

## ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

พ.ศ. ๒๕๖๕

ตามที่มาตรา ๒๕ (๑) มาตรา ๔๖ และมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ และให้มีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรี พิจารณาให้ความเห็นชอบ โดยให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไป ตามอำนาจหน้าที่ของตน และเมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการประกาศธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และประกาศธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ไปแล้ว นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้พิจารณาทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ และได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ และวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๖ เห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ และเอกสารประกอบ ซึ่งเป็นสาระสำคัญรายหมวดตามมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ และได้รายงานต่อวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎรทราบแล้ว เมื่อวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ และวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ตามลำดับ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๖ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงขอประกาศธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามท้ายประกาศนี้เพื่อให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

อนุทิน ชาญวีร์กุล

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

# ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

## ส่วนที่ ๑

### สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

ปัจจุบันสังคมโลกถูกคุกคามโดยการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด-๑๙ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม รวมถึงระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำหรือไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพเด่นชัดมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงความอ่อนแอ ความเสื่อมถอยในเชิงระบบที่ไม่สามารถตอบสนองต่อภัยคุกคามและความจำเป็นเร่งด่วนที่เกิดขึ้น โดยพื้นที่ชุมชนเมืองมีแนวโน้มของปัญหาที่รุนแรงและซับซ้อนกว่าพื้นที่ชนบท

ดังนั้น การสร้างความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพไทยในระยะ ๕ ปี ต่อจากนี้ จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไทย เพื่อออกแบบกลไกให้สนับสนุนการฟื้นคืน ตอบสนอง และก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างมั่นคง มุ่งไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”

#### ๑. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและความแตกต่างระหว่างวัย

ปี พ.ศ. ๒๕๖๓<sup>๑</sup> เป็นครั้งแรกนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๐ ที่จำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยลดต่ำกว่า ๖๐๐,๐๐๐ คนต่อปี และยังมีแนวโน้มที่จะลดต่ำลงอีกอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังประสบปัญหาความผิดปกติเมื่อแรกเกิด สัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ลดต่ำลง พบปัญหาในการเลี้ยงดูเพิ่มขึ้น เช่น พ่อแม่ไม่ได้เลี้ยงดู กำพร้าพ่อแม่ หรือต้องอยู่ในการดูแลของปู่ย่าตายายหรือญาติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเจริญเติบโต สะท้อนจากผลสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ของกรมสุขภาพจิต ที่เด็กไทยวัยเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๔.๗๓ โดยลดต่ำลงเกือบ ๓ จุด เมื่อเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๙<sup>๒</sup> ส่วนสถานการณ์เด็กปฐมวัยนั้นกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ เดือน มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าช่วงวัยอื่น ๆ กลุ่มเด็กอายุ ๑-๒ ปี มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ร้อยละ ๓๓.๗ และเด็กอายุ ๒-๓ ปี มีน้ำหนักเกินร้อยละ ๑๑.๔<sup>๓</sup> โดยในรอบ ๑๕ ปีที่ผ่านมา โดยเด็กปฐมวัยอายุตั้งแต่ ๐-๕ ปี ประมาณร้อยละ ๓๐ หรือ ๑ ใน ๓ มีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่สูงมาก<sup>๔</sup> ปัจจัยและสถานการณ์ดังกล่าวเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเจริญเติบโตของเด็ก

<sup>๑</sup> <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statPMOC/#/detailContractRegion>.

<sup>๒</sup> <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2273>.

<sup>๓</sup> [https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/9x45fd5e87a10707bad447547633b2d76d/202105/m\\_news/9269/204370/file\\_download/7ef60f476b0a27affd19ba980aff5ef0.pdf](https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/9x45fd5e87a10707bad447547633b2d76d/202105/m_news/9269/204370/file_download/7ef60f476b0a27affd19ba980aff5ef0.pdf).

<sup>๔</sup> สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๒ อ้างถึงใน

<https://www.thairath.co.th/lifestyle/life/1502311>.

ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสติปัญญา เกิดปัญหาการเรียนรู้ ขาดโอกาสทางการศึกษา ทั้งยังมีผลต่อการพัฒนาทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม และอาจจะเกิดผลกระทบทางสังคมตามมาอีก เช่น ปัญหายาเสพติด การติดยาและพนันออนไลน์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ขณะเดียวกันประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ปี พ.ศ.๒๕๖๓<sup>๔</sup> มีประชากรผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๑๒ ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๘ ของประชากรทั้งหมด และปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๑๒,๒๔๙,๘๔๘ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๘.๕๒ ประชากรทั้งประเทศ จำนวน ๖๖,๑๔๗,๓๕๔ คน<sup>๖</sup> และจะเพิ่มเป็น ๒๐.๔๒ ล้านคน หรือร้อยละ ๓๑.๒๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๘๓<sup>๗</sup> ประมาณได้ว่า อีก ๑๕ ปีข้างหน้า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยจะยืนยาวขึ้นถึง ๗๙ ปี และมีแนวโน้มที่จะอยู่ลำพังมากขึ้นหรืออยู่เพียง ๒ คนกับคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยแรงงาน (๑๕-๕๙ ปี) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก ๔๓.๒๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็น ๓๖.๕ ล้านคน และคาดว่าจะป็นร้อยละ ๕๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๘๓<sup>๘</sup>

จากข้อมูลจำนวนเด็กเกิดน้อย คุณภาพของเด็กและเยาวชนลดน้อยลง จำนวนประชากรวัยแรงงานก็ลดลง แต่มีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น ประกอบกับการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์แบบโลกไร้พรมแดนที่ทำให้เกิดการเข้าถึง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเชิงสังคม วัฒนธรรมและระบบคิดที่แตกต่างหลากหลายและรวดเร็ว ส่งผลหลายประการ ตั้งแต่สภาพเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ไปจนถึงโครงสร้างของครอบครัว วิถีชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้คนในแต่ละวัยมีทัศนคติ อุปนิสัยและการให้คุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เช่น คนรุ่นใหม่ในสังคมไทยมีความคิดเฉพาะตัวหรือความเป็นปัจเจกชน (individuality) สูงมากขึ้น ขณะที่คนรุ่นเก่ายังยึดติดกับวิถีคิดแบบที่คุ้นเคย และชนบประเพณีในอดีตที่เคยทำให้สังคมไทยมีความสุขเรียบร้อย ก่อให้เกิดปัญหาช่องว่างและความแตกต่างระหว่างวัยในหลายมิติ ทั้งในด้านความคิด มุมมองต่อสังคม วัฒนธรรม การใช้ชีวิต อาชีพการทำงาน ความคิดเห็นทางการเมืองการปกครอง รวมไปถึงการแสดงออกและวิถีชีวิต หากไม่สามารถยอมรับความแตกต่างหลากหลาย การเคารพความแตกต่างของกันและกัน การรับฟังและหาจุดสมดุลของการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนต่างวัยอย่างสร้างสรรค์จะยิ่งทำให้สังคมไทยเกิดความไม่เข้าใจ ขาดความเห็นอกเห็นใจของคนระหว่างกลุ่มวัย และคนในวัยเดียวกันที่มีความแตกต่างกัน จนนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้ง ความแตกแยกและความรุนแรงในสังคมตามมาได้

<sup>๔</sup> <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statPMOC/#/detailContractRegion>.

<sup>๖</sup> กรมการปกครอง ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕.

<sup>๗</sup> สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๔, เอกสารประกอบการระดมความเห็นกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓.

<sup>๘</sup> สมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี ๒๕๖๔: สังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน.

## ๒. การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรคและปัญหาสุขภาพ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา รวมทั้งผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทำให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>๙</sup> ในขณะที่โรคติดต่อ เช่น โรคเอดส์ มาลาเรีย โรคไวรัสตับอักเสบบี มีแนวโน้มลดลง ซึ่งโรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี อย่างไรก็ตาม การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ และมักไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า อีกทั้งปัญหาโรคระบาด มักเป็นปัญหาข้ามพรมแดน เนื่องจากการเคลื่อนย้ายของประชากรทั้งในประเทศและข้ามประเทศ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และต้องการความร่วมมือในการจัดการระหว่างประเทศด้วย แต่ยังเป็นข้อจำกัดสำคัญ ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขเผชิญความท้าทายกับการรับมือปัญหาของโรคและความเจ็บป่วยที่ต้องการการออกแบบระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถทุ่มเททรัพยากรทั้งหมดในการออกแบบระบบสุขภาพเพื่อการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคชนิดใดชนิดหนึ่งได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางกลุ่มถูกละเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง นำมาซึ่งปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ไม่เป็นธรรม อีกทั้งสังคมยังต้องทบทวนถึงระบบการเตรียมการรองรับผลกระทบที่เกิดตามมาอย่างกว้างขวางทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ที่ส่งผลให้เกิดภาวะยากลำบาก และเกิดกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางกลุ่มใหม่ ๆ ในหลายมิติด้วย

## ๓. การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมือง

สังคมไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมืองกระจายไปในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ มีเมืองขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นมาก ทั้งเมืองหลวงและเมืองหลักในภูมิภาค แม้ว่า การขยายตัวของความเป็นเมืองจะก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ ทั้งความสะดวกรวดเร็ว ด้านการคมนาคมขนส่ง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสาธารณะ และการเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจ<sup>๑๐</sup> แต่การขยายตัวของความเป็นเมืองและการพัฒนาเชิงพื้นที่ของไทย ยังมีลักษณะของการกระจุกตัวสูงหรือมีการรวมศูนย์ความเจริญ อีกทั้งเมืองที่มีการเติบโตอย่างก้าวกระโดดได้สร้างผลกระทบโดยตรงต่อการเข้าถึงและใช้ทรัพยากรธรรมชาติและคุณภาพสิ่งแวดล้อมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาหมอกควัน ปัญหาสังคม ปัญหาแรงงานข้ามชาติ ปัญหาการขาดและการกระจายรายได้ที่นำไปสู่ปัญหาด้านรายได้และค่าใช้จ่ายในครัวเรือน

<sup>๙</sup> รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปประเทศ ประจำปี ๒๕๖๓ ด้านสาธารณสุข.

