

บทที่ 3

กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย

1. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563

(Thailand Global Health Strategic Framework 2016 - 2020)

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับทั้งภายในและระหว่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน) ได้ประกาศนโยบายสนับสนุนกลไกสุขภาพโลก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 และกำหนดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดี และประเทศไทยมีความมั่นคงและปลอดภัยด้านสาธารณสุข สามารถขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถมีบทบาทและความร่วมมือระดับสากลเพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ โดยแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 จะเน้นการดำเนินงานใน 5 ด้านหลัก ได้แก่

- 1) การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ
- 2) การเสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และมีความเสมอภาค
- 3) ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบต่อไทยในประชาคมโลก
- 4) เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพโลก
- 5) เสริมสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลก

และกลไกการประสานการดำเนินงาน จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ได้พิจารณาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย และมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 -

2563 ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ต่อมาคณะรัฐมนตรีมีคำสั่งให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแก้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยให้มีความสอดคล้องกับกรอบระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับแก้ไขแผนยุทธศาสตร์ข้างต้น เป็นกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 (Thailand Global Health Strategic Framework 2016 - 2020) และได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2558 หลังจากนั้นได้นำเสนอเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเพื่อผ่านความเห็นชอบเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

สาระสำคัญของยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563

กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของไทยทั้งในระดับประเทศ ความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศของไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมความสอดคล้องและบูรณาการของการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย (Goal)

ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งมี

บทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและระดับภูมิภาคมีความรับผิดชอบที่สร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลกและในระดับภูมิภาค

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดินไทยมีความมั่นคงทางสุขภาพ
2. ระบบสุขภาพไทยมีความเข้มแข็งยุติธรรมและเป็นธรรม
3. ประเทศไทยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและมีบทบาทนำด้านสุขภาพโลกใน 8 ด้าน ดังนี้
 - 3.1 ศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชีย
 - 3.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 3.3 การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ
 - 3.4 เครือข่ายนักระบาดวิทยา
 - 3.5 หน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว
 - 3.6 ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ
 - 3.7 การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 - 3.8 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. นโยบายสาธารณะและนโยบายสุขภาพของประเทศไทยมีความสอดคล้องและสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้าการลงทุนกับสุขภาพของประชาชน
5. บุคลากรและองค์กรมีศักยภาพในการเจรจาต่อรองดำเนินงานด้านสุขภาพโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1. สถานการณ์และความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

1) การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาค

โลกาภิวัตน์ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา ได้แก่ เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โรคติดต่อต่างๆ การขาดสารอาหาร การขาดการสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี ไปสู่ปัญหาสุขภาพใหม่ ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก และล่าสุดคือ

อีโบล่าและไวรัสเมอร์ส การแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพดื้อยาปฏิชีวนะ แนวนอนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งความพิการ ที่เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบด้านสุขภาพจากภาวะโลกร้อน และข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพ นอกจากนี้ ประเทศต่างๆ มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งเทคโนโลยีมากขึ้น ทำให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น จึงเกิดประเด็นใหม่ ๆ ด้านสุขภาพขึ้น เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับปัญหาสุขภาพที่ขาดการเหลียวแล (neglected health problems) ปัญหาสุขภาพจากแรงงานและผู้อพยพข้ามพรมแดน คนไร้รัฐผู้ลี้ภัย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในทุกระดับ

องค์กรและกลไกที่มีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทขององค์กรอนามัยโลก หรือองค์กรภายใต้สหประชาชาติ ซึ่งเป็นกลไกอภิบาลที่ยึดโยงกับรัฐ ได้แก่ รัฐบาลและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักอีกต่อไป การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเมืองระหว่างประเทศ รวมทั้งภูมิรัฐศาสตร์ ทำให้มีองค์กรระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น ธนาคารโลก องค์กรการค้าโลก องค์กรชำนาญพิเศษต่างๆ ภายใต้สหประชาชาติ มูลนิธิการกุศลระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ บรรษัทข้ามชาติ กองทุนพัฒนาที่จัดตั้งโดยรัฐบาลของประเทศมั่งคั่ง

นอกจากนี้ ยังมีการรวมตัวกันเป็นประชาคมของประเทศในระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรป ประชาคมอาเซียน และกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีการทำงานร่วมกันด้านสุขภาพ บทบาทและการดำเนินการของกลไกเหล่านี้ มีผลกระทบทำให้บทบาทขององค์กรที่เคยเป็นหลักด้านสุขภาพในระดับโลกและประเทศ คือองค์กรอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข

เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทำให้กลไกการอภิบาลระบบ สุขภาพในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ได้ปรับเปลี่ยนไปจากกลไกที่เป็นระบบอภิบาลโดยรัฐ เพียงอย่างเดียว ไปสู่กลไกที่เป็นระบบอภิบาลแบบ เครือข่ายหรือแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น

3) ความเชื่อมโยงระหว่างงานด้านสุขภาพกับการต่างประเทศ

จากสถานการณ์ ปัญหา ด้านสุขภาพ และกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไปดังกล่าว มีผลกระทบต่อ การสร้างภาพลักษณ์ของประเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การรักษาผลประโยชน์ของประเทศในเวทีโลก จึงส่งผลให้ประเด็นสุขภาพโลก กลายเป็นประเด็นนโยบายต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จาก การที่หลายประเทศมีการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพโลก มีการตั้งทูตพิเศษด้านสุขภาพ (Health Ambassadors) มีการตั้งกองสุขภาพโลกในกระทรวงการต่างประเทศ มีการกำหนดตำแหน่งผู้ช่วยทูตด้านสาธารณสุข (Health Attache) ในสถานทูตต่างๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ ศักยภาพ ทูตทางสังคมและ ทูตทางปัญญาของไทยด้านสุขภาพ ยังได้รับการยอมรับ ในระดับภูมิภาคและระดับโลกเป็นอย่างสูง ทั้งในเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ การพัฒนา บุคลากรสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพ การแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะด้านต่างๆ โดยเฉพาะความสำเร็จในด้านการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้าวินัย ทูตทางสังคมเหล่านี้สามารถระดมมาใช้เป็น เครื่องมือในการดำเนินนโยบายด้านต่างประเทศได้เป็นอย่างดี

4) การมีสุขภาพที่ดีเอื้อต่อการพัฒนา

เป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ได้ครบ วาระในปี พ.ศ. 2558 และประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้ ร่วมกันจัดทำเป้าหมายเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ซึ่งได้บรรจุประเด็นสาธารณสุขเป็น 1 ใน 17 เป้าหมาย ที่ครอบคลุมการผลักดันการส่งเสริมหลักประกันสุขภาพ ถ้าวินัย การขจัดโรคเอดส์ การควบคุมการแพร่ระบาดของ ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่ออื่นๆ การลดอัตรา ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการส่งเสริมอนามัย แม่และเด็ก เป็นต้น

1.2. ความจำเป็นของการมีกรอบยุทธศาสตร์ สุขภาพโลกของประเทศไทย

กรอบยุทธศาสตร์นี้เป็นกรอบทิศทาง การทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาคส่วนต่างๆ ทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาสังคม เพื่อสร้างความ มั่นคงทางสุขภาพของคนไทย และแสดงการมีส่วนร่วม และความรับผิดชอบต่อสุขภาพต่อประชาคมโลก ซึ่งจะ ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในสังคมโลก

1) ประชาชนไทยและประชาชนในภูมิภาคมี ความมั่นคงทางสุขภาพร่วมกัน

เนื่องจากไม่มีพรมแดนขวางกั้นการแพร่ ระบาดของโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ดังนั้น การร่วมมือพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในภูมิภาค โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านจึงส่งผลต่อความมั่นคงทาง สุขภาพของคนไทยด้วย เช่น ความร่วมมือระหว่างประเทศ ผ่านเวทีสุขภาพโลก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้ออุบัติใหม่ สารเสพติด ยาสูบ สุรา สารออกฤทธิ์ต่อ จิตประสาท อาหารปนเปื้อนไม่ปลอดภัย รวมทั้งเรื่องหลัก ประกันสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ไทยลดภาระปัญหาสุขภาพ จากแรงงานและคนอพยพข้ามพรมแดน

2) ความสอดคล้องของนโยบายสาธารณสุข ภายในและภายนอกประเทศ

นโยบายการค้าการลงทุนทั้งภาครัฐ และเอกชนจากภายในและภายนอกประเทศ ย่อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีเวทีเพื่อให้ไทยนโยบายเหล่านี้มี ความสอดคล้องกัน และมีความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ ทางการค้า รายได้ของภาคเอกชนและรัฐบาลกับสุขภาพ ของคนในชาติ ขณะเดียวกันภาคเอกชนของไทยที่ไป ลงทุนธุรกิจการค้าและบริการในต่างประเทศย่อมส่งผลต่อ สุขภาพของคนในชาตินั้น ย่อมมีความจำเป็นต้องปกป้อง สุขภาพของคนในชาตินั้นด้วย เฉกเช่นเดียวกับการปกป้อง สุขภาพของคนในประเทศไทย กรอบยุทธศาสตร์นี้จึงเป็น ฐานของความร่วมมือภายในประเทศ ระหว่างภาคส่วน ต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นฐานของความร่วมมือ ระหว่างประเทศผ่านระบบสุขภาพโลก เพื่อให้เกิดสมดุล ระหว่างนโยบายต่างๆ กับสุขภาพของประชาชน

3) ระบบสาธารณสุขไทยที่เข้มแข็งสามารถ แผ่แผ่และเป็นแบบอย่างไปปรับใช้ในประเทศอื่น

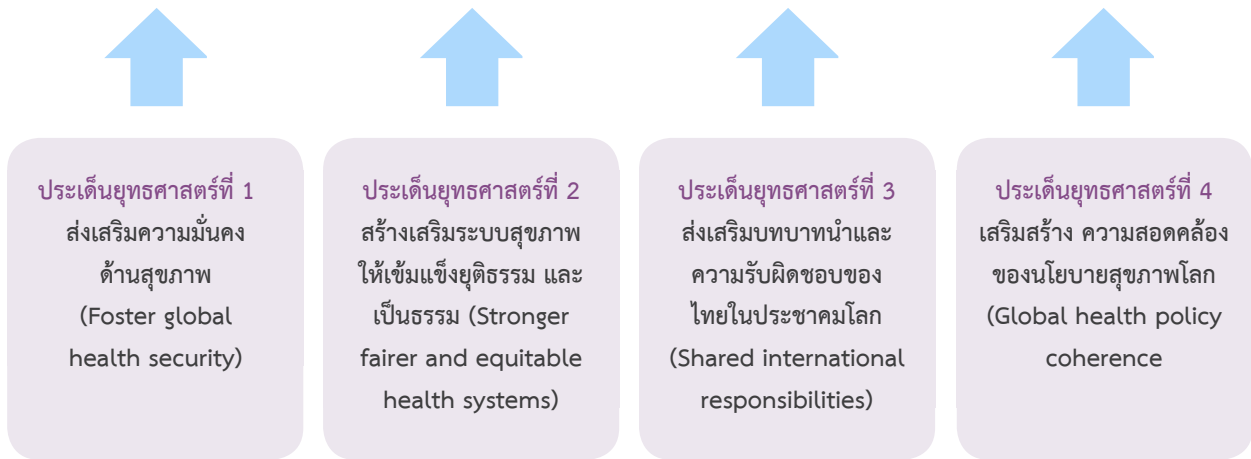
องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกยกย่องประเทศไทยอยู่ในแนวหน้าของโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและมีความเป็นธรรม และมีนวัตกรรมทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมและแก้ปัญหาโรคเอดส์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สมัชชาสุขภาพ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ล้วนแต่ประสบความสำเร็จด้วยดี แสดงถึงศักยภาพด้านการพัฒนาสิทธิมนุษยชน การส่งเสริมสุขภาพประชาชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ นวัตกรรมและประสบการณ์เหล่านี้มีคุณค่าอย่างยิ่งเพื่อแบ่งปันให้ประเทศอื่นสามารถปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็งและเป็นธรรม เพื่อบรรลุสุขภาพดีของคนในภูมิภาค

4) การเสริมสร้างเกียรติภูมิและภาพลักษณ์ ที่ดีของไทยในฐานะประเทศที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบด้าน สุขภาพต่อประชาคมโลก

โดยที่ประสบการณ์และความสำเร็จของระบบสาธารณสุขไทย เช่น ความก้าวหน้าทางวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข บริการการศึกษาหลังปริญญาในสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะโรคต่างๆ บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชน ได้ถูกเผยแพร่เป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบสุขภาพในหลายประเทศ ทำให้ประชาชนในประเทศเหล่านั้นโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านมีสุขภาพดี ซึ่งช่วยยับยั้งโรคติดต่อและโรคระบาดมาสู่ไทย จึงกล่าวได้ว่าประเด็นสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการพัฒนาความสัมพันธ์กับต่างประเทศ (Health as foreign policy instrument) เพื่อช่วยรักษาผลประโยชน์ของชาติ นอกจากนี้ภาคสาธารณสุขยังได้ร่วมมือกับภาคการทูตและการต่างประเทศในการผลักดันวาระสุขภาพสำคัญต่างๆ ในระดับโลก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางสุขภาพของประเทศไทยและของนานาชาติ (Foreign policy is an instrument to advocate global health agenda) การแสดงความรับผิดชอบของไทยต่อประชาคมโลกในรูปแบบทั้งสอง ล้วนแต่ช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีตลอดจนเกียรติภูมิของประเทศอย่างยั่งยืนในเวทีสากล

1.3. กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

เป้าหมาย: ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งบทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพและรับผิดชอบที่สร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลก



หลักการ: ความเชื่อมโยง ความสอดคล้อง และเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ระหว่างนโยบายภายในประเทศ และนโยบายสุขภาพโลก โดยสอดคล้องกับหลักการสากล ได้แก่

- หลักการสิทธิมนุษยชน
- หลักการความมั่นคงของมนุษย์
- หลักการคุ้มครองทางสังคม
- หลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- หลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ

1. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รัฐ เอกชน ประชาสังคม เพื่อดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์
2. มีกลไกกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. บุคลากรด้านสุขภาพโลกมีความพร้อม ศักยภาพ และมีจำนวนเพียงพอ
4. การร่วมมือระหว่างประเทศของหน่วยงานต่างๆ สอดคล้อง มีบูรณาการไปในทิศทางเดียวกัน
5. กรอบความร่วมมือทวิภาคี พหุภาคี มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

