สัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ 20) โอกาสที่อำเภอจะได้งบจากแหล่งอื่นหรือท้องถิ่นมีน้อยมาก กิจกรรมระดับอำเภอยังเป็นเรื่องการประชุมอบรมต่างๆ เช่น จนท. บ้าง อบรม อสม. ผู้นำท้องถิ่นบ้าง หรือกลุ่มก้อนต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่ แต่งบส่วนใหญ่มักใช้เพื่อการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ ชุดทดสอบ และเวชภัณฑ์ต่างๆ เพื่อสนับสนุนระดับตำบล รวมทั้งค่าตรวจชันสูตรในงานตรวจคัดกรองต่างๆ

ระดับตำบลเป็นกลุ่มที่ได้รับงบประมาณในสัดส่วนน้อยที่สุด อาจเนื่องจากจำนวนบุคลากรไม่มาก กิจกรรมส่วนใหญ่รวมตัวกันทำในระดับอำเภออยู่แล้ว เมื่อได้รับงบประมาณน้อย ระดับตำบลจึงเลือกที่จะขอการสนับสนุนจากท้องถิ่น หรือกองทุนสุขภาพตำบล ทำให้งบจากท้องถิ่นหรือกองทุนมีสัดส่วนที่สูงขึ้นกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับงบประมาณ PP community และส่วนที่ได้จาก CUP

ตาราง 4.1 งบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายในจังหวัด ปี 2551

หน่วยงาน	แผนส่งเสริมป้องกัน		งบประมาณ	ร้อยละ	ร้อยละ
จังหวัด (สสจ.)	Non UC สป.		484.0		6.9
	PPA เขต		354.9		
		PPA จังหวัด	774.0	67.6	
อำเภอ (รพช .และ สสอ.)		PPA จังหวัด	370.3	32.4	
	PP exp.demand		2,496.6		82.4
		PP Com	578.4		
ตำบล (กองทุน)		PP Com	585.8		
ตำบล (ไม่มีกองทุน)		PP Com	620.0		
	งบท้องถิ่น		750.5		10.7
รวม			7,010.5	100.0	100.0

หมายเหตุ งบ PP จาก สปสช. คิดหักเงินเดือนแล้ว

2) การวิเคราะห์สภาพปัญหา

จังหวัดทุกแห่งจะรายงานตนเองว่า มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เช่น อุบัติการณ์ของโรค ข้อมูลป่วย/ตาย ข้อมูลจากแบบรายงานต่างๆ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค และข้อมูลดัชนีตัวชี้วัด ส่วนพื้นที่จะรายงานว่า มีแหล่งข้อมูลจากแฟ้มครอบครัว ข้อมูล 12/18 แฟ้ม ข้อมูลจากฐานบริการรายบุคคล HCIS หรือ THO เป็นต้น แต่ก็ไม่ปรากฏว่ามีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวเท่าที่ควร เมื่อวิเคราะห์ดูจากลักษณะวิธีการนำเสนอข้อมูลในแต่ละปัญหา จะพบว่าข้อมูลที่มีอยู่ยังค่อนข้างผิวเผิน เป็นการใช้ข้อมูลในเชิงสัญลักษณ์มากกว่า และผู้ใช้ข้อมูลขาดความรู้ความเข้าใจในสาเหตุของปัญหา

ระดับจังหวัดมีศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลได้มากที่สุด เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา (แต่มีลักษณะสำเร็จรูปและเป็นข้อมูลปลายทาง) ข้อมูลจำแนกประชากร เพศ อายุ (เฉพาะบางเรื่อง) แต่ข้อมูลที่ยังพบได้น้อย คือ ข้อมูลเชิงพฤติกรรมที่อยู่ในชีวิตจริง และอะไรเป็นเหตุผลในการกระทำของชาวบ้าน ข้อมูลบางอย่างมีปัญหาความถูกต้องแม่นยำในการวัด ทำให้แปรผลคลาดเคลื่อน เช่น การวัดภาวะความเจริญเติบโตในเด็ก พื้นที่ส่วนใหญ่รายงานว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติกว่าร้อยละ 95 ขึ้นไป (กรมอนามัยเคยสำรวจทั่วประเทศ เกณฑ์ปกติควรอยู่ที่ร้อยละ 70) หรือตัวอย่างข้อมูลวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี แต่ไม่ทราบกลุ่มประชากรและสาเหตุ

ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการทำงาน เช่น การประเมินผลดำเนินงานที่ผ่านมา สาเหตุที่ยังแก้ปัญหาไม่ลุล่วง รวมทั้งปัญหาอุปสรรคการทำงาน ก็ถูกหยิบยกมาใช้ประโยชน์ได้น้อย เนื่องจากระยะเวลาปฏิบัติงานปลายปี ก็ต้องรีบเร่งใช้จ่ายงบประมาณ และรีบจัดทำแผนในปีต่อไป

สรุปภาพของการวิเคราะห์ปัญหาภายในจังหวัดโดยแยกเป็นเรื่องๆ ยังมีน้อย และค่อนข้างผิวเผิน ขาดทิศทางและความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการใช้ข้อมูล ข้อมูลที่จัดเก็บส่วนมากยังไม่ถูกนำมาใช้ อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดทักษะการวิเคราะห์ แบบฟอร์มและวิธีการจัดเก็บข้อมูลไม่สะดวกต่อการนำมาใช้งาน ฐานข้อมูลไม่ได้ออกแบบสำหรับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ใช้ประโยชน์ได้จริง เพราะมีลักษณะรวมศูนย์ป้อนเข้าส่วนกลาง เช่น ใช้วิธีการบันทึกข้อมูล On-line แต่ไม่สามารถดึงข้อมูลย้อนกลับมาใช้ได้

3) กระบวนการจัดทำแผน

ระดับจังหวัดทุกแห่งจะมีกระบวนการและขั้นตอนที่ครบถ้วน เช่น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ และนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของจังหวัด แต่เนื่องจากงบประมาณได้มาจากหลายแหล่ง บางส่วนต้องรอเงินโอนจากส่วนกลางและเบิกจ่ายไม่พร้อมกัน ทำให้บางจังหวัดไม่สามารถรับรู้และควบคุมงบประมาณที่มีอยู่ได้ทั้งหมด จึงปรากฏกิจกรรมนอกแผนอยู่เนืองๆ

ปัญหาที่ท้าทาย คือ คุณภาพของแผนงานของแต่ละระดับนั้น อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงเป็นส่วนใหญ่ โดยประเมินจาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาและสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการ ต้องมีความชัดเจน เจาะจง
3. มาตรการหรือกิจกรรมดำเนินงานที่ระบุในแผน ต้องมีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการลดทอนหรือแก้ปัญหา

ผลการประเมินจากแผนพื้นที่ พอจะจำแนกแผนตามลักษณะของปัญหาได้ ดังนี้

1. ปัญหาบางเรื่องยังไม่มีแผนรองรับ (No action to unidentified problem) เช่น Teenage pregnancy เรื่องพัฒนาการไม่สมวัย ฯลฯ ส่วนใหญ่ไม่ถูกบรรจุในแผนยุทธศาสตร์จังหวัด ทั้งที่เป็น

ปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรง แต่เนื่องจากการจัดลำดับความสำคัญไม่ได้ใช้ข้อมูลที่บ่งชี้ปัญหา จึงทำให้ไม่มีมาตรการใดๆ ตามมา

2. ปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่หรือเริ่มให้ความสนใจ (New action to emerging problem) เช่น วัณโรค ภาวะอ้วนลงพุง ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้จังหวัดเริ่มให้ความสนใจ แต่ยังขาดมาตรการรองรับที่ได้ผลอย่างจริงจัง

3. ปัญหาสำคัญที่ยังแก้ไม่ตก (Well-recognized but inefficient action) เช่น โรคไข้เลือดออก พฤติกรรมสุขภาพกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ฯลฯ ในแต่ละปีหน่วยงานทุกระดับจะมีแผนและใช้จ่ายงบประมาณในกลุ่มนี้จำนวนมาก แต่บางครั้งขาดความต่อเนื่องในเชิงนโยบาย มาตรการที่ระบุในแผนมักกระทำซ้ำๆ ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ขาดมาตรฐานในการควบคุมกำกับการดำเนินงาน และขาดการวิเคราะห์ผลดำเนินงานตลอดจนทางเลือกใหม่ๆ

ส่วนระดับอำเภอแทบทุกแห่งจะมีแผนปฏิบัติงานของอำเภอ แต่การจัดทำแผนของอำเภอจะไม่ใช้กระบวนการที่ยุ่งยากหลายขั้นตอนอย่างระดับจังหวัด การวิเคราะห์ข้อมูลมีน้อย จะพบว่าแผนของอำเภอส่วนใหญ่เป็นแผนใช้จ่ายงบประมาณตามกิจกรรมที่มีค่าใช้จ่าย และจัดสรรให้ตำบลต่างๆ เป็นหลัก

ปัญหาของแผนระดับอำเภอ คือ

1. ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด กล่าวคือ จังหวัดมีกรอบแผนงานที่ครอบคลุมหลายๆ ปัญหาหรือมีการจัดลำดับความสำคัญ แต่ระดับอำเภอกลับคิดแผนของตนเองแยกไปต่างหาก ไม่เกี่ยวข้องกันเพราะเป็นคนละระดับ แผนระดับอำเภอจึงเกิดขึ้นตามดุลยพินิจของผู้บริหารมากกว่าการพิจารณาตามยุทธศาสตร์จังหวัด ส่วนแผนระดับตำบลยิ่งมีจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงมาก ทั้งนี้เนื่องจากมีบุคลากรน้อย และขาดความชำนาญในการจัดทำแผนนั่นเอง

2. ความเหมาะสมของมาตรการแก้ปัญหา พบว่าเป็นจุดอ่อนที่สำคัญและพบได้บ่อยแทบจะทุกโครงการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ถูกฝึกอบรมมาให้ปฏิบัติตามคำสั่งหรือวิธีการจากส่วนกลาง จึงพบเห็นปรากฏการณ์ “ตกร่อง” คิดและทำซ้ำๆ อยู่หลายปี