<sup>๑๐</sup> สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๔, เอกสารประกอบการระดมความเห็นกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓.

เกิดภาวะล่มสลายของเศรษฐกิจชุมชน ซึ่งหากมีความขัดแย้งที่รุนแรง อาจจะนำไปสู่ความแตกแยกในสังคม ตามมา รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วย เห็นได้จาก สถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่พบว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนเมือง โดยเฉพาะกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ คนจนเมือง คนพิการ คนไร้บ้าน ได้รับผลกระทบ มากกว่าประชาชนในชนบท ทั้งการขาดรายได้ ขาดความมั่นคงทางอาหาร ข้อจำกัดด้านที่พักอาศัย เมื่อมีสมาชิก ในครอบครัวติดเชื้อ การไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันเวลาและ เพียงพอ ในขณะที่คนรวยหรือกลุ่มคนที่มีเศรษฐกิจฐานะดีในชุมชนเมืองสามารถและมีทางเลือกในการจัดการกับ ปัญหาเหล่านี้ได้ดีกว่ามาก

โดยเมืองเป็นพื้นที่ที่ผู้คนหลากหลายเข้ามาอาศัยอยู่และใช้พื้นที่ร่วมกัน ซึ่งนอกจากความท้าทาย เรื่องความเป็นธรรมของการเข้าถึงทรัพยากรที่มีจำกัดแล้ว การพัฒนาเมืองที่ขาดการวางแผนที่ดียังเป็นปัจจัย สำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ได้แก่<sup>๑๑</sup> ๑) การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคติดต่อและ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๒) ระบบบริการสุขภาพในชุมชนเมืองที่ไม่ตอบสนองกับความต้องการที่หลากหลายและบริบท ของสังคมที่ซับซ้อนของวิถีชีวิตคนในชุมชนเมือง ๓) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ขยะ และมลพิษ และ ๔) การขาด การมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมในการบริหารจัดการพื้นที่ ดังนั้น ในการพัฒนาความเป็นเมือง จำเป็นต้อง ผนวกประเด็นของระบบสุขภาพชุมชน/ชุมชนเมือง (urban health) เข้าไปด้วย เช่น การเป็นเมืองน่าอยู่ที่คงรักษา อัตลักษณ์ของพื้นที่ไว้ การมีพื้นที่สาธารณะรองรับวิถีชีวิตของคนทุกกลุ่ม ซึ่งความท้าทายหลักของการเปลี่ยนแปลง สู่ความเป็นเมือง คือ การตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของประชาชนทุกกลุ่ม การออกแบบระบบสุขภาพ ให้สามารถใช้ประโยชน์จากโอกาสของความเป็นเมือง เช่น การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี การกระจุกตัวของ ทรัพยากรด้านต่าง ๆ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในพื้นที่ รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรทั้งภายในและภายนอกพื้นที่

#### ๔. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่ง ที่อาจจะมี ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทย เนื่องจากความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผัน (technology disruption) ต่อชีวิตผู้คนและสังคมในทุกมิติ รวมถึงระบบสุขภาพ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญหลายอย่าง ทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การจ่ายค่าตอบแทน

---

<sup>๑๑</sup> ร่าง สาระหมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓, ๒๕๖๕.

ทางการแพทย์ การตรวจสอบคุณภาพบริการ การบริหารจัดการเพื่อการควบคุมโรค ไปจนถึงการให้บริการ การแพทย์ทางไกล (telemedicine) และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงระดับบุคคล

อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และการไหลบ่าหรือภาวะการณ์ แพ้ระบอบของข้อมูลข่าวสารในปัจจุบัน ซึ่งมีทั้งข้อมูลที่ผิด (misinformation) และข้อมูลที่บิดเบือนจากความจริง (disinformation) ส่งผลให้ข้อมูลด้านสุขภาพมีรูปแบบที่หลากหลาย และมีระดับความน่าเชื่อถือที่แตกต่างกัน ตามความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และประสบการณ์ของผู้คนในสังคม อีกทั้งยังเป็นการสื่อสารที่ทุกคนสามารถผลิต หรือถ่ายทอด เผยแพร่ และส่งต่อข้อมูลได้สะดวก ง่ายตาย และรวดเร็วเช่นนี้ เปิดโอกาสให้เกิดข่าวลวง ข่าวปลอม และข่าวบิดเบือนในสื่อต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก<sup>๑๒</sup> เกิดการระรานทางไซเบอร์ (cyber bullying)<sup>๑๓</sup> การล้วงละเมิด ทางเพศออนไลน์ รวมไปถึงการเข้าถึงเนื้อหาที่รุนแรงและไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเด็กและเยาวชน ที่กำลังประสบปัญหาความบกพร่องทางสุขภาพหรือโรคอุบัติใหม่จากเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น โรคติดการพนัน ออนไลน์ และโรคติดเกม ที่ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา ทั้งในระดับปัจเจก บุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับสังคมโดยรวม

ในขณะเดียวกัน หากหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีแผนการสื่อสารอย่างเป็นระบบที่สามารถ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ได้อย่างทั่วถึง และข้อมูลด้านสุขภาพที่สื่อสารกันในสังคม ที่ยังไม่ สอดคล้องกับความต้องการ และบริบทของกลุ่มคนที่มีความหลากหลาย จึงก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำ การขาด โอกาส และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาในระยะยาวได้ นอกจากความรู้ด้านสุขภาพโดยตรงแล้ว สังคมยังต้องมี ข้อมูลที่สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ และสิทธิด้านสุขภาพของตนเอง การตระหนักถึง ความสำคัญของการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในชุมชนของตนเอง ตลอดจนระบบการจัดการข้อมูล ด้านสุขภาพที่ครบถ้วน ถูกต้อง มีความเชื่อมโยง และบูรณาการระหว่างหน่วยงานทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และชุมชนในพื้นที่ต่าง ๆ ช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล และพื้นที่การสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่เหมาะกับประชาชนทุกกลุ่ม<sup>๑๔</sup>

การนำเทคโนโลยีมาใช้งานสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมนั้น ต้องมีความพร้อม ศักยภาพ และต้นทุน ทั้งเรื่องเวลาหรือค่าใช้จ่าย ชีตความสามารถในการเรียนรู้เพื่อใช้งาน สำหรับกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางหรือ ที่มีความจำกัดด้านสุขภาพ เช่น คนที่อ่านหนังสือไม่ออกหรือไม่มีทักษะในการใช้เทคโนโลยี คนที่มีความพิการ ในการมองเห็น คนเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี หรือมีข้อจำกัด ในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ดีกว่าเพื่อการตรวจสอบ ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมด้านโอกาสและความเป็นธรรม ในสังคม รวมถึงประเด็นท้าทายจากการไหลบ่าของข้อมูลข่าวสารด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและแพร่กระจายได้

<sup>๑๒</sup> ร่าง สาระหมวดการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓, ๒๕๖๕.

<sup>๑๓</sup> ศัพท์คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ ฉบับราชบัณฑิตยสภา, ๒๕๖๒.

<sup>๑๔</sup> ร่าง สาระหมวดการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓, ๒๕๖๕.