1.4. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559 – 2563

ประเด็นยุทธศาสตร์	กิจกรรมหลัก
<p>1 ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดผลกระทบจากภัยคุกคามและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพระดับโลก 2. เสริมสร้างความเข้มแข็ง และสมรรถนะในการดำเนินการประเมิน และป้องกันโรคระบาดข้ามพรมแดนตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation, 2005) 3. สร้างเสริมศักยภาพอย่างยั่งยืนขององค์กรในการป้องกัน การค้นหา และการตอบโต้ต่อภัยสุขภาพ และภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ ธรรมชาติ และเทคโนโลยี 4. ส่งเสริมให้เกิดกลไกความร่วมมือในระดับภูมิภาคในเรื่องการวิจัยและพัฒนา ยาและวัคซีน โดยเฉพาะยาจำเป็น และยากำพร้า 5. จัดการผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภูมิอากาศที่มีผลต่อสุขภาพประชาชนไทยและประชากรโลก 6. ส่งเสริมความร่วมมือด้านสุขภาพมนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม
<p>2 เสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และเป็นธรรม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสริมสร้างสมรรถนะของหน่วยงานด้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2. สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยข้ามพรมแดน ผู้ลี้ภัย ผู้ต้องกัก กลุ่มคนไร้รัฐ และกลุ่มคนที่รอพิสูจน์สัญชาติให้เข้าถึงการบริการและป้องกันภัยสุขภาพอย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนที่อาศัยตามแนวชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน
<p>3 ส่งเสริมบทบาทนำ และความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลักดันบทบาทนำของไทยในการพัฒนานโยบายสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก 2. สนับสนุนการเผยแพร่นวัตกรรมด้านสุขภาพของไทยให้เป็นที่ยอมรับในเวทีระหว่างประเทศ 3. ให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขที่ไทยมีศักยภาพแก่ประเทศกำลังพัฒนาเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (health diplomacy)
<p>4 เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายและสุขภาพภายในประเทศ และระหว่างประเทศ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนความสอดคล้องของนโยบายสาธารณะ (public policies) กับนโยบายด้านสุขภาพโลก 2. ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ (Health impact assessment: HIA)
<p>5 เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรในด้านสุขภาพโลกอย่างยั่งยืน และพัฒนาการประสานงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรที่ดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของไทย 2. พัฒนาความร่วมมือและใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาพโลก 3. ปรับโครงสร้างหน่วยงานด้านการต่างประเทศของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของไทย

2. ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)

การวางแผนเพื่อพัฒนาประเทศไทย ได้เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - 2509) จนถึงปัจจุบัน ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) ซึ่งมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องภายใต้สถานการณ์ เศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ การพัฒนาประเทศที่ผ่านมามุ่งให้ความสำคัญกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ ด้วยการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และใช้การเติบโตของรายได้ต่อหัวเป็นเครื่องชี้วัดผลสำเร็จของการพัฒนา อย่างไรก็ตามถึงแม้แนวทางการพัฒนาดังกล่าวจะสร้างความเจริญเติบโตให้กับระบบเศรษฐกิจโดยรวมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยให้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ได้ส่งผลกระทบต่อความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหาความยากจน และการกระจายรายได้ไปสู่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดการพัฒนาประเทศ โดยยึดปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนเป็นการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มีการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไทยโดยใช้แผนบริหารราชการแผ่นดิน ภายใต้นโยบายรัฐบาลและแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

สำหรับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) และฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) ยังคงน้อมนำแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นแนวทางการพัฒนาแบบบูรณาการที่มีคนเป็นศูนย์กลางพัฒนาต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 โดยให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนและสังคมให้มีคุณภาพ รวมทั้งสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจด้วยพื้นฐานด้านความรู้ ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมและการรักษาสิ่งแวดล้อม ซึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 จะ

สิ้นสุดลงในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2559 สำหรับการพัฒนาในระยะต่อไปจะเป็นช่วงการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2559 - 2564) โดยมีแนวทางในการพัฒนาดังต่อไปนี้

2.1 แนวทางการพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

กรอบแนวคิดและหลักการ

ในช่วงของการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาสภาวะแวดล้อมและบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ เช่น กระแสการเปิดเสรีทางการค้า ความท้าทายของเทคโนโลยีใหม่ๆ การเข้าสู่สังคมสูงวัย การเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง ประกอบกับสภาวะการณ์ด้านต่างๆ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศในปัจจุบันที่ยังคงประสบปัญหาในหลายด้าน เช่น ปัญหาคุณภาพการผลิต ความสามารถในการแข่งขัน คุณภาพการศึกษา ความเหลื่อมล้ำทางสังคม เป็นต้น ทำให้การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 จึงจำเป็นต้องยึดกรอบแนวคิดและหลักการในการวางแผนที่สำคัญ ดังนี้ 1) การน้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 2) คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม 3) การสนับสนุนและส่งเสริมแนวคิดการปฏิรูปประเทศ และ 4) การพัฒนาสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เพื่อให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยมีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ดังนี้

1) การพัฒนาเศรษฐกิจในภาพรวม ประกอบด้วย

(1) การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งและระบบโลจิสติกส์ของประเทศ

(2) การสนับสนุนการเป็นฐานการผลิตของอุตสาหกรรมและบริการสมัยใหม่ ที่จะเป็นแรงขับเคลื่อนการขยายตัวทางเศรษฐกิจระยะต่อไป รวมทั้งเป็นแหล่งถ่ายทอดเทคโนโลยีและสร้างความเชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมและบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน

(3) การลงทุนเพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ (พ.ศ. 2558 - 2569)

(4) การใช้ประโยชน์จากประชาคมอาเซียนและการเปิดเสรีทางการค้าและการลงทุน ทั้งในด้านการลดข้อจำกัดทางด้านขนาดของตลาดในประเทศ การพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของผู้ประกอบการ และการลดต้นทุนทางการเงินและต้นทุนทางธุรกรรม เป็นต้น

2) การพัฒนาเศรษฐกิจรายสาขา ประกอบด้วย

(1) การส่งเสริมด้านการวิจัยและพัฒนา โดยเร่งส่งเสริมสังคมนวัตกรรม และพัฒนาสภาวะแวดล้อมของการพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม เป็นต้น

(2) การพัฒนาผลิตภาพแรงงาน โดยสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนากำลังคนและแรงงาน และพัฒนาระดับคุณภาพแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ

(3) การพัฒนาสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP)

(4) การเพิ่มขีดความสามารถและสร้างแรงจูงใจให้ SMEs

(5) การส่งเสริมผู้ประกอบการให้เข้มแข็งสู่เศรษฐกิจดิจิทัล

(6) การปรับโครงสร้างภาคอุตสาหกรรม และบริการ อาทิ ปรับโครงสร้างการผลิตภาคอุตสาหกรรม

โดยมุ่งเน้นการพัฒนา 2 กลุ่มสาขาอุตสาหกรรมควบคู่กัน ได้แก่ กลุ่มอุตสาหกรรมที่ต่อยอดจากศักยภาพหรือจุดแข็งในปัจจุบันของประเทศ เช่น อุตสาหกรรมที่เชื่อมโยงหรือต่อยอดจากภาคเกษตร และกลุ่มอุตสาหกรรมที่รองรับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ในบริบทโลก รวมทั้งปรับโครงสร้างภาคบริการ โดยเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของภาคบริการศักยภาพในเชิงธุรกิจ พัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจภาคบริการที่มีศักยภาพในการเติบโตและมีส่วนสนับสนุนภาคการผลิตให้มีประสิทธิภาพในการแข่งขัน และสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวโดยมุ่งเน้นการท่องเที่ยวเชิงคุณภาพเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ปรับโครงสร้างภาคการค้าและการลงทุน อาทิ

พัฒนาประเทศสู่ความเป็นชาติการค้าเพื่อเป็นศูนย์กลางการค้า โดยใช้ฐานเศรษฐกิจดิจิทัลและการพัฒนานวัตกรรม ปรับปรุงมาตรฐานและประสิทธิภาพการดำเนินงานของผู้ประกอบการ สร้างความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา กับประเทศในอนุภูมิภาค ภูมิภาค และนานาชาติ และสนับสนุนการเปิดเสรีทางการค้าและการลงทุน ทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ประกอบการไทยสามารถขยายตลาด สาขาการผลิต และการลงทุนในประเทศเพื่อนบ้านและในภูมิภาค โดยอาศัยประโยชน์จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และการเชื่อมโยงความร่วมมือจากประเทศในอนุภูมิภาค โดยเฉพาะการลดอุปสรรคทางการค้าภายใต้กรอบข้อตกลงประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เป็นต้น

3) การพัฒนาการเกษตรสู่ความเป็นเลิศด้านอาหาร

ให้ความสำคัญกับการปรับโครงสร้างการผลิตภาคเกษตร โดยการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนฐานการผลิตการเกษตรที่เข้มแข็งและยั่งยืน การจัดระบบการผลิตให้สอดคล้องกับศักยภาพพื้นที่และความต้องการของตลาดตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ทั้งด้านกายภาพและเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลถึงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จะสนับสนุนในแต่ละพื้นที่ การส่งเสริมการรวมกลุ่มการผลิตทางการเกษตร จากกิจการเจ้าของคนเดียวเป็นการประกอบการในลักษณะสถาบันเกษตรกร การสร้างโอกาสในการเข้าถึงนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร การเพิ่มมูลค่าผลผลิตภาคเกษตร จากการผลิตสินค้าเกษตรขั้นปฐมเป็นสินค้าเกษตรแปรรูปที่มีมูลค่าสูงมีคุณภาพและมาตรฐานสากล สามารถสร้างความเชื่อมโยงทางด้านวัตถุดิบกับประเทศเพื่อนบ้าน

นอกจากนี้ควรเร่งพัฒนาและขับเคลื่อนการผลิตเกษตรอินทรีย์อย่างจริงจัง โดยยกระดับราคา สินค้าเกษตรอินทรีย์ให้แตกต่างจากสินค้าเกษตรที่ใช้สารเคมี ส่งเสริมการเกษตรตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

4) การพัฒนาศักยภาพคนให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ โดยการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กและพัฒนาการที่สมวัย

ทั้งในด้านร่างกายสติปัญญา อารมณ์และสังคม การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้โดยพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ปรับระบบการคลังด้านการศึกษา โดยการจัดสรรงบประมาณตรงสู่ผู้เรียน และแก่สถานศึกษาในเขตพื้นที่ห่างไกล พัฒนาคุณภาพครูโดยพัฒนาระบบการสรรหา พัฒนาทักษะการจัดการเรียนรู้นวัตกรรมในการจัดการเรียนการสอน และทักษะในการสื่อสาร เป็นต้น รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinant of Health) การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยให้เอื้อต่อการพัฒนาคน โดยการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การปลูกฝังและบ่มเพาะวิถีการดำเนินชีวิตแก่สมาชิกในครอบครัวให้มีคุณธรรม จริยธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต มีวินัย มีความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

5) การสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการทางสังคมอย่างเสมอภาค โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การสร้างความมั่นคงทางด้านรายได้และโอกาสในการประกอบอาชีพ โดยสนับสนุนให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการเรียนรู้ ได้รับความฝึกทักษะอาชีพ และการสนับสนุนสินเชื่อหรือทุนเพื่อการประกอบอาชีพอิสระ และการสร้างผู้ประกอบการรายใหม่ การพัฒนาการบริหารจัดการในระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมอย่างเสมอภาค การพัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการยุติธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบยุติธรรมชุมชน การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุโดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุการเสริมสร้างบทบาทของสถาบันทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาในชุมชนและต่อยอดไปสู่เชิงพาณิชย์รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน

และสถาบันการศึกษาในการร่วมกันพัฒนาความรู้ในเชิงทฤษฎีและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ เพื่อสร้างศักยภาพให้กับชุมชนในการประกอบธุรกิจ เป็นต้น

6) การพัฒนาพื้นที่ภาคและการเชื่อมโยงภูมิภาค

ประกอบด้วย การจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจชายแดนโดยส่งเสริมการลงทุนและการค้าชายแดน รวมทั้งวิสาหกิจขนาดกลางขนาดย่อมและธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อดึงดูดนักลงทุนไทยและในภูมิภาคให้เข้ามาลงทุนในพื้นที่ การพัฒนาและฟื้นฟูพื้นที่ฐานเศรษฐกิจหลัก แก้ไขปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เศรษฐกิจหลักให้เกิดผลในทางปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนกิจการหรือกระบวนการผลิตให้ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน และเร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนและการเป็นฐานเศรษฐกิจหลักของประเทศ

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกของเมืองศูนย์กลางความเจริญในภูมิภาคให้เป็นเมืองน่าอยู่และปลอดภัย มีระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะในเขตเมืองศูนย์กลางความเจริญในภูมิภาค เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการเข้าถึงตลาดและบริการสาธารณะด้วยต้นทุนต่ำและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการบริหารจัดการเมือง การพัฒนาด้านการขนส่งและโลจิสติกส์เชื่อมโยงในประเทศและภูมิภาค โดยพัฒนาโครงข่ายทางหลวงพิเศษระหว่างเมือง โดยให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงโครงข่ายถนนภายในประเทศไปยังด่านการค้า/ประตูการค้าที่สำคัญเพื่อรองรับปริมาณการเดินทางและขนส่งสินค้า พัฒนาโครงข่ายระบบรางเชื่อมโยงเมืองศูนย์กลางความเจริญทั่วประเทศ เพื่อลดต้นทุนด้านพลังงาน และพัฒนาระบบอำนวยความสะดวก ด้านการค้าและการผ่านแดนที่มีความคล่องตัวในประตูการค้าชายแดนที่สำคัญ โดยการใช้เทคโนโลยีและระบบปฏิบัติงานเชื่อมโยงข้อมูลโดยใช้เครื่องมือทางด้านอิเล็กทรอนิกส์ (National Single Window) รวมทั้งการปรับปรุงกฎระเบียบ เป็นต้น

7) การสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ประกอบด้วย การรักษาทุนทางธรรมชาติเพื่อการเติบโตสีเขียว โดยปกป้องรักษาทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่า อนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืนและแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม พร้อมพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดินและแก้ไขการบุกรุกที่ดินของรัฐ การบริหารจัดการน้ำเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ สร้างศูนย์ข้อมูลทรัพยากรน้ำ จัดตั้งองค์กรบริหารจัดการน้ำในระดับพื้นที่ การส่งเสริมการบริโภคที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการผลิต การลงทุน และการสร้างงานสีเขียว เพื่อยกระดับประเทศสู่เศรษฐกิจและสังคมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาวิกฤตสิ่งแวดล้อม ด้วยการเร่งรัดการควบคุมมลพิษทั้งทางอากาศ ขยะ น้ำเสีย และของเสียอันตรายที่เกิดจากการผลิตและบริโภค รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยงด้านภัยพิบัติเพื่อให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด และนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เสริมสร้างขีดความสามารถในการเตรียมความพร้อมและการรับมือภัยพิบัติ พัฒนาระบบการจัดการภัยพิบัติในภาวะฉุกเฉิน ให้มีความแม่นยำ น่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการฟื้นฟูบูรณะหลังการเกิดภัยให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประสบภัยได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

2.2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11

(พ.ศ. 2555 – 2559)

หลักการ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 เป็นแนวคิดที่มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพ และการจัดบริการที่ครอบคลุมเป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

วิสัยทัศน์ “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ”

พันธกิจ พัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงโดยยึดหลักธรรมาภิบาล สร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยคุกคาม และสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาไทย

เป้าประสงค์

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้
2. มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ไวพอทันการณ์และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
4. มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพและมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
5. มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
2. อัตราป่วย อัตราตายจากภัยพิบัติ โรคระบาด และภัยสุขภาพ
 - อัตราป่วยด้วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ
 - อัตราตายจากภัยพิบัติตามธรรมชาติ
 - อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม
3. อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง และอัตราการควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย
4. ร้อยละของประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (ออกกำลังกาย บริโภคผัก/ผลไม้ ลดการรับประทานอาหารหวาน/มัน/เค็ม เลือกรับประทานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มี อย. สุกสุกหรือและดื่มสุราลดลง)