ปัจจุบัน เครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของการจัดทำแผนงานในพื้นที่ คือ การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic Linkage Model) ซึ่งเป็นวิธีการที่ประยุกต์มาจากหลักการของ Balance Score Card และเป็นการมองภาพหลายมิติ โดยส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งภาคประชาชนให้มีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพ โดยที่แผนที่ยุทธศาสตร์จะเป็นตัวกำหนดจุดหมายปลายทาง และทิศทางเดินของการพัฒนาสุขภาพ นอกจากนี้ การใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในระดับท้องถิ่นหรือชุมชน จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องความสับสนในบทบาทของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย และประชาชนในท้องถิ่นด้วย

4) **การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ**

ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติจะเข้าใจว่าการได้ลงมือทำกิจกรรมอะไร ถือเป็นการบรรลุเป้าหมาย แต่ไม่เข้าใจว่าเหตุใดจึงทำ หรือทำแล้วมีผลต่อการแก้ปัญหาอย่างไร เช่น การมีหมู่บ้านนำร่อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เป็นเป้าหมาย การจัดตั้งชมรมต่างๆ เป็นต้น

การแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ มีแนวโน้มเป็นที่ยอมรับในชุมชนมากขึ้น หน่วยงานแต่ละระดับและท้องถิ่นให้ความสนใจ ตั้งแต่เน้นการตรวจคัดกรองความเสี่ยงเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงหรือกลุ่มสงสัยว่าจะเป็นโรค กิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงได้กลายเป็นกิจกรรมพื้นฐานของหน่วยปฏิบัติ แล้ว เช่น ค่ายเบาหวาน ค่ายปรับพฤติกรรมในกลุ่มข้าราชการและประกันสังคม และโครงการคนไทยไร้พุง

แต่ในอีกด้านหนึ่ง การดำเนินงานที่ยังขาดความร่วมมือ ต่างฝ่ายต่างทำ ยังไม่บูรณาการกันเท่าที่ควร เช่น การแยกหลายโครงการ เช่น โครงการลดอ้วนลงพุง โครงการลดเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดัน หรือโครงการลดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต่างก็ใช้มาตรการปรับพฤติกรรมเสี่ยงเช่นเดียวกัน แม้แต่การกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่อายุต่างกัน และตัวชี้วัดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงของกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ก็ยังต่างกัน ล้วนทำให้เกิดความสับสนในระดับปฏิบัติ ตลอดจนการประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายสาธารณสุขกับท้องถิ่น หรือสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชน

ขาดการควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงาน และการประเมินผลที่ชัดเจน ตรงเป้าในกระบวนการแต่ละระดับ ทั้งจากจังหวัด อำเภอ จนถึงตำบล เช่น ปัญหาการอ่อนล้าในการควบคุมโรคไข้เลือดออก

การดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล เป็นปัญหาในระดับปฏิบัติเช่นกัน เช่น มีความแตกต่างกันในหลายพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานความเข้าใจ มุมมอง และทัศนคติของผู้บริหารท้องถิ่นแตกต่างไปจากฝ่ายสาธารณสุข ดังนั้นปัญหาที่กองทุนหยิบยกให้ความสำคัญมักเป็นเรื่องที่จับต้องได้ เช่น โรคไข้เลือดออก การคัดกรองเบาหวานความดัน และการออกกำลังกาย ไม่ปรากฏแผนงานวัณโรคในส่วนของกองทุนหรือแผนของท้องถิ่น

4.2.2 กลไกการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช.

รูปแบบการบริหารงบ PP ปี 2551

ปี 2551 เป็นปีแรกที่กระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ร่วมกันบริหารงบ PP โดยยึดหลัก “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ” ตั้งแต่ส่วนกลางและระดับเขต และอีกส่วนหนึ่งได้โอนเงินเป็นก้อนให้จังหวัดบริหารงานให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการดูแล เรียกว่างบ PP area-based นอกจากนี้ ยังมีงบ PP community ประมาณร้อยละ 50 ได้ถูกจัดสรรให้กองทุนสุขภาพตำบล 2,696 แห่งอีกด้วย

แนวทางดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2551 โดยย่อดังนี้

1. จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของทุกหน่วยงาน ตั้งแต่ส่วนกลาง (สำนักตรวจราชการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กรม และ สปสช.) เขต (เขต สธ. และเขต สปสช.) จังหวัด (รวมอำเภอและตำบล) นอกจากนี้ จังหวัดต้องบูรณาการในการทำงาน PP ให้ดี เนื่องจากมีงบประมาณจากหลายแหล่งเกี่ยวข้องกัน ได้แก่ Non-UC กระทรวง, PP สปสช., งบกองทุน และงบท้องถิ่น และงบ สสส.
2. ส่วนกลาง มีหน้าที่กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ PP ที่สำคัญ และแจ้งจังหวัดเพื่อใช้ประกอบการวางแผน กรมจึงมีหน้าที่ติดตามประเมินผลการทำงาน PP ของจังหวัด สำนักตรวจราชการมีหน้าที่นิเทศและติดตามการวางแผน PP ของจังหวัด และการดำเนินงานตามแผน
3. เขต ร่วมกันทั้งเขต สธ. และเขต สปสช. จัดตั้งคณะกรรมการร่วมเพื่อบริหารงบ PP ของเขต (12.40 บาทต่อหัว) เป็น 2 ส่วน คือ งบพัฒนาศักยภาพการทำงานของจังหวัด (10 บาทต่อหัว) และงบโครงการนำร่อง (2 บาทต่อหัว) กลางปี 2551 ทุกเขตได้จัดตั้งคณะทำงานติดตามประเมินผล PP หรือ M&E team เพื่อออกไปประเมินการทำงาน PP ของจังหวัด
4. จังหวัด ต้องบริหารจัดการงบ PP ซึ่งมีหลายก้อน อย่างเป็นระบบและบูรณาการกับงบอื่นๆ เพื่อมิให้ซ้ำซ้อนกัน ตั้งแต่การวางกรอบยุทธศาสตร์ตามปัญหาของจังหวัดและแผนปฏิบัติเชิงรุก การจัดสรรงบให้อำเภอดำเนินการ การนิเทศติดตาม และประเมินผล ส่วนระดับอำเภอ CUP ก็ต้องบริหารงบที่มีอยู่หลายก้อนให้เกิดผลลัพธ์ต่อการทำงาน PP ในระดับตำบลและชุมชน

รูปแบบการบริหารงบ PP ปี 2552

ในปี 2552 สปสช. ได้รับงบหลักประกันรายหัว 2,202 บาท (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5) แบ่งงบหลักๆ เป็น 3 ก้อน ได้แก่ OP 667.0 บาท IP 837.1 บาท และงบ PP 262.0 บาท (PP เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6) ส่วนใหญ่การบริหารงบ PP ปี 2552 ยังคงรูปแบบเดิมของปี 2551 และปรับปรุงรูปแบบการบริหาร ดังนี้

1. กลุ่มแผนงานที่มีความสำคัญระดับชาติ (National Priority Program)
2. กลุ่มงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP expressed demand services)
3. กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (P&P Area-based service)
4. กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่นและตำบล (P&P Community-based service)

ให้มีกลไกการกำกับทิศทางและบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการร่วมกับ สปสช. ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ และคณะกรรมการบริหารงบ PP แต่ละกลุ่มทั้ง 4 ชุด

บทที่ 5

ระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ระดับชุมชน

5.1 ระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน

การสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งแต่เดิมเป็นบทบาทของรัฐเป็นหลัก โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการ เป็นแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขชุมชน ต่อมาแนวคิดการทำงานสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงจากบทบาทของผู้ให้บริการ ไปเป็นบทบาทของผู้สนับสนุนการพัฒนา อันเป็นที่มาของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดสุขภาพองค์รวมและการพึ่งตนเอง ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชน

ในปัจจุบัน การสร้างเสริมสุขภาพที่ชุมชนมีส่วนร่วมหรือดำเนินงานได้เองนั้น พบว่ามาจากบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทขององค์กรชุมชนเท่าที่มีอยู่เป็นหลัก เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ

5.1.1 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านสุขภาพ

บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอดีต

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการเมืองตั้งแต่ปี 2534 และการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ส่งผลต่อการออกกฎหมายจัดตั้งหรือปรับปรุงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตั้งแต่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) การถ่ายโอนภารกิจถูกกำหนดขึ้นโดยกฎหมายภายใต้แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น เพื่อให้ อปท. สามารถตอบสนองปัญหาความต้องการของประชาชน และนำปัญหาเหล่านั้นเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายและจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นได้ (คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2543)

อปท. ในระยะแรก พบว่ายังไม่มีบทบาทและศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพมากนัก ยกเว้นงานด้านกำจัดขยะ การจัดหาน้ำสะอาด เนื่องจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างองค์กร บุคลากร งบประมาณ และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่แท้จริง โดยเฉพาะการจัดการเรื่องสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (ประยงค์ เต็มชวาลา 2540, ชูชัย ศุภวงศ์ 2542) ระยะต่อมาพบว่า อบต. มีบทบาท

สนับสนุนงบประมาณให้แก่ สอ .มากขึ้น เช่น การปรับปรุงอาคาร การจัดซื้อเครื่องมือ เช่น ยูนิตทำฟัน เครื่องพ่นหมอกควัน รวมทั้งการสนับสนุนโครงการต่างๆ เช่น การกำจัดยุงลาย และฉีดวัคซีนสุนัข เป็นต้น อย่างไรก็ดี การศึกษาในปี 2542 พบว่าสัดส่วนงบประมาณด้านสุขภาพของ อบต. ยังน้อยมาก มีเพียงร้อยละ 0.7 เมื่อเทียบกับการสร้างถนน ร้อยละ 91.4 และการศึกษา ร้อยละ 5.8 (วินัย ลีสมิทธิ์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 2545)

ภายหลังจากแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ2545 . ประกาศใช้ ผลดำเนินงานมีความก้าวหน้าระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากสถานการณ์ได้เปลี่ยนแปลงไปมาก เช่น การกำเนิดของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2545 .การปฏิรูประบบราชการตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน) ฉบับที่ (5 พ.ศ 2545.และพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ 2545 .เป็นต้น โดยสรุป ตั้งแต่ปี 2545 ได้ปรากฏผลการดำเนินงานดังนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งแต่งตั้ง กสพ .ให้ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Board) ใน 52 จังหวัด และเน้นหนักใน 10 จังหวัด แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ล้มเหลวเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (เป็นเหตุให้ กสพ .ไม่เข้มแข็ง อีกทั้งไม่มีการมอบอำนาจให้ กสพ .มีสถานะที่จะเป็นผู้รับการถ่ายโอนได้ การทำหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาของ กสพ .จึงไม่บังเกิดผลใดๆ

2. การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจำนวน 34 ภารกิจ สามารถดำเนินการจนถึงปัจจุบันได้เพียง 7 ภารกิจ ที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนเงินอุดหนุนการทำงานของ อสม. การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด

3. กระทรวงสาธารณสุขขอปรับแผนปฏิบัติการฯ โดยถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อปท .แบบแยกส่วน มีผลต่อการถ่ายโอนสถานีอนามัยในโครงการนำร่องจำนวน 22 แห่งตั้งแต่ปี 2550 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้โอนบุคลากรจำนวน 75 คน (ไม่รวมการโอนตามปกติ ซึ่งมีอยู่ก่อนแล้ว) และเงินบำรุงของสถานีอนามัยในขณะนั้นไปด้วย ขณะนี้อยู่ระหว่างการประเมินผลการถ่ายโอนสถานีอนามัยทั้ง 22 แห่ง

อย่างไรก็ดี แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังมีการพัฒนาต่อเนื่อง จนเป็นแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ 2551 .และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) โดยเนื้อหาด้านการถ่ายโอนภารกิจด้านบริการสาธารณสุข ตั้งแต่สถานีอนามัยให้ อปท. ที่มีความพร้อม ส่วนโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลทั่วไปให้เป็นทางเลือกการถ่ายโอน แผนดังกล่าวกำหนดให้เสร็จสิ้นปี 2553

ระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ตำบล กับบทบาทของ อปท.

เนื่องจากภารกิจหนึ่งของ สปสช .ตามมาตรา 47* พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545ได้กำหนดให้ สปสช .ต้องสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและท้องถิ่นในระบบหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเห็นชอบให้จัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นขึ้น หรือที่เรียกว่า “กองทุนสุขภาพตำบล” และหลักเกณฑ์การสนับสนุนและบริหารจัดการของกองทุนขึ้น โดย สปสช. โอนงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหมวดเงินอุดหนุน จำนวน 37.50 บาทต่อประชากร UC เพื่อให้ อบต .หรือเทศบาลที่ได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ปี 2549สมทบเงินรายได้ท้องถิ่นในแต่ละแห่งอีกไม่น้อยกว่าร้อยละ 50-10 เพื่อจัดตั้งกองทุน ผลดำเนินงานตั้งแต่ปี 2549 จนปัจจุบัน ผลปรากฏดังนี้

1) ปี 2549 กองทุน 883 แห่ง ครอบคลุมประชากร 6.8 ล้านคน ได้รับงบ สปสช .จำนวน 256.6ล้านบาท อปท .สมทบงบประมาณจำนวน 43.6 ล้านบาท
2) ปี 2550 กองทุน 883 แห่ง ครอบคลุมประชากร 4.6 ล้านคน ได้รับงบ สปสช .จำนวน 172.6ล้านบาท อปท .สมทบงบประมาณจำนวน 36.2 ล้านบาท
3) ปี 2551 กองทุน 2,696 แห่ง ครอบคลุมประชากร 20.1 ล้านคน ได้รับงบ สปสช . จำนวน 756 ล้านบาท อปท .สมทบประมาณ 70 ล้าน (รายงานไม่ครบถ้วน)

การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล มีวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ (คู่มือดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและพื้นที่ 2551) ดังนี้

.1เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือก โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

.2เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

.3เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในท้องถิ่นหรือพื้นที่

---

* **มาตรา 47** *ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน*

กองทุนฯ แต่ละแห่งจะบริหารงานโดยคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่นั้น มีอำนาจหน้าที่ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำกับดูแลของ อบต.หรือเทศบาลในพื้นที่นั้นๆ องค์ประกอบของคณะกรรมการ ได้แก่

1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเทศมนตรี เป็นประธานกรรมการ
2. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมายจำนวน 2 คน เป็นกรรมการ
3. ผู้แทนหน่วยบริการที่ สปสช .มอบหมาย จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ
4. ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน เป็นกรรมการ
5. ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง หมู่บ้านหรือชุมชนละ 1 คน เป็นกรรมการ
6. ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาล เป็นกรรมการและเลขานุการ

ในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลที่ผ่านมา สปสช. ได้เตรียมการโดยคัดเลือก อปท.ที่มีความพร้อม จัดให้มีการฝึกอบรมผู้บริหารกองทุน พัฒนาทีมวิทยากรศักยภาพระดับจังหวัด และการให้กองทุนแต่ละแห่งจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map) เพื่อเป็นเครื่องมือการบริหารงานส่งเสริมป้องกันร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน อย่างไรก็ดี การดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลที่ผ่านมาตั้งแต่ปลายปี 2549 ยังขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบและเที่ยงตรง ทั้งในเชิงนโยบาย เชิงการบริหารจัดการ และเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แต่ผลสรุปการนิเทศงานและติดตามประเมินของสำนักตรวจและประเมินผลปี 2551 พบว่าการจัดทำแผนปฏิบัติงานของตำบลที่มีกองทุนและตำบลไม่มีกองทุนพบว่ายังต่างคนต่างทำ ยังไม่สามารถประสานงานให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน บางพื้นที่มีปัญหาว่า บางกิจกรรมของกองทุนสุขภาพเกิดจากดำริของผู้บริหารท้องถิ่นเป็นหลัก เช่น การซื้อเครื่องออกกำลังกาย แว่นตาผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมมวลชน เป็นต้น รวมถึงปัญหาความล่าช้าการใช้จ่ายเงินกองทุน (สำนักตรวจและประเมินผล 2551)

5.1.2 บทบาทขององค์กรภาคประชาชน

ภาคประชาชนที่ผ่านมา ยังมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนน้อยมาก แม้ว่าในหลักการการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทการดำรงชีวิตและความสัมพันธ์ในบริบทชุมชนก็ตาม แต่การที่ชุมชนจะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน โดยอาศัยทรัพยากรและทุนทางสังคมที่มีอยู่ ก็ย่อมจะเป็นสิ่งที่ดีต่อการพัฒนาสุขภาพ อาทิเช่น ความสำเร็จของการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่

เชื่อมโยงกิจกรรมด้านสุขภาพของภาครัฐกับชุมชน รวมทั้งชุมชนต้นแบบโดยชุมชนเอง หรือองค์กรพัฒนาเอกชน ที่กระจายอยู่เป็นส่วนน้อยเฉพาะแห่ง เป็นต้น

ในลักษณะการปกครองท้องถิ่นไทยนั้น บทบาทของภาคประชาชนนับว่ามีความสำคัญไม่น้อย รัฐธรรมนูญ ฉบับปี 2550[*] มีบทบัญญัติที่สำคัญและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้อย่างชัดเจน ดังนั้น การกระจายอำนาจให้ อปท .เพื่อเจตนาให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นหรือไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐาน จึงจำเป็นต้องทำให้การบริหารของ อปท. มีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการ รวมทั้งต้องส่งเสริมให้ประชาชน ภาคประชาสังคม และชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อเป็นการกำกับตรวจสอบโดยชุมชนด้วย

พบว่า อุปสรรคสำคัญของการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ก็คือ การรวมตัวของประชาชนเป็นไปอย่างหลวมๆ ตามลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม ส่วนกลุ่มองค์กรที่เกิดขึ้นเป็นทางการก็มักถูกจัดตั้งแบบเฉพาะกิจและขาดการมีส่วนร่วม ประชาชนยังมีทัศนคติยอมรับระบบอุปถัมภ์ จึงไม่เข้าใจบทบาทของ อปท. และบทบาทของตนเองในการตรวจสอบ การพัฒนาชุมชนขาดผู้นำที่เข้มแข็ง เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม และมีความเป็นอิสระจากกลุ่มการเมืองท้องถิ่น การรวมกลุ่มของชุมชนจำเป็นต้องเกิดแบบรวมหมู่ สานต่อเป็นเครือข่าย โดยอาศัยทักษะการจัดการอย่างเป็นระบบ

อนึ่ง พ.ร.บ .สภาองค์กรชุมชน พ.ศ 2551 .ซึ่งเป็นกฎหมายใหม่ ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสภาองค์กรชุมชนตำบลขึ้นทั่วประเทศ ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน) องค์การมหาชน (เจตนารมณ์ของกฎหมายดังกล่าวเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยเน้นการอนุรักษ์และฟื้นฟูจารีตประเพณี ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น คุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ สุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตโดยรวม ขณะนี้ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) อยู่ระหว่างการเปิดรับการจดแจ้งองค์กรชุมชนทั่วประเทศเพื่อจัดตั้งสภาองค์กรชุมชนต่อไป ดังนั้น บทบาทขององค์กรชุมชนในอนาคตน่าจะชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น รวมทั้งการเข้ามามี

---

[*] **มาตรา 282** *การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำเท่าที่จำเป็นและมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ชัดเจน สอดคล้องและเหมาะสมกับรูปแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยต้องเป็นไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม และจะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้มิได้*

ในการกำกับดูแลตามวรรคหนึ่ง ให้มีการกำหนดมาตรฐานกลางเพื่อเป็นแนวทางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเลือกไปปฏิบัติได้เอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความแตกต่างในระดับของการพัฒนาและประสิทธิภาพในการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละรูปแบบโดยไม่กระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจดำเนินงานตามความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งจัดให้มีกลไกการตรวจสอบดำเนินงานโดยประชาชนเป็นหลัก

ส่วนเกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาท้องถิ่น แผนพัฒนาจังหวัด การจัดบริการสาธารณะ และกิจกรรมทั้งปวงของหน่วยงานรัฐและ อปท .ที่ส่งหรืออาจส่งผลกระทบต่อประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งด้านสุขภาพอนามัย