อย่างรวดเร็วนี้ หากประชาชนที่มีความจำกัดด้านการคิดวิเคราะห์ ขาดทักษะการจัดการความเท่าทันและความรอบรู้ทั้งด้านดิจิทัลและสุขภาพ (digital & health literacy) หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ดีกว่า เพื่อการตรวจสอบ ย่อมเกิดผลเสียต่อตนเองและสุขภาพได้ ซึ่งยิ่งทำให้สังคมเกิดความเหลื่อมล้ำมากยิ่งขึ้น

## ๕. การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สภาพภูมิอากาศและภาวะโลกร้อน

การเพิ่มขึ้นของประชากรโลก การพัฒนาทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและความเป็นเมืองส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม สภาพภูมิอากาศและภาวะโลกร้อน ซึ่งมีแนวโน้มจะเกิดการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและรุนแรงขึ้นกว่าที่คาดการณ์ไว้เดิม โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีการคาดการณ์ว่าอุณหภูมิเฉลี่ยของโลกจะเพิ่มขึ้น ๑.๕ ถึง ๕.๑ องศาเซลเซียส ภายในปี พ.ศ. ๒๖๔๓ เมื่อเทียบกับระดับอุณหภูมิก่อนยุคอุตสาหกรรม แต่มีการคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. ๒๕๖๑ อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกอาจเพิ่มถึง ๑.๕ องศาเซลเซียส ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓-๒๕๙๕<sup>๑๕</sup> ซึ่งเร็วขึ้นมาก และอุณหภูมิเฉลี่ยของโลกที่เพิ่มสูงขึ้นดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดคลื่นความร้อนในพื้นที่ส่วนใหญ่ที่มนุษย์ตั้งถิ่นฐานอยู่ และในบางพื้นที่ที่มีโอกาสที่ภัยแล้งและภาวะฝนทิ้งช่วงจะเกิดขึ้นถี่ ในขณะที่ความร้อนที่เพิ่มขึ้นทำให้น้ำระเหยขึ้นไปในบรรยากาศมากขึ้น ส่งผลให้หลายภูมิภาคอาจเผชิญกับความถี่ของการเกิดพายุฝนหรืออุทกภัยที่บ่อยและรุนแรงขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรธรรมชาติและภูมิประเทศของพื้นที่ต่าง ๆ รวมถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความหลากหลายทางชีวภาพ และการสูญหายไปของทรัพยากรประจำถิ่นบางอย่าง เช่น พืชประจำถิ่น สัตว์ประจำถิ่น ชนเผ่าพื้นเมือง ซึ่งประเทศไทยนับเป็นพื้นที่ที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบจากภาวะโลกร้อนมากที่สุดแห่งหนึ่งในโลก<sup>๑๖</sup>

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น นอกจากส่งผลให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติอย่างรุนแรงและเกิดความสูญเสียที่ขยายตัวมากขึ้นแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำของคนในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คนจนจะมีจำนวนมากขึ้นและจะจนลงไปอีก ขณะที่ระบบสุขภาพก็มีความเสี่ยงและได้รับผลกระทบมากขึ้น ทั้งจากการกลายพันธุ์ของเชื้อโรค พาหะนำโรค การแพร่กระจายของโรคตามฤดูกาลที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากมลภาวะสิ่งแวดล้อม ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ที่อาจกลายเป็นวิกฤติสำคัญของประเทศและสังคมโลกได้อีก และยิ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพต่อกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง กลุ่มคนที่มีความจำกัดด้านสุขภาพ และคนด้อยโอกาสในสังคม ที่อาจจะเข้าไม่ถึงความรู้ โอกาส อำนาจ ทรัพยากรและสิทธิด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ นอกจากนี้

<sup>๑๕</sup> <https://www.ipcc.ch/report/sr15/summary-for-policymakers/>.

<sup>๑๖</sup> สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๔, เอกสารประกอบการระดมความเห็นกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓.

ระบบสุขภาพยังต้องรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความยากจน เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ขาดสุขลักษณะทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อด้วย

## ๖. การขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณ

ปัจจุบันประเทศไทยมีภาระหนี้สาธารณะสูงจนเกินพีดานทางการคลังของประเทศ เนื่องจากรัฐบาลต้องกู้เงินเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูเศรษฐกิจและการดูแลด้านสาธารณสุขของประเทศจากผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จำนวนมากถึง ๑.๕ ล้านล้านบาท บวกกับหนี้ในภาคครัวเรือนของไทยที่เคยอยู่ในระดับสูงมากที่สุดแห่งหนึ่งของโลกและพุ่งสูงขึ้นไปอีกจากวิกฤติด้านเศรษฐกิจจากโรคระบาด โดยปัญหาหนี้สินนี้เป็นประเด็นท้าทายหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินการคลังของระบบสุขภาพของประเทศ รวมถึงปัญหาการขาดแคลนยา วัคซีน และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ในช่วงวิกฤติสุขภาพ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลกและเกิดซ้ำ ๆ ซึ่งมีสาเหตุจากการวางแผนผิดพลาดและการบริหารจัดการที่ขาดธรรมาภิบาล รวมทั้งในบางกรณีเกิดการขาดแคลนวัตถุดิบหลักในการผลิตและการหยุดชะงักของระบบการขนส่ง ดังนั้น หากประเทศใดมีวัตถุดิบ รวมถึงมีศักยภาพในการวิจัย พัฒนาและผลิตอุปกรณ์การแพทย์ ยา และโดยเฉพาะวัคซีนภายในประเทศ ประเทศนั้นก็จะสามารถเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ เหล่านั้นได้ก่อนประเทศอื่น ๆ รัฐจึงจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการกระจายทรัพยากรให้กับประชาชนอย่างมีธรรมาภิบาลเพื่อให้เกิดความทั่วถึงและเท่าเทียม

แม้ว่าประเทศไทยจะได้รับการยอมรับว่ามีระบบสาธารณสุขที่มีความเข้มแข็งและมีคุณภาพ ไม่แพ้ประเทศใดในโลก<sup>๑๗</sup> แต่จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ก็ได้ฉายภาพปัญหาของระบบสุขภาพไทย ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลาย อันเนื่องมาจากการขาดแคลนบุคลากรในระดับต่าง ๆ การขาดแคลนอุปกรณ์ ยา วัคซีนและเวชภัณฑ์ ความไม่เท่าเทียมกันของสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน และข้อจำกัดของภาครัฐในการลงทุนดังกล่าว นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง จากสภาพปัญหาดังกล่าวนี้ สะท้อนให้เห็นความขัดแย้งในด้านความต้องการอุดหนุนด้านทรัพยากรในระบบสุขภาพที่มีมากยิ่งขึ้น กับข้อจำกัดของระบบสาธารณสุข ภาครัฐและความต้องการที่แตกต่างหลากหลายของประชากร แม้บทบาทของภาคประชาชนและภาคสุขภาพเอกชนที่มีความตื่นตัวและเข้ามาช่วยบรรเทาความทุกข์ร้อนของประชาชนและหนุนเสริมการทำงาน อุดช่องว่างการให้บริการของภาครัฐอย่างแข็งขันในช่วงของวิกฤติการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ แต่ก็ยังไม่สามารถเติมเต็มช่องว่างที่กล่าวมาได้อย่างพอเพียงและยั่งยืน อีกทั้งปรากฏการณ์ความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ นี้ยังสะท้อนให้เห็นความจำเป็น

<sup>๑๗</sup> สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ๒๕๖๕, ระบบสุขภาพไทยกับ “ความเสี่ยง” ที่ซ่อนในความสำเร็จ. <https://www.the101.world/thailand-healthcare-system/>.



ของการมีทรัพยากรบุคคลสนับสนุนระบบสุขภาพ ที่อยู่นอกภาคบริการสาธารณสุขด้วย เช่น กลุ่มอาสาสมัคร นักสื่อสาร นักวิชาการด้านเทคโนโลยี จึงนับเป็นความท้าทายด้านยุทธศาสตร์ในการจัดการทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคตข้างหน้า

## ๗. การแบ่งขั้วทางการเมืองของโลกและการค้าระหว่างประเทศ

การแบ่งขั้วทางการเมืองของโลกและการค้าระหว่างประเทศ เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่อาจจะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศทั้งด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งเรื่องการเมืองและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นในระดับทวีปภาคี พหุภาคี หรือในระดับภูมิภาค บนสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัต มีความผันผวน ซับซ้อน ไม่นั่นอนสูง ประเทศต่าง ๆ ต้องวางตัวให้เหมาะสมกับขั้วมหาอำนาจที่มีบทบาทในการกำหนดระเบียบเศรษฐกิจการเมืองโลกและกำลังดำเนินมาตรการสงครามการค้าและการลงทุน เช่น การเติบโตทางเศรษฐกิจของสาธารณรัฐประชาชนจีน จนกระทบต่อขั้วอำนาจดั้งเดิมอย่างสหรัฐอเมริกา ก่อให้เกิดการดำเนินมาตรการกีดกันทางการค้าและการตอบโต้กันระหว่างทั้งสองประเทศขึ้น ซึ่งผลกระทบที่จะตามมาของการแบ่งขั้วทางการเมืองของโลก คือ การสู้รบและสงครามในรูปแบบต่าง ๆ ดังเช่นสถานการณ์การสู้รบระหว่างรัสเซียกับยูเครนที่มีแนวโน้มยืดเยื้อและทวีความรุนแรงมากขึ้น หลังจากที่สหรัฐอเมริกาและประเทศพันธมิตรประกาศคว่ำบาตรรัสเซีย พร้อมใช้มาตรการแข่งขันทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการสนับสนุนด้านอาวุธและการทำสงครามข่าวสาร เพื่อกดดันรัสเซียอย่างหนัก ผลจากการสู้รบดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