5. สัดส่วนการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
6. อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ
7. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในภายใน 28 วัน
8. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ยและระหว่างภูมิภาค
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงิน

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559)

1. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีศักยภาพ มีความเข้มแข็ง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ มีกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่นของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ และภาคประชาสังคม โดยใช้ข้อมูลที่ครบถ้วน รอบด้าน การหาทางออกร่วมกันอย่างสมานฉันท์ ตลอดจนการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศให้เข้มแข็งทั้งในระดับโลก ภูมิภาคและชายแดน พัฒนาศักยภาพวิธีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยให้มีความปลอดภัย มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับ พัฒนาระบบการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมด้านการแพทย์แผนไทยในการตรวจและรักษาโรคให้มากขึ้น ตลอดจนส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัยและการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย โคลนดินถล่ม แผ่นดินไหว สารพิษ สารเคมี การก่อการร้าย การจลาจล ฯลฯ การเกิดโรคระบาดต่างๆ ทั้งที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ สารก่ออันตรายในสิ่งแวดล้อม

ในอาหาร สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ อุบัติเหตุ ตลอดจนภัยสุขภาพอื่นๆ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัยและการจัดการภัยพิบัติ ภัยสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการเกิดภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ

3. ยุทธศาสตร์การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิผล เพิ่มสัดส่วนการลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น สร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีการตื่นตัว ให้ความสำคัญต่อสุขภาพมีการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี มีความปลอดภัยด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โภชนาการ การประกอบอาชีพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา พัฒนาระบบการควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดใหม่ พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกายและการมีสุขภาพจิตที่ดี

4. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพ ให้มีมาตรฐานในทุกกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการในทุกกระดับให้ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้อย่างมีคุณภาพทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอในทุกระดับ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทางให้ครอบคลุมพื้นที่ตามความจำเป็น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีคุณภาพมาตรฐานที่ดีในทุกระดับ จัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ คนชายขอบ พัฒนาการเข้าถึงบริการระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมมากขึ้น พัฒนาระบบส่งต่อโดยประชาชนไม่ถูกปฏิเสธการส่งต่อและได้รับการดูแลที่ดีระหว่างการส่งต่อ ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการรับบริการ ขยายขีดความสามารถในการบำบัดรักษา ยาเสพติด สร้างกลไกเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการใกล้ชิดลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเรื่องกระบวนการรักษาสิทธิประโยชน์และความคาดหวัง เพื่อให้ผู้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

5. ยุทธศาสตร์การสร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Delivery Board) เพื่อวางระบบบริการของประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนด

3. นโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

3.1 นโยบายที่มหมครอบครัว

ความเป็นมา

ในปี พ.ศ. 2557 นโยบายของรัฐบาล โดยท่านนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มุ่งเน้นให้ประชาชนในสังคมไทยได้รับโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมและเสมอภาค นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาด้านการป้องกันโรคมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพให้มีการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต จัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนรวมถึงชุมชนและครอบครัวด้วย (คำแถลงนโยบายนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา, 2557)

ทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน (กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายกำลังคนที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง มีระบบข้อมูลสุขภาพ ที่แม่นยำ ครบถ้วน ทันเวลาสามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบงานให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขและเห็นคุณค่าของการทำงาน ส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ (Public Private Partnership: PPP) สร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่างๆ ในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ตลอดจนการนำความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน

กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การนำของศาสตราจารย์ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ในขณะนั้น) ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาการจัดการสุขภาพให้แก่ประชาชนไทยตลอดทุกช่วงวัยทุกคน ให้มีอายุยืนและร่างกายที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการจัดระบบบริการทางสุขภาพที่ดีจึงไม่ใช่เพียงเป็นการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมถึงการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษาและแนะนำการดูแลสุขภาพเบื้องต้นตั้งแต่ที่ยังไม่เจ็บป่วย ในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรได้รับการรักษาดูแล ส่งต่อไปรับบริการในสถานบริการทางสุขภาพที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในรายที่ต้องดูแลรักษาอาการแบบเรื้อรัง ก็ควรได้รับการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเหมาะสม

หากสามารถจัดให้มีบริการเยี่ยมดูแลถึงที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ ที่จะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลทุกมิติและเป็นองค์รวม ประชาชนเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และกลับบ้านได้ไม่ว่าอยู่ทีใด ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นอีกหนึ่งภารกิจสำคัญที่จะสนองต่อนโยบายของนายกรัฐมนตรีและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลสุขภาพประชาชนในทุกมิติทั้งรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพเป็นทีมสหวิชาชีพนั้นย่อมนำมาซึ่งคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล โดยเฉพาะในบริบทประเทศไทยที่ยังมีข้อจำกัดของบุคลากรแพทย์ที่มักจะเป็นบุคลากรหลักในการดูแล ดังนั้นทีมหมอครอบครัว (Family care team) จึงนับว่าเป็นการปฏิรูปการดูแลสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่เป็นการต่อยอดเพิ่มเติมจากฐานงานเดิมของระบบบริการสุขภาพของไทย เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับของการจัดบริการทางสุขภาพ รวมทั้งเป็นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคประชาชน ชุมชน โดยมีสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกัน

โดยนิยามของทีมหมอครอบครัว (Family care team) ในที่นี้หมายถึง กลุ่มบุคลากรที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านและในโรงพยาบาล รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกาย ครอบคลุมทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ โดยจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัว 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับอำเภอ ซึ่งจะมีแพทย์และสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาล และทีมจากสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยงให้การสนับสนุนวิชาการ พัฒนาศักยภาพทางคลินิกทีมตำบล ชุมชน รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรทุกประเภทที่จำเป็น

2. ระดับตำบล ซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการทำหน้าที่เป็นหมอครอบครัว ดูแลปัญหาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถ ผสมผสานกับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้แก่ครอบครัว ชุมชน เชื่อมประสานกับองค์กรท้องถิ่น และภาครัฐอื่นๆ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหา ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ขจัดทุกข์เพิ่มสุข ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหมอครอบครัว 1 คน ให้รับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คน

3. ระดับชุมชน ประกอบด้วยภาคประชาชนในพื้นที่ เช่น อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา นักบริหาร แกนนำครอบครัว มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือการให้การบริการ ทำหน้าที่ประจักษ์ชัดของผู้ป่วยและครอบครัว

เพื่อเป็นของขวัญปีใหม่ 2558 ให้กับประชาชน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน (ในขณะนั้น) จึงได้ส่งมอบ “ทีมหมอครอบครัว” (Family care team: FCT) เข้าไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อให้ “ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทย เป็นหมอครอบครัว” และเริ่มดำเนินนโยบายดังกล่าวตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557 โดยกลุ่มเป้าหมายของการจัดบริการในช่วงแรก เน้นไปที่ 3 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- 1) **ผู้สูงอายุ** ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือเรียกว่า ผู้ป่วยติดเตียง (ข้อมูลจากสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557) จำนวนประมาณ 163,860 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของผู้สูงอายุที่มี 9 ล้านกว่าคน
- 2) **ผู้พิการ** จำนวน 1,580,525 คน และ
- 3) **ผู้ป่วยระยะสุดท้าย** จำนวนประมาณ 41,557 คน รวมทั้ง 3 กลุ่มประมาณ 1,785,942 คน

การดำเนินงานตามนโยบาย

เมื่อนโยบายทีมหมอครอบครัวได้ถูกนำไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการดำเนินการย่อมขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่จะมีศักยภาพในการดำเนินการได้มากน้อยเพียงใด สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) เพื่อที่จะทราบการรับรู้ต่อนโยบายและการสนับสนุนทรัพยากร การนำนโยบายสู่การปฏิบัติและรูปแบบการดำเนินงานที่เกิดขึ้นแต่ละพื้นที่ ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนแรกหลังให้นโยบาย โดยเฉพาะในส่วนของผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนโยบายทีมหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ให้มีความยั่งยืนต่อไป โดยการติดตามประเมินผลนโยบายครั้งนี้ ใช้กรอบการพิจารณาตาม CIPP Model เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในการพิจารณาทุกด้านทั้งบริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตการดำเนินงาน ใช้การค้นหาปรากฏการณ์ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม สังเกตแบบมีส่วนร่วม เอกสารบันทึกต่างๆ และใช้การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการในทีมหมอครอบครัว และสุ่มพื้นที่ทำการติดตามประเมินผลนโยบาย จากระดับภาค เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล จนกระทั่งถึงระดับชุมชน

การสื่อสารนโยบายทีมหมอครอบครัว

ผู้บริหารระดับสูง โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายในการประชุม Kick off นโยบายทีมหมอครอบครัว ส่วนช่องทางหลักที่ทำให้ผู้ปฏิบัติได้รับการถ่ายทอดนโยบาย คือ การประชุมในเวทีระดับต่างๆ เช่น เวทีระดับกระทรวง เขต จังหวัด และอำเภอ หนังสือสั่งการจากส่วนกลาง ส่วนหนังสือคู่มือทีมหมอครอบครัว ที่ถูกส่งไปเพื่อนำไปใช้ประกอบการทำความเข้าใจของผู้ปฏิบัติในพื้นที่นั้น ยังไม่เพียงพอที่จะให้ทั่วถึงทุกสถานบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะต่อมากการลงเยี่ยมพื้นที่ของ คณะรัฐมนตรีว่าการฯ และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข สร้างความเข้าใจและกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ถ่ายทอดข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ

ช่วยให้กระตุ้นพื้นที่ ทั้งที่ได้รับการเยี่ยมและพื้นที่จังหวัดอื่นในการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน ในขณะเดียวกันการเน้นย้ำทิศทางและเป้าหมายนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหารทุกระดับ โดยเฉพาะระดับจังหวัด ที่มีผลอย่างมากต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

การรับรู้นโยบาย

กลุ่มผู้ที่รับรู้นโยบายส่วนใหญ่เป็นระดับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และอำเภอ อย่างไรก็ตามการรับรู้นโยบายยังขาดความเข้าใจอย่างชัดเจนในเรื่องแนวคิด ทิศทางนโยบาย รวมทั้งยังมีความสับสน ลังเลกับกรอบกระบวนการและเป้าหมาย รวมทั้งข้อกำหนดในการจัดตั้งโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ส่วนผู้ปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัวระดับตำบล และชุมชน ทั้งส่วนของบุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนมีการรับรู้นโยบายน้อยมาก

ช่วง 6 เดือน การรับรู้นโยบายในผู้ปฏิบัติทุกระดับดีขึ้น มีความเข้าใจในแนวคิดและนำไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนขึ้น ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานอื่นนอกสาธารณสุข เริ่มมีการรับรู้ในบางพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าพื้นที่นั้นๆ ให้ความสำคัญและมีความสม่ำเสมอในการนำเรื่องนโยบายหรือปัญหาของสาธารณสุขเข้าเสนอต่อที่ประชุมในเวทีที่มีภาคีเครือข่ายอื่นมากน้อยเพียงใด โดยเวทีที่สามารถทำให้ภาคีเครือข่ายรับรู้ได้ดี ได้แก่ เวทีประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และประชาคมหมู่บ้าน สำหรับประชาชน ยังคงรับรู้เพียงว่ามีหมอมาเยี่ยมบ้านมาให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ซึ่งประชาชนรับรู้ว่าเป็นหมอครอบครัว ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงผู้ดูแลสุขภาพใกล้ชีวิตที่สุด และแตกต่างกันในเขตเมืองและเทศบาล

การยอมรับและเห็นประโยชน์

ผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้บริหารสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานส่วนสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัวทุกระดับ ยอมรับว่าเป็นนโยบายที่มีมุ่งเน้นประโยชน์เพื่อประชาชน เป็นนโยบายที่แก้ปัญหาให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ในขณะเดียวกันนโยบายทีมหมอครอบครัว มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับการดำเนิน

งานที่มีอยู่ทั้งการทำงานสุขภาพปฐมภูมิ และการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) โดยเฉพาะงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ที่มุ่งเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายชัดเจนมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการประสานการทำงานที่ชัดเจนขึ้น ทั้งระหว่างสหวิชาชีพ และระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับโรงพยาบาลระดับสูงขึ้น ด้วยเหตุนี้ นโยบายดังกล่าวจึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย และทำให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานของทีม และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อการดำเนินงานในพื้นที่แต่อย่างใด

อย่างไรก็ตามบางพื้นที่ที่ยอมรับนโยบาย แต่ให้ข้อสังเกตเรื่องระยะเวลาในการดำเนินงานยังต้องการเวลาที่จะจัดระบบงานต่างๆ ให้ไปด้วยกันได้ก่อน ไม่ควรเร่งรีบให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงาน มีลักษณะการสั่งการทำงานแบบ Top-Down ที่เร่งรัดการดำเนินงานที่จะเห็นผลเชิงปริมาณเร็วเกินไป โดยเฉพาะในช่วงแรกที่ต้องการเห็นจำนวนทีมหมอครอบครัวในแต่ละระดับ และจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล ซึ่งลักษณะงานแบบนี้ พื้นที่เห็นว่าควรใช้เวลาสำหรับการเรียนรู้สร้างความเข้าใจให้มากขึ้น ให้ครอบครัวผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจนก่อน แล้วดำเนินงานแบบค่อยเป็นค่อยไปตามศักยภาพและบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันและควรเน้นการให้เห็นผลลัพธ์เชิงคุณภาพของทั้งตัวบุคลากรที่อยู่ในโครงสร้างทีมหมอครอบครัว และประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชนอย่างยั่งยืน

ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ให้ความสำคัญเพียงว่า เขาได้รับการดูแลช่วยเหลืออะไรจากบุคลากร หรือผู้เกี่ยวข้องทางสาธารณสุขที่เหมือนหรือต่างไปจากเดิม

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ในแต่ละพื้นที่ที่มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับต้นทุนการดำเนินงานเดิมของพื้นที่ เช่น งานเยี่ยมบ้าน (Home visit) งานหมอครอบครัว (นักสุขภาพครอบครัว: นสค.) การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) งานปฐมภูมิ หลายพื้นที่ที่มีแผนการทำงาน หรือรูปแบบการทำงานที่ใช้การบูรณาการกับงานเดิมที่ทำอยู่

อย่างไรก็ตามแนวคิด ทิศทาง นโยบายระดับพื้นที่ และเป้าหมายของผู้บริหารทุกระดับในพื้นที่ ทั้งส่วนของสาธารณสุขและผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด หัวหน้าส่วนราชการนอกกระทรวงสาธารณสุข ล้วนมีผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินการตามนโยบายอย่างมาก เช่น บางพื้นที่ผู้บริหารระดับจังหวัด ซึ่งให้ความสำคัญกับบริบทของพื้นที่ แม้ว่าในจังหวัดเดียวกันแต่ต่างอำเภอ ต่างตำบล ก็มีความแตกต่าง จึงได้นำนโยบายไปสู่พื้นที่ ร่วมวิเคราะห์บนพื้นฐานบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการที่เหมาะสมกับพื้นที่

