

การพยาบาล อนามัยชุมชน⁺

นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี่ยมชื่อ
บรรณาธิการ



การพยาบาล⁺ อนามัยชุมชน

นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี่ยมชื่อ
บรรณาธิการ



สงวนสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2565 จำนวน 60 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

การพยาบาลอนามัยชุมชน: นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.-- นครปฐม : สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565.

490 หน้า.

1. การพยาบาลอนามัยชุมชน. I. นพวรรณ เปียชื่อ. II. ชื่อเรื่อง.

610.7343

ISBN 978-616-443-693-0

ISBN (e-book) 978-616-443-695-4

จัดพิมพ์โดย

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล (MU PRESS)

กองบริหารงานวิจัย สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

999 ถ.พุทธมนทลสาย 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมนทล จ.นครปฐม 73170

โทร. 02-849-6379/080-575-5151

พิมพ์ที่

บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด

โทร. 0-2879-9154-6 โทรสาร 0-2879-9153

www.parbpim.com

ราคา 499 บาท

คำนิยม

ขอแสดงความยินดีและชื่นชมกับอาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ร่วมกันเขียนหนังสือ “การพยาบาลชุมชน: นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ” ซึ่งเป็นหนังสือที่ครอบคลุมทั้งนโยบาย วิวัฒนาการของการสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ การพยาบาลชุมชนในทุกมิติ คือ อนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานสุขภาพจิต รวมทั้ง กระบวนการและแนวคิดที่สำคัญในการพยาบาลชุมชน ทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนในชุมชน ในทุกช่วงวัย โดยบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลในภาวะเจ็บป่วยและเรื้อรัง ประเด็นปัญหาทางกฎหมาย และยังสะท้อนประสบการณ์ของผู้เขียน ในการพยาบาลชุมชนและการพัฒนางานชุมชนโดยผ่านโครงการต่าง ๆ ซึ่งนับว่าเป็นหนังสือที่มีความสมบูรณ์ เนื้อหาทันสมัย เรียบเรียงอย่างเป็นระบบ ใช้ภาษาที่เป็นมาตรฐานทางวิชาการ มีความกระชับและความสม่ำเสมอของการเขียนในแต่ละบทที่สัมพันธ์และสอดคล้องกัน

หนังสือเล่มนี้จึงเป็นประโยชน์แก่อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล และผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชน ไม่เพียงแสดงถึงความร่วมมือร่วมใจศึกษาค้นคว้า ในการผลิตผลงานที่นอกจากจะเป็นประโยชน์ กับผู้อ่านและประชาชนแล้ว ยังเป็นการสร้างเสริมปัญญาความคิดและพัฒนาความก้าวหน้า ทางวิชาการของสาขาการพยาบาลชุมชนและสาขาสาธารณสุขอีกด้วย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

คำนิยม

หนังสือ “การพยาบาลอนามัยชุมชน: นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ” (Community Health Nursing: Policy and Theory to Practice) เล่มนี้ จัดเป็นหนังสือทางวิชาการทางการพยาบาลเล่มแรก ๆ ในยุค New Normal ที่มีสาระของความรู้ที่คณะผู้เขียนได้รวบรวมและเรียบเรียงจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกันในแต่ละบทเป็นจำนวนมาก ซึ่งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติงานอนามัยในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่ทำงานในชุมชนได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะครอบคลุมการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย และการให้ความปลอดภัยกับผู้ให้บริการระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน

สาระในหนังสือ “การพยาบาลอนามัยชุมชน: นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ” ได้ให้ความรู้พื้นฐานของการสาธารณสุข นโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของประเทศเพื่อนำไปเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติของพยาบาลที่ทำงานในชุมชนทั้งในบทบาทโดยตรง (Direct Nursing Care) เช่น การอนามัยครอบครัว การอนามัยโรงเรียน และในบทบาทผู้ให้การสนับสนุน การช่วยเหลือและประสานความร่วมมือ (Indirect Nursing Care) เช่น การอนามัยสิ่งแวดล้อม งานชีวอนามัย และงานสุขภาพจิต เป็นต้น จึงนับได้ว่าเป็นหนังสือที่มีคุณค่าแก่การเรียนรู้เป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความยินดีและชื่นชมกับคณะผู้เขียน ที่สามารถผลิตร่างกาย แรงใจ และแรงปัญญาเขียนหนังสือเล่มนี้จนแล้วเสร็จเพื่อประโยชน์ต่ออาชีพการพยาบาล ประชาชน และสังคมไทย

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์

คำนิยม

หนังสือ “การพยาบาลอนามัยชุมชน: นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ Community Health Nursing: Policy and Theory to Practice” เล่มนี้พัฒนาขึ้นโดยทีมคณาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีประสบการณ์การสอนและการทำงานในชุมชน จึงสามารถถ่ายทอดความรู้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ การสาธารณสุขไทย สถานการณ์ปัญหา และแผนพัฒนาสุขภาพ กลวิธีและนวัตกรรมสาธารณสุขชุมชน แนวคิดและกระบวนการพยาบาลชุมชน ในงานต่าง ๆ เช่น อนามัยชุมชน อนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานสุขภาพจิต รวมทั้งจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อประยุกต์ใช้ความรู้เป็นแนวทางสู่การปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและเพื่อทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับชุมชนและผู้สนใจ ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษา การวิจัย และการพัฒนาสุขภาพชุมชนต่อไป

ในฐานะที่เป็นอาจารย์พยาบาลชุมชนมานานเกือบ 30 ปี รู้สึกดีใจที่เห็นหนังสือด้านการพยาบาลชุมชนนี้ ซึ่งมีผู้เรียบเรียงอยู่น้อยมาก จึงขอแสดงความยินดีและขอบคุณทีมคณาจารย์ทุกท่านที่ร่วมแรง ร่วมใจกันเรียบเรียงหนังสือเล่มนี้จนสำเร็จ และเชื่อว่าจะเกิดประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาล พยาบาล และผู้อ่านทุกคน ที่สำคัญคือส่งผลต่อสุขภาวะของประชาชนในชุมชน

รองศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล

คำนำ

หนังสือ การพยาบาลอนามัยชุมชน: นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (Community Health Nursing: Policy and Theory to Practice) เล่มนี้ จัดทำขึ้นโดยคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รวบรวมเนื้อหาที่ทันสมัยเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลชุมชน และแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการทำงานตามบทบาทของพยาบาลชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า สำหรับนักศึกษาพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ พยาบาลชุมชน บุคลากรทีมสุขภาพ และผู้สนใจ ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษา การวิจัย และการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่คุณภาพชีวิตของประชาชนและสุขภาวะของสังคม

คณะผู้นิพนธ์ขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจ ขอขอบคุณครูอาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหนังสือเล่มนี้ ขอขอบคุณโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีหน่วยงานต้นสังกัด ขอขอบคุณสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดลในการสนับสนุนเพื่อจัดพิมพ์และเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ และขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการจัดทำและใช้ประโยชน์จากหนังสือเล่มนี้

รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	VI
สารบัญ	VII-XIV
สารบัญภาพ	XV
สารบัญตาราง	XVI
บทที่ 1 การสาธารณสุขไทยและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	1
1.1 สถานการณ์สุขภาพ	3
1.2 วิวัฒนาการของการสาธารณสุขไทย	4
1.3 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	8
1.4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน	9
1.5 นโยบายสาธารณะ	11
1.6 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	14
สรุป	17
บทที่ 2 สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ	21
2.1 แนวคิด ความสำคัญ และวิวัฒนาการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ	23
2.1.1 ระยะที่ 1 การพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ถึงฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519)	25
2.1.2 ระยะที่ 2 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ถึงฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)	25
2.1.3 ระยะที่ 3 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ถึงฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)	27
2.1.4 สรุปวิวัฒนาการของแผนพัฒนาสุขภาพ	30
2.2 สถานการณ์ที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12	31
2.2.1 สถานการณ์ระดับโลก	31
2.2.2 สถานการณ์ระดับภูมิภาค	34
2.2.3 สถานการณ์ระดับประเทศ	34
2.2.4 สรุปสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ	40

	หน้า
2.3 สารสำคัญและแนวทางการแก้ไขปัญหาตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12	41
2.3.1 หลักการ	41
2.3.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนา	41
2.3.3 แนวทางการพัฒนาและตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ 4 ด้าน	42
2.3.3.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก	42
2.3.3.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ	46
2.3.3.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	48
2.3.3.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ	49
สรุป	52
ภาคผนวก 1	56
ภาคผนวก 2	58
บทที่ 3 กลวิธีและนวัตกรรมในงานสาธารณสุขชุมชน	61
3.1 กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน	64
3.1.1 การสาธารณสุขมูลฐาน	64
3.1.2 ความหมาย	64
3.1.3 แนวคิดของงานสาธารณสุขมูลฐาน	66
3.1.4 หลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน	67
3.1.5 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	69
3.1.6 การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	71
3.1.7 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน	80
3.1.8 อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน	81
3.1.9 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน	81
3.2 กลวิธีเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน	82
3.2.1 ความหมาย	82
3.2.2 แนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน	83
3.2.3 กลวิธีในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน	83

	หน้า
3.3 กลวิธีเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง	87
3.3.1 ความหมาย	87
3.3.2 หลักการแนวคิดสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง	88
3.3.3 กระบวนการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง	88
3.4 กลวิธีปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	90
3.4.1 ความหมาย	91
3.4.2 หลักการของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	91
3.4.3 แนวทางในการประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	92
3.5 นวัตกรรมในงานสาธารณสุข	93
3.5.1 ความหมาย	93
3.5.2 แนวคิดและหลักการนวัตกรรมทางสาธารณสุข	94
สรุป	95
บทที่ 4 พยาบาลชุมชนกับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	99
4.1 วิวัฒนาการของการพยาบาลชุมชน	101
4.2 ลักษณะงานของพยาบาลชุมชน	102
4.3 บทบาทของพยาบาลชุมชน	104
4.4 หน้าที่ของพยาบาลชุมชน	106
4.5 การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	106
4.6 การจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	108
สรุป	110
บทที่ 5 กระบวนการพยาบาลในงานอนามัยชุมชน: การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน วินิจฉัยปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	113
5.1 กระบวนการพยาบาลในงานอนามัยชุมชน	116
5.2 การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน	118
5.2.1 การศึกษาข้อมูลชุมชน	119
5.2.2 การสำรวจและเก็บข้อมูลชุมชน	120
5.2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพชุมชน	126
5.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล	131