อีกทั้งหลายประเทศยังใช้นโยบายแบบเน้นการปกป้องผลประโยชน์ทางการเมืองของประเทศตนเองอย่างชัดเจน หรือแม้กระทั่งเรื่องของแนวทางการจัดทำกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศและบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศ<sup>๑๔</sup> เช่น ความตกลงที่ครอบคลุมและก้าวหน้าสำหรับหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก หรือ The Comprehensive and Progressive Agreement of Trans-pacific Partnership (CPTTP) ซึ่งเป็นความตกลงการค้าเสรีที่เดิมสหรัฐอเมริกาเป็นฝ่ายริเริ่มเพื่อโดดเดี่ยวสาธารณรัฐประชาชนจีน แต่ต่อมาสหรัฐอเมริกาเปลี่ยนนโยบายในสมัยประธานาธิบดีทรัมป์ ที่พลิกกลับถอนตัวออกไป โดยข้อตกลงดังกล่าว มุ่งสร้างกฎเกณฑ์และมาตรฐานที่ใช้ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก ครอบคลุมทั้งเรื่องการค้า การบริการและการลงทุน ครอบคลุมมาตรฐานเรื่องการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา มาตรฐานด้านแรงงาน มาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม และมาตรการการระงับข้อพิพาทระหว่างรัฐบาลและนักลงทุนต่างชาติ โดยประเทศไทยมีกลุ่มคัดค้านค่อนข้างแข็งขัน จึงไม่ได้เข้าร่วมตั้งแต่ต้น และอยู่ในระหว่างการศึกษาถึงผลประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมเป็น

<sup>๑๔</sup> สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๔, เอกสารประกอบการระดมความเห็นกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓.

ภาคีสมาชิก โดยผลดีที่ประเทศไทยคาดการณ์ว่าจะได้รับคือ การเพิ่มโอกาสทางการค้าและเพิ่มความสามารถด้านการส่งออก ด้านการลงทุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการแข่งขัน แต่ในขณะเดียวกันก็อาจได้รับผลกระทบจากการเปิดโอกาสให้นักลงทุนต่างชาติเข้ามาแข่งขันมากเกินไปและบังคับให้ไทยต้องเปิดตลาดมากขึ้น ซึ่งนักลงทุนในไทยอาจจะยังไม่พร้อมหรือยังมีศักยภาพไม่เพียงพอที่จะแข่งขันกับนักลงทุนต่างชาติ นอกจากนี้ยังกระทบต่อภาคอุตสาหกรรมเกษตรที่ส่งผลให้ประเทศไทยจะต้องเข้าร่วมในอนุสัญญาการคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ หรือ UPOV 1991 ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาและการเข้าถึงยาของประเทศไทย<sup>๑๙</sup> ที่ยังมีความอ่อนแอของการศึกษาวิจัยทางยาและอุตสาหกรรมยา ทำให้ต้องพึ่งพาการนำเข้ายาและเทคโนโลยีทางการแพทย์จากต่างประเทศที่มีราคาแพงมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนขาดความมั่นคงทางด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและทันสมัยได้ ทั้งจากความขาดแคลนและราคาแพง

สถานการณ์การแบ่งขั้วทางการเมืองของโลกและการค้าระหว่างประเทศที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงและแผ่ขยายไปทั่วโลก อันจะนำไปสู่การจัดระเบียบโลกใหม่ทั้งในด้านอำนาจทางการเมืองระหว่างประเทศ ความสัมพันธ์ทางการเมืองระหว่างประเทศ ความสัมพันธ์ทางทหาร ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ สิ่งสำคัญคือระบบการเงินโลก การเปลี่ยนแปลงของประเทศมหาอำนาจของโลก ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง เศรษฐกิจ และสุขภาพของประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

## บทสรุป

จากแนวโน้มสถานการณ์และปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นได้ส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับประชาชนและระบบสุขภาพที่ล้วนเป็นไปในทิศทางที่ทำให้เกิดช่องว่างทางสังคมเพิ่มขึ้น อาทิ การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ขณะที่ระบบการออมสำหรับแรงงานส่วนใหญ่ ทั้งในและนอกระบบยังไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุมและไม่สามารถสร้างหลักประกันรายได้หลังวัยทำงาน ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้และสวัสดิการสังคมของกลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคม เช่น กลุ่มแรงงานนอกระบบที่ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการที่จำเป็น กลุ่มคนพิการยังถูกจำกัดในการเข้าสู่ตลาดแรงงาน และขาดโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต การขาดแคลนที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อย การบุกรุกพื้นที่สาธารณะ ปัญหาความยากจน อาชญากรรม ยาเสพติด<sup>๒๐</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ฝังรากลึกเรื่องความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยมาอย่างยาวนาน และได้ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยเฉพาะในกลุ่มคนจนเมือง ผู้ด้อยโอกาส ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็ก แรงงานนอกระบบ คนตกงาน

<sup>๑๙</sup> ญรัฎกฤตา ลีลาประเทือง, ๒๕๖๔, ผลกระทบของ CPTTP ต่อการเข้าถึงยาในประเทศไทย ในมุมมองทรัพย์สินทางปัญญา. <https://e-journal.sru.ac.th/index.php/jhsc/article/view/1146>.

<sup>๒๐</sup> รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปประเทศ ประจำปี ๒๕๖๓ ด้านสังคม.

คนไร้บ้าน แรงงานต่างชาติ กลุ่มผู้มีความจำกัดด้านสุขภาพ และกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางอื่น ๆ รวมถึงกลุ่มคนที่ไม่มีความปลอดภัย

แม้ว่าประชาชนไทยจะมีความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศถึงร้อยละ ๙๙.๗๓<sup>๒๑</sup> (ข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๖๓) แต่จากข้อมูลสวัสดิการการรักษาพยาบาลของประชากรไทย พบว่ายังมีผู้ที่ไม่มีความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล จำนวน ๔๕๘,๐๔๑ คน<sup>๒๒</sup> หากดูในกลุ่มคนวัยทำงานอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปจะเป็นตัวอย่างหนึ่งของความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยร้อยละ ๕๒ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔)<sup>๒๓</sup> เป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบ ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองทางสังคมจากการทำงานอย่างเหมาะสม<sup>๒๔</sup> ส่งผลให้กลุ่มคนดังกล่าวนี้ ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการที่จำเป็น ทั้งถึงและเพียงพอ การระบาดของใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้สะท้อนภาพความไม่เป็นธรรมจากสภาวะเปราะบางของกลุ่มแรงงานนี้ จากสภาพที่อยู่อาศัย การตกงาน การถูกเลิกจ้าง รายได้ลดลงไม่พอกับค่าใช้จ่าย การเข้าถึงมาตรการเยียวยาของภาครัฐยังมีจำกัด ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเข้าถึงการรักษาพยาบาล รวมไปถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันการณ์ การขาดสถานะตามกฎหมายและข้อจำกัดอื่น ๆ ที่ทำให้ตกหล่นจากการมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ หรือมีสิทธิแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานของภาครัฐได้ กลุ่มคนเหล่านี้จึงตกอยู่ในสภาวะเปราะบางซ้ำซ้อนเพิ่มมากขึ้น<sup>๒๕</sup> และยังทำให้ความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นทางด้านสุขภาพและด้านสังคมเด่นชัดมากขึ้นไปอีก

ดังนั้น ทิศทางการพัฒนา จึงควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเชิงระบบที่มุ่งไปสู่การขจัดความยากจนและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยยึดหลักธรรมาภิบาล (good governance) และการปกครองด้วยหลักนิติธรรม (rule of law) ลดการผูกขาดอำนาจด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในเรื่องของทุนนิยม พวกพ้องและคอร์ปชั่นทุกรูปแบบ ความสัมพันธ์ในเชิงอุปถัมภ์ การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการจัดการทรัพยากรเพื่อการพัฒนาอย่างทั่วถึง ได้แก่ การเข้าถึงการศึกษา การมีโอกาสด้านอาชีพ การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีอย่างเท่าเทียม

<sup>๒๑</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>.

<sup>๒๒</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/06.aspx>

<sup>๒๓</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/02.aspx>

<sup>๒๔</sup> สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๔, สุขภาพคนไทย: COVID-19 มหันตภัยร้ายเขย่าโลก.

<sup>๒๕</sup> เอกสารหลักการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม, สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔.

ในส่วนถัดไปจะกล่าวถึงกรอบแนวคิด ปรัชญา และเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ซึ่งเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ<sup>๒๖</sup> ของประเทศไทย ในระยะ ๕ ปีต่อไป ซึ่งมีทิศทางที่มุ่งให้เกิด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ทั้งในระบบบริการสุขภาพ (healthcare system) และระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มคนที่เสียเปรียบหรือถูกละทิ้งในสังคม การคุ้มครองกลุ่มคนที่อยู่ในสถานะเปราะบาง ได้แก่ ประชากรที่ไม่ได้รับการคุ้มครองทางสังคม และยังขาดหลักประกันทางสังคม รวมไปถึงการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและกลไกทางสังคมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคมอย่างจริงจัง เพื่อสร้างทุนสังคม (social capital) และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (social cohesion) อันจะนำไปสู่สุขภาพของประชาชนคนไทยและความเป็นธรรมด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับนี้

---

<sup>๒๖</sup> มาตรา ๔๖ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.