รูปแบบการดำเนินงาน

1) **บูรณาการ ผสมผสานกับงานเดิม** ทั้งเชิงกระบวนการ กลุ่มเป้าหมายและทีมงาน เข้ากับงานเดิมในพื้นที่ เช่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยงานในพื้นที่ดำเนินการอยู่แล้วอย่างงานปฐมภูมิ เพื่อการจัดการโรค NCD การดูแลระยะยาว (Long term care) งานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่เน้นการจัดการตามกลุ่มวัย งานเยี่ยมบ้าน และส่งต่อผ่านสายด่วน 1669 และรถบริการฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนจาก อปท. ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง ระหว่างเขตชนบท เขตเมือง (นอก/ในเขตเทศบาล) แต่ละพื้นที่

- พื้นที่เขตชนบทมีพื้นฐานความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. กับประชาชนที่อยู่ในชุมชน ทำให้การยอมรับและการเข้าถึงของทีมหมอครอบครัวระดับตำบลและชุมชน เป็นไปได้โดยไม่ยากนัก

- พื้นที่ในเขตเทศบาลและเขตเมือง มีพื้นฐานความเป็นเมือง งานทีมหมอครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีไม่น้อยเพียงใด จึงขึ้นกับความสัมพันธ์ของบุคลากรและทีมงานสุขภาพเองที่เคยดำเนินการไว้เป็นอย่างมาก จากกรณีศึกษาทั้ง 4 จังหวัด พบว่า เจ้าหน้าที่ทั้งจากงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยความใส่ใจในการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพให้ถึงบ้าน ซึ่งปัจจัยที่สำคัญในการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างส่วนของโรงพยาบาลและเทศบาล จะเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น ในกรณีที่พื้นที่นั้นผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของเทศบาล มีพื้นฐานการทำงานด้านสาธารณสุข และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อทีมงานของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

2) พัฒนารูปแบบและแนวทางเสริมความเข้มแข็ง เพื่อสร้างความเข้มแข็งในกิจกรรมสำคัญของทีมหมอครอบครัว ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้นำเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม“line group”ที่สามารถติดตามและตอบสนองได้ทุกที่ ทุกเวลา ของทีมหมอครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย การรายงานรายการณ์ การส่งต่อ การเสริมพลัง (Empowerment) ระหว่างทีม ในหลายพื้นที่ที่ได้พยายามใช้ไลน์ ในการสื่อสาร แต่พื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมขึ้นอยู่กับความเอาใจใส่ ทุ่เมเท ของหัวหน้าทีม คือแพทย์ที่ปรึกษาระดับโรงพยาบาล ความพร้อมของเครื่องมือสื่อสารและระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต การจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน โดยเฉพาะ อสม. การเสริมขวัญกำลังใจจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ

3) ใช้โมเดลและแผนยุทธศาสตร์ของส่วนจังหวัดผลักดันการขับเคลื่อน ในบางพื้นที่ส่วนจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้นำในการพัฒนาด้านสุขภาพ โดยมีแผนยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการนำทางควบคุมกำกับ เช่น บุรีรัมย์รายการณ์โมเดล (Buriram Case Management: B-CM Model) หรือยุทธศาสตร์บุรีรัมย์สันติสุข 9 ดี ประกอบด้วย คนดี มีปัญญา รายได้สมดุล สุขภาพแข็งแรง สิ่งแวดล้อมสมบูรณ์ สังคมอบอุ่น หลุดพ้นอาชญากรรม กองทุนพึ่งพาตนเอง การสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งทำให้ทุกภาคส่วนในจังหวัดมีการคิดและทำแผนปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ งานสาธารณสุข และนโยบายทีมหมอครอบครัว ได้รับประโยชน์โดยตรงในเชิงการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย หรือภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัดได้ง่ายขึ้น จึงเป็นกรณีให้เห็นได้ชัดว่า วิสัยทัศน์ แนวคิดทิศทางการบริหารของผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด มีผลอย่างมากต่อการขับเคลื่อนและดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวของพื้นที่

4) ขยายความเข้มแข็งจากชุมชนเป็นพลังของทีม ตัวอย่างเช่น ชุมชนบ้านไม้แดง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน จิตอาสา มีวิสัยทัศน์ของชุมชน

เพื่อประโยชน์ของประชาชนในชุมชนที่ชัดเจนในเรื่องสุขภาพ ทำงานเชื่อมกับส่วนสาธารณสุขในระดับตำบลและอำเภอ เมื่อมีทีมหมอครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายจึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในขณะที่เดียวกันหลายกิจกรรมทางสุขภาพส่วนสาธารณสุขเป็นผู้ไปช่วยสนับสนุนชุมชนให้เป็นผู้คิดริเริ่มและเสนอให้ดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชน เกิดความสำเร็จหลายอย่างที่นำพาความสุขให้กับคนในชุมชน โดยที่ทีมก็มีความสุขที่ได้ทำงานให้กับคนในชุมชนของตนเอง ซึ่งถือว่าความเข้มแข็งจากชุมชนเป็นฐานพลังสำคัญของการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย

ในทุกพื้นที่ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจากภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่ใช่เพียงงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว แม้บางพื้นที่อาจยังไม่รับรู้หรือเข้าใจว่าทีมหมอครอบครัวเป็นอย่างไร การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล รวมทั้งผู้ด้อยโอกาส ภาคีเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการเสริมการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้งานเยี่ยมบ้านในพื้นที่ ดำเนินไปด้วยดี กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

ความต้องการสนับสนุนทรัพยากร

พื้นที่ยังต้องการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อให้สามารถวางแผนได้เต็มที่ ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ ยังถูกมองว่าไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะเรื่องกำลังคนในส่วนของ รพสต. ที่ยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและศักยภาพในการจัดบริการเพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้มีบางพื้นที่ได้มีการวางรากฐานการสร้างบุคลากรของพื้นที่ไว้เรียบร้อยแล้ว (ตัวอย่างเช่น กรณีอำเภอสนมชัยเขต ที่ผู้บริหาร CUP เห็นความสำคัญในการสร้างบุคลากรและการรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในพื้นที่มาอย่างยาวนาน) มีผลอย่างมากต่อการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวได้เร็วและง่ายขึ้น ส่วนเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ งบประมาณเพื่อการดำเนินกิจกรรม หลายแห่งไม่ได้เรียกร้องมากนัก เนื่องจากสามารถใช้งบประมาณปกติหรืองบจาก

กองทุนต่างๆ ในชุมชนได้ และขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ หากจะมีการขอรับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ จะเป็นไปได้เพื่อการจัดกิจกรรมที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไขของการใช้จ่ายเงิน เช่น ค่าน้ำมันยานพาหนะให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน หรือสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการเยี่ยมบ้าน

ผลการดำเนินงาน

จำนวนทีมหมอครอบครัว ในช่วง 3 เดือนแรก พื้นที่ที่มีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวตามโครงสร้างระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับชุมชน แต่บางพื้นที่ยังมีปัญหาอุปสรรคในการจัดตั้งตามโครงสร้างที่กำหนด เนื่องจากมีข้อจำกัดในบุคลากรแพทย์ ทั้งจำนวนแพทย์ที่มีน้อยในพื้นที่และความสมัครใจของแพทย์ที่จะเป็นที่ปรึกษาของทีมหมอครอบครัว ดังนั้นถึงแม้ว่าจะสามารถรายงานจำนวนทีมหมอครอบครัวได้ แต่การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของทีมตามที่ควรจะเป็น ยังคงค่อนข้างน้อย ในช่วง 6 เดือน พื้นที่ต่างๆสามารถจัดตั้งทีมหมอครอบครัวได้ครบทั้ง 3 ระดับ ได้เกินกว่า 30,000 ทีม การพัฒนาศักยภาพของทีมยังคงเป็นประเด็นที่พื้นที่ยังคงต้องดำเนินการต่อ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งตัวกลุ่มเป้าหมายเองและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในการบริการของทีมหมอครอบครัวมากที่สุดในด้านความสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย ความเป็นธรรม และการบริการเป็นมิตรและเต็มใจดูแลด้านการส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและคนในครอบครัว และด้านคุณภาพการดูแลของทีม

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่พึงพอใจการมีทีมหมอครอบครัวไปเยี่ยม โดยเฉพาะในรายที่อยู่ไกลจากโรงพยาบาล การเดินทางค่อนข้างลำบาก ในรายที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง จะต้องจ้างเหมารถยนต์ ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการเดินทางไปรักษาหรือตรวจสุขภาพต่อเนื่อง บางรายเป็นผู้สูงอายุติดเตียง แม้ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นในชีวิตประจำวัน เช่น ค่าผ้าอ้อมรองเปื้อน ดังนั้น การมีทีมหมอครอบครัวที่ลงไปเยี่ยมได้เห็นความเป็นอยู่และทราบปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ได้ประสานการดูแลช่วยเหลือ การไปเยี่ยมของทีมหมอครอบครัว ที่มีใช้เพียงเฉพาะทีมของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข แต่ยังคงรวมถึงส่วนของชุมชน ทั้งแกนนำชุมชน อปท. จิตอาสา อสม. พม. กาชาด หลายภาคส่วนผู้ป่วยและญาติ ต่างพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า “ทำให้มีกำลังใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง” “อยากสู้ต่อ อยากหาย อยากช่วยตนเองให้มากขึ้น เพื่อให้ครอบครัวและหมอดีใจ”

ก้าวต่อไปของการดำเนินการตามนโยบายทีมหมอครอบครัว

การสนับสนุนเชิงนโยบายเป็นสิ่งสำคัญ จากผลการศึกษามีข้อเสนอในประเด็นต่อไปนี้

1. สื่อสารนโยบายระดับกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและแผนตั้งแต่ระดับส่วนกลางที่จะเอื้อให้พื้นที่ทำงานได้สะดวกมากขึ้น
2. วิเคราะห์และพิจารณาการสนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญ ต่อการทำงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว โดยเฉพาะทรัพยากรคน เงิน ของ เช่น ยานพาหนะที่ใช้สำหรับการรับส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในท้องถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกลเมือง
3. ทบทวนและพิจารณาปรับปรุงเงื่อนไขระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายงบประมาณในระดับพื้นที่
4. ปลุกฝังจิตวิญญาณในการทำงาน กระตุ้นต่อยอดการเห็นคุณค่าของการได้ช่วยเหลือผู้อื่นโดยสำนึกของความเป็นจิตอาสา “เพื่อประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่หนึ่ง ประโยชน์ตนเป็นที่สอง”
5. ค้นหาต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นตนเองที่จะนำมาช่วยในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชน เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ชมรม กลุ่มคน
6. รมณรงค์กระตุ้นความคิด ทศนคติให้ประชาชนเห็นความสำคัญและร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน

ข้อเสนอของการก้าวต่อไปนโยบายทีมหมอครอบครัว จากปรากฏการณ์ที่เป็นที่ประจักษ์ในพื้นที่ที่สามารถสรุปได้ว่าประเด็นสำคัญที่จะช่วยทำให้การดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวมีความต่อเนื่องยั่งยืนได้ ภายใต้อุดมคติประกอบที่สำคัญ คือ I LOVE U ดังนี้

1. บูรณาการดี (Integration) การบูรณาการงานเข้าด้วยกันอย่างมีเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานที่ชัด ไม่ซ้ำซ้อนและไม่ทำให้เป็นภาระต่อการดำเนินงาน

2. มีการเรียนรู้ (Learning) การเรียนรู้วิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่

3. แผนคู่งานชัด (On tract) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนงานทุกระดับจะเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล มีทิศทางอย่างชัดเจน

4. คุ้มค่างานด้วยใจ (Value) การได้เห็นความสุขที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประชาชนผู้ได้รับการดูแล จากทีมหมอมครอบครัว ถือว่าเป็นรางวัลที่มีความหมาย และคุณค่าทางใจสำหรับผู้ให้บริการ

5. ให้การเสริมพลัง (Empowerment) การกระตุ้นติดตาม ประเมินด้วยการเสริมพลังทางบวก

6. สร้างสรรค์ทีมเวิร์ค และบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Unity & Utilization) ความร่วมมือกันเป็นทีมที่เข้มแข็ง รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป

จากปรากฏการณ์ที่พบทั้งหมด อาจเป็นการยืนยันได้ว่านโยบายทีมหมอมครอบครัว เป็นอีกหนึ่งการพัฒนาาระบบสุขภาพของการสาธารณสุขไทย ที่จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ได้รับความอุ่นใจจากบริการที่เป็นมิตร ในขณะที่เดียวกันเป็นนโยบายที่กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวของบุคลากรทางสาธารณสุขในการทำงานเชิงรุก ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือกันของสหวิชาชีพเพื่อป้องกันส่งเสริมสุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้ประชาชนที่สำคัญการที่ให้ภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมที่ชัดเจนในด้านสุขภาพ ซึ่งก็จะเป็นการเสริมความเข้มแข็งของการสาธารณสุขและอาจเป็นการนำไปสู่การพึ่งพาตนเองทางสุขภาพของประชาชนและชุมชน ต่อไป

3.2 โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ

โรคขาดสารไอโอดีนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีผลกระทบต่อการพัฒนาสมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนถึงช่วงระยะทารกแรกเกิดและเด็กปฐมวัย และประชากรในกลุ่มวัยอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามความรุนแรงและระยะเวลาของการขาดสารไอโอดีน ทั้งนี้ เนื่องจากไอโอดีนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในการพัฒนาสมองและระบบการทำงานของร่างกาย โรคขาดสารไอโอดีนเป็นต้นเหตุที่สำคัญของภาวะปัญญาอ่อนที่ป้องกันได้ การขาดสารไอโอดีนจะทำให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ทำให้ระดับสติปัญญาของเด็ก (IQ) ลดลง ส่งผลกระทบต่อไปในประชาชนวัยทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหาให้โรคขาดสารไอโอดีนหมดไปจากประเทศไทย

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประเทศไทยได้มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลายาวนาน จนสามารถลดภาวะความรุนแรงได้ในระดับหนึ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขในระยะต่อไป จึงต้องมีการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องบูรณาการงานและร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยได้มีวิวัฒนาการเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

พ.ศ. 2490 – 2530 เป็นยุคบุกเบิก ในช่วงนี้เป็นการศึกษาและการสำรวจสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน โดยผลจากการศึกษาเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนที่แสดงอาการคอปอกในประชากรที่อาศัยในบริเวณภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้มีการรายงานและจัดทำสถิติโรคคอปอกที่ตรวจพบจากการมองเห็นและสามารถยืนยันได้ว่าประเทศไทยเริ่มมี

ปัญหาเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน จากข้อมูลดังกล่าว ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนจึงได้รับความสนใจและมีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นมาตรการหลักในการควบคุมและป้องกันการขาดสารไอโอดีนตั้งแต่นั้น เป็นต้นมา