อย่างไรก็ดีในภาพรวมขณะนี้ ถือได้ว่าการดำเนินงานของกองทุนถูกขับเคลื่อนด้วยบทบาทของ อปท .มากกว่าบทบาทของภาคประชาชน ซึ่งถ้าหากภาคประชาชนเติบโตขึ้นในรูปของสภาองค์กรชุมชนตำบล ก็น่าที่จะเกิดการถ่วงดุล ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของกองทุนได้มากขึ้นเช่นกัน ขณะเดียวกันบทบาทของ อปท .ที่ผ่านมามุ่งความสนใจและเน้นการทำหน้าที่ในเรื่องการบริหารจัดการมากกว่า และถนัดกว่าการเป็นผู้ดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพเสียเอง

5.2 กลไกและเครื่องมือการจัดการ

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ คือ เครื่องมือที่ใช้บริหารจัดการยุทธศาสตร์ ที่ท้องถิ่น ชุมชน องค์กรสร้างขึ้นเองหรือมีอยู่แล้ว ให้เกิดความสำเร็จเป็นรูปธรรม เป็นแผนที่สรุปเป้าประสงค์ หรือจุดหมายปลายทางที่อยากให้เกิดขึ้นในชุมชน อีกทั้งยังแสดงความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์แต่ละตัว กับการปฏิบัติงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าประสงค์อย่างเป็นเหตุเป็นผล ก่อให้เกิดความเข้าใจภาพรวม และเห็นทิศทางของการพัฒนาร่วมกัน ช่วยให้แต่ละภาคส่วนสามารถกำหนดบทบาทของตนเองได้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2551)

กระบวนการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ จึงเป็นเครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง บริหารการขับเคลื่อนงานในชุมชน เป็นกรอบสำหรับการวางแผนปฏิบัติการ กำหนดเส้นทางเดินสู่ความสำเร็จ รวมทั้งวัดความคืบหน้าของยุทธศาสตร์อีกด้วย

ขั้นตอนการสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ มี 7 ขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือการสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ 3 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์บริบทและประเมินสถานการณ์ 2) กำหนดจุดหมายปลายทาง 3) สร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ ตรวจสอบแผนที่ยุทธศาสตร์ และสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ สำหรับส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างกลุ่มงาน และวางตัวผู้รับผิดชอบ 2) สร้างตัวชี้วัดและสร้างแผนปฏิบัติการ 3) ทดสอบระบบปฏิบัติการ และ 4) ตั้งปณิธานส่วนบุคคล

สรุปท้ายบท

ปัญหาสำคัญในช่วงแรกของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การเปลี่ยนแปลงขาดผู้นำทางการเมืองที่เข้มแข็ง และทิศทางการเปลี่ยนแปลงยังไม่ชัดเจนเป็นเอกภาพ ส่งผลให้การปกครองส่วนท้องถิ่นอ่อนแอ โดยเฉพาะ อบต .ที่ก่อตั้งเป็นจำนวนมาก ตลอดจนความ

ล้มเหลวของการปฏิรูปการศึกษา ซึ่งไม่สามารถสร้างความตื่นตัวทางการเมืองในหมู่ประชาชนทั่วไปได้)ธเนศวร์ เจริญเมือง(2545

การจัดตั้งกองทุนได้เปิดโอกาสให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมโดยการสมทบงบประมาณตามความสมัครใจ (Co-matching fund) ตามขนาดของ อบต/.เทศบาล และท้องถิ่นสามารถเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุนได้อย่างเต็มที่ในรูปของคณะกรรมการ โดยนายก อบต/.เทศบาลจะทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน และปลัด อบต/.เทศบาล ทำหน้าที่กรรมการและเลขานุการ ขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณของ สปสช .จะโอนผ่านบัญชีที่เปิดโดยคณะกรรมการ และมีระเบียบของกองทุนที่ผ่านความเห็นชอบจากกรมพัฒนาการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย จึงเห็นได้ว่า อปท .มีบทบาทโดดเด่นมากในการบริหารจัดการกองทุน เรียกได้ว่าเป็นบทบาทหลักในการบริหารจัดการกองทุนโดยตรง งานวิจัยของดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ และงานวิจัยของรัชนี สรรเสริญ และคณะ บ่งชี้ตรงกันว่า ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจและกระตือรือร้นต่อการเข้าร่วมดำเนินการกองทุนอย่างมาก

ในส่วนบทบาทของภาคประชาชนนั้น แม้ว่าการมีผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง หมู่บ้านหรือชุมชนละ 1 คน รวมทั้งผู้แทน อสม 2 .คน เป็นกรรมการ และการที่ชุมชนโดยกลุ่ม องค์กร หรือเครือข่ายในชุมชนมีโอกาสขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติ ยังมีบทบาทไม่มากนัก อาจเป็นเพราะโครงสร้างของกองทุนที่ยังอิงกับ อปท.เป็นหลัก แม้ว่างานวิจัยข้างต้น พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้เรื่องการจัดตั้งกองทุนค่อนข้างดี แต่ยังขาดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของกองทุน และผู้แทนชุมชนที่เป็นกรรมการกองทุนก็ยังขาดความเข้าใจในบทบาทของตนเอง

ในระบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ยังไม่มีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำกับดูแล การตรวจสอบ และการประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละกองทุน ว่าจะให้หน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบ และจะมีวิธีการกำกับดูแลอย่างไร ทั้งการกำกับองค์กรและการกำกับการกระทำหรือกิจการ

การกำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลเท่าที่ปรากฏในเอกสารของ สปสช .เช่น บันทึกข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ระหว่าง สปสช .กับ อปท .และข้อตกลงระหว่าง สปสช .กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการระบุเพียงว่า ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลในพื้นที่นั้น และ สปสช .จะเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเอง

ทั้งนี้ การกำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานกองทุน น่าจะเป็นจุดอ่อนสำคัญในการบริหารจัดการกองทุนที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข โดยการกำหนดบทบาท อำนาจ หน้าที่ของแต่

ละฝ่ายให้ชัดเจน แต่ต้องคำนึงไม่เป็นการลดทอนหรือเป็นอุปสรรคต่อหลักประกันความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อย่างไรก็ดีในภาพรวมขณะนี้ ถือได้ว่าการดำเนินงานของกองทุนถูกขับเคลื่อนด้วยบทบาทของ อปท .มากกว่าบทบาทของภาคประชาชน ซึ่งถ้าหากภาคประชาชนเติบโตขึ้นในรูปของสภาองค์กรชุมชนตำบล ก็น่าที่จะเกิดการถ่วงดุล ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของกองทุนได้มากขึ้นเช่นกัน ขณะเดียวกันบทบาทของ อปท .ที่ผ่านมามุ่งความสนใจและเน้นการทำหน้าที่ในเรื่องการบริหารจัดการมากกว่า และถนัดกว่าการเป็นผู้ดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพเสียเอง

บทที่ 6

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอต่อ การพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต

6.1 วิเคราะห์ผลการศึกษา

ปัญหาที่ท้าทาย

1. ปัญหาเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์

1.1 ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กับเอกภาพเชิงนโยบาย

เป็นที่ยอมรับว่า ปรัชญาของการดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาวะในความเป็นอยู่ของมนุษย์อย่างพอเพียง ประกอบด้วยความสุขทางกาย ความสุขทางจิตใจ ภายใต้สังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขและสังคมภูมิปัญญา ดังนั้น แนวคิดของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” บนฐานปรัชญาสุขภาพพอเพียงดังกล่าว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในระดับทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพโดยรวม

การถ่ายทอดปรัชญาแนวคิดสุขภาพพอเพียงไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมนั้น ส่วนหนึ่งต้องอาศัยนโยบายและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้าถึงแก่นของปัญหา จากการวิเคราะห์พบว่า สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและภัยคุกคามต่อสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพหลายประการ แต่รัฐซึ่งมีบทบาทหลักในการระดมทรัพยากรและทุนทางสังคม ยังไม่สามารถแสดงบทบาทในการแก้ปัญหาได้เต็มที่ อันเนื่องจากหลายเหตุปัจจัย เช่น การขาดเสถียรภาพทางการเมือง การขาดนโยบายด้านสุขภาพเชิงรุกที่ต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาการประสานนโยบายทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข และกับหน่วยงานอื่น

นับตั้งแต่ปี 2545 งบประมาณของประเทศด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยถูกแยกเป็นส่วนๆ ตามภารกิจขององค์กร ประกอบด้วย งบบริการสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัวถูกจัดสรรให้ สปสช. ดำเนินงาน งบพัฒนาสุขภาพระดับนโยบายและสุขภาพชุมชน ยังจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข งบส่งเสริมสุขภาพเชิงขับเคลื่อนสังคมและภาคประชาชนจัดสรรให้ สสส. ดำเนินงาน ตลอดจนการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพก็เป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาพเช่นนี้ด้านหนึ่งเป็นผลดีที่ช่วยกระจายบทบาทไปยังองค์กรที่มีความคล่องตัวสูง ไม่ติดในระบบราชการ และประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น อีกด้านหนึ่งก็เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานหรือการประสานนโยบายให้เป็นเอกภาพผ่านกลไกงบประมาณ จะกระทำได้ยากขึ้น

1.2 โครงสร้างและความสัมพันธ์ของระบบดำเนินงานในแต่ละระดับ

การวิเคราะห์ระบบดำเนินงานด้านสุขภาพในเอกสารฉบับนี้ ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับส่วนกลาง ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ และระดับชุมชน โดยพิจารณาจากขอบเขตและลักษณะการทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละระดับนั้น พบว่า นอกจากมีปัญหาการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรในระดับเดียวกันแล้ว ยังมีปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างระดับที่ต่างกัน (แผนภูมิที่ 6.1) ในลักษณะดังนี้

1) ความสัมพันธ์ระดับส่วนกลางกับระดับปฏิบัติ มีลักษณะรวมศูนย์และถูกกำหนดจากส่วนกลาง มากกว่าความเป็นอิสระในการทำงานของพื้นที่