## ส่วนที่ ๒

### กรอบแนวคิด ปรัชญาและเป้าหมายร่วมของระบบสุขภาพ ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

กรอบแนวคิด ปรัชญาและเป้าหมายร่วมของระบบสุขภาพในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ให้ความสำคัญกับความสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐ ที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาประเทศตามที่ระบุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐ นั้น คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยการยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ พัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัย สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

#### ๒.๑ กรอบแนวคิด

เรื่องการดำรงชีวิตอย่างยั่งยืน หรือ sustainable livelihoods ถือเป็นเป้าหมายสูงสุดตามแนวคิดในเรื่องของการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งการดำรงชีวิตอย่างยั่งยืนนี้ หมายรวมถึง ความสามารถ ทักษะ ทุน (ทั้งทางวัตถุและสังคม) และวิธีหรือกิจกรรม ที่บุคคลและชุมชนนำไปใช้เพื่อการอยู่รอดอย่างยั่งยืน<sup>๒๗ ๒๘</sup> ซึ่งความยั่งยืน (sustainability) นี้ หมายถึง การพัฒนาที่สามารถสร้างความเจริญ รายได้ และคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจที่อยู่บนหลักการใช้ การรักษาและการฟื้นฟู ฐานทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน ไม่ใช่ทรัพยากรธรรมชาติจนเกินพอดี ไม่สร้างมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม จนเกินความสามารถในการรองรับและเยียวยาของระบบนิเวศ การผลิตและการบริโภคที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว หรือ one health ที่มองเรื่องสุขภาพแบบไม่แยกส่วน แต่มองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนและสัตว์ที่มีความเกี่ยวโยงอยู่กับระบบนิเวศ สิ่งแวดล้อม เชื้อโรค รวมถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจด้วย และนอกจากนี้ ยังมีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทรัพยากรธรรมชาติมีความอุดมสมบูรณ์มากขึ้นและสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพดีขึ้น คนมีความรับผิดชอบต่อสังคม มีความเอื้ออาทร เสียสละเพื่อผลประโยชน์ส่วนรวม รัฐบาลมีนโยบายที่มุ่งประโยชน์ส่วนรวมอย่างยั่งยืน และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน และทุกภาคส่วนในสังคมยึดถือและปฏิบัติตามหลักปรัชญา

<sup>๒๗</sup> Department for International Development. UK. 1999. Sustainable livelihoods guidance sheets.

<sup>๒๘</sup> UNDP. 2017. Guidance Note: Application of the Sustainable Livelihoods Framework in Development Projects.

ของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อการพัฒนาอย่างสมดุล มีเสถียรภาพ และยั่งยืน<sup>๒๙</sup> ดังนั้น คำว่า sustainable livelihoods นี้จึงหมายถึง “การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยให้ความสำคัญกับการจัดการทรัพยากรด้านต่าง ๆ ให้มีอยู่อย่างยั่งยืน” นั่นเอง

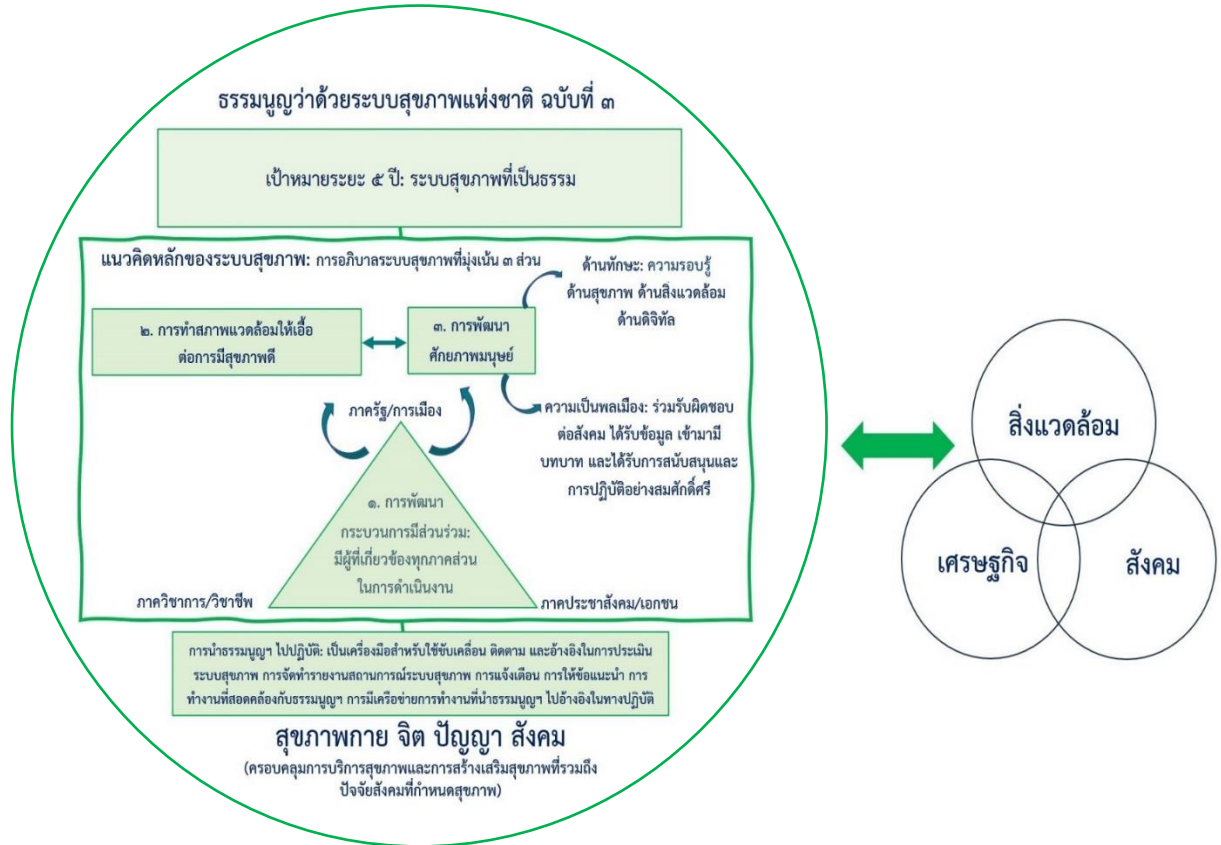
เมื่อก้าวถึงแนวคิดการพัฒนายั่งยืนแล้ว “สุขภาพ” ถือเป็นเงื่อนไขอย่างหนึ่ง (precondition) สำหรับการพัฒนายั่งยืนของทั้งเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และในขณะเดียวกัน สุขภาพก็ยังจัดเป็นผลลัพธ์ของการพัฒนายั่งยืนอีกด้วย โดยเชื่อว่าหากมีการจัดการได้ดีในเรื่องของปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ โดยเฉพาะกับกลุ่มประชากรที่ยากจนและกลุ่มประชากรที่อยู่ในสภาวะเปราะบางแล้ว ก็จะทำให้เกิดสังคมที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง เป็นธรรม มีสภาพเศรษฐกิจที่พัฒนา และเป็นสังคมที่มีสุขภาวะ<sup>๓๐</sup>

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ มีกรอบแนวคิดที่มุ่งสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” โดยสามารถอธิบายเพิ่มเติมเป็นแผนภาพได้ ดังนี้

---

<sup>๒๙</sup> ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐ (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา) เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๘๒ ก ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๑.

<sup>๓๐</sup> United Nations. 2012. The Future We Want: Outcome document of the United Nations Conference on Sustainable Development. Rio de Janeiro, Brazil, 20-21 June 2012.