พ.ศ. 2531 – 2542 เป็นยุคทองของไอโอดีน เนื่องจากเป็นพระมหากษัตริย์องค์แรกของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงรับเป็นประธาน คณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติในปีพ.ศ. 2534 มีนโยบายและแผนควบคุมและป้องกันระดับชาติ และมีการกำหนดมาตรการที่หลากหลายที่สำคัญ ได้แก่ เกลือเสริมไอโอดีน น้ำเสริมไอโอดีนและการเสริมไอโอดีนในอาหารอื่น ๆ นอกจากนั้น ยังมีกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ เช่น การบริการหน่วยเคลื่อนที่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการไอโอดีน การผลิตสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ รวมทั้งการสร้างความตระหนักในสังคมถึงภัยร้ายของโรคขาดสารไอโอดีนและการสร้างนวัตกรรมเพื่อตรวจคุณภาพเกลือด้วยชุดทดสอบไอโอดีนในเกลือเสริมไอโอดีน (I-kit และ I-Reader)

พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน เป็นยุคมุ่งมั่นสู่ความยั่งยืน ในยุคที่ปัญหาเริ่มคลี่คลาย แต่ยังคงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนากลยุทธ์เพื่อสร้างความยั่งยืนในโครงการ โดยการพัฒนา ระบบต่างๆ เช่น ระบบการควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ โดยมีกิจกรรมที่สำคัญคือ การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน โดยใช้ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ มีการติดตามประเมินผลจากทีมผู้เชี่ยวชาญภายนอก โดยสภาการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนนานาชาติ (International Council for the Control of Iodine Deficiencies Disorders: ICCIDD)

การดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พ.ศ. 2558

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ได้ดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) สำหรับสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2557 พบว่า ปัญหาเรื่องการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และผู้สูงอายุยังคงเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สำหรับเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีแนวโน้มที่จะได้รับสารไอโอดีนเกินเกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 3.1 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปีสภาวะ (เด็ก 3 - 5 ปี ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์) และหญิงมีครรภ์ ที่ขาดสารไอโอดีน พ.ศ. 2549 - 2557

พ.ศ.	เด็ก 3-5 ปี (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	ผู้สูงอายุ (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	หญิงตั้งครรภ์	
					ค่ามัธยฐาน	ร้อยละ
2549	-		-		83.5	57.4
2550	-		-		108.2	61.3
2551	-		-		125.5	58.5
2552	-		-		117.8	59.0
2553	-		-		142.1	52.5
2554	229.2	11.3	129.0	37.9	181.2	39.9
2555	212.6	14.1	108.3	46.5	159.4	46.4
2556	226.0	11.1	112.3	42.5	146.8	51.1
2557	234.6	10.6	111.3	44.6	155.7	47.6

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

หมายเหตุ: 1) เกณฑ์ขาดสารไอโอดีน เด็ก 3 - 5 ปี และผู้สูงอายุ

- ขาด (deficiency) <100 µg/L
- พอดี (adequate) 100-199 µg/L
- เกินพอ (more than) 200-299 µg/L
- เกินขนาด (excessive) ≥ 300 µg/L

2) หญิงตั้งครรภ์

- ก่อนปี 2550 เกณฑ์ < 100 µg/L
- ตั้งแต่ปี 2550 เกณฑ์ < 150 µg/L

จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ได้ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทย โดยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาแบบองค์รวม ภายใต้แผนยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

แผนยุทธศาสตร์หลักโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พ.ศ. 2557 - 2559

ยุทธศาสตร์ที่ 1: ผลักดันและพัฒนานโยบายการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสู่ความยั่งยืน

กิจกรรมสำคัญ: การกำหนดกรอบทิศทางและนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ

กิจกรรมสำคัญ: การผลักดันให้เกิดมาตรการเกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า (Universal Salt Iodization)

ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน เพื่อดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมสำคัญ: การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ในกลุ่มเสี่ยง และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังคุณภาพเกลือครอบครัว 3 แห่ง คือ สถานที่ผลิต/นำเข้า สถานที่จำหน่ายและครัวเรือน

ยุทธศาสตร์ที่ 4: การสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พันธมิตรและภาคีเครือข่าย เพื่อการมีส่วนร่วม

กิจกรรมสำคัญ: การสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พันธมิตรและภาคีเครือข่าย เพื่อการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการผลักดัน สนับสนุนให้เกิดชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน รวมถึงการเสริมสร้างบทบาทของเครือข่ายและภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 5: การประชาสัมพันธ์ รมรงค์ และการตลาดเชิงสังคม เพื่อการบริโภคเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมสำคัญ: การสื่อสารสู่สังคมทุกช่องทาง เพื่อมุ่งสู่มาตรการเกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า และการสร้างความตระหนักถึงโรคขาดสารไอโอดีนที่มีผลต่อระดับสติปัญญา และคุณภาพชีวิตของคนไทยทุกกลุ่มวัย

ยุทธศาสตร์ที่ 6: การศึกษาวิจัย

กิจกรรมสำคัญ: การพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรม และงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 7: การใช้มาตรการเสริมในระยะเฉพาะหน้าและมาตรการอื่นๆ

กิจกรรมสำคัญ: การจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร 6 เดือน และสนับสนุนน้ำเสริมไอโอดีนในพื้นที่ทุรกันดาร ตามโครงการพระราชดำริ

มาตรการการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

1. มาตรการหลัก คือ เกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า (Universal Salt Iodization: USI) เป้าหมาย: ความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพระดับครัวเรือนมากกว่า ร้อยละ 90

2. การจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดการตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรในระยะ 6 เดือนหลังคลอด มาตรการเสริมนี้ได้มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553

3. การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยง มีการตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มเสี่ยง คือ หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย (อายุ 3 - 5 ปี) และผู้สูงอายุ

4. การสุ่มตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ จุดผลิต สถานที่จำหน่ายและในครัวเรือน

5. พัฒนาศักยภาพชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

6. การพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน

7. การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน

สำหรับการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย มีเป้าหมายที่จะทำให้ประชาชนได้รับสารไอโอดีนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ในทุกเพศ ทุกวัย รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดให้ครบ 6 เดือน ปัจจุบันสถานการณ์ของภาวะขาดสารไอโอดีนดีขึ้นเป็นลำดับ จากผลการดำเนินงานในปีพ.ศ. 2557 สรุปได้ดังนี้

1. โครงการติดตามและพัฒนาศักยภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์ที่เสริมไอโอดีน โดยมีการสนับสนุนเครื่องผสมเกลือ จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้การผลิตเกลือบริโภคผสมไอโอดีนและให้ความรู้ในการจัดทำระบบประกันคุณภาพและระบบควบคุมคุณภาพการผลิตเกลือบริโภคให้กับเจ้าหน้าที่ และผู้ประกอบการ พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังคุณภาพหรือมาตรฐานเกลือบริโภคและผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่เสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิตและจำหน่าย รวมทั้งสอบเทียบเครื่อง I-reader และจัดซื้อน้ำยา I-reagent ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งคัดเลือกสถานประกอบการเพื่อเข้ารับรางวัล “เกลือคุณภาพ” สำหรับความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนที่ได้มาตรฐาน จากรายงานของสำนักโภชนาการกรมอนามัย พบว่า ร้อยละ 91.5 ได้มาตรฐาน ≥ 20 พีพีเอ็ม ร้อยละ 83.5 ได้มาตรฐาน 20 - 40 พีพีเอ็ม

2. การเฝ้าระวังและติดตามปริมาณไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยง โดยการจัดทำระบบเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน โดยการสุ่มตรวจปริมาณไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี และผู้สูงอายุ จากผลการดำเนินงานพบว่า ปัญหาเรื่องการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ยังต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สำหรับเด็ก 3 - 5 ปี มีแนวโน้มที่จะได้รับสารไอโอดีนเกิน นอกจากนั้น ยังมีการเก็บตัวอย่างเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ซึ่งพบว่า ความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนที่มีคุณภาพ มีมากขึ้นจากร้อยละ 60.3 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 83.5 ในปีพ.ศ. 2557

3. การสร้างความมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน มีการแต่งตั้ง อสม. ทั่วประเทศให้เป็น “ทูตไอโอดีน” การขับเคลื่อนชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนและพัฒนาสู่ศูนย์เรียนรู้ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน จากผลการดำเนินงาน พบว่ามีชุมชน/หมู่บ้านที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา เป็น “ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” จำนวน 77,945 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 98.3 โดยมีชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนที่ผ่านการประเมินแล้ว 48,482 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.2 ทั่วประเทศ

4. การประชาสัมพันธ์ รณรงค์ โดยการจัดงาน วันไอโอดีนแห่งชาติ ที่มีการบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาและภาคเอกชน เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจให้เห็นถึงความสำคัญของไอโอดีน นอกจากนี้ ยังมีการประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการบริโภคเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ จัดสื่อพิมพ์เผยแพร่ เป็นต้น

5. การใช้มาตรการเสริมโดยการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก (กรดโฟลิก) สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร และการสนับสนุนน้ำเสริมไอโอดีนในพื้นที่ทุรกันดารตามโครงการพระราชดำริ

มาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการขาดสารไอโอดีนในอนาคต

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาการขาดสารไอโอดีนยังไม่หมดไปจากประเทศไทย ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการขจัดโรคขาดสารไอโอดีน โดยร่วมกันผลักดันมาตรการต่างๆ ต่อไป ดังนี้

1. ระบบการควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน โดยเริ่มจากแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และครัวเรือน ซึ่งภาคร้านค้าชุมชนส่วนต่างๆ จะต้องเข้ามาเกี่ยวข้องคือ โรงงานผลิต ร้านค้า ชุมชน รวมทั้งกรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการค้าภายใน กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ

2. การสนับสนุนสารโพแทสเซียมไอโอเดตและการบริหารกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน เพื่อสนับสนุนผู้ประกอบการให้มีกำลังการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนากระบวนการควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนให้ครบวงจรและการสนับสนุนเครื่องผสมเกลือ

3. จัดทำแผนแม่บทการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ เพื่อเป็น Road Map ในการดำเนินงานในภาพรวมของโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน

4. ผนวกการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนเข้าไปในโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. รณรงค์เพื่อสร้างความตระหนกอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงโรคขาดสารไอโอดีนกับการพัฒนาสติปัญญา เช่น รณรงค์วันไอโอดีนแห่งชาติ และผนวกกิจกรรมสนับสนุนการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนกับการรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ในโอกาสที่เหมาะสม

6. ขับเคลื่อน “ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” ก้าวสู่การดำเนินงาน ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน 100% โดยบูรณาการร่วมกับทีมหมอครอบครัว (FCT)

7. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากลยุทธ์ใหม่ๆ ในการดำเนินงานและพัฒนาระบบเพื่อประเมินสถานการณ์และติดตามประเมินผล รวมทั้งการศึกษาวิจัย เพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานและสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยเพื่อพัฒนาและควบคุมระบบควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนอย่างเป็นระบบ

4. จากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) สู่มเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs)

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ได้สิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2558 โดยผลการดำเนินงานในช่วง 15 ปีที่ผ่านมาประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในหลายประเทศ สำหรับความก้าวหน้าและความสำเร็จในการพัฒนาของไทยนั้น พบว่าประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมายด้านความยากจนและความหิวโหย ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ การควบคุมป้องกันโรคเอดส์และโรคมมาลาเรียแล้ว¹ สำหรับการพัฒนาในช่วงต่อไป องค์การสหประชาชาติ

ได้กำหนดวาระการพัฒนาภายหลังปี พ.ศ. 2558 (post - 2015 development agenda) ตามกระบวนทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยประเด็นสำคัญของวาระการพัฒนาภายหลังปี พ.ศ. 2558 คือ การจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลักที่ต้องการบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.2 เป้าหมายหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลัง ปี พ.ศ. 2558

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลัง พ.ศ. 2558	
1. การขจัดความยากจน	10. การลดความไม่เท่าเทียมกันภายในและระหว่างประเทศ
2. การขจัดความโหยหิว สร้างความมั่นคงทางอาหารและให้ทุกคนได้รับโภชนาการที่เพียงพอ รวมถึงการส่งเสริมการทำเกษตรที่ยั่งยืน	11. การพัฒนาชุมชนเมืองที่ยั่งยืน
3. การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ	12. การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน
4. การศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมถึงโอกาสการเรียนรู้แบบตลอดชีวิต	13. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
5. การเสริมสร้างศักยภาพของสตรีและความเท่าเทียมทางเพศ	14. การอนุรักษ์และการใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืน
6. น้ำดื่ม - น้ำใช้ที่ถูกลงนามัย	15. การปกป้องและฟื้นฟูระบบนิเวศ รวมถึงการยุติการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ
7. การเข้าถึงบริการทางพลังงาน เช่น การเพิ่มการผลิตพลังงานหมุนเวียน 2 เท่า	16. สร้างสันติภาพ
8. การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน เช่น ยุติการใช้แรงงานเด็ก	17. แนวทางการดำเนินการและหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
9. การประกอบอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืน	

¹ 1) www.thaigov.go.th 2) www.nesdb.go.th

4.1 เป้าหมายหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี 2015 (Sustainable Development Goals-SDGs)

สำหรับเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ ประกอบด้วยเป้าหมายย่อยจำนวน 13 เป้าหมาย (ดังตารางที่ 3.3) ประกอบด้วยเป้าหมายย่อยที่ต้องการบรรลุภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ดังนี้

ตารางที่ 3.3 เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ

ลำดับประเด็น (Target)	เป้าหมายย่อยที่ต้องบรรลุภายในปี ค.ศ. 2030 (Indicator)
Maternal mortality	Reduce maternal mortality to <70 per 100,000 livebirths ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกต่ำกว่า 70 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ
End newborn and child preventable deaths	Under-5 mortality rate (no more than 25 per 1,000 live births) ขจัดปัญหาการตายที่สามารถป้องกันได้ของทารกแรกเกิดให้น้อยกว่า 12 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพและการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้น้อยกว่า 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ
End epidemics	HIV incidence and mortality rates (90% reduction) TB incidence and mortality numbers (80% and 90% reductions) Malaria incidence and mortality rates (90% reduction) หยุดยั้งการระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่อในกลุ่มประเทศเขตร้อนที่ถูกกละเลย (neglected tropical disease) โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคติดต่อที่เกิดจากการบริโภคน้ำและอาหารที่ไม่สะอาด รวมทั้งโรคติดต่ออื่นๆ
Reduce NCD mortality and improve mental health	Mortality rate due to CVD, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease between ages 30 and 70 (30% reduction) ลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases-NCDs)
Prevention and treatment of substance abuse	เสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด
Halve deaths and injuries from road traffic accidents	Mortality numbers due to road traffic accidents (50% reduction) ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร
Universal access to sexual and reproductive health care services	Family planning coverage rate (at least 75%) สร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว
Universal health coverage	Coverage index with tracer interventions for prevention and treatment and financial protection สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกประเทศ

ตารางที่ 3.3 เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ (ต่อ)

