



## การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

กุมภกร สมมิตร

เจนจิรา จิตจง

ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ในช่วง พ.ศ. 2550-2555 โดยการค้นคว้าเอกสารและวิเคราะห์เอกสารตามกรอบแนวคิดที่อ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ผลการศึกษาพบว่า นิยามการสร้างเสริมสุขภาพ / การส่งเสริมสุขภาพ ของประเทศไทยขยายขอบเขตและสอดคล้องกับสากล มีมิติที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพและเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องมีการเสริมหนุนกันไปในทิศทางเดียวกัน แต่มีระบบอภิมวลแยกส่วน การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคลและการลดการตายจากอุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ แต่มาตรการที่ใช้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักอื่นๆ เริ่มชะลอประสิทธิภาพ เช่น อัตราการสูบบุหรี่ เป็นต้น ขณะที่ปัจจัยคุกคามใหม่ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ ณ พ.ศ. 2552 คือการปฏิรูปบทบาทภายในระบบราชการสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2554-2556 และการเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่กำลังจะมาถึงในปี พ.ศ. 2558 นี้ ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ ควรกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในหมวดทั่วไปของระบบสุขภาพในธรรมนูญฯครั้งต่อไปด้วย นอกจากนี้ ควรมีคณะกรรมการนโยบายร่วมประสานในแนวราบจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน เน้นใช้ความรู้ในการตัดสินใจ และสามารถตรวจสอบได้



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

**Siriwan Pitayarangsarit**

International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health

**Kumphakarn Sommit**

**Janejira Jidjong**

Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC),

## Abstract

This study aimed to analyze the situation of health promotion system during B.E.2550 (2007) - B.E.2555 (2012) by document research and content analysis according to a conceptual framework based on the Statute on National Health System B.E.2552 (2009). The study found that definition of health promotion in Thai perspective was expanded and in accordance with international perspective. Health promotion system in Thailand has both positions as the goal of health system development and being a subsystem of health system. The related organizations underpin each other in the same direction; however, they had separated governance. Access to health promotion and personal care services and reducing mortality from traffic accidents had better trends. The efficacy of measures used to control other major risk factors slowed down, for example, the smoking prevalence, etc. New threaten factor happened all the times. Furthermore major context changes from 2552 (2009) were public health organization reforms between B.E.2554 (2011) - B.E.2556 (2013) and the opening of ASEAN economic community in B.E.2558 (2015). This study recommended that the Statute on National Health System should include the approach of health promotion in the general chapter of health system. Horizontal coordination among related organizations and civil society may be established as a policy commission which should be a knowledge-based decision making body and increase accountability.

## ■ บทนำ

รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแรกมีใช้ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งสมควรปรับปรุง ทุกๆ 5 ปี เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิต ส่งผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาจึงทำการทบทวนและวิเคราะห์ สถานการณ์ของระบบสร้างเสริมสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2550-2555 รวมทั้งการประเมิน โอกาส ภัยคุกคามในระบบสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเสนอแนะ ทิศทางของระบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดย อ้างอิงจากสาระในรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2552

## ■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบสร้างเสริมสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2550-2555
2. เพื่อประเมินสถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคามในระบบสร้างเสริมสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

## ■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเอกสารและวิเคราะห์เนื้อหา (document research and content analysis) ด้วยการทบทวนวรรณกรรม (Literature review) สืบค้นจากฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ด้วยคำสำคัญ “การสร้างเสริมสุขภาพ” บนชื่อเรื่อง และค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องตามกรอบประเด็นที่ ศึกษาดังนี้

1. กรอบแนวคิดระบบการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย และองค์ประกอบย่อย (Sub-

system) ของระบบสร้างเสริมสุขภาพ

2. บทบาทหน้าที่ของแต่ละกลไก/องค์ประกอบย่อยพร้อมทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยง
  3. บริบทระบบสร้างเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและแนวโน้มโดยครอบคลุมการดำเนินการของภาคีภาคส่วนต่างๆ ในแต่ละระบบย่อยของระบบสร้างเสริมสุขภาพ
  4. ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระบบสร้างเสริมสุขภาพ ณ ปัจจุบัน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดังกล่าวที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญฯ
  5. สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ
- แล้ววิเคราะห์ ความเชื่อมโยงของบทบาทหน้าที่ขององค์ประกอบย่อยในการอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพและเสนอแนะทิศทางระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์

## ■ ผลการศึกษา

1. กรอบแนวคิดระบบการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย และองค์ประกอบย่อย (Subsystem) ของระบบสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการทบทวนวิวัฒนาการแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีข้อค้นพบดังนี้

- 1.1 นิยามการสร้างเสริมสุขภาพ/การส่งเสริมสุขภาพ ขยายขอบเขตและสอดคล้องกับสากล<sup>1</sup>

คำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” ถูกใช้ครั้งแรกในขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพช่วงปี พ.ศ.2541 แทนคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษ คำเดียวกัน คือ “Health Promotion” โดยที่คำ



ว่าการส่งเสริมสุขภาพ ยังคงถูกใช้จากมุมมองของภาคราชการสาธารณสุข ซึ่งในปี พ.ศ.2554 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ขยายขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจากกิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลและชุมชน ให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชน รวมทั้งการพัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งความหมายนี้สอดคล้องกับ กรอบแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพระดับสากล ในประกาศของ Ottawa Charter ที่ได้ให้นิยามการสร้างเสริมสุขภาพคือ “Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health” และเสนอกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) 3 ข้อ (Advocacy for Health, Enable, Mediate) รวมทั้งแนะนำกิจกรรมที่มีผลต่อความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพ (Strategic Actions) 5 กลุ่มกิจกรรม (Build Healthy Public Policy, Create Supportive Environments, Strengthen Community Actions, Develop Personal Skills, and Reorient Health Services)<sup>2</sup>

นิยามที่ประเทศไทยใช้มีความแตกต่างกันเล็กน้อยตามช่วงเวลาและบริบท ดังตัวอย่างต่อไปนี้

**นิยามที่ 1 “สร้างเสริมสุขภาพ”** หมายความว่า การใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพ

ชีวิตที่ดี<sup>3</sup>

**นิยามที่ 2 “การสร้างเสริมสุขภาพ”** หมายความว่า การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม<sup>4</sup>

**นิยามที่ 3 “การส่งเสริมสุขภาพ”** คือ กระบวนการ (Process) ที่จะทำให้นคน/ชุมชนสามารถที่จะควบคุม หรือทำให้สุขภาพของตน/ชุมชนดีขึ้น รวมถึงการพัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)<sup>5</sup>

**1.2 การสร้างเสริมสุขภาพมีมิติที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพ (หรือระบบสุขภาพที่พึงประสงค์) และระบบย่อยของระบบสุขภาพด้วย**

ประเทศไทยให้คุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นเป้าหมายทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการให้รัฐ “ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน” ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นแหล่งการคลังในการสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ และให้สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ด้วย

ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบบริการ เริ่มกำหนดบทบาทบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดให้สถานีอนามัย (รพ.สต.) เป็นผู้ดำเนินภารกิจกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับบทบาทภารกิจใน พ.ศ. 2554 ได้จัดแบ่งระบบสุขภาพไว้ 4 ระบบย่อย คือ ระบบบริการสุขภาพ, ระบบป้องกันและควบคุมโรค, ระบบสร้างเสริมสุขภาพ, และระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงการพัฒนาหน่วยงานสาธารณสุข พ.ศ. 2554-2556

**2. บทบาทหน้าที่ของแต่ละกลไก/องค์ประกอบย่อยพร้อมทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยงสถานการณ์ปัจจุบัน** พบว่า บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องเสริมหนุนกันแต่ระบบอภิบาลแยกส่วน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพย่อมมีความเกี่ยวข้องกับระบบอภิบาลการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดทิศทางนโยบายยุทธศาสตร์ และการกระจายทรัพยากร ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข (สธ.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