	หน้า
5.3 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน และการจัดลำดับความสำคัญ	134
5.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูล	134
5.3.2 การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ/ระบุปัญหาสุขภาพชุมชน	134
5.3.3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	134
5.3.4 การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยสาเหตุ	144
5.4 การวางแผนดำเนินการ	145
5.4.1 กระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC)	145
สรุป	150
บทที่ 6 กระบวนการพยาบาลในงานอนามัยชุมชน: การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	153
6.1 การวางแผนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	156
6.1.1 หลักสำคัญของการวางแผนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	156
6.1.2 กระบวนการในการวางแผนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	157
6.2 การดำเนินงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	165
6.2.1 การดำเนินงานหรือการปฏิบัติงาน	165
6.2.2 หลักการของการดำเนินงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	165
6.3 การประเมินผลโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	166
6.3.1 การประเมินผล	166
6.3.2 หลักการของการประเมินผล	166
6.3.3 องค์ประกอบของการประเมินผล	166
6.3.4 ประเภทของการประเมินผลโครงการ	167
6.3.5 ประโยชน์ของการประเมินผล	167
6.3.6 ประเด็นสำคัญในการประเมินผลโครงการ	168
สรุป	171
ตัวอย่างการเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนและการประเมินผล	173

	หน้า
บทที่ 7 การอนามัยครอบครัว	183
7.1 แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในงานอนามัยครอบครัว	185
7.1.1 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม	186
7.1.2 หน้าที่ครอบครัว	187
7.1.3 แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน	188
7.2 หลักการอนามัยครอบครัว	189
7.3 ประโยชน์ของการอนามัยครอบครัว	193
7.3.1 ผู้ป่วยและครอบครัว	193
7.3.2 ประชาชนทั่วไป	193
7.3.3 พยาบาล	193
7.4 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานอนามัยครอบครัว	194
7.5 หลักการและขั้นตอนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน	195
7.5.1 ขั้นตอนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน	196
7.5.2 การประเมินผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน	198
7.5.3 การดูแลสุขภาพที่บ้านในกลุ่มเป้าหมาย	199
7.5.4 กรณีตัวอย่างนามสมมติ	199
สรุป	210
บทที่ 8 การอนามัยโรงเรียน	215
8.1 ความสำคัญของการอนามัยโรงเรียน	218
8.2 วิวัฒนาการของการอนามัยโรงเรียน	218
8.2.1 ความเป็นมาของงานอนามัยโรงเรียน	218
8.2.2 ความเป็นมาของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	220
8.3 แนวคิดของงานอนามัยโรงเรียนและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	222
8.3.1 นิยามของงานอนามัยโรงเรียนและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	222
8.3.2 แนวคิดของงานอนามัยโรงเรียนและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	223
8.3.3 องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	224
8.3.4 การดำเนินงานของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	227
8.4 การบริการอนามัยโรงเรียน	231
8.4.1 การบริการด้านสุขภาพ	231
8.4.2 การบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน	255
8.4.3 การบริการด้านการศึกษาหรือการสอนสุขศึกษา	263
8.4.4 การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน บ้าน และชุมชน	265

	หน้า
สรุป	270
ภาคผนวก	273
บทที่ 9 พยาบาลชุมชนในงานอาชีวอนามัย	287
9.1 ความหมายของงานอาชีวอนามัย	289
9.2 ปัญหาและโรคที่พบบ่อยในการประกอบอาชีพ	290
9.2.1 โรคทั่วไป	290
9.2.2 โรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน	290
9.2.3 โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ	290
9.3 ปัจจัยเสี่ยงคุกคามก่ออันตรายในการประกอบอาชีพ	291
9.3.1 อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ	291
9.3.2 อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางด้านสารเคมี	296
9.3.3 อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางชีวภาพ	300
9.3.4 อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางการยศาสตร์	301
9.4 หลักการป้องกันและควบคุมอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการประกอบอาชีพ	302
9.5 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในงานอาชีวอนามัย	303
9.6 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาลอาชีวอนามัย	305
สรุป	306
บทที่ 10 การอนามัยสิ่งแวดล้อม: การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้	309
10.1 แนวคิดและหลักการงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	311
10.2 การจัดการสุขาภิบาลอาหาร	314
10.2.1 แนวคิดและหลักการของสุขาภิบาลอาหาร	314
10.2.2 อันตรายและโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ	314
10.2.3 เกณฑ์การควบคุมอาหารให้สะอาดตามหลักสุขาภิบาลอาหาร	318
10.3 การปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้	327
10.3.1 ความสำคัญของน้ำและแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภค	327
10.3.2 คุณลักษณะของน้ำและมาตรฐานคุณภาพน้ำ	329
10.3.3 วิธีการปรับปรุงคุณภาพน้ำ	330
สรุป	333

	หน้า
บทที่ 11 การอนามัยสิ่งแวดล้อม: การกำจัดของเสีย การควบคุมและกำจัด แมลงและสัตว์นำโรค การจัดการแก้ไขเหตุรำคาญและมลพิษ	337
11.1 การอนามัยสิ่งแวดล้อม	339
11.2 การกำจัดของเสีย	340
11.2.1 การบำบัดน้ำเสีย	340
11.2.2 การจัดการขยะมูลฝอย	347
11.2.3 การจัดการสิ่งปฏิกูล	353
11.3 การควบคุมแมลงและสัตว์นำโรค	356
11.3.1 ความหมายและความสำคัญ	356
11.3.2 วิธีการควบคุมและกำจัด	356
11.4 การจัดการเหตุรำคาญและมลพิษ	361
11.4.1 ความหมายของเหตุรำคาญ	361
11.4.2 ประเภทและการควบคุมเหตุรำคาญ	362
11.5 บทบาทของพยาบาลชุมชนในงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	366
สรุป	367
บทที่ 12 พยาบาลชุมชนกับงานสุขภาพจิต	371
12.1 สุขภาพจิต	374
12.1.1 ปัญหาสุขภาพจิต ความผิดปกติทางจิต หรือโรคทางจิตเวช	374
12.1.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิต	375
12.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือความผิดปกติทางจิต	376
12.3 ความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยในชุมชน	377
12.3.1 โรคจิตเภท	377
12.3.2 โรคซึมเศร้า	381
12.3.3 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	384
12.3.4 โรคสมองเสื่อม	386
12.4 บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต	390
12.4.1 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ	392
12.4.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับทุติยภูมิ	395
12.4.3 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับตติยภูมิ	401
สรุป	406

	หน้า
บทที่ 13 ประเด็นปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการพยาบาลชุมชน	413
13.1 ความหมายและความสำคัญของจริยธรรมและกฎหมาย ในการพยาบาลชุมชน	415
13.1.1 ความสำคัญของจริยธรรมและกฎหมาย	416
13.2 หลักจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวกับการพยาบาลชุมชน	417
13.2.1 หลักจริยธรรมและแนวคิดจริยธรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาลชุมชน	417
13.2.2 กฎหมายที่เกี่ยวกับการพยาบาลชุมชน	419
13.2.2.1 กฎหมายที่เกี่ยวกับขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล	420
13.2.2.2 กฎหมายที่เกี่ยวกับการพิจารณาการประพฤติดิจจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์	423
13.3 ประเด็นปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการพยาบาลชุมชน	427
13.3.1 มีการกระทำ	427
13.3.2 มีการกระทำโดยเจตนา ประมาท หรือไม่เจตนา	427
13.3.3 มีกฎหมายระบุว่ามีความผิดและมีบทลงโทษ	428
13.3.4 คดียังไม่ขาดอายุความ	429
13.3.5 กรณีความรับผิดชอบทางการพยาบาลชุมชน	429
สรุป	433
ดัชนีภาษาอังกฤษ	437
ดัชนีภาษาไทย	447
ประวัติผู้เขียน	459

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1	24
ภาพที่ 3.1	65
ภาพที่ 5.1	117
ภาพที่ 6.1	156
ภาพที่ 7.1	208
ภาพที่ 7.2	208
ภาพที่ 7.3	209
ภาพที่ 8.1	224
ภาพที่ 8.2	228
ภาพที่ 8.3	232
ภาพที่ 8.4	233
ภาพที่ 8.5	233
ภาพที่ 8.6	234
ภาพที่ 8.7	234
ภาพที่ 8.8	235
ภาพที่ 8.9	235
ภาพที่ 8.10	236
ภาพที่ 8.11	236
ภาพที่ 8.12	237
ภาพที่ 8.13	243
ภาพที่ 8.14	243
ภาพที่ 8.15	245
ภาพที่ 8.16	245
ภาพที่ 8.17	247
ภาพที่ 8.18	247
ภาพที่ 11.1	357
ภาพที่ 11.2	357
ภาพที่ 11.3	359
ภาพที่ 11.4	360
ภาพที่ 11.5	361
ภาพที่ 12.1	376

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน
ตารางที่ 3.2	ตัวอย่างการประยุกต์ใช้กลวิธีเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
ตารางที่ 5.1	ตัวอย่างการพิจารณาขนาดของปัญหา
ตารางที่ 5.2	ตัวอย่างการให้คะแนนปัญหาสุขภาพ
ตารางที่ 5.3	ตัวอย่างการให้คะแนนปัญหาสุขภาพที่มีน้ำหนักของเกณฑ์ แต่ละด้านต่างกัน
ตารางที่ 5.4	เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญตามขนาดของปัญหา
ตารางที่ 5.5	เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญตามความรุนแรงของปัญหา
ตารางที่ 5.6	เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญตามความยากง่ายในการแก้ปัญหา
ตารางที่ 5.7	เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความสนใจ ความร่วมมือต่อปัญหาของชุมชน
ตารางที่ 5.8	การพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนตามวิธีของ Stanhope & William
ตารางที่ 5.9	การพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนตามวิธีของไพบูลย์ โล่ห์สุนทร
ตารางที่ 8.1	ตัวอย่างการคำนวณอายุของเด็กนักเรียน
ตารางที่ 8.2	การให้วัคซีน DTP-HB-Hib ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ตารางที่ 9.1	เกณฑ์ระดับเสียงตามระยะเวลาที่รับเสียง
ตารางที่ 9.2	การจัดสถานพยาบาลในสถานประกอบการตามประกาศของกระทรวง มหาดไทย
ตารางที่ 11.1	ชนิดของยุง การนำเชื้อโรค แห้งเพาะพันธุ์ และโรคที่เกิดจาก ยุงเป็นพาหะ
ตารางที่ 13.1	กรณีศึกษาประเด็นปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ และการผดุงครรภ์