ตัวอย่างความสัมพันธ์ของกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยปฏิบัติในส่วนภูมิภาค จะเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในระบบราชการ (Hierarchical structure) มีนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ และระบบสั่งการ เป็นเครื่องมือควบคุมให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของส่วนกลาง ในขณะที่ สปสช. ก็จัดความสัมพันธ์กับระดับปฏิบัติในลักษณะ สปสช. เป็นผู้กำหนดคุณลักษณะของผลลัพธ์ (Product specification) ที่ต้องการเป็นรายการๆ เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ และใช้เงื่อนไขการจ่ายเงินมาเป็นตัวขับเคลื่อนให้เป็นไปตามเป้าประสงค์นั้น

กลไกและเครื่องมือที่ใช้บริหารจัดการของส่วนกลาง ประกอบด้วย แผนยุทธศาสตร์ การจัดสรรงบประมาณและบริหารการเงิน การบริหารโครงการ การสร้างและใช้ตัวชี้วัดในการรายงานและวัดผล การตรวจราชการและนิเทศงาน เป็นต้น

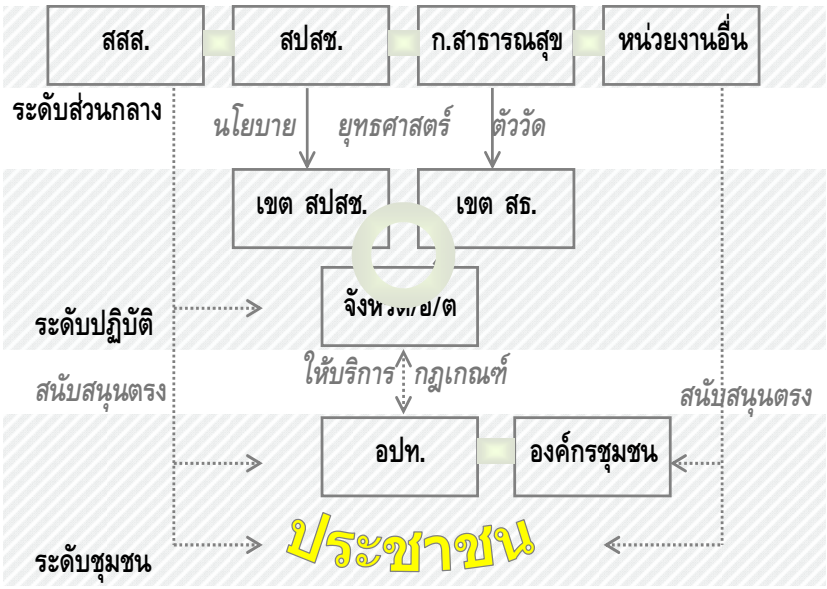
2) ความสัมพันธ์ระดับปฏิบัติกับระดับชุมชน มีลักษณะเชิงอุปถัมภ์

ตัวอย่างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล หรือสถานีอนามัย กับชุมชน ยังเป็นรูปแบบการให้บริการฝ่ายหนึ่งและรับบริการอีกฝ่ายหนึ่ง ใช้การสื่อสารทางเดียว ขาดลักษณะความสัมพันธ์ที่สมดุล คือ การรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์กับองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือชุมชนจึงมีลักษณะกำหนดกฎเกณฑ์ และสั่งการให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การจัดตั้งชมรม การขอให้สนับสนุนงบประมาณในเรื่องต่างๆ เป็นต้น

ความสัมพันธ์ดังกล่าว เริ่มปรับเปลี่ยนไปในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ภายหลังจากที่ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้ และการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ของ สปสช. ตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา ซึ่งมีส่วนช่วยให้ท้องถิ่นให้ความสนใจและต้องการมีบทบาทในงานด้านสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนมีอิสระในการจัดการด้านงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ระดับหนึ่ง

3) ความสัมพันธ์ระดับส่วนกลางกับระดับชุมชน มีลักษณะสนับสนุนทางตรง

ตัวอย่างความสัมพันธ์ระหว่าง สปสช. หรือ สสส. กับองค์กรชุมชนที่มีอยู่กระจัดกระจาย จะเป็นรูปแบบของการสนับสนุนทรัพยากรและเทคโนโลยีจากส่วนกลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมในชุมชนตามที่ต้องการ และใช้กลไกการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้ซึ่งกันและกันเป็นตัวสนับสนุนการดำเนินงานจึงกระจัดกระจาย แม้ว่าชุมชนได้ประโยชน์และเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลของ สปสช. จุดอ่อนของความสัมพันธ์ลักษณะนี้คือ การดำเนินงานที่ค่อนข้างเป็นเอกเทศไม่เชื่อมต่อกับระบบดำเนินงานที่มีอยู่ในพื้นที่



แผนภูมิ 6.1 ความสัมพันธ์ภายในระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

1.3 ความจำเป็นของการมียุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ

ยุทธศาสตร์ระดับชาติ จะเป็นกรอบในการพัฒนานโยบายและแนวทางการพัฒนาสุขภาพของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อผนึกกำลังในภาคนโยบาย ภาควิชาการ ร่วมกับภาคสังคมไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างมีพลัง กระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์จึงต้องมาจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่ต้น

ที่ผ่านมา การจัดทำยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังแยกกำหนดเป็นเรื่องๆ รวมทั้งการดำเนินงานในเรื่องเดียวกันต่างก็แยกส่วนตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ทำให้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญๆ ในขณะนี้หลายเรื่องยังไม่ได้รับการแก้ไขในเชิงยุทธศาสตร์เท่าที่ควร เช่น ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะเครียดและโรคซึมเศร้า ภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ฯลฯ มีเพียงบางประเด็นเท่านั้นที่มียุทธศาสตร์ระดับชาติ ได้แก่

ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ยุทธศาสตร์คนไทยไร้พุง เป็นต้น อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีแผนยุทธศาสตร์ในบางเรื่องแล้ว พบว่า ยังขาดการจัดสรรงบประมาณ และทิศทางการปฏิบัติยังไม่เป็นเอกภาพและไม่จริงจังต่อเนื่องเท่าที่ควร

มีประเด็นที่น่าสนใจว่า บทบาทของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 4 จนถึงฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ซึ่งได้กำหนดทิศทางและกรอบแนวทางของการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยตลอดมานั้น ในทางปฏิบัติมีความชัดเจนเพียงพอ และสามารถนำไปใช้เพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ได้หรือไม่ หรือจำเป็นต้องมีแผนยุทธศาสตร์เฉพาะประเด็น เพื่อเป็นสะพานเชื่อมโยงแนวคิดในแผนยุทธศาสตร์ ไปสู่มาตรการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถบูรณาการในทุกภาคส่วน ดังนั้น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องใหญ่ เนื่องจากการพัฒนาสุขภาพมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมายหลายมิตินั่นเอง

1.4 สัดส่วนการลงทุนของภาครัฐกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากการศึกษาเปรียบเทียบงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ทั้งกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. แยกเป็นงานบริการบำบัดรักษา และงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2551) พบว่า งบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมของประเทศ ยังไม่เพียงพอต่อการลดความสูญเสียผลิตภาพ (Productivity) และมีอัตราเพิ่มภายหลังมีกองทุนหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 55.3 น้อยกว่าอัตราเพิ่มของงบด้านบำบัดรักษาที่ร้อยละ 104.2 ซึ่งมีข้อเสนอว่า รัฐควรเพิ่มงบประมาณด้านนี้ ให้ได้สัดส่วนต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของปี 2551 หรือประมาณการ 47,000 ล้านบาทในปี 2554

1.5 ยุทธศาสตร์บูรณาการ โดยเฉพาะระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในลักษณะ "ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ" ด้วยการมีกลไกบูรณาการที่เหมาะสม

การที่จะผลักดันให้เกิดการทำงานเชิงยุทธศาสตร์บูรณาการได้นั้น จำเป็นต้องทบทวนบทเรียนการทำงานทั้งหลักการในภาพกว้างและภาพเฉพาะส่วน เพื่อให้สามารถประสานการทำงานทั้งแนวตั้งและแนวราบของทุกหน่วยงานเข้าด้วยกัน ดังนี้

1) **ในภาพกว้าง** เป็นการให้ความสำคัญกับการกระตุ้นส่งเสริมการทำงานในระดับพื้นที่ให้มากที่สุด ด้วยการกระจายอำนาจการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากรให้หน่วยปฏิบัติได้ดำเนินงานแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่อย่างเต็มที่ แต่เนื่องจากงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นงานที่ต้อง "รู้จริง" สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสมได้ ใครก็ตามที่มีบทบาทในเรื่องเหล่านี้ต้องมีทักษะและวิจารณญาณในการทำงานอย่างเป็นระบบ รู้จักใช้ข้อมูลสภาพ

ความจริงที่มีอยู่ในพื้นที่เป็นฐานการแก้ไขปัญหา และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนมาประกอบกัน ในขณะที่วัฒนธรรมองค์กรทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ยังมีลักษณะรวมศูนย์ในเชิงนโยบาย มักจะกำหนดแนวปฏิบัติ สั่งการ และวัดผลตามที่ตนต้องการฝ่ายเดียว ที่ผ่านมา จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของหน่วยปฏิบัติเท่าที่ควร แม้กระทั่งศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ด้วยเหตุนี้ งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ จึงมิได้ถูกพัฒนาให้เติบโตในทิศทางที่เหมาะสม รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็ถูกละเลย ทั้งด้านจำนวน ค่าตอบแทน แรงจูงใจ และโอกาสความก้าวหน้า รวมทั้งขาดการเพิ่มพูนทักษะและพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานค่อนข้างมาก

จากแนวคิดดังกล่าว องค์กรหลักในส่วนกลางไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขหรือ สปสช. ควรร่วมกันพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นฝ่ายกระทำ โดยการปรับเปลี่ยน “วัฒนธรรมการทำงานแนวดิ่ง” ที่แฝงมาในรูปแบบต่างๆ เช่น Vertical program การบริหารงบประมาณแบบรวมศูนย์ การกำหนดตัวชี้วัด และใช้ตัวชี้วัดเป็นเกณฑ์ติดตามและวัดผลสำเร็จของผู้ปฏิบัติที่ขาดความยืดหยุ่น ตลอดจนการสร้างระบบข้อมูลที่สร้างภาระมากกว่าประโยชน์ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นต้น