ระบบสุขภาพที่มองในทุกมิติ คือ กาย จิต ปัญญา และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยทั้งการบริการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพนั้น ในแต่ละส่วนต้องมีการดำเนินการเชิงยุทธศาสตร์อย่างมีประสิทธิภาพ (effectiveness) มีประสิทธิภาพ (efficiency) และเป็นธรรม (equity) ด้วยการมีกรอบการอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีหรือมีธรรมาภิบาล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับ รวมถึงเรื่องอื่น ๆ เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะ ๕ ปี คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”

โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ได้ระบุปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี และการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ ไว้ดังนี้

### ๒.๑.๑ ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ

ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ นั้น ได้นำแนวคิดในเรื่อง “ระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล (good governance for health system)” มาเป็นหลักในการดำเนินงาน ซึ่งการอภิบาลระบบสุขภาพนั้น หมายถึง การดูแลและบริหารระบบสุขภาพด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กัน

ระหว่างภาครัฐ องค์กรสาธารณะต่าง ๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม ที่รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทโดยตรงกับเรื่องสุขภาพ และที่ไม่ได้มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องสุขภาพ เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาหรือความท้าทายต่าง ๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดสุขภาพ โดยในทางปฏิบัติ ควรนำหลักคิดการอภิบาลเพื่อสุขภาพ (governance for health) ในศตวรรษที่ ๒๑ ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ ซึ่ง “การอภิบาลเพื่อสุขภาพ” ที่ดีและควรจะเป็นนั้น มี ๕ รูปแบบ โดยทั้ง ๕ รูปแบบ สามารถนำมาใช้แบบผสมผสานกันได้ตามความเหมาะสม ได้แก่ ๑) การอภิบาลโดยความร่วมมือกัน (collaborating) ๒) การอภิบาลโดยให้พลเมืองเข้ามามีบทบาท (engaging citizens) ๓) การอภิบาลโดยการผสมผสานระหว่างการใช้ระเบียบข้อบังคับกับการชักชวน (regulation and persuasion) ๔) การอภิบาลผ่านองค์กรอิสระและองค์กรผู้เชี่ยวชาญ (independent agencies and expert bodies) และ ๕) การอภิบาลโดยนโยบายที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โครงสร้างที่ยืดหยุ่น และการใช้การคาดการณ์อนาคต (adaptive policies, resilient structures and foresight)<sup>๓๑</sup>

โดยปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพนั้น ต้องให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับ ๓ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ การพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/เอกชน

ส่วนที่ ๒ การทำสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศให้เอื้อ (enabling and empowering environment/ ecosystem) ต่อการมีสุขภาพดี โดยการจัดการกับเรื่องระบบบริการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ ที่รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ หรือปัจจัยที่กำหนดสุขภาพด้านอื่น ๆ เพื่อเอื้อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ ๓ การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับ ทั้งในด้านทักษะต่าง ๆ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy) ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental literacy) และด้านการพัฒนาศักยภาพคนสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม (active citizen) มีคุณธรรม รู้คุณค่าในตัวเองและผู้อื่น เห็นแก่ส่วนรวม ยอมรับในความแตกต่างหลากหลาย เพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีความรู้เท่าทัน ตระหนักรู้ในสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเป็นพลเมืองที่มีความร่วมรับผิดชอบต่อสังคมในด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ประชาชนต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ สามารถเข้ามามีบทบาท ได้รับการสนับสนุน และปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรี

<sup>๓๑</sup> WHO Regional Office for Europe. 2012. Governance for Health in the 21<sup>st</sup> Century.



## ๒.๑.๒ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ซึ่งเป็นภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทยนี้ ได้วางเป้าหมายของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี ไว้ที่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” หรือ “Equitable health system” กล่าวคือ เป็นระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม กับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย โดยสามารถลดความเหลื่อมล้ำ ไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งในเรื่องระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ที่รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ และที่สำคัญ คือ เป็นระบบสุขภาพที่สามารถแบกรับ ตอบสนอง ปรับตัว ปรับเปลี่ยน พื้นตัวได้อย่างทันการณ์ คงอยู่ได้ และสามารถรับการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม โดยสามารถฟื้นตัวเพื่อให้ดำรงอยู่และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น (resilience) ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (inclusiveness/leaving no-one behind) ยอมรับในความแตกต่าง และมีความยั่งยืน (sustainability)

### ๒.๑.๓ การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

การสร้างหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพนั้น ไม่ได้หมายความถึงแต่เฉพาะเรื่องหลักประกันสุขภาพในเรื่องระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของระบบสุขภาพในภาพรวม โดยการสร้างหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพนี้ ต้องเกิดจาก การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม โดยหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ จะต้องมีความครอบคลุมปัจจัยทั้งหลายที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจสังคมและการเมืองรวมทั้งนโยบายสาธารณะต่าง ๆ โดยหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพนี้ จะต้องครอบคลุมบุคคลทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยก ยึดหลักเสมอภาค เป็นธรรม และไม่เลือกปฏิบัติ

## ๒.๒ สถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ มีสถานะตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และสถานะในทางปฏิบัติ ดังนี้

### ๒.๒.๑ สถานะตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้บัญญัติถึงสถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไว้ในมาตรา ๔๖ และ ๔๘ ดังนี้

มาตรา ๔๖ ได้บัญญัติว่า “ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ”

“ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมาชิกสุขภาพมาประกอบด้วย”

“เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี”

สำหรับ มาตรา ๔๘ นั้น ได้บัญญัติว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตามมาตรา ๒๕ (๒) ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน”

### ๒.๒.๒ สถานะในทางปฏิบัติ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ มีสถานะเป็น “กรอบทิศทางของระบบสุขภาพไทย” ที่เปรียบเสมือน “ร่ม” ที่แสดงให้เห็นถึงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ แผนระดับชาติ และแผนปฏิบัติการหรือแผนอื่น ๆ ทุกระดับในด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่แผนในระดับปฏิบัติการ

และยังมีลักษณะเป็นเหมือน “ข้อตกลงร่วม” หรือ “แนวคิดร่วม” ที่ทุกภาคส่วนมีความเข้าใจ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และยอมรับในทิศทางระบบสุขภาพตามที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยนำเอาแนวคิดและทิศทางตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ไปใช้ในงาน หน่วยงาน หรือองค์กร ซึ่งหากเกิดการปฏิบัติใด ๆ ที่ไม่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้มีการทำความเข้าใจและตกลงร่วมกัน หรือให้ข้อเสนอแนะ

นอกจากนี้ ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อให้กลไกที่มีหน้าที่เฉพาะในการติดตามและวิเคราะห์สถานะของระบบสุขภาพไทยตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สามารถศึกษาและติดตามได้ว่าสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยได้ไปถึงเป้าหมายตามที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ มีข้อจำกัดอะไรที่ทำให้ไปไม่ถึงเป้าหมาย มีแนวโน้มที่ต้องพึงระวังหรือไม่อย่างไร ซึ่งจัดเป็นกระบวนการติดตามเชิงรุกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง สามารถนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับภาคีหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้