บทที่ 1

การสาธารณสุขไทยและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

บพวรรณ เปียชื่อ

การสาธารณสุขไทยและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

อุพวรรณ เปียชื่อ

ขอบเขตเนื้อหา

- 1.1 สถานการณ์สุขภาพ
- 1.2 วิวัฒนาการของการสาธารณสุขไทย
- 1.3 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ
- 1.4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- 1.5 นโยบายสาธารณะ
- 1.6 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

บทนำ

ประเทศไทยมีวิวัฒนาการของการสาธารณสุขเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่ผ่านมามีการพัฒนา ระบบสุขภาพสู่การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 และได้มีการพัฒนานโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็น ส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย สู่การปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1.1 สถานการณ์สุขภาพ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตที่สำคัญคือ การเป็นสังคมเมือง ประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรคนเมือง คิดเป็นร้อยละ 49.0 ในปี พ.ศ. 2560 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.0 ในปี พ.ศ. 2593¹ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยอัตราการเกิดและตายลดลง การเข้าสู่สังคมสูงวัย (aging society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด² ได้มีการ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) และ ในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.9 ของประชากรทั่วประเทศ³ ซึ่งจะทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ความชุก

ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นในผู้ที่มียายุ 80 ปีขึ้นไป⁴ ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่า โรคเบาหวานในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2557 โดยผู้เป็นเบาหวานร้อยละ 43 ไม่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 3 ที่ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา และเพียงร้อยละ 43 ของผู้ที่ได้รับการรักษาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁴ การไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ ทำให้อุบัติการณ์ของโรคไตวายระยะสุดท้ายเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพดังกล่าวนำไปสู่ความเจ็บป่วย ความต้องการการดูแล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมทั้งการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁵ นอกจากนี้ คนไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life-years: DALYs) จากโรคทางสุขภาพจิตสูงที่สุดคือ ร้อยละ 34 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด โดยเกี่ยวข้องกับ การติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท⁶ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่มีขนาดครอบครัว เล็กลงจากครัวเรือนละ 5 คนเป็น 3 คน และผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวและอยู่ลำพังกับ คู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้น ครอบครัวมีความเปราะบาง มีการตั้งครุฑไม่พร้อมในวัยรุ่น อัตราการ มีบุตรของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีเท่ากับ 51 ต่อ 1,000 คน เด็กอายุ 0-5 ปีมีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง ร้อยละ 10.5⁷ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 5 อีกทั้งสถานการณ์สุขภาพยังขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับโลกไร้พรมแดน (globalization) ทำให้มีความเชื่อมโยงของคน ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเกิดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ปัญหามลพิษ สิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ โดยเฉพาะภัยน้ำท่วม

การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ในปี พ.ศ. 2558 ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรและแรงงาน ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคระบาด การเกิดโรคอุบัติใหม่ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Coronavirus disease) หรือ โควิด-19 (Covid-19) ที่แพร่ระบาดทั่วโลก อีกทั้งประชากรกลุ่มเฉพาะที่พบว่าปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ อันเกิดจากความเหลื่อมล้ำในสังคมมีความรุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงมากกว่าประชากรทั่วไป กลุ่มผู้พิการเป็นกลุ่มเปราะบางที่บางส่วนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในขณะที่ผู้พิการโดยรวมได้รับการศึกษาที่จำกัดและส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านทักษะ ในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการใช้ชีวิตในสังคม

1.2 วัฒนธรรมของการสาธารณสุขไทย

การสาธารณสุขไทยนับตั้งแต่ยุคดั้งเดิม ยุคประวัติศาสตร์ในสมัยกรุงสุโขทัยถึงกรุงศรีอยุธยา ต่อเนื่องมาจนถึงกรุงรัตนโกสินทร์ในยุคฟื้นฟูวิทยาการแพทย์ไทย (รัชกาลที่ 1-3) ยุคบ้านเมืองรุ่งเรือง (รัชกาลที่ 4-6) โดยรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ในช่วงปี พ.ศ. 2411-2453 ที่ได้มีการก่อตั้งศิริราชพยาบาลเป็นโรงพยาบาลรัฐแห่งแรก ในปี พ.ศ. 2431 การสาธารณสุขไทยในระยะแรกนั้นเป็นรูปแบบที่เน้นโรคระบาดและโรคติดต่อ (epidemic and communicable disease) โดยเฉพาะไข้ทรพิษ กาฬโรค และอหิวาตกโรค ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ

ด้านสุขภาพ รัชกาลที่ 5 ได้ทรงก่อตั้งกรมพยาบาลขึ้นเพื่อดำเนินการโรงพยาบาล จัดการศึกษา แพทย์และดูแลเรื่องการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษให้กับประชาชน ต่อมาในปี พ.ศ. 2439 ได้มีการ ก่อตั้งโรงเรียนนางผดุงครรภ์และตั้งกองแพทย์ลงพื้นที่ป้องกันโรคระบาด และในปี พ.ศ. 2440 ได้จัดตั้งกรมสุขาภิบาลเพื่อจัดการปัญหาโรคระบาดที่เกิดขึ้น⁸

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 6) ได้เข้าสู่ยุคบุกเบิกของ การแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน โดยบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยคือ พระราชบิดา ในยุคนี้ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ เพื่อคุ้มครองประชาชน มีการตั้ง กรมสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการควบคุมป้องกันโรคระบาดและส่งเสริมสุขอนามัยของประชาชนและ การตั้งสถานเสาวภา รวมทั้งนำสภากาชาดสยามเข้าเป็นสมาชิกสภากาชาดสากล นอกจากนี้ มีการตั้ง กองอนุสภากาชาดเพื่อปลูกฝังความเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ และตั้งโรงเรียนนางพยาบาลของ สภากาชาด รวมทั้งการขยายบริการสาธารณสุขไปยังพื้นที่ห่างไกล โดยมีหน่วยบริการเคลื่อนที่ และจัดตั้งมหาวิทยาลัยเพื่อเพิ่มการผลิตบุคลากรทางสาธารณสุข ต่อมาได้มีพระราชบัญญัติ การสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2477 เป็นการวางรากฐานของการสาธารณสุขยุคใหม่ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2485 จึงได้มีการยกระดับเป็นกระทรวงสาธารณสุข มีการสร้างโรงพยาบาลในทุกจังหวัด ทั่วประเทศ รวมทั้งการสร้าง “สุขศาลา” และผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ขยายการให้บริการ ด้านสาธารณสุข พัฒนาสุขศาลาขึ้นหนึ่งเป็น “สถานอนามัยขึ้นหนึ่ง” และ “ศูนย์การแพทย์อนามัย ชนบท” ต่อมาเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” จนถึง “โรงพยาบาลอำเภอ” ในปี พ.ศ. 2518 (ต่อมาเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลชุมชน: รพช.) และได้มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและการเข้าถึง บริการสุขภาพ โดยเฉพาะโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล ร่วมกับการพัฒนาชนบท การพัฒนาการศึกษา การเกษตรและระบบสุขภาพ นับเป็นการเริ่มต้นระบบ สุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากนั้นในปี พ.ศ. 2520 ได้เริ่มมีการขยายโรงพยาบาลชุมชนจนครบในทุกอำเภอในปี พ.ศ. 2533 โดยโรงพยาบาลชุมชนมีขนาด 30-150 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิ บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ขนาดใหญ่ให้บริการเฉพาะทางด้วย เช่น อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และสูติรี เวชศาสตร์ เป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลที่มีขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3-4 คน พยาบาล 30 คน เภสัชกร 2-3 คน ทันตแพทย์ 1-2 คนและทีมสุขภาพอื่นประมาณ 20 คน ดูแลประชากร 3-5 หมื่นคน ในช่วงเวลาดังกล่าวจึงเป็นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การสาธารณสุขยุคใหม่ จากนั้น ได้มีการขยายสถานอนามัยจนครบทุกตำบล เป็นด่านแรกที่ทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ที่เป็นส่วนสำคัญในการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้บริการในการรักษาโรคเบื้องต้น การสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค สถานอนามัยแต่ละแห่งมีพยาบาลและทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข รวม 3-5 คนโดยประมาณ ดูแลประชากร 3-5 พันคน นับเป็นองค์ประกอบ

สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอและการพัฒนาสุขภาพของประเทศตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2545 ที่มุ่งเน้นความครอบคลุม ความเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ประชาชนมีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และยังได้มีการขยายชุดสิทธิประโยชน์ไปยังกลุ่มเป้าหมาย เช่น สิทธิประโยชน์การล้างไต เป็นต้น ต่อมาได้มีการพัฒนาการบริการสุขภาพและยกระดับจากสถานีนอมนัยเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ในปี พ.ศ. 2546 และ “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” (รพ.สต.) ในปี พ.ศ. 2551

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 ประเทศไทยได้มีการดำเนินการโดยมุ่งเน้นการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลกซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ปี พ.ศ. 2529 โดยมียุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (building healthy public policy) 2) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (strengthening community action) 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (creating supportive environment) 4) การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของบุคคล (developing personal skill) และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ (reorienting health services) นับแต่นั้นประเทศไทยจึงได้เข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) มุ่งเน้นการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการจัดบริการสุขภาพที่ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ หรือ “สิทธิหลักประกันสุขภาพ” ตั้งแต่สิทธิในการเข้ารับบริการ การบริหารจัดการ การตรวจสอบ และรับรองคุณภาพบริการ โดยมีกลไกสำคัญคือ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรก มีการจัดตั้งผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำงานเชิงรุกในชุมชน มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ที่มีแพทย์ปฏิบัติเป็นประจำ ระดับตติยภูมิคือ โรงพยาบาลชุมชน และระดับตติยภูมิคือ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 เกิดกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ที่เป็นแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่โดยใช้แนวทาง “PIRAB” ที่เรียกว่า “พิราบ” ประกอบด้วย Partnership (การสร้างหุ้นส่วนหรือพันธมิตรที่มีความรอบรู้และเป้าหมายเพื่อสุขภาพ) Investment (การลงทุนเพื่อสุขภาพ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและนโยบายสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน) Regulation (การมีกฎหมาย กฎระเบียบเพื่อปกป้องประชาชน) Advocacy (การสื่อสารชี้นำสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) และ Building capacity (การพัฒนาให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ) ซึ่งใช้เป็นกลไกในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) โดยการบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกหลัก มุ่งเน้นการเฝ้าระวัง เช่น การใช้แนวทางป้องกัน 7 สในการคัดกรองความดันโลหิตและจัดระดับความรุนแรง การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพโดยรณรงค์ 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสุรา งดสูบบุหรี่) และการสร้างกระแสเพื่อให้เกิดการสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่สาธารณะ โดยองค์กรหรือหน่วยงานเป็นต้นแบบสู่ชุมชน