จากหนังสือเรื่อง การกำเนิดกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งให้เห็นว่าอิทธิพลจากกระแสโลก ผนวกกับเรื่องการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพภายในประเทศ ได้บทเรียนที่สรุปได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยยุทธศาสตร์ประชาสังคม

นำ<sup>๑</sup> ที่เข้ามามีบทบาทในระบบสร้างเสริมสุขภาพ ในขบวนการปฏิรูปที่ควบคู่กัน จึงก่อเกิดกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี พ.ศ. 2544 มีภารกิจหลักในการสนับสนุนขับเคลื่อนขบวนการทางสังคม ในขบวนการปฏิรูปที่ควบคู่กันมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นแหล่งการคลังให้กับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ต่อมาช่วงปี พ.ศ. 2554 ภายในระบบราชการสาธารณสุขของไทย ก็มีแนวคิดการปฏิรูปบทบาทภารกิจกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีกรมอนามัยที่รับผิดชอบด้านวิชาการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพได้เริ่มมีการปรับตัว และเกิดการพัฒนารอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ที่ต้องส่งเสริมควบคู่กับเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment Health; EH)<sup>7</sup> ประกอบด้วย 1) ระบบการกำกับดูแล และกระบวนการภายในกระทรวงสาธารณสุข 2) การร่วมกันทำงานกับภาคีและเครือข่ายภายในและภายนอกภาคสุขภาพ 3) กระบวนการในภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากภาคสุขภาพเกิดการพัฒนาระดับปัจจัยด้านสุขภาพ และการบริการสุขภาพที่ต้องทำทั้งมิติของการส่งเสริม ป้องกัน และการรักษาฟื้นฟู ซึ่งไม่สามารถแยกทำตามลำพังได้<sup>๘</sup>

อย่างไรก็ตาม หน่วยงานด้านสุขภาพอิสระนอกกระทรวงสาธารณสุข มีคณะกรรมการกำหนดนโยบายและบริหารงานด้วยอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่ตนถืออยู่

จึงได้สรุปสถานการณ์บทบาทหน้าที่ขององค์ประกอบย่อยในการอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพ ในตารางที่ 1 และได้มีข้อสังเกต ดังนี้

● กระทรวงสาธารณสุข กำหนดบทบาทหน้าที่หลักในการอภิบาลระบบ ประกอบด้วย



การกำหนดทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์ และ การกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม

● สสส.ได้กำหนดพันธกิจขององค์กรไว้ว่า “จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถ และสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ” (แผนหลัก สสส. พ.ศ. 2555-2557)

● สช.กำหนดบทบาทในด้านการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ติดตามผลการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดหลัก เกณฑ์ วิธีการในการติดตามและประเมินผล เกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบ ด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้ง ระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

● หน่วยงานวิจัยภายใต้การสนับสนุนของ สสส.ได้สนับสนุนทางวิชาการเพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพให้กับหน่วยปฏิบัติระดับชาติ และ รายประเด็น แต่ยังไม่กระจายสู่ระดับพื้นที่ มหาวิทยาลัยในภูมิภาคสามารถเป็นแหล่งวิชาการให้กับหน่วยปฏิบัติระดับพื้นที่ได้ แต่การ จัดการยังไม่เป็นระบบทั่วประเทศ

● เริ่มมีกลไกไม่ถาวรเชื่อมประสาน ระหว่างหน่วยงานระดับนโยบาย 4 หน่วยงาน สสส., สช.,สปสช., และ สช. โดยเป็นการทำงาน ร่วมกันในคณะกรรมการเฉพาะกิจ แต่ไม่พบ กลไกการเชื่อมงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับ จังหวัด, ไม่มีแผนพัฒนากำลังคนด้านการสร้าง เสริมสุขภาพระดับประเทศ และการประเมินผล การสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทั้งระบบ

● งานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่มีความหลากหลายสูง และสามารถดึงศักยภาพ ของทุนเดิมทางสังคมของพื้นที่มาสร้างเสริมสุขภาพได้มาก และมีนวัตกรรมที่หลากหลาย

● สถานการณ์ความเข้มแข็งของชุมชน ท้องถิ่นมีทิศทางเห็นเป็นรูปธรรม ลงในแผนสุขภาพชุมชน สร้างกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับพื้นที่ และพัฒนาชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาวะพร้อม จัดตั้งศูนย์เรียนรู้สุขภาวะเป็นเครื่องมือในการ พัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชน แต่ไม่มีการประสานแผนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

● การเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อ สุขภาพ ถูกกระตุ้นด้วย พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จึงมีพื้นที่หลายแห่งสามารถจัดทำธรรมนูญ สุขภาพระดับพื้นที่ได้แล้ว

● รายการงบประมาณสนับสนุนการสร้าง นโยบายสาธารณะอยู่ในระบบงบประมาณของ หน่วยงานในกำกับของรัฐ เช่น สช., มีรายการ ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระบบงบประมาณของหน่วยงานในกำกับ ของรัฐ เช่น สปสช.

● มีหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพให้กับหน่วยปฏิบัติระดับชาติ และบางประเด็น ยังไม่มีในทุกพื้นที่ เช่น ด้านสุรา ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ด้านยาสูบ ศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), ด้านอุบัติเหตุ ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัย ทางถนน (ศวปถ.)

● เมื่อพิจารณาตามกรอบยุทธศาสตร์ของ ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกฎบัตรกรุงเทพ พบว่าหน่วยงานหลักด้านสร้างเสริมสุขภาพมีจุด เน้นทางยุทธศาสตร์ที่แตกต่างกัน

● แม้จะมี พ.ร.บ. ส่งเสริมการพัฒนาเด็ก และเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และใน พ.ศ. 2551 สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก

เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ริเริ่มให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือให้การจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด รวมทั้งพบว่ามีร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่ได้ออกเป็นกฎหมายคุ้มครอง รวมทั้งการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐ ในการคุ้มครองเด็กและผู้พิการ ยังไม่เพียงพอ

- กลไกการประเมินผลกระทบต่อ

สุขภาพ หรือ “Health Impact Assessment” ที่กำหนดให้รัฐต้องเปิดเผยข้อมูลกรณีมีผลกระทบต่อสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเร่งรัดกระบวนการยังต้องอาศัยภาคประชาสังคมและสื่อมวลชนเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การเปิดเผยข้อมูล ที่ให้รัฐเปิดเผยข้อมูลกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน วิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบ และจัดหาข้อมูลให้ทัน ทำได้ล่าช้า ไม่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 สถานการณ์บทบาทหน้าที่ขององค์ประกอบย่อยในการอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพ

	สธ.	สสส.	สปสช.	สช.	หน่วยงานอื่น ๆ
1. อำนาจตามกฎหมาย	ตาม พรบ. สาธารณสุขและ พรบ. อื่นๆใน ความรับผิดชอบ	ตาม พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ตาม พรบ. สุขภาพแห่งชาติ	ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา
2. การจัดการระบบ (System governance) และความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น	กำหนดนโยบายและบริหารตามระบบราชการ เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นด้วยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมติ ครม.	มีคณะกรรมการบริหารระดับชาติ จากหลายภาคส่วนและคณะกรรมการ ประเมินผลแต่งตั้งโดย ครม. มีหน่วยงานตนเองเป็นเลขานุการและคณะกรรมการ	มีคณะกรรมการบริหารระดับชาติ จากหลายภาคส่วนและมีหน่วยงานตนเองเป็นเลขานุการคณะกรรมการ	มีคณะกรรมการนโยบายระดับชาติ จากหลายภาคส่วนและมีหน่วยงานตนเองเป็นเลขานุการคณะกรรมการ	คณะรัฐมนตรี เชื่อมโยงทางการบริหารในระบบราชการและสำนักงานเศรษฐกิจและสังคม เชื่อมแผนยุทธศาสตร์
3. กลไกในการสร้างเสริมสุขภาพ	มีกรมอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลและ อสม. บริหารจัดการโดย สสอ. และ สสจ.	มีกลไกระดับชาติ แบ่งเป็นสำนักเพื่อหนุนศักยภาพของภาคประชาสังคมภาควิชาการและภาครัฐ	ผ่านหน่วยบริการในระบบหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสุขภาพตำบล	มีกลไกสมัชชาสุขภาพ รวมทั้งขั้นตอน HIA เพื่อประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่จัดบริการสาธารณะ และคุ้มครอง





### 3. สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ

ตัวอย่างสถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

● ระดับอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (U5MR) โดยรวมของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา<sup>9</sup>

● อัตราการฆ่าตัวตาย ไม่ลดลง มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 3,612 คนต่อปี ้วยทำงานเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงสุด<sup>10</sup>

● อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร มีแนวโน้มลดลง อยู่ที่ประมาณ 17 คนต่อแสนประชากร

● อัตราการดื่มสุราของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทรงตัว ระหว่างปี พ.ศ.2550-2554 อยู่ที่ 31.5%<sup>11</sup>

● อัตราการสูบบุหรี่ ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงมาตลอด แต่เริ่มทรงตัวในปี พ.ศ. 2554 อยู่ที่ 21%<sup>12</sup>

● ประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายไม่เพียงพอในอัตราลดลง<sup>13</sup>

● ความเสี่ยงจากการบริโภค โดยวัดจากภาวะอ้วน, การใช้จ่ายเกินความจำเป็น, และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น<sup>14</sup>

● ภัยเสี่ยงทางสังคม (หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ความรุนแรง และการพนัน) ปัญหาชัดเจนขึ้น<sup>15</sup>

### 4. บริบทที่เปลี่ยนไปและโอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายต่อระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อมูลเบื้องต้นด้านบริบท ปัจจัยคุกคาม และภาพอนาคตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในตอนนี้ อ้างอิงมาจากข้อมูลจากการระดมสมอง

ในการวิเคราะห์และการจัดทำภาพอนาคตด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส.<sup>16</sup>

#### 4.1 บริบทที่เปลี่ยน

แนวโน้มหลัก ได้แก่ การเกิดประชาคมใหม่ การรวมตัวของกลุ่มเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงสถานะภูมิอากาศ และปัจจัยผลักดันภายในประเทศ ได้แก่ วิกฤตปัญหาสังคม ความไม่เท่าเทียม และวิกฤตการเมือง

แต่เมื่อผู้เขียนวิเคราะห์ภายในระบบสุขภาพ แล้วพบว่าการจัดการสุขภาพโดยภาคประชาชนเริ่มมีความชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของกรมมีเป้าหมายร่วมเพื่อระบบสุขภาพที่ยั่งยืน และการใช้กลไกนโยบายสาธารณะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

นอกเหนือจากพัฒนาการของภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งขึ้น และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแล้ว บริบทที่เปลี่ยนไปจากสถานการณ์ พ.ศ. 2552 ที่สำคัญ คือ การปฏิรูปบทบาทภายในระบบราชการ กระทรวงสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2554-2556 และการเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 นี้ จึงทำให้การปฏิรูปบทบาทภารกิจภายในกระทรวงสาธารณสุข มีพลวัตของแนวคิดอื่น ๆ ร่วมด้วย ตัวอย่างเช่น การสร้างความเท่าเทียมของผู้รับบริการที่มีสิทธิ์จาก 3 กองทุน เป็นต้น<sup>17</sup>