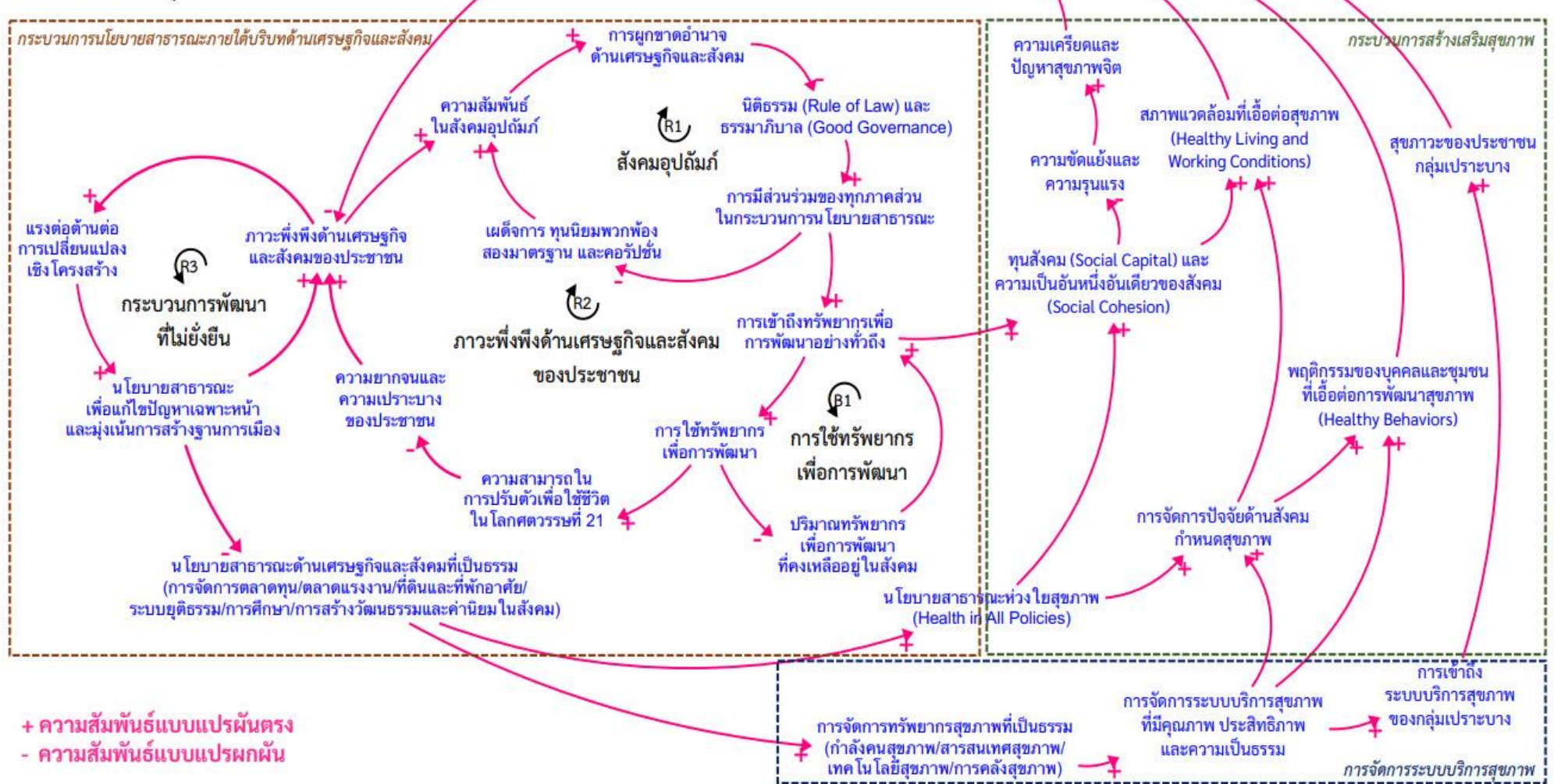
## ส่วนที่ ๓

### มาตรการสำคัญสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

หากพิจารณาตามแผนภาพเชิงสาเหตุของความเป็นธรรมด้านสุขภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทย จะพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการนโยบายสาธารณะภายใต้บริบทด้านเศรษฐกิจและสังคม กับกระบวนการของการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพองค์รวมอย่างไม่อาจแยกจากกันได้ ทั้งนี้ กระบวนการนโยบายสาธารณะภายใต้บริบทด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ยังมีโครงสร้างการพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนสูง ย่อมก่อให้เกิดภาวะความยากจนและอยู่ในสถานะเปราะบางที่เวียนวนเป็นวงจรของการพึ่งพิงตามไปด้วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลอย่างสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาที่ไม่ยั่งยืน ประกอบกับรากวัฒนธรรมสังคมอุปถัมภ์ที่มีอยู่ในสังคมไทย ยิ่งสร้างให้เกิดการผูกขาดทางอำนาจ เกิดคอร์รัปชัน จนสร้างแรงต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างจากกลุ่มคนที่มีความเห็นต่างทางการเมืองการปกครอง จนถึงกลุ่มคนที่เสียผลประโยชน์หรือได้รับแรงกดดันจากระบบที่ไม่เท่าเทียมนี้

# แผนภาพเชิงสาเหตุของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

R = วงจรเสริมกำลัง/วงจรอุบาทว์  
B = วงจรสร้างสมดุล



จากแผนภาพเชิงสาเหตุของความเป็นธรรมด้านสุขภาพฯ ข้างต้นนี้ สามารถอธิบายโดยสรุปได้ดังนี้

ใน “กระบวนการนโยบายสาธารณะภายใต้บริบทด้านเศรษฐกิจและสังคม” นั้น พบว่า หากเราสามารถแก้ไขหรือลดข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อการพัฒนาของประชาชนในประเทศลงได้ (ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาในด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและความแตกต่างระหว่างวัย การขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว หรือการแบ่งขั้วทางการเมืองของโลกและการค้าระหว่างประเทศ ก็ตาม) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงทรัพยากรเพื่อพัฒนาอย่างทั่วถึงได้มากขึ้นแล้ว ก็จะทำให้ความสามารถในการปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตในโลกศตวรรษ ๒๑ ของประชาชนดีขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้ความยากจนและสภาวะเปราะบางของประชาชนน้อยลง และภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนลดลงตามไปด้วย ความสัมพันธ์ในสังคมอุปถัมภ์และการผูกขาดอำนาจด้านเศรษฐกิจและสังคมจะลดลงตามมา เอื้ออำนวยให้สังคมยึดในหลักนิติธรรมและธรรมาภิบาลมากขึ้น ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในกระบวนการนโยบายสาธารณะมากขึ้น การใช้อำนาจเผด็จการ ทุนนิยมพวกพ้อง สองมาตรฐาน และการคอร์รัปชันจะลดน้อยลง

นอกจากนี้ การที่ประชาชนมีภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนน้อยลงแล้ว จะส่งผลให้แรงต่อต้านต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างลดลง และการมีนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและมุ่งเน้นการสร้างฐานการเมืองจะน้อยลงตามไปด้วยเช่นกัน โดยการที่ประเทศไทยมีนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและมุ่งเน้นการสร้างฐานการเมืองลดลงนี้ จะทำให้นโยบายด้านเศรษฐกิจและนโยบายด้านสังคมมีความเป็นธรรมมากขึ้น

การมีนโยบายด้านเศรษฐกิจและนโยบายด้านสังคมที่เป็นธรรมนี้ จะช่วยเสริมให้เกิดทั้งแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)” และการจัดการทรัพยากรสุขภาพที่เป็นธรรม ซึ่งการจัดการทรัพยากรสุขภาพที่เป็นธรรมจะช่วยทำให้เกิด “การจัดการระบบบริการสุขภาพ” ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เป็นธรรม ซึ่งจะเอื้อต่อการมีพฤติกรรมของบุคคลและชุมชนที่เป็นผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสภาวะของประชาชนกลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบางดีขึ้น ทำให้เกิด “สภาวะของประชาชนบนผืนแผ่นดินไทยและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ”

ขณะเดียวกัน หากประเทศไทยสามารถจัดการทรัพยากรสุขภาพที่เป็นธรรมได้ ก็จะช่วยส่งเสริมแนวทางทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพในเรื่องการจัดการปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยนำไปสู่การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการมีพฤติกรรมของบุคคลและชุมชนที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งในที่สุดจะนำไปสู่สภาวะของประชาชนบนผืนแผ่นดินไทยและความเป็นธรรมด้านสุขภาพได้ นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยให้ความสำคัญกับแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” และสามารถจัดการในเรื่องการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อพัฒนาอย่างทั่วถึงได้แล้ว ก็จะช่วยทำให้เกิดทุนสังคมและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม ซึ่งก็จะช่วยลดความขัดแย้งและความรุนแรงลง ทำให้ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตลดลง เกิดสภาวะของประชาชนบนผืนแผ่นดินไทยและความเป็นธรรมด้านสุขภาพได้ในที่สุดเช่นกัน เหล่านี้ถือเป็นการจัด “กระบวนการสร้างเสริม

**สุขภาพ”** ซึ่งการที่ประชาชนในประเทศไทยได้รับความเป็นธรรมด้านสุขภาพและมีสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลให้ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนในประเทศลดลง นำไปสู่วงจรแห่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้

ทั้งนี้ การพัฒนาให้เกิดความเป็นธรรมในกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านเศรษฐกิจและสังคมที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ต้องเร่งพัฒนาให้เกิดการจัดการด้วยระบบอภิบาลที่ดี หรือธรรมาภิบาล (good governance) การปกครองด้วยหลักนิติธรรม (rule of law) และให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับกระบวนการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วนในสังคม โดยเฉพาะผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อการพัฒนาอย่างทั่วถึง อันจะทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเอง ลดการพึ่งพิงรัฐและทุนภายนอก รวมถึงต้องเร่งสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตในโลกศตวรรษที่ ๒๑ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ทั้งแตกต่างและรวดเร็ว ขณะที่การสร้างนโยบายทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ต้องให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมทั้งเชิงกระบวนการพัฒนานโยบายและเนื้อหา นโยบาย โดยส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมอย่างมากคือ การคำนึงถึงความเกี่ยวข้องของทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) ทั้งในระบบการสร้างเสริมสุขภาพรวมทั้งปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH) และการจัดการระบบบริการสุขภาพ

มาตรการสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของระบบสุขภาพพึ่งประสงค์ คือ **“ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”** ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ นี้ จะมีระบบและกระบวนการหลัก ๆ คือ ๑) กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน ภายใต้บริบทด้านเศรษฐกิจและสังคม ๒) การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ด้วยการทำให้สภาพแวดล้อมสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างสมดุล มีการพัฒนาศักยภาพบุคคลและชุมชน และ ๓) การจัดการระบบบริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับกาย จิต ปัญญา และสังคม อย่างสมดุล อย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ดังนี้

## **กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน**

### **เป้าหมาย**

เป็นระบบสุขภาพที่สร้างเสริมให้เกิดความเป็นธรรม ด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่คำนึงถึงผลต่อสุขภาพตามหลักทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ มีการจัดการด้วยระบบธรรมาภิบาลที่ดี โดยให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับกระบวนการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วนในสังคม โดยเฉพาะผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อการพัฒนาอย่างทั่วถึง มีชุมชนเข้มแข็งสามารถพึ่งตนเองและพึ่งพากันเองได้ มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงระบบต่าง ๆ ของสังคมที่เข้ามามีส่วนกำหนดสุขภาพด้วย

เช่น นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม ระบบการเมือง การปกครอง

### มาตรการสำคัญ

๑. สร้างการพัฒนาที่ยั่งยืนผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะจากชุมชน และนโยบายของรัฐในระดับต่าง ๆ ตามหลักการพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ รวมถึงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางตรงและนโยบายด้านการเมือง ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ที่ส่งผลทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อสุขภาพด้วย เพราะสุขภาพเป็นทุนและพื้นฐานของการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และประเทศ ซึ่งเชื่อมโยงอยู่กับระบบใหญ่ของสังคม รวมถึงการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับชุมชน โดยจัดให้มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ยั่งยืนในระดับชุมชนและท้องถิ่น พร้อมทั้งจัดให้มีการติดตามและประเมินผล