สำหรับกลไกระดับชาติ ได้มีการจัดตั้งองค์กรที่สำคัญคือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ดำเนินการสนับสนุนให้เกิดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ดำเนินการให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การร่วมหารือข้อเสนอและสรุปเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งจัดขึ้นทุกปี สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ดำเนินการจัดการและประสานงานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ดำเนินการพัฒนามาตรฐานและรับรองคุณภาพบริการของสถานพยาบาล รวมทั้งองค์กรภาคประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรวิชาชีพ มูลนิธิ สมาคม ชมรมต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันและร่วมกับภาครัฐ ทั้งในการรณรงค์การคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การรับมือภัยพิบัติ และการสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผู้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 71.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในปี พ.ศ. 2558 เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม การเมืองและวัฒนธรรมในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีผลต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรมาเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ และภัยพิบัติ การสาธารณสุขไทยในขณะนี้จึงเป็นการมุ่งเน้นการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน โดยสอดคล้องกับปฏิญญาอัสตานา (Astana declaration on Primary Health Care) ซึ่งประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้ประกาศเจตนารมณ์ในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เมืองอัสตานา ประเทศคาซัคสถาน เมื่อปี พ.ศ. 2561 โดยเพิ่มกลไกทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ และระดับฐานรากที่จะนำไปสู่ความยั่งยืน มุ่งหวังให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนของตนเอง อีกทั้งรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2560 กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เป็นที่มาของการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ และในปี พ.ศ. 2562 ได้มีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ อีกทั้งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) เพื่อขับเคลื่อนและยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

1.3 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) หมายถึง สิ่งแวดล้อมของบุคคล นับตั้งแต่เกิด เจริญเติบโตเป็นเด็กและวัยรุ่น วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลให้มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม การเมือง การกระจายทรัพยากรทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก⁹ โดยเฉพาะปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) มีที่มาจากปัญหาที่พบว่า แม้ระบบบริการสุขภาพของประเทศจะดีขึ้น แต่ประชาชนยังมีปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ รวมทั้งมีช่องว่างหรือความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (health inequity) ในขณะที่ยังมีการรณรงค์ (World Health Organization: WHO) ได้มีรายงานเรื่อง Closing the Gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (ลดช่องว่างทางสุขภาพในช่วงชีวิตเรา: บรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ) ในปี ค.ศ. 2009 (พ.ศ. 2552)^{10, 11} นำไปสู่การให้ความสำคัญจากทั่วโลกเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ หรือ “สาเหตุของโรคที่สังคมทำ” โดยรายงานดังกล่าวนี้ได้มีข้อเสนอในเชิงปฏิบัติที่มุ่งเน้นการลดช่องว่างทางสุขภาพของประชาชน โดยการพิจารณาปัจจัยโครงสร้างทางสังคมที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดเดิมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ที่เน้นการป้องกันรักษาโรค การบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพ มาเป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่เป็นสาเหตุหลัก

ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ตลอดจนปัจจัยทางสังคมที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบบุคคลในวงที่กว้างขึ้น ที่สำคัญคือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน นโยบาย และวัฒนธรรม ดังนั้น การดูแลสุขภาพจึงมากกว่าการปรับพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ ตัวอย่างเช่น โรคอ้วน มีเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการมีอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การเผาผลาญอาหารลดลง รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้ต้องซื้ออาหารที่มีส่วนประกอบของแป้งและไขมันสูงมาบริโภค ความเครียด การขาดความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การปรุงอาหารของครอบครัวหรือร้านค้าที่ขายอาหารในชุมชนที่เน้นหวาน มัน เค็ม รวมถึงนโยบายการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่เนือยนิ่ง เช่น ผังเมืองที่ขาดพื้นที่ออกกำลังกาย การใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารหรือการเดินทาง เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังได้มีการอธิบายปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพจากมุมมองเชิงระบาดวิทยาสังคม (social epidemiology) ซึ่งเชื่อมโยงแนวคิดเชิงระบาดวิทยาและสังคมวิทยาเข้าด้วยกัน แนวคิดเชิงระบาดวิทยา ในอดีตมุ่งเน้นการศึกษาโรคระบาด โดยนักบุกเบิกที่สำคัญคือ จอห์น สโนว์ (John Snow) ได้ทำการสอบสวนอหิวาตกโรค ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบความเกี่ยวข้องกับแหล่งน้ำที่ปนเปื้อนอุจจาระ นำไปสู่การแก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหา จากนั้นได้มีการพัฒนาโดยการใช้สถิติวิเคราะห์และการศึกษาประชากร ที่ครอบคลุมถึงการศึกษปัจจัยเงื่อนไขต่าง ๆ รวมทั้ง

โรคไม่ติดต่อ สุขภาพ และปัจจัยทางสังคมร่วมด้วย โดยแนวคิดเชิงสังคมวิทยาสามารถใช้ในการอธิบายบริบททางสังคมได้ทั้งเชิงลึกและกว้าง เป็นการเพิ่มมุมมองจากเดิมที่เน้นเพียงการรักษาโรคมาสู่การป้องกันโรคที่จะทำให้เกิดสุขภาพที่ดีและลดภาระในการดูแลสุขภาพของระบบบริการสุขภาพ

หลักการและแนวทางในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนเพื่อลดช่องว่างของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การดูแลตลอดชีวิต (across lifespan) เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพมีความซับซ้อนและต่อเนื่องเกี่ยวพันกันตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตนับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ จึงต้องมีการส่งเสริมตั้งแต่แรกเกิดให้มีการเจริญเติบโตที่ดี เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และเด็ก 1,000 วันแรกของชีวิต เป็นต้น รวมทั้งการส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การทำงานที่มีรายได้เพียงพอและมีความยั่งยืน การมีที่อยู่อาศัยที่ดี จนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพ 2) การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ความเหลื่อมล้ำทางเพศ การสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอของภาครัฐ (public sectors) เพื่อการสาธารณะ การสนับสนุนการรวมตัวกันเกิดเป็นพลังของภาคประชาสังคม (civil society) และสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในชุมชนและสังคมทุกระดับ เช่น โครงการพัฒนาความเป็นธรรมทางสังคม การกำหนดค่าจ้างที่เป็นธรรม เป็นต้น และ 3) การประเมินปัญหาและเฝ้าระวังความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และการประเมินปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ นำไปสู่การแก้ปัญหา เป็นการต่อยอดหรือขยายองค์ความรู้ การพัฒนาคนและความคุ้มครองทางสังคม¹²

1.4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ที่ผ่านมาในหลายประเทศทั่วโลก ได้มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นผลดี อย่างไรก็ตามการพัฒนาดังกล่าวมีผลกระทบต่อทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ในปี พ.ศ. 2543 องค์การสหประชาชาติจึงร่วมกับ 189 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยในการตั้งเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals (MDGs) ประกอบด้วย 8 เป้าหมายหลัก คือ 1) ขจัดความยากจนและความหิวโหย 2) เด็กทุกคนได้รับการศึกษาพื้นฐาน 3) ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและบทบาทสตรี 4) ลดอัตราการตายของเด็ก 5) พัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์ 6) ต่อสู้กับโรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่น ๆ 7) รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน และ 8) ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก¹³ โดยเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษได้สิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2558 และบรรลุผลในหลายประเทศ องค์การสหประชาชาติจึงได้ประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ตามแนวคิดของการพัฒนาที่เป็นความเชื่อมโยงกันของมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการรับรองของประเทศสมาชิก รวมทั้งประเทศไทย เพื่อใช้เป็นเครื่องกำหนดทิศทางการพัฒนาภายในปี พ.ศ. 2573 ประกอบด้วย 17 เป้าหมายคือ 1) ขจัดความยากจนทุกรูปแบบทุกสถานที่ (no poverty) 2) ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน (zero hunger) 3) การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ (good

health and well-being) 4) การศึกษาที่เท่าเทียมและทั่วถึง ส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิตให้กับทุกคน (equality education) 5) ความเท่าเทียมทางเพศ พัฒนาบทบาทสตรีและเด็กผู้หญิง (gender equality) 6) การมีน้ำใช้ การจัดการน้ำและสุขาภิบาลที่ยั่งยืน (clean water and sanitation) 7) พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้ เชื้อถือได้ ยั่งยืนทันสมัย (affordable and clean energy) 8) การจ้างงานที่มีคุณค่าและส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่องครอบคลุมและยั่งยืน (decent work and economic growth) 9) โครงสร้างพื้นฐานที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง การปรับตัวอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืนและทั่วถึง และการสนับสนุนนวัตกรรม (industry, innovation and infrastructure) 10) ลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ (reduced inequalities) 11) ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัยทั่วถึง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable cities and communities) 12) การบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน (responsible consumption and production) 13) ดำเนินมาตรการเร่งด่วนเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบ (climate action) 14) การอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเลเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (life below water) 15) การปกป้องฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบกอย่างยั่งยืน (sustainable consumption and production) 16) สังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (peace and justice strong institutions) และ 17) สร้างพลังแห่งความเป็นหุ้นส่วน ความร่วมมือระดับสากลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (partnership for the goals)¹⁴