โดยสิ่งแรกที่กระทรวงฯ ต้องการทำคือ การผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดการในเรื่องของการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อจะได้มีการจัดสรรงบประมาณอย่างเท่าเทียม

ส่วนความก้าวหน้าในการดำเนินการปฏิรูปมีความเป็นพลวัตสูง จนถึงสิ้นปี พ.ศ.2557 ความต้องการของกระทรวงฯ ก็ยังไม่บรรลุผล และยังสร้างความขัดแย้งระหว่างผู้สนับสนุนและผู้ไม่



สนับสนุน

#### 4.2 ปัจจัยคุกคามและความท้าทายต่อระบบสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ, การขยายตัวของเมือง, การแข่งขันทางการตลาด, การเคลื่อนย้ายของคน สินค้าและบริการ, และภาวะโรคระบาด ได้ทวีความเข้มข้นขึ้น เช่น เยาวชนเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงสุรายาสูบ และการพนันได้ง่ายขึ้น, การเจรจาการค้าเสรีทวีภาคีอาจจะมีข้อตกลงที่เพิ่มการเข้าถึงการบริโภคสุราและยาสูบมากขึ้น หรือมีข้อตกลงทวีภาคีหลายกรณีที่อาจจะขัดขวางนโยบายสาธารณะที่ใช้ควบคุมสินค้าที่มีผลเสียต่อสุขภาพ, สถานการณ์อุบัติเหตุที่กระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตมีความถี่และทวีความรุนแรงขึ้น เป็นต้น

#### 4.3 โอกาส

การปฏิรูปภายในกระทรวงสาธารณสุข อาจถือเป็นโอกาสได้เช่นกัน ดังนี้

- เปิดโอกาสให้ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ดึงศักยภาพศูนย์วิชาการระดับเขตร่วมจัดการความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาค
- เปิดโอกาสให้มีการผสมผสานแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระหว่างองค์กรประสานในแนวราบและมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน หากมีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายร่วม
- แสดงบทบาทมากขึ้นในการปรับตัวรับมือกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นทั้งต่อสุขภาพกายจิต และเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

#### ■ สรุปผลการศึกษา

1. นิยามการสร้างเสริมสุขภาพ / การ

ส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยขยายขอบเขตและสอดคล้องกับสากล

2. การสร้างเสริมสุขภาพมีมิติที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพ และเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพด้วย

3. สถานการณ์ปัจจุบันของบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า มีการเสริมหนุนกันไปในทิศทางเดียวกัน แต่ระบบอภิบาลแยกส่วน และไม่พบกลไกการเชื่อมงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด, ไม่มีแผนพัฒนากำลังคนด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศ และการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทั้งระบบ เนื่องจากงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่มีความหลากหลายสูง และมีนวัตกรรมที่หลากหลาย

4. สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ พบว่า การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคลและการลดการตายจากอุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ แต่มาตรการที่ใช้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักอื่นๆ เริ่มชะลอประสิทธิภาพบ้างแล้ว ทำได้แค่เพียงควบคุมสถานการณ์ให้ทรงตัว เช่น อัตราการสูบบุหรี่ เป็นต้น ในขณะที่ปัจจัยคุกคามใหม่ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา

5. บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ พ.ศ. 2552 คือการปฏิรูปบทบาทภายในระบบราชการสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2554-2556 และการเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ.2558 นี้

#### ■ ข้อเสนอแนะ

ทิศทางระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในมุมมองของนักวิชาการ



1. วิธีการของการพัฒนาระบบสุขภาพ ต้องอาศัยระบบอภิบาล และระบบสนับสนุนย่อยของระบบสุขภาพในการขับเคลื่อน จึงไม่ควรใช้คำว่า ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ แยกออกมาเป็นระบบย่อยเพียงอย่างเดียว แต่ควรกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในหมวดทั่วไปของระบบสุขภาพด้วย