2) **ในภาพเฉพาะส่วน** หมายถึงการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่องซึ่งมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน การทำงานบูรณาการยังเป็นหัวใจสำคัญ เนื่องจากส่วนกลางจะมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ และถ่ายทอดความรู้ไปยังหน่วยปฏิบัติ ดังเช่นกรณีโรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ การดูแลโรคเรื้อรังต่างๆ หรือการปรับพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น หน่วยบริหารงานสาธารณสุขในระดับเขตและจังหวัดต้องเป็นที่ปรึกษา สนับสนุน นิเทศติดตาม กำกับดูแล ให้หน่วยปฏิบัติได้ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผู้ปฏิบัติก็จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการทำงานเชิงวิชาการร่วมด้วย นอกจากนี้ การนำยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ ต้องมีกระบวนการสื่อสารถ่ายทอดที่ชัดเจน การใช้ภาษาที่สร้างความเข้าใจได้ด้วย

1.6 ยุทธศาสตร์การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพที่เน้น “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” จำเป็นต้องมีเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit network) ที่มีคุณภาพในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก ผสมผสานกับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ สามารถเป็นด่านหน้าของระบบสุขภาพ การพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิที่ผ่านมามีการลงทุนด้านโครงสร้าง แต่ยังขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานเฉพาะด้าน ขาดการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติในการทำงานในพื้นที่ ขาดระบบสนับสนุนอันเนื่องมาจากความไม่จริงจัง

ในเชิงนโยบาย โครงสร้างองค์กรที่ยังไม่มีความชัดเจน ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดเอกภาพของสายงานบังคับบัญชาและสภาพแวดล้อมของการทำงานไม่จูงใจและเอื้ออำนวย เป็นต้น

1.7 ยุทธศาสตร์การพัฒนาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีบทบาทการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่มากขึ้น ตามศักยภาพและทรัพยากรของท้องถิ่น จะเห็นได้ว่า ในเขตเมืองนั้น เทศบาลนครและเทศบาลเมือง มีศักยภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากที่สุด รองลงมาได้แก่ เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบท มีรายได้ท้องถิ่นน้อยกว่า ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัด แม้ว่าจะยังไม่มีบทบาทด้านสุขภาพมากนัก แต่ก็มีแนวโน้มที่ให้ความสนใจเรื่องการรับถ่ายโอนสถานีอนามัย

ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ผ่านมา ยังไม่มีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำกับดูแล การตรวจสอบ และการประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละกองทุน ว่าหน่วยงานใดควรมีบทบาทและความรับผิดชอบอย่างไร และจะมีวิธีการกำกับดูแลอย่างไร ทั้งการกำกับคณะกรรมการบริหารกองทุน และการกำกับการกระทำหรือกิจการ เช่น กรณีให้กองทุนปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานที่ไม่เหมาะสม เช่น กิจกรรมไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุน การใช้จ่ายเงินที่ยังไม่เกิดความคุ้มค่าหรือซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น การบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพและความโปร่งใส เป็นต้น

การกำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลเท่าที่ปรากฏในบันทึกข้อตกลงการดำเนินงานกองทุน ฯ ได้ระบุเพียงว่า ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลในพื้นที่นั้น ซึ่งมีปัญหาประโยชน์ทับซ้อนอันเนื่องจากความเป็นบุคคลเดียวกัน ทั้งนี้ การกำกับดูแล ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานกองทุน น่าจะเป็นจุดอ่อนสำคัญในการบริหารจัดการกองทุนที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข โดยการกำหนดบทบาท อำนาจ หน้าที่ของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน แต่ต้องคำนึงไม่เป็นการลดทอนหรือเป็นอุปสรรคต่อหลักประกันความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ การที่ท้องถิ่นเริ่มแสดงบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น ย่อมเป็นแนวโน้มที่ดีในภาพรวม แม้ว่าท้องถิ่นจะมีจุดอ่อนในความเข้าใจต่องานสาธารณสุข และการบริหารจัดการอยู่บ้าง แต่ก็จะมีผลกระทบทำให้งานสาธารณสุขในเขตเมืองก็ดี ในเขตชนบทก็ดี มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย จำเป็นต้องปรับรูปแบบการทำงาน บนพื้นฐานของความร่วมมือกับหน่วยงานทั้ง สปสช. และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ

2. ปัญหาระบบและกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2.1 การแยกงานส่งเสริมป้องกันส่วนบุคคลและครอบครัว ออกจากงานพัฒนาสุขภาพระดับนโยบายและชุมชน ไม่สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม

ลักษณะของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะมุ่งเน้นที่คนเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม โดย “การพัฒนาศักยภาพ” ให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองได้ โดยประสานกลมกลืนกับ “งานบริการ” เช่น ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคในคลินิก ด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการใช้ยา ร่วมกับการควบคุมอาหารและปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันในชีวิตจริงของผู้ป่วย การผลักดันเรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน ถือเป็นการทำงานทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสื่อสารสาธารณะไปพร้อมๆ กัน โดยหลักการ งานสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นงานบูรณาการ โดยไม่แยกว่าเป็นงานบริการผู้ป่วยนอก หรืองานเยี่ยมบ้าน หรืองานปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การบริการตามชุดสิทธิประโยชน์เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายบริการสุขภาพรายบุคคลและครอบครัว (Individual and family care) ของ สปสช. ด้านหนึ่งเป็นการบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานที่แต่ละบุคคลควรได้รับจากรัฐ และควรผลักดันให้ชุดสิทธิประโยชน์เกิดผลในทางปฏิบัติทุกรายการและให้ประชาชนทุกคนได้รับการบริการดังกล่าว ซึ่งหมายถึง การที่รัฐต้องลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ แต่อีกด้านหนึ่ง การแยกงานส่งเสริมรายบุคคล ออกจากงานด้านสาธารณสุขชุมชน (Community health care) อาจเกิดผลเสีย ยังขาดการศึกษาถึงผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพองค์รวม ประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ รูปแบบการบริหารจัดการแบบแยกส่วน และความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับ

อย่างไรก็ดี การบริการตามชุดสิทธิประโยชน์รายบุคคลทั้ง 10 กลุ่ม มีหลายรายการที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน รวมทั้งควรทบทวนหลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการในรายการที่ไม่ชัดเจน และซ้ำซ้อนกับภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาระโรค Metabolic diseases

2.2 การบูรณาการแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่

เป็นที่ทราบแล้วว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด มีหน้าที่ดูแลสุขภาพองค์รวม เป็นผู้ลงมือปฏิบัติที่ต้องผสมผสานการดูแลสุขภาพในทุกมิติ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว

และชุมชน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจึงมองในเชิงโครงสร้างของหน่วยบริการ แต่เนื้อแท้ยังต้องเน้นการพัฒนาคนในการทำงานส่งเสริมป้องกัน

2.3 *ปัญหาระบบและวิธีการทำงานของส่วนกลาง ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจและการส่งเสริมการแก้ไขปัญหาในพื้นที่*

รูปแบบการทำงานทั้งของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ส่วนใหญ่มีลักษณะรวมศูนย์ และสั่งการแนวดิ่ง เช่น แผนงานถูกกำหนดกรอบและวิธีปฏิบัติจากส่วนกลาง ซึ่งขาดความเข้าใจธรรมชาติของปัญหาในพื้นที่และความพร้อมของหน่วยปฏิบัติ ทำให้เกิดปัญหาความยุ่งยากในการปฏิบัติมากมาย ตัวอย่างเช่น ความพยายามของการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมกลุ่มประชากร แต่ขาดความชัดเจนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงที่พบจากการตรวจคัดกรอง และขัดแย้งกับวิธีการจ่ายเงินตามผลงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ สปสช. รายละ 2,000 บาทต่อปี ปัญหาการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของสตรีที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อันเนื่องจากวิธีการจัดการฐานข้อมูล ฯลฯ

ความพยายามในการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ด้วยรูปแบบที่เป็นอยู่ ส่วนหนึ่งดำเนินไปได้ดีด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล แต่ยังขาดเจตจำนงทางการเมือง (Political will) หรือนโยบายที่จะผลักดันให้มีกลไกเพื่อรองรับหรือขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นภารกิจระดับชาติ แทนที่จะเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช. แต่ฝ่ายเดียว เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบยุทธศาสตร์ และกำกับดูแลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น

ที่ผ่านมา การพัฒนาระบบดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นไปอย่างไร้ทิศทาง ไม่มีแผนงานและงบประมาณรองรับ เช่น ศักยภาพการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบข้อมูล และการศึกษาวิจัยระดับพื้นที่ แม้ว่ามีการระบุงบประมาณและหลักเกณฑ์การพิจารณาเพื่อพัฒนาศักยภาพของระบบ เป็นส่วนหนึ่งของงบ PP area-based ระดับเขต ในช่วงปี 2551-2552 แต่ก็ไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากนัก อีกทั้ง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าโดยหลักการจะให้ความสำคัญ แต่ขาดการผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหาของระบบข้อมูลและการรายงานกิจกรรมของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นตัวอย่างของการจัดการที่ไม่เป็นระบบและมีความซ้ำซ้อนอย่างมาก หลายหน่วยงาน/กรมในกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. มีการออกแบบรายงานและโปรแกรมการบันทึกข้อมูลอย่างอิสระ เพื่อให้จังหวัดและพื้นที่เก็บรวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดที่หน่วยงานต้องการบ้าง (โดยเฉพาะช่วงที่มี Vertical program จำนวนมาก) เป็นผลงานเพื่อการจ่ายเงินชดเชยบริการของ สปสช. บ้าง อีกทั้งไม่มีการประสานงานหรือการบริหารข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน หลายกรณีเป็นการบันทึกข้อมูลเข้าสู่

ส่วนกลางโดยตรง นอกจากเป็นการสร้างภาระให้หน่วยปฏิบัติอย่างมากแล้ว จังหวัดเองก็ไม่มีบทบาทในการตรวจสอบและใช้ประโยชน์จากข้อมูล ทำให้ข้อมูลหลายส่วนขาดความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ ส่วนกลางควรมีการตรวจสอบและประเมินผลการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่าหรือไม่ ทั้งในระดับส่วนกลาง จังหวัด หรือหน่วยปฏิบัติ

3. ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่

3.1 การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map)

แนวคิดการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากมีส่วนช่วยสร้างความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพและแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและองค์รวม เน้นบทบาทของทุกภาคส่วนและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม แต่ทั้งนี้ เงื่อนไขสำคัญอยู่ที่ความสามารถในการสร้างวิสัยทัศน์ และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ดี มีอุปสรรคในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หลายประการ เช่น ความเป็นนามธรรม ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนที่เข้าใจยาก กระบวนการจัดทำแผนที่ยังขาดข้อมูลหลักฐานที่เพียงพอ และความไม่สันทัดในการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ เป็นต้น

3.2 การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงรุก

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน จะมีบทบาทมากขึ้นในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อันเป็นผลจากนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การถ่ายโอนภารกิจและการจัดบริการสาธารณะของท้องถิ่น การเพิ่มขึ้นของรายได้ท้องถิ่นรวมทั้งการสนับสนุนจากรัฐ แม้ว่าการดำเนินงานจะมีลักษณะเฉพาะของท้องถิ่นและชุมชน หรือท้องถิ่นและชุมชนอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการอยู่บ้าง แต่แนวโน้มดังกล่าวน่าจะมีส่วนช่วยให้การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเกิดความเข้มแข็งขึ้นได้

การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลของ สปสช. เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ช่วยให้ท้องถิ่นให้ความสนใจกับงานสาธารณสุขมากขึ้น แต่การดำเนินงานของกองทุนส่วนใหญ่ยังมีปัญหาการบริหารจัดการ และขาดการสนับสนุนของ สปสช. และจังหวัดอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินงานของกองทุนค่อนข้างเป็นเอกเทศ ที่สำคัญคือ ยังไม่มีกลไกการกำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุน ให้ไปในทิศทางที่เหมาะสม ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจะมีบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้นในการประสาน สนับสนุน และกำกับดูแลกองทุนฯ ในจังหวัด

สรุป

กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่า การทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมา ยังไม่เป็นเอกภาพเท่าที่ควร นอกจากเหตุผลที่ขาดแผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติแล้ว ปัจจัยที่สำคัญที่มองข้ามไม่ได้ ก็คือ โครงสร้างและกลไกที่ประกอบด้วยองค์กรและหน่วยงานหลายแห่ง ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ซึ่งต่างมีบทบาทที่สามารถหนุนเสริม หรือต่างคนต่างทำ หากถูกจัดการโดยยึดองค์กรเป็นตัวตั้ง ที่ผ่านมาระบบถูกแยกเป็นส่วนๆ เพื่อให้ง่ายต่อการทำงานตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น งานบริการปฐมภูมิ งานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการ และในชุมชน และการพัฒนาบุคลากรซึ่งภารกิจหลักก็คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.2 ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย

1.1 ผลักดันให้มีการจัดทำ “แผนยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ” ภายใต้แนวคิดสุขภาพพอเพียง มีระยะดำเนินการ 5 ปีเช่นเดียวกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งควรเน้นการเป็นยุทธศาสตร์เชิงบูรณาการที่เกิดจากความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกฝ่าย มีทิศทางและมาตรการที่ปฏิบัติได้ ขยายผลจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ การจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ระดับชาติจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องมีการระดมกำลังทุกภาคส่วน ทั้งฝ่ายนโยบาย ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายผู้ให้บริการ และภาคประชาสังคม โดยต้องไม่จำกัดอยู่เฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพเท่านั้น

1.2 ควรจัดตั้ง “คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อเป็นองค์กรภาคีวิชาการในการติดตามสถานการณ์สุขภาพในประเทศไทย ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ตลอดจนปรับปรุงองค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประเทศไทย คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ อาจตั้งขึ้นเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1.3 เน้นการสร้าง “กลไกประสานความร่วมมือ” อย่างใกล้ชิดระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากลักษณะของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ควรแยกกันโดยเด็ดขาดระหว่างระดับบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน จึงไม่ควรให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นเจ้าของหรือเป็นผู้กำหนดกติกาฝ่ายเดียว แต่ควรร่วมกันดำเนินการตั้งแต่ต้นจนตลอดกระบวนการ โดยเริ่มจากการกำหนดปัญหาสำคัญร่วมกัน การประมาณการและจัดทำคำของบประมาณ การบริหารงบประมาณ และการกำกับติดตามและประเมินผล ความร่วมมือดังกล่าวควรมีบันทึกข้อตกลงเป็นกรอบ กลไกประสานความร่วมมือ อาจใช้รูปแบบคณะกรรมการร่วม หรือการประชุมประจำปีระดับผู้บริหารองค์กรก็ได้

1.4 เพิ่มงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ โดยพิจารณาข้อเสนอของโครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่

10 ซึ่งเสนอทางเลือกให้เพิ่มงบประมาณให้ค่าใช้จ่ายด้านนี้เพิ่มขึ้นเป็น 47,000 ล้านบาท หรือ 2 เท่าของงบที่กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ได้รับ และเพื่อลดภาระด้านงบประมาณของรัฐลง เห็นควรกำหนดระยะเวลาบรรลุเป้าหมายดังกล่าวในอีก 5 ปีข้างหน้า (ปี 2557)

1.5 ควรให้มีระบบกำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยมีคณะกรรมการระดับจังหวัด ซึ่งมีองค์ประกอบจากฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายท้องถิ่น ฝ่ายผู้ทรงคุณวุฒิ และฝ่ายองค์กรชุมชน โดยมีอำนาจหน้าที่กำกับทิศทางและติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนภายในจังหวัด นอกจากนี้ ให้มีศึกษาและพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกัน ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน กับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในท้องถิ่นนั้น เช่น การส่งเสริมให้ท้องถิ่นจัดบริการส่งเสริมป้องกันโดยมีแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ชุดเดียวกัน การทำหน้าที่พี่เลี้ยงของฝ่ายสาธารณสุข การจัดตั้ง “สหการ” เพื่อร่วมกันจัดบริการด้านสุขภาพ ฯลฯ

ทั้งนี้ ควรทบทวนปรับปรุงการบริหารกองทุนสุขภาพตำบลให้มีธรรมาภิบาล โดยพิจารณาจุดอ่อนในด้านประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณ ความจำเป็นในการควบรวมกองทุนสุขภาพขนาดเล็กให้มีขนาดใหญ่ ครอบคลุมพื้นที่กว้างขึ้น รวมทั้งการจัดให้มีระบบการกำกับดูแล ตรวจสอบโดยภาคประชาชนและราชการส่วนภูมิภาค

2. ด้านยุทธศาสตร์

2.1 กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างแผนงานใหม่ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามยุทธศาสตร์ชาติให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นจุดแข็งในด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นช่องทางที่จะได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ควรสื่อสารกับฝ่ายการเมืองและสำนักงบประมาณเพื่อให้เห็นความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพของประเทศ

เรื่องสำคัญๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง ปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่น ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายหน่วยหลายกระทรวง ควรที่จะถูกหยิบยกให้เป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda) ของรัฐบาล เพื่อประสานบทบาทของแต่ละหน่วยงานให้ไปในทิศทางเดียวกัน และบูรณาการแผนงานให้เป็นเนื้อเดียวกัน

2.2 ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแต่ละด้าน ควรเน้นการสร้าง Community-based Intervention (CBI) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน การพัฒนาขีดความสามารถของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม พร้อมๆ กับการผลักดันยุทธศาสตร์ด้านกว้าง เช่น การให้ความรู้และข้อมูลผ่านสื่อสารสาธารณะ การร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2.3 สนับสนุนให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพระดับเขตหรือกลุ่มจังหวัด เพื่อเป็นกรอบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัด ด้วยเหตุผลว่าเขตหรือกลุ่มจังหวัดนั้นมักจะมีปัญหาสุขภาพ

คล้ายคลึงกันตามสภาพภูมิศาสตร์ และบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม อีกทั้งในขณะนี้แต่ละจังหวัดมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการไม่เท่ากัน การมียุทธศาสตร์ระดับเขตน่าจะช่วยให้จังหวัดแปลงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนระดับชาติ ไปสู่การให้เหมาะสมกับพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

2.4 ให้มีการสร้างดัชนีสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Index) เพื่อใช้สำหรับการประเมินผลการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ระดับเขต/กลุ่มจังหวัด และมีการจัดทำรายงานการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย (Thai Health Promotion Report) ทุก 2 ปี ซึ่งจะเน้นสถิติสำคัญและการใช้ติดตามสถานการณ์ในระยะยาว

3. ด้านการบริหารจัดการ

3.1 ควรจัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน มีหน้าที่เสนอแนะด้านนโยบาย จัดการเพื่อประมวลความรู้ไปสู่ยุทธศาสตร์และแผนงาน อำนวยการให้แผนงานต่างๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และพัฒนารูปแบบการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

3.2 สปสช. ควรปรับปรุงวิธีการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมป้องกัน โดยส่งเสริมให้จังหวัดพัฒนาศักยภาพของตนเอง ควบคู่กับการประเมินผลงาน เพื่อเป็นแรงจูงใจในการพัฒนางานพัฒนาสุขภาพพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น (อาจแบ่งสัดส่วน 20 : 80) การพัฒนาศักยภาพจะส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมป้องกัน เพื่อให้เหมาะสมแก่พื้นที่ตามความจำเป็นและสภาพปัญหาแต่ละแห่ง รวมทั้งให้โอกาสในการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มที่ด้อยกว่า แทนการใช้ “งานแลกเงิน” และตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือติดตามผลงานส่งเสริมป้องกันอย่างเดียว (กรณีการบริการทางการแพทย์อาจจะเหมาะสมกว่า) เนื่องจากเป็นงานที่อ่อนไหวต่อการรายงานข้อมูลฉาบฉวยเพียงเพื่อผลตอบแทนที่ได้รับ นอกจากนี้ สปสช. ควรเสริมสร้างทัศนคติที่เน้นคุณภาพของการทำงานเป็นสิ่งที่สำคัญมากกว่าผลงานเชิงปริมาณ