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้ง 17 เป้าหมายมีความเกี่ยวข้องกันและครอบคลุมการพัฒนาอย่างสมดุลของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสามเสาหลักในการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในการขจัดความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ไม่ทำลายแหล่งทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งมุ่งให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเป้าหมายที่ 3 มุ่งเน้นการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุนั้น พยาบาลชุมชนเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่สำคัญในการร่วมขับเคลื่อนให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามเป้าหมายที่ 3 โดยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ขยายการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ความครอบคลุมสูงของยาต้านไวรัสเอชไอวี แต่ยังคงมีความท้าทายเรื่องการลดปัญหาวัณโรคและด้านอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อที่ยังคงต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง¹⁵ โดยเฉพาะภาคีเครือข่ายในการดำเนินการแก้ไขปัญหา เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สำหรับการมีน้ำใช้ การจัดการน้ำและสุขาภิบาลที่ยั่งยืน (เป้าหมายที่ 6) ประเทศไทยดำเนินการได้ค่อนข้างดี รวมทั้งแผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน (เป้าหมายที่ 12) ที่ได้มีการส่งเสริมการปลูกพืชผักกินเอง และการสร้างพลังแห่งความเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ (เป้าหมายที่ 17) ที่เหมาะสมกับบริบท เช่น ความร่วมมือกันของบ้าน-

วัด-โรงเรียน (บวร) อีกทั้งหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ร่วมดำเนินการ โดยใช้กลไก “PIRAB” ประกอบด้วย ความร่วมมือของทุกภาคส่วน (Partnership) การลงทุนด้านงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Investment) การควบคุมและใช้กฎหมายเพื่อคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Regulation and Regulation) การสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของสุขภาพ (Advocacy) และการพัฒนาศักยภาพคน (Building capacity)¹⁶ โดยบูรณาการให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการสุขภาพได้ นำไปสู่ความสำเร็จที่ดี อย่างไรก็ตาม การดำเนินมาตรการเร่งด่วนเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบ (เป้าหมายที่ 13) ยังเป็นความท้าทายที่ต้องเร่งดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

1.5 นโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะ (public policy) เป็นทิศทางที่ขึ้นสู่การปฏิบัติที่ตั้งใจให้เกิดผลเชิงบวกต่อสังคมโดยรวม นโยบายสาธารณะส่วนใหญ่เป็นรูปแบบของการออกมาตรการหรือกฎหมายเพื่อประโยชน์ต่อสาธารณชน เช่น นโยบายเศรษฐกิจพอเพียง นโยบายคนไทยไร้พุง นโยบายลดสารตะกั่วในน้ำมันเชื้อเพลิง นโยบายการขึ้นภาษีเหล้าและบุหรี่ เป็นต้น นโยบายสาธารณะที่ดีเกิดจากการเรียนรู้จากข้อมูลอย่างเป็นกลาง กระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management) และการผลักดันสู่นโยบาย จากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ประชาชน องค์กรภาครัฐ เอกชนและการเมือง นักวิชาการ สื่อมวลชน องค์กรอิสระ เช่น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมทั้งองค์กรสนับสนุนการวิจัยเชิงนโยบาย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นต้น กระบวนการในการพัฒนานโยบายสาธารณะ เริ่มจากการกำหนดปัญหาตามความต้องการของชุมชน การสื่อสารปัญหาในชุมชน การจัดตั้งกลุ่มทำงานขยายกลุ่มสร้างการมีส่วนร่วมโดยการจัดเวทีสาธารณะร่วมกับองค์กรที่เป็นภาคีเครือข่าย ประกาศนโยบาย ตลอดจนประเมินผลกระทบการพัฒนา นโยบายสาธารณะ¹⁷

นโยบายสุขภาพ (health policy) เป็นหนึ่งในนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลดีต่อสุขภาพโดยตรง ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายระดับประเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการกำหนดวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ และแผนงานเพื่อเป็นแนวทางการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนนี้

1. วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)¹⁸ มุ่งสู่เป้าหมายการเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความสมดุลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม พร้อมรับมือความเปลี่ยนแปลงของโลก มีการน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การใช้กลไกขับเคลื่อนประชารัฐ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์คือ 1) เร่งการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก 2) สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ 3) พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และ 4) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ

2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)¹⁹ ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ 10 ด้านที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี คือ 1) การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ 2) การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม 3) การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน 4) การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน 5) การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน 6) การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบ และธรรมาภิบาลในสังคมไทย 7) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ 8) การพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม 9) การพัฒนาภาคเมืองและพื้นที่เศรษฐกิจ และ 10) ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา รวมทั้งยุทธศาสตร์ 4 ด้านที่ได้กล่าวแล้ว

3. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข²⁰ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน นำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศ 4 ด้านคือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (promotion, prevention, and protection excellence: PP&P excellence) มีแผนงาน เช่น การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นต้น 2) บริการเป็นเลิศ (service excellence) มีแผนงาน เช่น การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (primary care cluster) และระบบบริการสุขภาพ (service plan) เป็นต้น 3) บุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) มีแผนงานคือ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (governance excellence) มีแผนงาน เช่น การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ เป็นต้น

ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานที่กำหนดไว้นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ประยุกต์ทฤษฎีเส้นทางชีวิตและสุขภาพ (Life Course Theory)²¹ ซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีด้านสังคมและจิตวิทยา ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละระยะของชีวิต ทั้งปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) ที่มีผลกระทบอย่างต่อเนื่องต่อสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในอนาคต ทฤษฎีเส้นทางชีวิตและสุขภาพ ประกอบด้วย 4 แนวคิด ได้แก่ 1) สุขภาพเป็นผลจากการพัฒนาต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต (timeline) 2) ในแต่ละระยะของชีวิตมีโอกาส (timing) ที่ไวต่อการรับผลกระทบ ทำให้วิถีสุขภาพ (health trajectory) แตกต่างกันไป 3) สิ่งแวดล้อม (environment) ทั้งด้านชีววิทยา ด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพตลอดช่วงชีวิต และ 4) ความเหลื่อมล้ำ (inequity) ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจสังคม การศึกษา วัฒนธรรมและนโยบาย มีผลต่อสุขภาพ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้ประยุกต์แนวทาง “PIRAB” จากกฏบัตรกรุงเทพ เพื่อการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถบริหารจัดการสุขภาพตัวเองได้

4. นโยบายเขตสุขภาพเพื่อประชาชน²² เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2557 โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มี 13 เขตสุขภาพเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ และสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชนในเขตพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อสุขภาพโดยคนทั้งมวลเพื่อคนทั้งมวล (All for Health for All) มีหลักการคือ 1) ยึดประโยชน์สุขและสุขภาวะประชาชนในเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลาง 2) ยึดหลักการทิศทางและแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย 3) ใช้กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามภารกิจ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน และ 4) มุ่งเน้นการประสานพลังปัญญา พลังสังคม และพลังรัฐ โดยจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐ เอกชน ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ร่วมกัน 5 ด้านคือ ร่วมประสาน ร่วมแลกเปลี่ยน ร่วมชี้ทิศทาง ร่วมบูรณาการ และร่วมขับเคลื่อนหรือระดมสรรพกำลัง ในการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละเขต จัดบริการแบบไร้รอยต่อให้กับประชาชนในพื้นที่ มีการบริหารภายในเขตสุขภาพโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายคือ คนไทยมีสุขภาพดีภายใน 10 ปี มีอายุคาดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 72 ปี และทุกอำเภอมีตำบลสุขภาพอย่างน้อย 2 ตำบล โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรุงเทพมหานครจัดอยู่ในเขตสุขภาพที่ 13 โดยสำนักอนามัยเป็นหน่วยงานหลักของกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของประชาชนและสุขภาพीलส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง จากการร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ โดยมีการบูรณาการแผนงาน การปฏิบัติราชการระหว่างหน่วยงานภายในสำนักอนามัยและหน่วยงานภายนอก รวมทั้งภาคีเครือข่ายให้มีการเสริมสร้างภาวะสุขภาพของประชาชนและสุขภาพीलเมืองที่ดีในลักษณะองค์รวม ซึ่งสำนักอนามัยได้กำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 9 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) การรณรงค์ สร้างความรู้ ความตระหนักในประเด็นเชิงสุขภาพสำคัญตามสถานการณ์และบริบทมหานครให้กับประชาชนในวงกว้าง พร้อมยกเป็นประเด็นสุขภาพระดับมหานคร 2) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพและสังคมสงเคราะห์แบบครบวงจร บนพื้นฐานข้อมูลจริง จำแนกตามพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถเป็นต้นแบบของระบบบริการสุขภาพเขตเมือง 3) การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ การจัดการสุขภาพीलที่อาจก่อให้เกิดมลภาวะและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนตามทิศทางการพัฒนาผังเมืองและชุมชน 4) การเพิ่มศักยภาพ ยกระดับมาตรฐานการควบคุม จัดการภัยพิบัติรูปแบบต่าง ๆ มุ่งเป็นมหานครแห่งความปลอดภัย รองรับ ASEAN Economic Community (AEC) 5) การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพแบบองค์รวมระดับปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับความต้องการและมีมาตรฐานเทียบเคียงสากล 6) การพัฒนาขีดความสามารถ มาตรฐาน และประสิทธิภาพระบบสนับสนุนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข 7) การสร้าง ขยาย พัฒนา และจัดการเครือข่ายสนับสนุนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข 8) การพัฒนาบุคลากร องค์ความรู้และระบบบริหารจัดการ และ 9) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสาธารณสุข มุ่งสู่การเป็นศูนย์สารสนเทศสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร²³

แผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2556-2575) ได้กำหนดภารกิจหน้าที่ ความรับผิดชอบของส่วนราชการในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้มีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน การจัดการบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาศักยภาพของประชาชน ทางด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ การให้บริการในระดับศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีจำนวน 68 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา 76 สาขา ในการดูแลสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน การวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ และรูปแบบการจัดระบบบริการสาธารณสุข การสุขาภิบาลอาหาร การอาชีวอนามัย และการสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การเผยแพร่ความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในอาคารสถานที่และชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ตามวิสัยทัศน์ “มหานครสุขภาพดี ทุกชีวิแข็งแรง ทุกแห่งปลอดภัย” โดยกองการพยาบาลสาธารณสุข เป็น หน่วยงานหนึ่งของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ประสานการทำงานร่วมกับศูนย์บริการ สาธารณสุข เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน และสุขภาพเมืองให้เป็นมหานครที่น่าอยู่อย่างยั่งยืน²³