2. การอภิบาลงานสร้างเสริมสุขภาพ ควร มีคณะกรรมการนโยบายร่วมประสานในแนวราบจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ และมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน เน้นใช้ความรู้ในการตัดสินใจ

3. สร้างเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินผลกิจกรรมและนวัตกรรมที่ลงทุนไป เพื่อสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย ส่งเสริมการกระจายอำนาจการตัดสินใจ วัตได้ง่าย และใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย

4. ควรมีกฎที่เพิ่มการตรวจสอบจากผู้ได้รับผลกระทบและผู้สนใจที่เป็นกลไกที่สามารถ

ตอบสนองได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ ให้รัฐปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเพิ่มอำนาจให้กับปัจเจก หรือ องค์กรที่อาจได้รับผลกระทบ สามารถเริ่มกระบวนการในการลดปัจจัยเสี่ยงนั้นๆได้โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้มีอำนาจในการเริ่มกระบวนการแต่ฝ่ายเดียว

5. ข้อความในธรรมนูญที่เป็นมาตรการของระบบการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ควรมีกระบวนการ ดีความ สื่อสาร และติดตาม หลังจากมีการประกาศใช้ธรรมนูญแล้ว

## ■ กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสุขภาพในการสนับสนุนทุนวิจัย บทความนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2550:32-52
2. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี. รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพใน : พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส จำกัด, 2556:1-19
3. พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544
4. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
5. เว็บไซต์กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม คอ.4. Health Promotion (HP) and Environmental Health (EH) System. 23 มกราคม 2558. <http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/mission/HPSystemManual.pdf>.
6. บทสรุปจากการประชุมวิชาการ สวรส. ครั้งที่ 2 เรื่อง “ส่งเสริมสุขภาพ:บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” 6-8 พฤษภาคม พ.ศ. 2541. อ้างอิงในหนังสือ กรณีศึกษากำเนิดกองทุน สสส. เขียนโดย ปารีชาติ ศิวะรักษ์ ไพบูลย์ สุริยวงค์ไพศาล,บรรณารักษ์:มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ;2545.
7. เว็บไซต์กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม คอ.4. Health Promotion (HP) and Environmental Health (EH) System. 23 มกราคม 2558. <http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/mission/system.php>

8. เว็บไซต์กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม คอ.4. 3 *Main Processes of Health Promotion & Environmental Health System*. 23 มกราคม 2558. <http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/mission/system.php>
9. สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล, วราภรณ์ ปวงกันทา, กุมารี พัทณี และวริศา พานิชเกรียงไกร. *สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง: ประสบการณ์ของประเทศไทย*. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556; 22: 1052-60
10. เว็บไซต์ไทยรัฐ. อธิปไตยกรมสุขภาพจิต เผย สถิติคนไทยฆ่าตัวตายลดลง. 23 มกราคม 2558. <http://www.thairath.co.th/content/166781>.
11. สำนักสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. *สรุปผลสำคัญ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554*.
12. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปันกระจำง และสุนิดา ปรีชาวงษ์. *สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), 2557.
13. วิชัย เอกพลากร, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว และกนิษฐา ไทยกล้า. *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-52*. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2551 หน้า 127-194.
14. วิชัย เอกพลากร, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว และกนิษฐา ไทยกล้า. *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-52*. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด 2551 หน้า 92-125.
15. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาครอบครัว พ.ศ. 2547-2556*. 22 มกราคม 2557. [http://www.m-society.go.th/ewt\\_news.php?nid=2389](http://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=2389).
16. สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.). *รายงานการวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตด้านการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ(สสส)*. กรกฎาคม 2555
17. ผู้จัดการออนไลน์. *สช.ลั่นปี 56 ให้บริการ 3 กองทุนเท่าเทียม*. 1 ตุลาคม 2555. <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000119842>