ลำดับประเด็น (Target)	เป้าหมายย่อยที่ต้องบรรลุภายในปี ค.ศ. 2030 (Indicator)
Reduce mortality and illness from pollution and contamination	Population in urban areas exposed to outdoor air pollution above WHO guideline values ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตราย
Tobacco (FCTC)	Tobacco use การนำหลักการในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
Medicines and vaccines	Population with access to affordable medicines (%) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีน ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเทคโนโลยีสุขภาพสำหรับโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศยากจน และประเทศกำลังพัฒนา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีน ยาเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีสุขภาพเหล่านี้ได้อย่างถ้วนหน้าในราคาไม่แพงเกินไป
Increase health financing and enhance health workforce in developing countries	Health workers per 1,000 population เพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการเงินการคลังสุขภาพ จากภาครัฐ การผลิต การกระจายและธำรงบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ยากลำบาก หรือห่างไกลทุรกันดาร
Strengthen capacity health risks	Implementation IHR core capacities เสริมสร้างศักยภาพของทุกประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาในการเตือนภัย เฝ้าระวังและลดความสูญเสียที่เกิดจากภัยพิบัติและภัยคุกคามต่างๆ รวมทั้งโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้ออุบัติใหม่ด้วย

4.2 ความสำคัญในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ภายหลังปีพ.ศ. 2558 (SDGs Post-2015 development agenda)

หลักการ ควรยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง และมีการจัดความยากจนเป็นเป้าหมายหลัก ครอบคลุมประชาชนจากทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของการบูรณาการจัดทำ **เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี พ.ศ. 2558** และการนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ให้ความสำคัญต่อบทบาทของสตรีในการมีส่วนร่วมในวาระการพัฒนา เรียนรู้จากประสบการณ์ของ MDGs และตอบสนองต่อ

สิ่งท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ และโรคติดต่ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ รวมถึงภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ ดังนั้น วาระการพัฒนาภายหลังปี พ.ศ. 2558 ควรครอบคลุม 4 ประเด็น ดังนี้

1) Ensuring sustainability

ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนที่พ้นจากสภาวะยากจนแล้วต้องกลับไปเผชิญสถานะเดิม เนื่องจากการไม่มีงานทำและการขาดรายได้ ดังนั้น การเจริญเติบโตที่ยั่งยืน ผ่านการสร้างงาน โดยเฉพาะการสร้างงานที่มีคุณค่าจึงมีความสำคัญ รวมถึงการส่งเสริม

การศึกษาที่เน้นคุณภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงาน

ความยั่งยืนในเชิงสิ่งแวดล้อม โดยหัวใจหลักคือการพัฒนาด้านเศรษฐกิจที่ต้องคำนึงถึงทรัพยากรที่จะเหลือไปถึงคนรุ่นหลัง นอกจากนี้ ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาคือ ความมั่นคงทางด้านน้ำ อาหาร และพลังงาน

2) Building resilience

เป้าหมายด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงเป้าหมาย MDGs ที่ยังคงไม่บรรลุในปี พ.ศ. 2558 และสำคัญต่อศักยภาพของมนุษย์ในการตอบสนองต่อสิ่งท้าทายใหม่ๆ ดังนั้น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี พ.ศ. 2558 นอกจากควรมีประเด็นเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ประเทศไทยควรมีบทบาทนำและสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีต่อประเทศอื่นในประเด็นอื่นๆ ที่ประเทศไทยมีศักยภาพและความเข้มแข็งใน 8 ด้านที่ระบุไว้ในกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก

ประเด็นด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและบรรเทาภัยจากเหตุภัยพิบัติ เนื่องจากได้เกิดขึ้นถี่และรุนแรงขึ้น ทำให้การบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องชะงักหรือถดถอยลง ทั้งนี้ ประเทศไทยสามารถก้าวผ่านวิกฤตมหาอุทกภัยและสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริหารจัดการน้ำกับประเทศต่างๆ

5. พัฒนาการของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

5.1 นโยบายสาธารณะ: แนวคิด ความหมายและพัฒนาการ

คำว่า “นโยบายสาธารณะ” มีความหมายแตกต่างกันไปตามแนวคิดพื้นฐานในการให้คำนิยาม ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 แนวคิด คือ แนวคิดแรก หมายถึง “คำประกาศเป็นทางการของภาครัฐ” เป็นแนวคิดเชิงรัฐศาสตร์ที่ยึดโยงกับประชาธิปไตยแบบตัวแทน เป็นการกำหนดนโยบายในลักษณะแนวดิ่ง ตั้งแต่ต้นนโยบายชาติ กระทรวง กรม หรือนโยบายจังหวัดไปจนถึงนโยบายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการให้ความหมายคำว่า “การอภิบาล” แบบเดิมที่หมายถึง “การปกครองที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็น

3) Reducing inequality and promoting human rights

การเข้าถึงคนจากทุกภาคส่วนในสังคมสำคัญต่อนโยบายที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและสังคมทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ

รัฐจะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง (vulnerable groups) โดยเฉพาะเด็ก สตรี ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ซึ่งยังคงถูกละเลยอยู่มากและเพื่อบรรลุการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกภาคส่วนและลดความไม่เสมอภาค

4) Means of implementation

การเสริมสร้างหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) และหลักนิติธรรม (rule of law) เป็นวิธีการนำไปสู่การพัฒนาที่ครอบคลุมและยั่งยืน นอกจากนี้ จะไม่สามารถบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนได้หากประเทศไม่มีความสงบสุขและสันติภาพ

การเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนา ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และนักวิชาการ

การปกครองที่มุ่งหวังให้ทุกคน ทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครองได้รับประโยชน์สูงสุดและมีความสุข”¹

แนวคิดที่สอง หมายถึง “ทิศทาง แนวทางที่สังคมต้องการและมุ่งหวังที่จะดำเนินการไปในทิศทางนั้น” เป็นแนวคิดนโยบายสาธารณะแบบใหม่ หรือเรียกว่านโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เชื่อมโยงกับแนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ที่เชื่อว่าทุกคนย่อมมีสิทธิในการร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบายที่จะมาบังคับใช้ เพื่อเกิดประโยชน์กับตัวเอง สอดคล้องกับความหมายของคำว่า “อภิบาล” ในยุคหลังที่หมายถึง “ปฏิสัมพันธ์ของภาครัฐ องค์กรสาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา ความท้าทายต่างๆในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่ๆ”²

ตามแนวคิดนี้หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะ จึงไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะ ทั้งนี้ กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบาย ร่วมติดตามผลและทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง³

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี⁴ กล่าวถึงนโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy Public Policies) ว่า “เป็นนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่ความถูกต้องเป็นธรรม และประโยชน์สุขของมหาชน” โดยได้กล่าวถึงอภุศล 3 ประการ ที่มักประกอบอยู่ในนโยบายสาธารณะ ได้แก่

1) **การขาดฐานความรู้** เกิดจากการคิดเอาเอง ขาดข้อมูลหลักฐานและไม่ผ่านวิจาร์ณญาณที่ดีพอ

2) **ขาดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง** การกำหนดนโยบายเกิดจากคนเพียงไม่กี่คน ปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างกว้างขวาง แต่นโยบายนั้นไม่มีผลกระทบต่อคนทั้งประเทศ

3) **ขาดศีลธรรม** ขาดอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงาม และประโยชน์ของคนทั้งหมด แต่เป็นไปเพื่อประโยชน์แฝงเร้นของคนบางคนหรือบางกลุ่ม

ในทางตรงข้าม โดยอุดมคติแล้ว กระบวนการนโยบายสาธารณะควรประกอบด้วยบุคคล 3 ประการ คือ

1) **เป็นกระบวนการทางปัญญา** ใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการวิเคราะห์จนเป็น “ความรู้” ที่เรียกว่าเป็นการสร้างนโยบายที่อยู่บนฐานความรู้ (Knowledge-based policy formulation)

2) **เป็นกระบวนการทางสังคม** เนื่องจากนโยบายมีผลกระทบต่อคนในสังคม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสีย ดังนั้นสังคมจึงควรมีบทบาทพร้อมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย ด้วยกระบวนการที่เปิดเผยโปร่งใส

3) **เป็นกระบวนการทางศีลธรรม** กระบวนการนโยบายสาธารณะควรมีอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงาม และประโยชน์สูงของคนทั้งหมดในสังคม ไม่แฝงเร้นประโยชน์เฉพาะบางกลุ่ม

Nutbeam and Harris (2013) อ้างใน ดร.นายแพทย์ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์⁵ กล่าวว่า ในทางทฤษฎีแล้วกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์อันเป็นพลวัตที่เกิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 ประเภท คือ 1) ผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) ซึ่งมักเป็นนักการเมือง และข้าราชการ 2) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบาย (policy influencers) เป็นผู้ที่สามารถสร้างแรงกดดันซึ่งอาจมีอยู่ทั้งในและนอกภาครัฐ 3) ภาคสาธารณะ (the public) หมายถึง สาธารณชน ผู้เสียภาษีและผู้ลงคะแนนเสียง ซึ่งความเห็นเหล่านี้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบาย และ 4) สื่อมวลชน ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีอิทธิพลทั้งต่อผู้กำหนดนโยบาย ความเข้าใจและทัศนคติของสาธารณชนที่มีต่อประเด็นนั้นๆ ดังนั้น การเกิดขึ้นได้จริงของนโยบายสาธารณะ ตามแนวคิด “นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” จึงต้องมีปัจจัยหลักคือ ความตื่นตัวและแรงขับของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม โดยเฉพาะ “ภาคสาธารณะ” ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หรือผลกระทบจากนโยบายด้วย

5.2 นโยบายสาธารณะ: นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ : นโยบายสาธารณสุข

แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ในเวทีระดับโลก⁶ ปรากฏครั้งแรกในการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2529 ที่ประเทศแคนาดา ภายใต้คำประกาศ “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” ได้กำหนด “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” เป็น 1 ใน 5 กลยุทธ์ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขแนวใหม่ (New public health)” ที่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ และเห็นถึงความจำเป็นของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ผลสรุปจากการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 2 ในปี.ศ. 2531 ที่ประเทศออสเตรเลีย ได้ให้ความหมาย นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพว่าหมายถึง “นโยบายที่แสดงความห่วงใย

อย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้” ที่ประชุมมีข้อสรุปว่า ปัจจัยสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือความรับผิดชอบของรัฐบาลที่มีต่อสุขภาพ ภาครัฐทั้งด้านเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม การศึกษา และคมนาคม ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพไม่น้อยไปกว่าเศรษฐกิจ และจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพในการกำหนดและดำเนินนโยบายทุกครั้ง การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงควรมีการประสานและบูรณาการนโยบายทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพให้เป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะผสมกลมกลืน รวมทั้งต้องส่งเสริมบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม เช่น ธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน สหภาพแรงงาน สมาคมวิชาชีพ และผู้นำศาสนา

การกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ ย่อมต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อบุคคล และสภาพแวดล้อม

ที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพหรือสุขภาพะ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางบวกทางลบ หรือโดยตรงโดยอ้อม เช่น นโยบายการคมนาคม นโยบายการเจรจาการค้าเสรี นโยบายการส่งเสริมการลงทุน นโยบายการให้สัมปทานเหมืองแร่ นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและวัตถุอันตรายต่างๆ นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพจึงเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งสิ้น ส่วน**นโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy)** คือ นโยบายเพื่อการดำเนินงานสาธารณสุข เช่น นโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นโยบายหลักประกันสุขภาพ นโยบายการควบคุมโรค นโยบายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ฯลฯ ซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนในส่วนของบริหารจัดการสาธารณสุขต่างๆ แต่การจัดการให้เกิดสุขภาพดียังต้องคำนึงถึงการป้องกันหรือจัดการผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ดำเนินการด้วยนโยบายสาธารณะอื่นๆ หรือจากการดำเนินงานของระบบอื่นๆ ในสังคมด้วย **นโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy)** จึงเป็นส่วนประกอบสำคัญหนึ่งของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (**Healthy Public Policy**) และทั้ง 2 ส่วนต่างก็เป็นนโยบายสาธารณะ (**Public Policy**) เช่นกัน (ภาพที่ 3.1)

ภาพที่ 3.1 แสดงขอบเขตและการซ้อนทับของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



ที่มา: อ่ำพล จินดาวัฒนะ (อ้างใน 3)

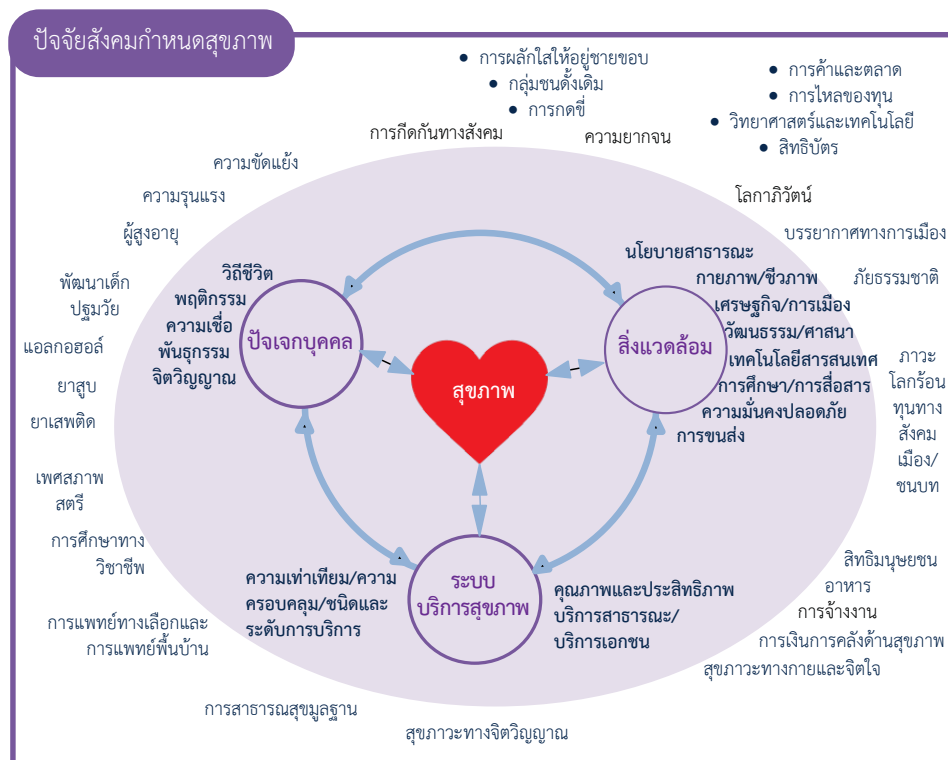
5.3 ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ

ก้าวสำคัญของการพัฒนาแนวคิดการดำเนินงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับสากล คือการนำประเด็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health: SDH) มาพิจารณาในฐานะปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health Equity) เริ่มตั้งแต่ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 4 ที่ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อปีพ.ศ. 2540 และการประชุมครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2548 ที่กรุงเทพมหานคร ซึ่ง“กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์” ได้กำหนดกิจกรรม พันธะสัญญา และคำมั่นต่างๆ ที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยย้ำว่านโยบายและภาคีเครือข่ายต้องเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาทั้งระดับชาติ และระดับโลก ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอนามัยและความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ว่าหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิดเติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงปัจจัยและระบบ

ต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ปัจจัยและระบบต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครอง⁹ ปีพ.ศ. 2551 คณะกรรมาธิการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (The commission on Social Determinants of Health: CSDH) ขององค์การอนามัยโลก ได้จัดทำรายงานชื่อ “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health” พร้อมเสนอแนวทางใหม่ในการพัฒนาว่า การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างเดียวโดยไม่มีนโยบายที่จะทำให้ผลประโยชน์กระจายตัวอย่างเป็นธรรม จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ผ่านมาสังคมมักให้กระทรวงสาธารณสุขและองค์การด้านสุขภาพรับผิดชอบเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน แต่พบว่าการเจ็บป่วยและภาระโรคเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อมหรือเป็นผลของนโยบายและโครงสร้างทางสังคม (ดูภาพที่ 3.2) การแก้ปัญหาจึงต้องนำทุกสถาบัน ทุกภาคส่วนของสังคมมาช่วยกันแก้ไข¹⁰

ภาพที่ 3.2 แสดงปัจจัย (สังคม) กำหนดสุขภาพ



ที่มา: อ่าพล จินดาวัดนะ (อ้างใน 3)

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 องค์การอนามัยโลก ได้จัดการประชุม World Conference on Social Determinants of Health ที่กรุงริโอเดอจาเนโร ประเทศบราซิล โดยมีคำประกาศริโอ (The Rio Political Declaration) ซึ่งต่อมาได้ผ่านฉันทามติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 65 คำประกาศนี้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับ¹¹

1. ยอมรับการปรับปรุงการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนา
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบาย และนำนโยบายไปปฏิบัติ
3. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
4. สร้างความเข้มแข็งของการอภิบาลและการประสานการทำงานในระดับโลก
5. กำกับดูแลและติดตามความก้าวหน้า และเพิ่มความรับผิดชอบร่วม

ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 8 ที่ประเทศฟินแลนด์ เมื่อปี พ.ศ. 2556 ที่ประชุมได้นำหลักการสำคัญจากคำประกาศริโอ เรื่อง ปัจจัยกำหนดสุขภาพและมติสมัชชาสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มาพัฒนากำหนดเป็นประเด็นหลักของการประชุม ว่าด้วย Health in All Policies (HiAP) หรือ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ชื่อเรียกร้องที่ประเทศสมาชิกมีฉันทามติร่วมตาม The Helsinki Statement on Health in All Policies คือ “ขอให้รัฐบาลของประเทศให้ความมั่นใจว่าการพิจารณาประเด็นด้านสุขภาพนั้น ต้องผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายที่โปร่งใส มีความรับผิดชอบ และเปิดโอกาสให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องในสังคม เพื่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วม (Co-benefit) ที่ค้ำประกันถึงสังคมส่วนรวม” ของทุกภาคส่วน¹²

ตามแถลงการณ์ข้างต้น ระบุว่า รัฐบาลมีหน้าที่และความผูกพันต่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชนและต้องนำไปปฏิบัติให้เป็นจริง ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยยอมรับในแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (HiAP) และการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ พร้อมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้แก่กระทรวงสาธารณสุข ใน

การทำงานร่วมกับกระทรวง หน่วยงาน รวมถึงสถาบันอื่นๆ ทั้งบทบาทการนำ การสร้างความสัมพันธ์ การกระตุ้นและเป็นสื่อเชื่อมโยงให้เกิดการดำเนินงานที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ สิ่งสำคัญคือต้องสร้างความไว้วางใจระหว่างกันผ่านกลไกประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่โปร่งใสและเชื่อถือได้ของทุกฝ่าย

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญมากกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ในปี พ.ศ. 2557 ได้เผยแพร่เอกสารกรอบแผนปฏิบัติงานตามแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ระดับประเทศ (Health in All Policies Framework for Country Action) พร้อมทั้งที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 67 ได้มีฉันทามติในระเบียบวาระ “Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity” โดยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ให้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศสมาชิก ตามคำแถลงการณ์เฮลซิงกิและกรอบแผนปฏิบัติการข้างต้น

5.4 พัฒนาการของกลไกและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของไทย

พัฒนาการของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย เริ่มจากปี พ.ศ. 2521 เมื่อประเทศไทยประกาศนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานตามคำประกาศอามัลลัตตา ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของการพัฒนาสาธารณสุขจากเดิมที่เน้นบทบาทของรัฐและวิชาชีพเป็นศูนย์กลาง มาเป็นการพัฒนาบนฐานความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นที่ผสมผสานสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีการขยายความร่วมมือกับกระทรวงต่างๆ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และเริ่มให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชนโดยให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ซึ่งนับเป็นก้าวแรกๆ ที่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพอย่างเต็มตัวในฐานะกำลังคนสุขภาพนอกภาครัฐ แม้จะยังไม่ได้มีส่วนร่วมในด้านนโยบาย

ในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นกลไกที่ทำหน้าที่สนับสนุนการสร้างความรู้รองรับการปฏิรูปและโครงสร้างต่างๆ ในระบบสุขภาพ และเป็นรากฐานของการก่อเกิดกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในเวลาต่อมา กอปรกับกระแสความตื่นตัวของประชาชนและสังคมในกระบวนการจัดทำรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กระแสเหล่านี้ทำให้เริ่มเกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาตามลำดับ จนก่อเกิดก้าวสำคัญของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทศวรรษที่ผ่านมา คือ การประกาศใช้**พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550** ซึ่งได้เกิดสิ่งใหม่ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของแนวคิดด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่

1. ความหมายของคำว่า **“สุขภาพ”** ที่ขยายออกไปกว้างขึ้นกว่าเดิม โดยหมายถึง **“ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”** การเปลี่ยนแปลงนิยามนี้ นับเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานด้านสุขภาพใหม่ ปรับจากบริบททางชีวการแพทย์ (bio-medical model) มาเป็นบริบททางสังคม (bio-social model) ปรับการเน้นการรักษาความเจ็บป่วย (illness) มาเน้นที่การส่งเสริมและรักษาให้มีสุขภาพดี (wellness) และปรับจากการมุ่งยกระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล (individual behavior) ไปเป็นมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (healthy public policy)

2. รับรอง**สิทธิด้านสุขภาพ**ของประชาชนไว้หลายประการ เช่น สิทธิคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต และมีมาตราที่รับรองสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ได้แก่ มาตรา 5 ที่บัญญัติว่า **“บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวาระหนึ่ง”** มาตรา 11 **“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจาก**

นโยบายสาธารณะ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือชุมชนและแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว” เป็นต้น

3. กำหนดให้มี**คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** เป็นกลไกเสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว ตามมาตรา 25 (2) และยังมีหน้าที่ประสานสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทุกระดับ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีองค์ประกอบตามยุทธศาสตร์ **“สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”** คือ การประสานพลังการเมือง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รวม 13 คน พลังวิชาการ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนสภาวิชาชีพ รวม 13 คน และพลังสังคม ได้แก่ ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร 13 คน จาก 13 เขตทั่วประเทศ การออกแบบคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสะท้อนแนวคิดสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน มีผู้เกี่ยวข้องหลากหลาย และสุขภาพเป็นเป้าหมายร่วมของสังคมทั้งหมด (All for Health for Health for All) และให้มี**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** เป็นหน่วยเลขานุการ

4. มีเครื่องมือทำงานใหม่ที่สำคัญ 3 เครื่องมือ ที่มุ่งให้เกิดการบูรณาการการทำงาน และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่

4.1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Statute) กฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำขึ้นเพื่อเป็น **“กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ”** โดยเสนอผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ก่อนรายงานให้สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภารับ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยกำหนดให้ทบทุนสาธารณะอย่างน้อยทุกห้าปีเพื่อให้ทันการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ในทางปฏิบัติ ธรรมนูญเป็นภาพอนาคตพึงประสงค์ของระบบสุขภาพทุกระดับ ทุกหน่วยงาน องค์กร ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำไปใช้อ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบาย หรือกติการ่วมของชุมชนได้

4.2 สมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) เป็นเครื่องมือพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมที่มีกฎหมายรองรับ โดยระบุนิยามว่าเป็น “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้ประสบการณ์กัน เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยกำหนดให้จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำทุกปี และให้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด อย่างไรก็ตาม ประชาชนก็สามารถรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพกันเองโดยไม่ต้องขอการสนับสนุนจาก สช. ก็ได้

4.3 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ซึ่งเอกสารหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะได้ให้ความหมายของ HIA ว่า หมายถึง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทางบวกและทางลบต่อสุขภาพประชาชนที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายโครงการหรือกิจกรรม ใดๆ ใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง หากดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน โดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว”

5.5 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ.2550

1. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นธรรมนูญสุขภาพฉบับแรก ซึ่งยกράงบนหลักการสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เน้นหลักการมีส่วนร่วมและการจัดทำอย่างเป็นระบบ 2) สนับสนุน

การจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่” เพื่อเป็นกติกาหรือข้อตกลงร่วมในการกำหนดภาพอนาคตระบบสุขภาพของชุมชนตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ธรรมนูญสุขภาพฉบับแรกผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเมื่อ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพฯ ภายหลังการประกาศใช้สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้แก่¹⁵

1.1 การเกิดขึ้นของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เป็นภาพความสำเร็จที่กำลังถูกขยายผลไปอย่างรวดเร็ว เพราะจับต้องได้และตอบสนองวิถีชีวิตชุมชน ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ฉบับแรกเกิดขึ้นที่ตำบลชะแล อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสงขลาในปีพ.ศ. 2552 หลังจากนั้นชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้เริ่มขยายผล ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ทุกภาค ทั้งระดับหมู่บ้านตำบล อำเภอ และธรรมนูญเฉพาะประเด็น เช่น ธรรมนูญประชาชนคนอำนาจเจริญซึ่งเป็นธรรมนูญจังหวัดที่มุ่งสู่การปฏิรูป ธรรมนูญลุ่มน้ำภูมี ธรรมนูญ (กองทุนสวัสดิการ) พิจิตร

ในปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลตามธรรมนูญสุขภาพฯ ได้ปรับยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยมุ่งทำงานร่วมกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์ โดยเน้น ประสานเชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าการทำงานร่วม ใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยกำหนดกรอบ กติกา แผนและวิธีการทำงานร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกัน ทำงานอย่างเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตพื้นที่ซึ่งนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปสนับสนุนการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล จนถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558 มีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ประกาศใช้แล้วกว่า 300 แห่ง

สร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพ...กับธรรมนูญสุขภาพ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

“สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนกันตัง ที่ร่วมสร้างสุขภาพตนเอง สุขอนามัยครอบครัว สุขภาวะชุมชน โดยใช้หลัก ศาสนา จริยธรรม คุณธรรม ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สุขภาวะเป็นอำเภอกแห่งความสุข และคนกันตังต้องสุขภาพดีถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2558” ...ปรัชญาแนวคิดของระบบสุขภาพอำเภอกันตังปรากฏใน“ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2555”

ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง เกิดขึ้นจากการจัดสมัชชาสุขภาพใน 14 ตำบล เพื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชน และให้ประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ก่อนจะนำข้อมูลที่ได้นำมาร่างเป็นธรรมนูญสุขภาพ ปรับปรุงจนสำเร็จเป็น “ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง ฉบับที่ 1 พ.ศ.2555” มีการลงนามบันทึกความร่วมมือในการทำงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยงานส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงประกาศใช้เมื่อ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555

“ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง” เปรียบเสมือน “ลายแทงสุขภาพ” ที่จะใช้เป็นกรอบในการทำงานด้านสุขภาพ เพื่อให้ชาวกันตังมีความสุขทุกมิติ ทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา ชาวกันตังเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ จึงพร้อมใจกันระบุไว้ในธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตังให้มีการ “สร้างเสริมสุขภาพ” ตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจรตั้งแต่ในครรภ์จนถึงเชิงตะกอน

(ลายแทงสุขภาพ หนังสือพิมพ์सानพลัง พฤษภาคม พ.ศ. 2558)

1.2 การขับเคลื่อนให้ธรรมนูญสุขภาพฯ เป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนทุกระดับ โดยคำนึงถึง การมีทิศทางและสาระที่สอดคล้อง/ไม่ขัดแย้งกับธรรมนูญสุขภาพฯ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนสุขภาพ ฉบับที่ 11 แผนยุทธศาสตร์ สวรส. (พ.ศ. 2554 - 2559) รวมถึง การจัดทำความเห็นและข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในเรื่อง “การเป็นศูนย์กลางแพทย์นานาชาติด้าน บริการรักษาพยาบาล”

1.3 การขับเคลื่อนสาระรายนาม เช่น กรณี ระเบียบมติคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) เรื่อง การส่งเสริมการลงทุนในธุรกิจบริการสุขภาพ ซึ่ง สช.ได้ทำงานร่วมกับ BOI เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์การส่งเสริมการลงทุนธุรกิจสุขภาพที่ไม่ขัดแย้งกับธรรมนูญสุขภาพฯ การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการวิจัยสุขภาพไทย จนเกิดการสร้างความร่วมมือของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) รวมถึงการอ้างอิงธรรมนูญสุขภาพฯในการพัฒนาข้อเสนอนโยบายในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2557 - 2558 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ กำลังเข้าสู่ห้วงเวลาของการทบทวนตามกฏหมายกำหนด โดยคณะกรรมการทบทวนธรรมนูญสุขภาพฯกำหนดหลักการทำงานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคมให้มากขึ้น เพื่อสร้างความเห็นพ้องกันในการร่วมกันออกแบบภาพอนาคตอย่างสร้างสรรค์ โดยคาดว่าจะเสนอร่าง ธรรมนูญสุขภาพฯ ฉบับใหม่ได้ในปีพ.ศ. 2559

2. พัฒนาการของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

การประชุมสภานิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดขึ้นครั้งแรกในงานตลาดนัดสุขภาพเมื่อ พ.ศ. 2544 และมีมาอย่างต่อเนื่อง จนเมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ประกาศใช้ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ชุดแรก ที่มีกรรมการจากภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ชุมชน เอกชน ได้นำประสบการณ์ รูปแบบและระบบการประชุมสมัชชาอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเน้นกระบวนการจัดประชุมที่มีการเตรียมระเบียบวาระการประชุมที่ดี มีการทำงานวิชาการล่วงหน้าอย่างมีคุณภาพ และการพิจารณามติในแต่ละระเบียบวาระเป็นไปอย่างมีระบบโดยยึดหลักการหาฉันทามติร่วมของที่ประชุม

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 ที่เสนอเป็นระเบียบวาระการประชุมโดยกลุ่มองค์กร ประชาสังคมที่ดำเนินงานเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนหันมาเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ด้วยการทำให้สภาพแวดล้อมต่างๆ ของสังคมไทยเอื้อต่อการเดินและการใช้จักรยาน หลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีฉันทมติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบและเสนอมตินี้ต่อไปยังคณะรัฐมนตรี ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบ เมื่อ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 นับแต่นั้นการรวมพลังเพื่อขับเคลื่อนมติดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการ โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ได้แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการจัดระบบและโครงสร้างสำหรับการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยมีชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทยเป็นแกนประสานหลัก