1.6 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการดูแลทุกด้าน ทั้งเชิงสังคมวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี²⁴ ดังนั้นในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงมุ่งเน้น ให้คนไทยมีทีมสุขภาพประจำครอบครัว ได้รับการรักษาโรคเบื้องต้น คำแนะนำและคำปรึกษา การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลทั้งที่บ้านและที่หน่วยบริการสุขภาพ การส่งต่อ อย่างเป็นระบบได้มาตรฐาน การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งการประสานงาน เป็นเครือข่าย ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยลดความแออัดและการรอตรวจ และมีประสิทธิภาพโดยลดค่าใช้จ่าย มีการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. 2573

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562²⁵ กำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยอยู่ในระหว่างการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ รวมทั้ง รูปแบบบริการ ระบบข้อมูล เครือข่ายการส่งต่อ และกลไกการเงิน ที่ผ่านมามีการพัฒนา ระบบ บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตามยุทธศาสตร์ของการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามอายุ ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบการดูแล เป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การดูแล ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ ดังนี้

1. การดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care) ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (acute) และ ระยะกึ่ง/หลังเฉียบพลัน (subacute/post acute)
2. การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) และการดูแลระยะพักฟื้น (convalescent care)

3. การดูแลระยะยาว (long term care) ได้แก่ การดูแลภาวะเรื้อรัง (chronic care)

การดูแลประคับประคอง (palliative care) และการดูแลระยะท้าย (terminal care)

นอกจากนี้ ยังมีระบบการส่งต่อข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในระหว่างสถานบริการสุขภาพ โดยใช้โปรแกรม Thai Continuity of Care (Thai COC) มุ่งเน้นการดูแลที่มีคุณภาพ มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (individual care plan) แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan) เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทาง D-METHOD ประกอบด้วย Diagnosis เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตัว Medication การให้ข้อมูลการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยา Environment and economic การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากร และแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย Treatment การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา การสังเกตความผิดปกติ Health การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Outpatient referral การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจตามนัด การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง Diet การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีและเหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วย

ระบบสุขภาพชุมชน เป็นองค์ประกอบหนึ่งในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อการสร้างสุขภาพและสุขภาวะของชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ระบบสุขภาพชุมชนจึงเปรียบเสมือนการสร้างพระเจดีย์จากฐานคือชุมชนท้องถิ่น ตัวพระเจดีย์คือระบบที่เกี่ยวข้อง และยอดพระเจดีย์คือความถูกต้องเป็นธรรม²⁶ โดยมี 7 เป้าหมายคือ 1) เป็นชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง มีกองทุนและทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้พิการ เป็นต้น 2) เป็นชุมชนเศรษฐกิจพอเพียงที่มีวิถีชีวิตที่มีการรักษาสิ่งแวดล้อม 3) การดูแลโรคที่พบบ่อย มีการดูแลรักษาเบื้องต้นและดูแลสุขภาพภายในชุมชน 4) การควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในชุมชนคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5) การดูแลผู้สูงอายุทั้งในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสุขภาพและประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ 6) การควบคุมโรคและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก อุบัติเหตุ และยาเสพติด เป็นต้น และ 7) การสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การรณรงค์ด้านอาหารปลอดภัย การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ใช้ยาเสพติด เป็นต้น²⁶

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นแนวนโยบายที่เชื่อมโยงจากกฎบัตรอัลมา อัดตา “Alma Ata” ประกาศโดยองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2521²⁷ โดยให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพและความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการดำเนินการอย่างเป็นองค์รวมเพื่อพัฒนาหรือสนับสนุนให้บุคคลสามารถควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว กลุ่มเป้าหมายและชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion

and Prevention Excellence: PP Excellence) และยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting strategies) ในกรอบกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) ขององค์การอนามัยโลก 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (building healthy public policy) 2) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (strengthening community action) 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (creating supportive environment) 4) การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของบุคคล (developing personal skill) และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ (reorienting health services)²⁸

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มเป้าหมายและชุมชน ร่วมกับทีมสุขภาพและเครือข่ายทุกภาคส่วน ตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยสามารถบูรณาการร่วมกับแนวคิด วงล้อการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Wheel)²⁹ เพื่อเป้าหมายในการสร้างเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นองค์รวม ตามบริบทและความต้องการของบุคคล ครอบครัว กลุ่มเป้าหมาย ชุมชน และประชากรที่รับผิดชอบ โดยจุดเน้นขององค์รวมตามวงล้อการสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นในทุกระดับได้โดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น การจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยการคัดกรอง (screening) การเฝ้าระวัง (surveillance) การสอบสวนโรคและปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่คุกคาม (disease and health threat investigation) การจัดโครงการในชุมชน (community outreach program) การค้นหาผู้ป่วย (case finding) การติดตามและส่งต่อ (referral and follow up) การให้คำปรึกษา (counseling) การเป็นที่ปรึกษา (consultation) การจัดการรายกรณี (case management) การทำหน้าที่ฐานะตัวแทน (delegated functions) ความร่วมมือกัน (collaboration) การสร้างพันธมิตร (coalition building) การจัดตั้งองค์กรชุมชน (community organizing) การให้การสนับสนุน (advocacy) การใช้หลักการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) และการพัฒนานโยบายและบังคับใช้ (policy development and enforcement) เป็นต้น

สรุป

ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเป็นสังคมสูงอายุ ทำให้ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทั้งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ และอุบัติภัย เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่หลากหลาย การสาธารณสุขไทยมีวิวัฒนาการตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีผลกระทบหลายด้าน องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ประเทศไทยได้มีการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่สำคัญคือ ระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ และการเงินการคลังด้านสุขภาพ รวมทั้งระบบสุขภาพชุมชนที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมเพื่อสุขภาพที่ดีและสุขภาวะของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. 2559. เข้าถึงจาก: <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/THF2016/ThailandHealthProfile5.pdf>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563. เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf
3. กรมสุขภาพจิต. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563. เข้าถึงจาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
4. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
5. เจาะลึกระบบสุขภาพ. NCDs Forum 2018 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงจาก: <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>
6. มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2558 รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงจาก: http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/report_BOD_2556.pdf
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในชุมชนของกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2559. รายงานฉบับสมบูรณ์; กรุงเทพฯ; 2559.
8. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. นนทบุรี; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
9. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Available from: http://www.who.int/social_determinats/sdh_definition/en/index.html
10. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ถมช่องว่างทางสุขภาพในช่วงชีวิตเรา บรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2552.
11. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinant of health. Geneva, Switzerland; 2009.
12. Marmot M. Closing the health gap. Scandinavian Journal of Public Health 2017;45:723-31.
13. United Nations Development Programme. Background of the Sustainable Development Goals [Internet]. Available from: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/background.html>

14. United Nations Development Programme. Sustainable Development Goals [Internet]. Available from: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>
15. โครงการสุขภาพคนไทย. สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสุขภาพคนไทย; 2560 (หน้า 78-79). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
16. กระทรวงสาธารณสุข. สธ.ใช้กลยุทธ์ ‘PIRAB’ ดูแลประชาชน อายุยืนยาวและสุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. 2560. เข้าถึงจาก: <https://www.hfocus.org/content/2017/03/13678>
17. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. ประสบการณ์และบทเรียนนโยบายสาธารณะคนไทยไร้พุง. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2552.
18. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา) [อินเทอร์เน็ต]. 2561. เข้าถึงจาก: https://sto.go.th/sites/default/files/2019-12/NS_PlanOct2018.pdf
19. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักงานกฤษฎีกา. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงจาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
20. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงจาก: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017_version2.pdf
21. World Health Organization. The implications for training of embracing: A Life Course Approach to Health. Geneva, Switzerland; 2000.
22. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน. รูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2558. เข้าถึงจาก: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/60_01_15_8475.pdf
23. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เขตบริการสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงจาก: <http://164.115.27.97/digital/files/original/3a21a5fadc6a78b19499388afc6b7c80.pdf>
24. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 11-15 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงจาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2671/p011-015.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
25. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงจาก: https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nla2557/law136-300462-165.pdf

26. ประเวศ วะสี. พยาบาลไทยหัวใจเพื่อเพื่อนมนุษย์ ร่างแห่งการเยียวยาที่ปกคลุมทั่วประเทศ. ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ที่ คิว พี จำกัด; 2552.
27. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [Internet]. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
28. Government of Canada. Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion [Internet]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html>
29. Public Health Nursing Section. Public health interventions: Applications for public health nursing practice. St. Paul: Minnesota Department of Health, 2001.

บทที่ 2

สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุข
และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์

สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุข และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์

ขอบเขตเนื้อหา

- 2.1 แนวคิด ความสำคัญ และวิวัฒนาการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
- 2.2 สถานการณ์ที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12
- 2.3 สาระสำคัญและแนวทางการแก้ไขปัญหาตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12

บทนำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศทางด้านสุขภาพ โดยส่วนราชการและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบในการวางแผนปฏิบัติการและจัดสรรงบประมาณประจำปีให้เหมาะสม เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดตามนโยบายของประเทศ สถานการณ์ปัญหาที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพระดับประเทศและระดับโลก เป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพฯ ในแต่ละฉบับ นำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม ความเสมอภาค และความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนของประเทศไทยมีสุขภาพดี บุคลากรทางด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประเทศ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิวัฒนาการของแผนพัฒนาสุขภาพฯ สถานการณ์ปัญหาที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ และสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับปัจจุบัน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1 แนวคิด ความสำคัญ และวิวัฒนาการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 โดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เดิมใช้ชื่อเรียกว่า “การพัฒนาการสาธารณสุข” (ฉบับที่ 1-3) เปลี่ยนเป็น “แผนพัฒนาการสาธารณสุข” (ฉบับที่ 4-8) และ “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ” (ฉบับที่ 9 ถึงปัจจุบัน)¹ แผนพัฒนาสุขภาพฯ

แต่ละฉบับมีระยะเวลา 5 ปี ปัจจุบันอยู่ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพฯ แต่ละฉบับมีทิศทางพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขที่พบ ณ ช่วงเวลานั้น ๆ วิวัฒนาการของแผนพัฒนาสุขภาพฯ ทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพเข้าใจปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา กลวิธีที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา และผลลัพธ์ของการดำเนินงานในแผนพัฒนาสุขภาพฯ ที่ผ่านมา

วิวัฒนาการและสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพฯ มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1-3 ระยะที่ 2 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4-7 และระยะที่ 3 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 และแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 9 ถึงฉบับที่ 11 โดยสาระสำคัญในแต่ละช่วงสามารถสรุปตามปัญหาสุขภาพยุทธศาสตร์การดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา และผลการดำเนินงาน²⁻⁴ (ภาพที่ 2.1) ดังนี้



ภาพที่ 2.1 วิวัฒนาการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 1-11
ที่มา: จัดทำโดย กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์

2.1.1 ระยะที่ 1 การพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ถึงฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519)²⁻⁴

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในช่วงเริ่มต้นเป็นปัญหาของโรคติดต่อที่มีน้ำและแมลงเป็นสื่อ เช่น อหิวาตกโรค มาลาเรีย ไข้ทรพิษ ไข้ซาง และวัณโรค เป็นต้น ประชาชนมีความยากจน อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดแคลนน้ำสะอาด รวมทั้งขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรค ทำให้อัตราป่วยและอัตราการตายของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น พบอัตราการตายของมารดาและทารกสูง เนื่องจากปัญหาการคลอดและการเจ็บป่วยของเด็กด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนในปัจจุบัน เช่น โรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ เป็นต้น และในช่วงต้นของการพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 3 พบปัญหาอัตราการเกิดของประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากประชาชนไม่มีการคุมกำเนิด สาเหตุหลักของปัญหาในระยะนี้ คือ ประชาชนขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะเขตชนบท และถิ่นทุรกันดาร

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของการพัฒนาการสาธารณสุขในระยะแรก เป็นการตั้งรับเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีจุดมุ่งหมายในการควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหา โดยเร่งพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคและให้วัคซีนครอบคลุมเพิ่มขึ้น มีการขยายโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ และสาธารณสุขภาคสู่ชนบทที่ห่างไกล และเพิ่มการผลิตกำลังคนทางด้านสาธารณสุข ด้านประชาชนส่งเสริมให้ดูแลตนเองเรื่องสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต มุ่งเน้นงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารก มีการรณรงค์การใช้ยางอนามัยสำหรับการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ. 2517 เพื่อควบคุมประชากรที่เพิ่มขึ้น

ผลการดำเนินงานพบว่า สามารถพัฒนาวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ได้ และดำเนินการฉีดให้ในเด็กแรกเกิดครอบคลุมเพิ่มขึ้น 3 เท่า มีการสร้างโรงพยาบาลและขยายระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอและสถานีอนามัย แต่ยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย มีการพัฒนากำลังคนโดยมีการกำหนดนโยบายให้ทำสัญญาแพทย์ชดใช้ทุนเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2508 และเริ่มปฏิบัติงานใช้ทุนเป็นรุ่นแรกในปี พ.ศ. 2515 แต่การผลิตแพทย์และพยาบาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พบการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในชนบทที่ห่างไกล อัตราตายและอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรลดลง เริ่มมีนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยในปี พ.ศ. 2518 เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ

2.1.2 ระยะที่ 2 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ถึงฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)²⁻⁴

2.1.2.1 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5

ปัญหาเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะและการขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาดยังคงเป็นปัญหาในชุมชนชนบทและชุมชนแออัดเขตเมือง โรคติดต่อเริ่มลดลงแต่

แนวโน้มนโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น ด้านอนามัยแม่และเด็กสามารถลดอัตราการตายของมารดาและทารกได้ แต่พบปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี โดยเฉพาะในชนบท สถานบริการยังไม่เพียงพอ และไม่ครอบคลุม การกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในถิ่นทุรกันดาร

แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงนี้ให้ความสำคัญในการเร่งปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขในชนบทให้ครอบคลุม รวมทั้งพัฒนาศูนย์บริการในการให้ความช่วยเหลือ และให้ความรู้แก่ประชาชน ได้นำแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐาน: สสม. (Primary health care) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เป็นแนวทางเพื่อพัฒนางานทางด้านสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะในชนบท ระดับหมู่บ้าน ทำให้เกิดการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2520 และเริ่มดำเนินงาน 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหา น้ำสะอาด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคประจำถิ่น การโภชนาการ การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นกรอบในการดำเนินการแก้ปัญหาในด้านสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2521 และในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 มีการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐานอย่างต่อเนื่อง ริเริ่ม “โครงการปිරณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (ปรช.)” และพัฒนาเครื่องมือชีวิตที่เรียกว่า “ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)” ซึ่งพัฒนาและใช้งานอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ผลการดำเนินงานพบว่า โรคติดต่อบางโรคลดลงจนไม่ปัญหา เช่น กาฬโรค คุดทะราด และไข้ทรพิษ เป็นต้น เกิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ มีการจัดตั้งกองทุนยาในชุมชน ด้านสถานบริการ การขยายโครงสร้างบริการทำให้มีโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอครอบคลุมร้อยละ 85.2 และสถานอนามัยได้ครอบคลุมร้อยละ 97.9

2.1.2.2 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 และฉบับที่ 7

โรคติดต่อและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากนโยบายการให้วัคซีนพื้นฐานในเด็ก แต่กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เกิดในประเทศที่พัฒนาแล้ว เริ่มเป็นปัญหามากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ความเครียด เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงการทำงานจากภาคเกษตรกรรมเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรม ทำให้พบโรคจากการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในสถานประกอบการ ช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์เข้ามาในประเทศไทยในกลุ่มชายรักชาย และเริ่มแพร่กระจายมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7

การพัฒนาในช่วงนี้ให้ความสำคัญกับปัญหาสาธารณสุขใหม่ ๆ จากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ อุบัติเหตุ หัวใจ มะเร็ง สุขภาพจิต รวมทั้งโรคเอดส์ ซึ่งเป็นปัญหาระดับโลก

และระดับชาติ มีการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นโรคที่ยังไม่สามารถป้องกันได้และมีการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้น ความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐานในการดูแลสุขภาพประชาชนทำให้มีการเพิ่มกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานเป็น 10 กิจกรรม ได้แก่ งานทันตสาธารณสุข และงานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 และเป็น 14 กิจกรรมในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ได้แก่ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การขยายสถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมจนถึงระดับอำเภอและระดับตำบล

ผลการดำเนินงานจากการพัฒนาขยายสถานบริการครอบคลุมระดับตำบล ทำให้มีการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นจุดเริ่มต้นหรือด่านแรกของงานสุขภาพดีถ้วนหน้า และพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐาน พบปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ในชนบท และเกิดภาวะสมองไหลของแพทย์ภาครัฐเข้าไปสู่ภาคเอกชนเนื่องจากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง ด้านการเข้าถึงระบบบริการในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 มีการริเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน โดยในระยะแรกเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพรายปี ซึ่งให้ประชาชนที่สนใจจ่ายค่าประกันสุขภาพปีละ 500 บาท จะได้รับการรักษาฟรีเมื่อเจ็บป่วยในสถาบันของรัฐ

2.1.3 ระยะที่ 3 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ถึงฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)²⁻⁴

2.1.3.1 แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9

โรคติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคเอดส์ ที่มีการแพร่กระจายครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอายุและจากแม่ไปสู่ลูก เป็นปัญหาต่อเนื่อง ภาวะโลกาภิวัตน์ทำให้โรคติดต่อที่เคยควบคุมได้ (โรคอุบัติซ้ำ) เช่น วัณโรค เริ่มกลับมาเป็นปัญหา และโรคที่ไม่เคยเกิดขึ้น (โรคอุบัติใหม่) เช่น ไวรัสอีโบล่า เป็นภัยสุขภาพที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมนิยม ทำให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การขับชียานพาหนะ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและมลพิษจากสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเรื่องสุขภาพจิต ความเครียด และการฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด การใช้ยาและอาหารเสริมที่ขาดคุณภาพมีมากขึ้น นอกจากนี้จากการเพิ่มของประชากรที่ผ่านมามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มของโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยมากขึ้น

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 เริ่มแนวคิด “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” โดยกำหนดการพัฒนาที่สำคัญ 2 ประการ คือ การพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาให้กับประชาชน ควบคู่กับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย

มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีนโยบาย “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาร่วมแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข และพัฒนาสุขภาพในการประกอบอาชีพโดยเฉพาะด้านอุตสาหกรรม และในแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 9 ได้อัญเชิญแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาสุขภาพคนไทย มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และเปลี่ยนแนวคิดจากสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) เป็นการระดมพลังสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health) โดยให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ มีคุณภาพทั้งทางกาย ใจ จิตวิญญาณ และสังคม มีการดำเนินชีวิตบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีคุณภาพ

ผลการดำเนินงานพบว่า สุขภาพอนามัยโดยรวมดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น มีการเริ่มโครงการที่ประชาชนเรียกว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” สามารถขยายหลักประกันสุขภาพได้ครอบคลุมครบทั่วทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นระยะต้นของแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 9 และประชาชนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในทุกรูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547 การพัฒนาสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยสถานอนามัยทำหน้าที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) ให้บริการภายในชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เริ่มให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและสมุนไพร เกิดเครือข่ายแพทย์พื้นบ้านและมีการพัฒนาสมุนไพรที่มีคุณภาพมาตรฐาน

2.1.3.2 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)³

การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมนิยมทำให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคในกลุ่มเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) การสูบบุหรี่และดื่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ยาเสพติดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งอุบัติเหตุโดยมีอัตราการตายและบาดเจ็บจนถึงพิการด้วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกอยู่ในระดับสูง แนวโน้มของโรคเอดส์เริ่มมีการแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนและแม่บ้าน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน ภัยสุขภาพจากกระแสโลกาภิวัตน์ เช่น โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ปัญหาภัยพิบัติและภัยฉุกเฉิน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้นแต่คุณภาพบริการแย่ง และปัญหาการขาดแคลนบุคลากร การกระจายกำลังคนไม่เท่าเทียมกันส่วนใหญ่กระจุกอยู่ในเขตเมืองซึ่งระบบการแพทย์เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดหลักของแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 10 เน้นการเชื่อมโยงระหว่างปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยน้อมนำ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ” และยึดหลักการที่ว่า “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี” คือ สุขภาพดีเกิดจากการมีสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข ผลักดันในการสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สร้างสังคมแห่งสุขภาวะโดยมีกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ระบบอาหารและยาที่ปลอดภัย การทำงานในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพที่ปลอดภัย เพิ่มคุณภาพบริการด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและลดการฟ้องร้อง พัฒนาระบบเตรียมพร้อมรับภัยสุขภาพและภัยฉุกเฉิน เช่น หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ผสมผสานภูมิปัญญาไทยที่มีสู่สากล รวมทั้งพัฒนางานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่