3.3 กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ควรทบทวนและปรับปรุงระบบข้อมูลและการรายงานกิจกรรมต่างๆ เพื่อมิให้เกิดความซ้ำซ้อน มีการบริหารข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ให้เกิดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างคุ้มค่า และลดภาระการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่จำเป็นของหน่วยปฏิบัติ

3.4 กระทรวงสาธารณสุขควรเสริมสร้างความเข้มแข็งในการกำกับดูแล และประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกระดับ โดยการพัฒนาบทบาทของสำนักตรวจและประเมินผล และบทบาทของกรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ในการกำกับดูแล และประเมินผลในระดับพื้นที่อย่างมืออาชีพ ทั้งนี้ จำเป็นต้องพัฒนาขีดความสามารถของสำนักงานระดับเขตและศูนย์วิชาการเป็นการเร่งด่วน

3.5 ส่วนกลางควรหลีกเลี่ยงวัฒนธรรมการทำงานแนวดิ่ง ที่มักแฝงมาในรูปของโครงการ Vertical program การสั่งการโดยไม่คำนึงถึงปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และข้อจำกัดของหน่วยปฏิบัติ การ

กำหนดมาตรการที่ตายตัวเกินไป การมุ่งผลงานมากกว่ากระบวนการทำงานที่ยึดพื้นที่ ระบบบันทึกข้อมูลที่ป้อนสู่ส่วนกลางมากเกินไป เช่น ข้อมูลรายบุคคล ตัวชี้วัดกิจกรรมจำนวนมาก ฯลฯ ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการที่ยึดปัญหาพื้นที่เป็นตัวตั้ง (Area-based) จัดบทบาทให้เหมาะสม (Function-based) และเน้นความร่วมมือในการแก้ปัญหา (Participatory) ทั้งนี้ ระดับที่ควรจัดทำแผนบูรณาการพื้นที่มีเพียง 2 ระดับ คือ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอเท่านั้น ส่วนระดับตำบลควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนบูรณาการระดับอำเภอ แต่จะควรมีแผนปฏิบัติงานระดับสถานีอนามัยรองรับ

4. ด้านปฏิบัติการ

4.1 พัฒนาบทบาทและความพร้อมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะบทบาทการกำหนดทิศทาง อำนวยการ ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลการพัฒนาสุขภาพพื้นที่ บทบาทการพัฒนาศักยภาพของหน่วยปฏิบัติ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ บทบาทการศึกษาค้นคว้า วิจัย และจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนงานในพื้นที่ และบทบาทของการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการใช้ประโยชน์ในพื้นที่มากกว่าการส่งรายงานข้อมูล

4.2 พัฒนาระบบและกระบวนการจัดทำแผนพื้นที่ (Local planning) และการเขียนโครงการที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาที่ชัดเจน การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จำเพาะ และมาตรการที่มีประสิทธิผลโดยตรง โดยเน้นแผนระดับจังหวัดและแผนระดับอำเภอ

วิเคราะห์ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ข้อเสนอแนะโดยกำหนดเกณฑ์ 4 ข้อ ประกอบด้วย

1. ความเป็นไปได้ของข้อเสนอแนะ หมายถึง โอกาสที่จะดำเนินการตามข้อเสนอแนะ ความจำเป็นเร่งด่วน หรือความเหมาะสมกับระยะเวลา แบ่งเป็นระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว
2. ความยากง่ายที่จะดำเนินการตามข้อเสนอแนะ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ความยาก และทำได้ทันที
3. ความสำคัญของข้อเสนอแนะในเชิงการพัฒนาระบบดำเนินงาน หมายถึง การเป็นปัจจัยสำคัญต่อการบริหารจัดการ และพัฒนากระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. ผลต่อการพัฒนาสุขภาพ หมายถึง อิทธิพลของข้อเสนอแนะที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการปรับปรุงหรือพัฒนาสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 6.1 วิเคราะห์ข้อเสนอต่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อเสนอ	ความเป็นไปได้			ความยากง่าย		ความสำคัญเชิงการจัดการ		ผลต่อการพัฒนาสุขภาพ	
	ระยะสั้น	ระยะกลาง	ระยะยาว	ยาก	ทำได้ทันที	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มาก
1. ด้านนโยบาย									
1.1 จัดทำยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ	√			√		√		√	
1.2 จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ	√				√		√		√
1.3 สร้างกลไกประสานความร่วมมือระหว่าง กสธ.-สปสช. ในงานส่งเสริมป้องกันอย่างใกล้ชิด	√				√	√			√
1.4 เพิ่มงบประมาณด้านส่งเสริมป้องกันเป็น 2 เท่าในปี 2557			√	√		√		√	
1.5 มีระบบกำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุนตำบล การพัฒนารูปแบบการทำงาน PP ระดับท้องถิ่น		√		√		√			√
2. ด้านยุทธศาสตร์									
2.1 การสร้างแผนงานใหม่ๆ รองรับยุทธศาสตร์		√		√		√		√	
2.2 สร้าง CBI เน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น/ชุมชน			√	√		√		√	
2.3 จัดทำยุทธศาสตร์ระดับเขต/กลุ่มจังหวัด	√				√		√		√
2.4 จัดทำ Health Promotion Index และรายงานสถานการณ์ทุก 2 ปี		√		√		√			√
3. ด้านการบริหารจัดการ									
3.1 จัดตั้งศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์ส่งเสริมป้องกัน	√				√		√		√
3.2 ปรับปรุงวิธีการจัดสรรงบประมาณ แทน “งานแลกเงิน” และการใช้ตัวชี้วัดผลงานอย่างเดียว	√				√	√		√	
3.5 ปรับปรุงระบบข้อมูลและการรายงาน		√			√	√		√	
3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของส่วนกลางในการกำกับดูแล		√		√		√		√	
3.4 ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ (AFP)			√	√		√		√	
4. ด้านปฏิบัติการ									
4.1 พัฒนาบทบาทและความพร้อมของ สสจ.		√		√		√			√
4.2 พัฒนาระบบและกระบวนการจัดทำแผนพื้นที่ และจัดทำโครงการที่มีคุณภาพ	√				√	√		√	

บรรณานุกรม

1. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2551
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารงบประมาณ P&P ระหว่าง กสธ. และ สปสช. ปี 2551. เอกสารเผยแพร่, ตุลาคม 2550.
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2551.
5. กองแผนงาน. ตัวชี้วัดกรมอนามัยปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี : กรมอนามัย, 2551.
6. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. คู่มือหลักสูตรนวัตกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน : การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรปฏิบัติการ. นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2551.
7. คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คณะกรรมการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550.
8. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ จเด็จ ธรรมธัชอารี. การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ในเอกสารวิชาการ 3 พัฒนาการของระบบบริการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
9. ชูชัย ศุภวงศ์ .อบต .กับการจัดการปัญหาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมาย . กรุงเทพฯ : กรมอนามัย2542 ,
10. ธเนศวร์ เจริญเมือง .ทศวรรษแห่งการกระจายอำนาจในสังคมไทย) พ.ศ .(2544-2534 . สถาบันพระปกเกล้า .การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย การประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้าครั้งที่ .3นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า2545 ,
11. ธรณินทร์ กองสุข บรรณาธิการ. โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2550.
12. ประยงค์ เต็มชวาลา .การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย .ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง จังหวัดชลบุรี2540 ,

13. ประเวศ วะสี .พ.ร.บ .สุขภาพ : เครื่องมือการสร้างสังคมสมานฉันท์ . กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550
14. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547; 12(3): 177-188.
15. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
16. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546.
17. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.
18. รายงานการประชุมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7/2550 วันที่ 6 สิงหาคม 2550.
19. รายงานการประชุมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 9/2550 วันที่ 15 ตุลาคม 2550.
20. สัมฤทธิ์ ตรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. นนทบุรี : มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550.
21. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. เด็กอ้วน คำตอบอยู่ในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : 2549.
22. วรรณี นิธิยานันท์ สาธิต วรรณแสง ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ บรรณาธิการ. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2550.
23. วินัย ลีสมิทธิ์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย. สถาบันพระปกเกล้า. การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย การประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้าครั้งที่ 3. นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า, 2545.
24. สมเกียรติ ลีละศิธร และ วิชช์ เกษมทรัพย์. รายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยการศึกษาเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (เอกสารโรเนียว ไม่ระบุสถานที่และปี พ.ศ.)
25. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ. รูปแบบทางเลือกการบริหารจัดการงบประมาณเพื่องานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550.
26. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
27. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ .การพัฒนาการบริหารจัดการที่ดีของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เอกสารวิชาการส่วนบุคคลหลักสูตร

ประกาศนียบัตรชั้นสูงการบริหารงานภาครัฐและกฎหมายมหาชน รุ่นที่7 . นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า, 2551

28. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554). กระทรวงสาธารณสุข, 2551.
29. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลทั่วราชอาณาจักร การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
30. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549.
31. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550.
32. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551.
33. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารงบเหมาจ่ายรายหัวในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2553.
34. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล). พิมพ์ครั้งที่ 1 : ศรีเมืองการพิมพ์, 2551.
35. สำนักตรวจและประเมินผล. การตรวจราชการและนิเทศงาน การบริหารงบประมาณงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2551. เอกสารประกอบการประชุมสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี 2551 วันที่ 17-18 กันยายน 2551 ณ โรงแรมเจบี อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา
36. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
37. สำนักโรคไม่ติดต่อ. การศึกษาทบทวนสถานการณ์และโครงสร้างพื้นฐานของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการลดเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
38. สำนักโรคไม่ติดต่อ. การเกิดโรคไม่ติดต่อในเยาวชน กรณีเรื่องการควบคุมยาสูบ. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550.

39. Murrey CJL, Lopez AD (editors). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge MA: Harvard University Press. 1996 อ้างใน กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2551.
40. Wongkongkathep S., Srivanichakorn S., Jirojanakul P. Reforming Health: A system review of policy and approach in Thailand. Bangkok : Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development, 2005.