คณะทำงานฯ ดังกล่าวเป็นฟันเฟืองสำคัญในการประสาน บูรณาการความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยได้เข้าหารือกับหน่วยงานที่ระบุในมติถึง 11 หน่วยงาน ซึ่งมีส่วนทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจต่อแนวคิด แนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพมากขึ้น เช่น กระทรวงมหาดไทยได้มีจดหมายขอความร่วมมือให้แต่ละจังหวัดดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องนี้ ขณะเดียวกันคณะทำงานฯ เข้าใจถึงบทบาทภารกิจและข้อจำกัดของหน่วยงานด้วยเช่นกัน จึงนำไปสู่การสร้างความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันคณะทำงานและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันยกย่องยุทธศาสตร์การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยจัดเวทีรับฟังความเห็นทั่วประเทศและจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2558 เพื่อรับรองร่างยุทธศาสตร์ดังกล่าว ก่อนจะเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรีต่อไป ทั้งนี้ กระแสความตื่นตัวของการบินจักรยานและการออกกำลังกายยังจะเป็นแรงหนุนสำคัญในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ด้วย

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2558 (16 กันยายน พ.ศ. 2558)

สิ่งสำคัญที่พิสูจน์ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคือการขับเคลื่อนมติ ซึ่งมีกลไกหลัก คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ปัจจุบันมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ดำเนินงานโดยใช้ยุทธศาสตร์สานพลังความร่วมมือแบบเครือข่าย เน้นการเสริมพลังทางบวกให้เกิดการต่อยอดงานและสร้างคุณค่าในการทำงานให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน มีหลักการทํางาน 7 ข้อ ที่สรุปย่อด้วยคำว่า “DENMarKSI” ประกอบด้วย 1) การสร้างตัวอย่าง (demonstration) 2) การหนุนเสริมการทำงาน (encouragement) 3) การสร้างเครือข่าย (networking) 4) การสร้างแรงจูงใจ (motivation: appreciation: recognition) 5) การจัดการความรู้ (knowledge Management) 6) การสื่อสารสังคม (social communication) 7) การใช้ระบบข้อมูล (information system)

สำหรับการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็นได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็น ปีพ.ศ. 2555 - 2557 โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 3 ประการ ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพและความผูกพันของแกนนำสมัชชาสุขภาพทุกระดับ 2) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และใช้ประโยชน์สมัชชาสุขภาพอย่างจริงจัง และ 3) สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างการยอมรับและมีส่วนร่วม

ทั้งนี้ หลักการและคุณค่าที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพที่สรุปสังเคราะห์จากการทำงานกว่า 10 ปี ได้แก่ 1) เป็นกระบวนการพัฒนาโดยสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 2) เป็นกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม 3) เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ

สังคมโดยอาศัยการสานพลัง 3 ภาคส่วน คือพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังรัฐ/การเมือง และ 4) เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ

สำหรับกระบวนการสมัชชาสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกฝ่าย มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ 6 ประการ ได้แก่ 1) มีกลไกการจัดการเป็นพหุภาคี เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน 2) มีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์จากกระบวนการ คือ ข้อเสนอนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ 3) พัฒนาข้อเสนอโยบายสาธารณะบนฐานความรู้ และให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันด้วยเหตุผลและความปรารถนาดีต่อกัน 4) ทุกฝ่ายเข้าร่วมกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่และสมานฉันท์ ตามหลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม 5) กำหนดประเด็นที่จะพิจารณาเพื่อหาฉันทามติร่วมกัน ซึ่งจะเป็ข้อเสนอโยบายสาธารณะ 6) ขับเคลื่อนและผลักดันมติไปสู่การปฏิบัติผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หน่วยงานรัฐนำไปขับเคลื่อน หรือองค์กร ชุมชนนำไปขับเคลื่อนเอง

ทิศทางการทำงานของกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดในทศวรรษที่ 2¹² มุ่งพัฒนารูปแบบการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด (Provincial Health Assembly: PHA) มีกลไกการจ้ดที่สำคัญได้แก่ 1) คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด (คจ.สจ.) 2) คณะทำงานบริหาร และ 3) หน่วยเลขานุการกิจสมัชชาสุขภาพจังหวัด (นลส.) ทำหน้าที่บริหารงานเพื่อการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ถึง 2558 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) ได้สนับสนุนการพัฒนา “สมัชชาสุขภาพจังหวัด” ครอบคลุมทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ มีมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่หลากหลาย รวมกว่า 160 เรื่อง เช่น มติเรื่องระบบสุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ การจัดระบบโครงสร้างเพื่อการส่งเสริมการใช้จักรยานจังหวัดขอนแก่นความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาวะของประชาชน (คนลำพูน) การป้องกันเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมจังหวัดหนองบัวลำภู การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การลด ละ เลิก บุหรี่ จังหวัดปัตตานี การจัดการขยะของจังหวัดอุดรธานี เป็นต้น

กรณีตัวอย่างสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี

1. **กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี** พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจำนวน 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) อาหารปลอดภัย 2) การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ 3) เด็กติดเกมส์ มีการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพื่อหาฉันทามติ เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2556 และมีการกำหนดประเด็นใหม่ ปีพ.ศ. 2557 จำนวน 5 ประเด็น ประกอบด้วย 1) พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ 2) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 3) การคุ้มครองผู้บริโภค: การแก้ปัญหาโฆษณาอาหาร ยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4) การจัดการแก้ไขปัญหาเสพติด และ 5) สิ่งแวดล้อมกับวิถีชีวิต

2. **กลไกการจัดการแบบพหุภาคี** สมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี มีการจัดกลไกการจัดการในรูปแบบคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี (คจ.สจ.ลพ) มีที่ปรึกษา 11 คน และคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด จำนวน 46 คน มีคณะทำงานประสานงานและสนับสนุนการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี (คปสช.จ.ลพบุรี) คณะย่อยอีก 6 คณะ ประกอบด้วย 1) ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน 2) คณะทำงานฝ่ายอำนวยการ 6 คน 3) คณะทำงานฝ่ายวิชาการ 21 คน 4) คณะทำงานฝ่ายประชาสัมพันธ์ สื่อเพื่อสังคม 5คน 5) คณะทำงานฝ่ายประเมินผล 7 คน และ 6) คณะทำงานฝ่ายเลขานุการ 6 คน **หน่วยเลขานุการกิจอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี**

(สำนักสนับสนุนการปฏิบัติการพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558)

3. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลทางสุขภาพเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 และยังคงใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน โดยกำหนดการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ไว้เป็น 4 กรณีคือ

(1) โครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรง ทั้งด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ตามมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนุญา พ.ศ.2550

(2) นโยบายสาธารณะและการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนาที่ควรประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยการริเริ่มจากหน่วยงานเจ้าของโครงการ/หน่วยงานวางแผนพัฒนา

(3) นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่ควรประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยการขอใช้สิทธิจากบุคคลหรือคณะบุคคลตามมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

(4) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ในฐานะกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันของสังคมในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น หรือที่เรียกว่า Community HIA (CHIA) เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน โดยไม่อยู่ใน 3 กรณีข้างต้น

หลังการประกาศใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลทางสุขภาพ พ.ศ. 2552 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยสำนักนโยบายและแผน (สผ.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผลทางสุขภาพ ผนวกไว้ในรายงานการประเมินผลทางสิ่งแวดล้อม (EIA) หรือที่เรียกว่า EHIA ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนุญา พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบันมีโครงการที่ทำ EHIA ประมาณ 250 โครงการ โดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) ได้ร่วมกับคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดตั้ง “ศูนย์รวมรวมและเผยแพร่ข้อมูลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ หรือ EHIA” เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและเตรียม

องค์ความรู้ด้วยข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁸ ก่อนที่ประชาชนและผู้สนใจโดยเฉพาะกลุ่มประชาชนในพื้นที่ที่อาจได้รับผลกระทบทางสุขภาพจะเข้ารับฟังและให้ความเห็นต่อรายงาน EHIA

หน่วยงานที่มีบทบาทด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข คือ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย มีพันธกิจเป็นหน่วยงานหลัก ในการผลิต พัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีรูปแบบ แนวทาง เกณฑ์มาตรฐาน ด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁹ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากสวนสาธารณะเทศบาลนครยะลา และการจัดทำแนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ สำหรับกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ปัจจุบันมีหน่วยงานและสถาบันวิชาการจำนวนไม่น้อยที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่กำลังจัดทำโครงการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรณีศึกษาผลกระทบจากความตกลงการค้าเสรีไทย - สหภาพยุโรปต่อการเข้าถึงยา ซึ่งจะช่วยสร้างชุดความรู้ที่สนับสนุนความเป็นไปได้ในการนำกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปปรับใช้ในกระบวนการเจรจาการค้าอื่นๆด้วย รวมถึงสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ที่ริเริ่มจัดทำแนวทาง HIA สำหรับโครงการที่กำหนดให้จัดทำรายการการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม และผลักดันแนวทาง HIA และดัชนีทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบของรายการวิเคราะห์ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายพันธมิตรงานเอชไอเอ (HIA Consortium) ซึ่งเป็นเครือข่ายพัฒนางานวิชาการร่วมกัน โดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) เป็นแกนประสานสนับสนุน²⁰

กรณีตัวอย่าง เอชไอเอที่อ่าวทองคำ

การกำหนดอนาคตตนเองของชุมชนท่าศาลา นครศรีธรรมราชเริ่มขึ้นจากรายงานEHIAของบริษัทน้ำมันยักษ์ใหญ่ที่ระบุว่า การก่อสร้างท่าเรือและฐานปฏิบัติการบนชายฝั่งไม่อ่อนไหวต่อระบบนิเวศในทะเล ซึ่งแปลความได้ว่า ทะเลท่าศาลาเป็นทะเลร้าง ชาวบ้านไม่อาจยอมรับรายงานนี้ได้ กระบวนการกำหนดอนาคตตนเองของชุมชนจึงถูกนำมาใช้ และเป็นหัวใจของกระบวนการเอชไอเอชุมชนที่ท่าศาลา โดยให้ความสำคัญกับ “กระบวนการ” ที่เน้นการชวนชาวบ้านมาร่วมกันคิดถึงทิศทางพัฒนาชายฝั่งทะเล กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553 เพื่อเรียนรู้ถึงภัยคุกคามและทางเลือกในการพัฒนา

ชาวบ้านท่าศาลาเริ่มต้นกระบวนการจากคำถามว่า “เราต้องอธิบายอะไรบ้างเพื่อให้คนเข้าใจว่าท่าศาลามีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง” ชุมชนใช้เวลา 2 เดือนเพื่อร่วมกันตีโจทย์หาประเด็นศักยภาพที่ต้องไปหาคำตอบ 10 ประเด็น และอีก 6 เดือนรวมพลังกันทุกวันพุธเพื่อระดมหาข้อมูลตอบโจทย์ข้างต้นและตรวจสอบความถูกต้อง ตลอดกระบวนการนี้คือช่วงเวลาของการเรียนรู้ ทำความรู้จักตนเองที่สำคัญ ผลลัพธ์คือความภูมิใจและเล็งเห็นความสำคัญของประมงพื้นบ้านในฐานะผู้ผลิตอาหาร เป็นการพิสูจน์ว่าอ่าวท่าศาลาไม่ใช่อ่าวร้าง แต่เป็น “อ่าวทองคำ” ที่อุดมสมบูรณ์ มีระบบนิเวศเฉพาะ ที่มีมูลค่าทั้งจากการจ้างงานและการจับสัตว์น้ำมหาศาล

กระบวนการเอชไอเอชุมชนที่ท่าศาลาเป็นบทพิสูจน์ว่า กระบวนการนี้ไม่ใช่เพียงการทำข้อมูลเพื่อต่อสู้กับคู่ขัดแย้ง แต่เป็นการนำชุมชนออกจากภาวะความรุนแรงของความขัดแย้ง เป็นกระบวนการกำหนดอนาคตที่ยั่งยืน และให้สติกับสังคมว่าชุมชนมีได้คัดค้านการพัฒนาแบบอุตสาหกรรมโดยไร้เหตุผล เป็นการสร้างปัญญาเพื่อนำชุมชนออกจากเกมแห่งความรุนแรงที่ท่าศาลาจึงมีคำพูดว่า “เราขอเสียสละความเจริญทางอุตสาหกรรมที่พวกคุณพูดถึง แต่ขอปกป้องพื้นที่ผลิตอาหารเพื่อคนทั้งประเทศ”

(รางวัล 1 จังหวัด 1 พื้นที่ 1 กรณีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พ.ศ.2556)

ช่องทางสำคัญที่ประชาชนและองค์กรต่างๆ สามารถยื่นขอใช้สิทธิให้ทำ HIA คือ มาตรา 11 ของ พ.ร.บ.สุขภาพฯ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 - 2557 มีผู้ขอใช้สิทธิ 18 กรณี เช่น กรณีโรงถลุงเหล็ก โรงไฟฟ้าชีวมวล โรงผลิตยางพารา โรงหลอมทองแดง การก่อสร้างเขื่อน การขยายโรงงานผลิตปูนซีเมนต์ การกำจัดขยะอุตสาหกรรม เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน ชุมชนหลายแห่งสนใจเลือกเครื่องมือการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในระดับชุมชน(CHIA) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างขีดความสามารถของชุมชนในการทำ HIA ด้วยตนเอง จนถึงปัจจุบัน มีชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนการทำ CHIA ไปแล้ว 25 พื้นที่ เช่น กรณีการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนภายใต้ระบบนิเวศสามน้ำ อำเภอแม่กลอง จังหวัดสมุทรสงคราม กรณีเหมืองทองคำ อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย กรณีท่าเรือน้ำลึกและการพัฒนาอุตสาหกรรม อำเภอสิชล-ท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาไกลประสานงาน HIA ในประชาคมอาเซียน เพื่อให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาระบบ HIA ในระดับภูมิภาค โดยสนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูล การพัฒนาศักยภาพและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอย่างต่อเนื่อง

6. บทสรุป

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นนโยบายในทุกสาขาที่ให้ความสำคัญต่อมิติด้านสุขภาพ พร้อมทั้งจะป้องกัน ควบคุม หรือลดผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายเหล่านั้น เช่น นโยบายการลดสารตะกั่วในน้ำมัน นโยบายการจัดการจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมการเกษตรปลอดภัย นโยบายเกี่ยวกับการจัดระบบการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน นโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นการดำเนินงานตามแนวคิด

การสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) และแนวคิดขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันเรื่อง การให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ หรือทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) การประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทำให้เกิด กลไกและเครื่องมือที่ทุกภาคส่วนสามารถใช้ประโยชน์ เพื่อมุ่งสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่ช่วยให้แนวคิด “ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ” เกิดเป็นรูปธรรมได้จริงในสังคมไทย

การทำงานสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยเครื่องมือใดจำเป็นต้องส่งเสริมให้ เกิดสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ไปพร้อมกัน ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยน

เรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้องตรงกันมากขึ้นเรื่อยๆ
2) การใช้ยุทธศาสตร์ ทำงานและการพัฒนาวิชาการเชิงรุก
3) การให้ความสำคัญกับการทำงานและการพัฒนาภาคี
ทำงานข้ามภาคส่วน 4) การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย
ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการทำงานและการเรียนรู้
ร่วมกัน และ 5) สนับสนุนการตื่นตัวของ “สำนึก พลเมือง”
และ การสร้างความเข้มแข็งของพลังพลเมือง ซึ่งเป็น
นัยยะสำคัญของการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม
ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory
democracy) และการอภิบาลแบบเครือข่ายหรือหุ้นส่วน
(governance by network/partnership)