ผลการดำเนินงานพบว่า มีการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ แต่อัตราการป่วยโดยโรคเรื้อรังยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในการถ่ายโอนสถานือนามัยให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการพร้อมรับมือภัยพิบัติทำให้สามารถควบคุมสาเหตุการป่วย และการตายที่สำคัญได้ การสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพ และลดกรณีฟ้องร้องได้ตามเป้าหมาย ปัญหาภาวะสมองไหลสู่ภาคเอกชนของบุคลากรทางการแพทย์ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง

2.1.3.3 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)³

การเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ การเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติจากภาวะโลกร้อน ความเจริญทางด้านเทคโนโลยี ทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้น ความปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหารลดน้อยลง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบให้เกิดโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องวางแผนการดูแลสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยม และความอบอุ่นในครอบครัวส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมากขึ้นในวัยรุ่น ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่การมีภาวะสุขภาพดีขณะที่มีชีวิตรอดอยู่ยังคงน้อย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องจากประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกาย ทำงานพบปัญหาโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพสูงขึ้น ทั้งในภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ปัญหาทางด้านระบบสาธารณสุขยังคงขาดแคลนกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเกิดภาวะสมองไหลไปสู่ภาคเอกชน ระบบบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพและมีการปฏิเสธการส่งต่อ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนยังขาดความโปร่งใส และพบความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุนสุขภาพ

ผลการดำเนินงานพบว่า นโยบายในการดำเนินงานไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง ไม่สามารถลงสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ขาดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ขาดการประสานงานที่ชัดเจน ระบบการเตือนภัยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร การดำเนินงานนโยบายด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดการประชาสัมพันธ์และการบังคับใช้ที่เข้มแข็ง เจ้าหน้าที่

ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีการะงานมาก ทำให้การดำเนินงานไม่ครบถ้วน การลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพยังต่ำกว่าด้านการรักษา ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่าประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังพบความไม่เป็นธรรมทางด้านการเข้าถึงบริการ สาเหตุจากการขาดบุคลากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในบางพื้นที่ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่เป็นระบบและขาดการส่งต่อ สถานบริการสุขภาพค่อนข้างครอบคลุมแต่ขาดคุณภาพและไม่เข้มแข็ง และมีปัญหาเรื่องระบบการส่งต่อ

2.1.4 สรุปวิวัฒนาการของแผนพัฒนาสุขภาพ

วิวัฒนาการของแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 1-11 แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วง สอดคล้องกับสถานการณ์ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการพัฒนาประเทศ โดยปัญหาสุขภาพหลักที่สำคัญของประเทศ เปลี่ยนจากโรคติดต่อ เช่น อหิวาตกโรค มาลาเรีย และไข้ทรพิษ มาเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงผลกระทบจากยุคโลกาภิวัตน์และภาวะโลกร้อน ทำให้ประเทศต้องเผชิญกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ ที่รุนแรง เช่น โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคอีโบล่า เป็นต้น ซึ่งสามารถแพร่กระจายทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว จากการเดินทางข้ามพรมแดนที่สะดวกมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน รวมทั้งการเกิดภัยพิบัติฉุกเฉินต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ แนวทางการแก้ไข เปลี่ยนจากการตั้งรับและการรักษาเพื่อควบคุมโรคติดต่อที่เกิดขึ้น เป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก เปลี่ยนการจัดบริการแบบตั้งรับเป็นแบบเชิงรุกและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้แนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐาน การยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ และแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลพร้อม ๆ กับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ มีการพัฒนาระบบในการเตรียมพร้อมรับมือกับภัยฉุกเฉินและภัยสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของโลก ทางด้านโครงสร้างและกำลังคนมีการพัฒนาโครงสร้างหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลและสถานอนามัยให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยเฉพาะถิ่นทุรกันดาร เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ปัจจุบันเน้นการพัฒนาต่อยอดด้านคุณภาพบริการ และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การผลิตบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการพัฒนาโครงสร้างแต่ยังคงมีปัญหาคาดแคลนโดยเฉพาะแพทย์ในชนบท การเกิดภาวะสมองไหลจากค่าตอบแทนที่สูงขึ้นของภาคเอกชน ซึ่งคงต้องมีการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ด้านหลักประกันสุขภาพที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมประชาชนในปี พ.ศ. 2545 การเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพรวมทั้งอุบัติภัยที่เพิ่มมากขึ้น เป็นสิ่งที่ท้าทายและต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือและความชัดเจนทางด้านนโยบาย

ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งการอภิบาลระบบ บริการสุขภาพให้เกิดธรรมาภิบาล เป็นเอกภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม

2.2 สถานการณ์ที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12

การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติต้องคำนึงถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในระดับโลก และระดับประเทศที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลง ที่สำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพฯ ฉบับที่ 12 แบ่งออกเป็นสถานการณ์ระดับโลก สถานการณ์ระดับภูมิภาค และสถานการณ์ระดับประเทศ³

2.2.1 สถานการณ์ระดับโลก ได้แก่ ภาวะโลกร้อน การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ความมั่นคงทางอาหารและพลังงานโลก การคุกคามของโรคระบาด การก่อการร้ายสากลและข้อพิพาทระหว่างประเทศ และภาวะเศรษฐกิจโลก³ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศ ทำให้ทุกประเทศต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องและเตรียมรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสามารถสรุปเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ดังนี้

2.2.1.1 ภาวะโลกร้อน (Global warming/Climate change) การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิโลกที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการทำลายชั้นโอโซนในบรรยากาศและปรากฏการณ์เรือนกระจก⁵ ส่งผลทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิที่สูงขึ้นส่งผลให้เร่งวงจรชีวิตของแมลงบางชนิดที่เป็นพาหะนำโรค ทำให้ระยะการฟักตัวของเชื้อลดลง เกิดแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายไปยังประเทศที่ไม่เคยพบการระบาดมาก่อน ส่งผลกระทบโดยตรงให้เกิดโรคที่ติดต่อกันระหว่างสัตว์สู่คน และโรคติดต่อที่มีแมลงเป็นสื่อ³ เช่น กาฬโรค มาลาเรีย ไข้สมองอักเสบ ไข้เลือดออก และชิคุนกุนยา เป็นต้น⁵ ตัวอย่างเช่น โรคไข้เลือดออก ปัจจุบันมีแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้น และช่วงการระบาดที่ยาวนานขึ้น เนื่องจากอุณหภูมิของโลกที่เพิ่มขึ้นทำให้การฟักตัวของยุงลายสั้นลง นอกจากนี้ภาวะโลกร้อนยังส่งผลให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น การเกิดอุทกภัย ปัญหาภัยแล้ง สึนามิ และแผ่นดินไหว เป็นต้น ส่งผลทางตรงทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากภัยพิบัติต่าง ๆ และส่งผลทางอ้อมทำให้เกิดโรคระบาด³ จากการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคน้ำกัดเท้า โรคฉี่หนู เป็นต้น ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวสามารถพบได้ในการสำรวจชุมชน จะเห็นได้ว่าปัญหาเรื่องไข้เลือดออกเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชนและพบได้ตลอดทั้งปี รวมทั้งสถานการณ์ปัญหาเรื่องภัยแล้งและน้ำท่วมก็เป็นปัญหาชุมชนที่พบเป็นระยะ ๆ

2.2.1.2 การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโลก (Aged society) โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยองค์การสหประชาชาติประเมินว่า ภายในปี พ.ศ. 2643 จะมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะเผชิญปัญหาความยากจน ความต้องการสินค้าและบริการสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 (ร้อยละ 10.20)⁶ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทยคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564⁷ จากการสำรวจชุมชนต่างจังหวัดในปัจจุบันพบว่า ครึ่งเรือนส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน โดยผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้านคนเดียวในเวลากลางวัน บางส่วนเป็นครอบครัวเดี่ยวมีเพียงผู้สูงอายุ 2 คน และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านคนเดียว โดยบุตรหลานจะกลับมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว สะท้อนให้เห็นปัญหาสังคมผู้สูงอายุและปัญหาผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพ การจัดเตรียมบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีความสามารถเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น⁸ เช่น ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน เป็นต้น

2.2.1.3 ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี (Advanced technology) มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ขณะเดียวกันทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น⁹ เช่น วิศวกรรมของเครื่องตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ เช่น Computed Tomography (CT) Scan และ Magnetic Resonance Imaging (MRI) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยได้แม่นยำมากกว่าการถ่ายภาพรังสีทั่วไป แต่มีผลกระทบให้ต้นทุนในการรักษาเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งควรให้ความสำคัญในการเลือกใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างสมเหตุผล

2.2.1.4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) องค์การสหประชาชาติได้ประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. 2559-2573 ทดแทนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ที่สิ้นสุดลง โดยประเทศไทยได้ตอบรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) มาใช้ในการพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การยึดมั่นในหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน 2) การสร้างภูมิคุ้มกัน 3) การลดความเหลื่อมล้ำและคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และ 4) รูปแบบการดำเนินงานต้องมีกรอบทางสังคมที่ชัดเจน ความเป็นธรรม เสมอภาค เข้าถึงทรัพยากรและบริการได้อย่างเท่าเทียม สร้างเสริมการเป็นหุ้นส่วนทั้งภายในและระหว่างประเทศ ซึ่งประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลักและเป้าหมายย่อย 169 ข้อ³

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ เป้าหมายที่ 3 เรื่อง การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (การมีสุขภาพดีและสุขภาวะในทุกช่วงอายุ: Ensure healthy life and promote well-being all at all ages) ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายย่อย 13 เป้าหมาย