๒. สร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมผ่านการกำหนดมาตรการและนโยบายเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรมที่ทำให้เกิดการจัดการเชิงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคนในสังคม โดยมีส่วนร่วมและการร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนในทุกระดับอย่างแท้จริงและเป็นไปอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ รวมทั้งติดตามสถานการณ์และรายงานความเป็นธรรมต่อการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานแก่ประชาชนทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มประชากรเสี่ยงหรือที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง

๓. มุ่งส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการสังคมและสุขภาพในประเทศและระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการออกแบบสังคมและระบบสุขภาพสู่ท้องถิ่นตนเองได้ โดยมีกลไกเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนในการสนับสนุนการจัดการระบบสุขภาพ ตั้งแต่ระบบสุขภาพชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ สร้างความเป็นธรรมมาภิบาล โดยมีพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีอิทธิพลในการพัฒนาทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น เพื่อช่วยกันกำหนดนโยบายระดับพื้นที่/ท้องถิ่น/ชุมชน รวมทั้งการออกแบบบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลในชุมชนต่อเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีความสามารถปรับตัวรับมือกับการเปลี่ยนแปลง ลดภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มการมีส่วนร่วมและบทบาทของภาคเอกชน ในการช่วยสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพ เช่น การส่งเสริมอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ การร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ

๔. สร้างกลไก เครื่องมือ และพื้นที่กลาง เช่น สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ ในเชิงประเด็นหรือเชิงพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีความร่วมมือกันและสร้างความเป็นเจ้าของในสังคมและสุขภาพทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น และพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนรวมทั้งภาคประชาชน ให้มีความเข้าใจและสมรรถนะการทำงานสานพลังสร้างสุขภาวะในบริบทของความเป็นเมือง/ชุมชนได้ โดยบูรณาการระบบสุขภาพนั้นกับกลไกการมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ ตัวอย่างเช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) คณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นต้น เพื่อสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนในพื้นที่การจัดการสุขภาพและสาธารณสุข ผนวกไปกับมาตรการพัฒนาทางสังคมด้านอื่น ๆ ในพื้นที่

๕. สร้างและส่งเสริมกลไก กระบวนการ และนวัตกรรมต่าง ๆ เพิ่มเติม ที่จะเป็นหลักประกันให้กลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางหรือขาดโอกาสทางสังคม สามารถเข้าร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะได้อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม ทั้งเป็นการบ่มเพาะจิตสำนึกความเป็นพลเมือง เข้าใจความแตกต่างหลากหลายและการเชื่อมโยงตนเองกับสิ่งรอบตัวทั้งผู้คน สังคม ธรรมชาติ และโลก สามารถคลี่คลายความแตกแยกจากความขัดแย้งหรือเห็นต่างกันที่ส่งผลกระทบต่อการใช้สุขภาพที่ดี และร่วมหาทางออกจากวิกฤติความขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์

๖. ในการกำหนดนโยบายการพัฒนาสังคมใด ๆ ต้องไม่ทำให้เป็นปัจจัยเพิ่มความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพ การผูกขาดเชิงอำนาจและระบบอุปถัมภ์ โดยให้นำแนวคิดและกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ต้องใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาประยุกต์ใช้ เพื่อสร้างความเข้าใจศักยภาพตนเองและกำหนดนโยบายสาธารณะ ทั้งที่เป็นนโยบายสุขภาพโดยตรงและนโยบายการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ทั้งนี้จะเป็นการส่งเสริมการสร้างและใช้ข้อมูลของชุมชนสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมต่อชุมชน โดยต้องเน้นทักษะและกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดเก็บ วิเคราะห์ และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและเป็นเจ้าของข้อมูลเอง รวมทั้งขีดความสามารถในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

## การสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ

### เป้าหมาย

เป็นระบบสุขภาพที่กำหนดนโยบายสนับสนุนให้มีสภาพแวดล้อมและปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยที่เกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต สามารถดำรงตนและพัฒนาสุขภาพตนเองอย่างสมดุลทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม อย่างมีศักยภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับและเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ (นอกเหนือจากเรื่องการรักษาสุขภาพ) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม สามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพได้ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ รวมทั้งสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้อย่างเป็นธรรมและสอดคล้องตามบริบท โดยนโยบาย



สาธารณะนี้ต้องคำนึงถึงความต้องการและเงื่อนไขข้อจำกัดของทุกกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง สิทธิของบุคคลและชุมชนในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

### มาตรการสำคัญ

๗. ส่งเสริมแนวคิดการสร้างทุนสังคมและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม สู่การสร้างชุมชนและเมืองสุขภาวะ (healthy city) ที่สอดคล้องกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก<sup>๓๒</sup> ทั้งการพัฒนาเมืองสีเขียว (green city) เมืองอัจฉริยะ (smart city) เมืองทั่วถึงของทุกคน (inclusive city) และเมืองน่าอยู่ตามทิศทางการเปลี่ยนแปลงของชุมชนและสังคม ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพและขีดความสามารถในการปรับตัวและตอบสนองต่อสถานการณ์แบบพลวัต ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและมิติการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติการ รวมทั้งเป็นทิศทางปฏิบัติการทางสังคมแนวใหม่ในการคลี่คลายความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์

๘. ส่งเสริมการสร้างชุมชน นโยบายและพื้นที่สาธารณะทั้งทางกายภาพ และโลกเสมือนจริง ที่ส่งเสริมและตระหนักถึงความสำคัญกับการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ ควบคู่กับการออกแบบสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ บรรยากาศ แนวทางการใช้พื้นที่ร่วมกัน การมีสติ การตระหนักรู้ การเข้าใจความจริง คุณค่าและความหมายของการมีชีวิตและสังคมที่ดีร่วมกัน

๙. สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ในหน้าที่ของประชาชนในการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคมอย่างสมดุลทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม รวมถึงศักยภาพบุคคลในการดูแลสุขภาพ ด้วยหลักความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งทางจิตและปัญญา สร้างพื้นที่เรียนรู้ร่วมกัน ให้เป็นพลังเชิงบวกในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนและสังคมสามารถใช้ชีวิตที่เป็นสุขได้ในภาวะปกติ และสามารถก้าวผ่านปัญหาในทุกวิกฤติให้กลับมามีชีวิตที่เป็นปกติสุขได้ เพิ่มการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและข้อมูลมาช่วยยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้แก่บุคคลและชุมชนนั้น ทั้งการออกแบบนโยบายสุขภาพและสิทธิด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนอย่างเหมาะสม แม่นยำ เข้าถึงและทั่วถึง ตลอดจนสามารถใช้เป็นช่องทางสื่อสารในวงกว้างด้วยช่องทางที่หลากหลายและรวดเร็ว รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวที่บ้าน ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย แม่นยำและรักษาความเป็นส่วนตัว

๑๐. พัฒนานโยบายสาธารณะเชิงบวกเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการเพิ่มพฤติกรรมและทักษะการสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว ด้วยมาตรการทางสังคม เศรษฐกิจ ระบบข้อมูลและอื่น ๆ ทั้งในเชิงแนะนำและเตือนภัยเพื่อการตัดสินใจ อันเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ให้สามารถเลือกและเข้าถึงสินค้าและบริการ

<sup>๓๒</sup> <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/what-is-a-healthy-city>.

ที่เกี่ยวกับการสร้างสุขภาพที่ดีได้ และสร้างนโยบายที่ลดการบริโภคหรือเข้าถึงสินค้าและบริการที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

๑๑. พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคให้สามารถรองรับสถานการณ์ภัยคุกคามด้านสุขภาพ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับที่กว้างขวางทั่วประเทศหรือทั่วโลก มีกลไกบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพ และการสื่อสารเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทั้งระดับท้องถิ่น ตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศ ที่สามารถรองรับสถานการณ์ในแต่ละระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกำหนดมาตรการในการดำเนินการอย่างรวดเร็วทันการณ์

๑๒. สนับสนุนให้ประชาชนสร้างระบบสุขภาพชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตาม “แนวทางป่าชุมชนและป่าครอบครัว” กับการอนุรักษ์ ปกป้อง และการใช้สมุนไพรอย่างยั่งยืน” สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพจากอาการและโรคเบื้องต้น หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพจากโรคพื้นฐานได้ด้วยตนเองของประชาชน ครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมบนหลักของการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเครือข่ายหมอพื้นบ้าน และเครือข่ายประชาสังคมในพื้นที่ ร่วมเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนา รวมถึงการส่งเสริมและยกระดับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและสมุนไพรไทยตามทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวมสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ตามโมเดลเศรษฐกิจแบบใหม่ (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) ที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และสอดคล้องกับหลักการของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

๑๓. ส่งเสริม พัฒนา และบูรณาการกลไกการเฝ้าระวังและบริหารจัดการเพื่อสร้างเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหาความบกพร่องทางสุขภาพ หรือโรคอุบัติใหม่จากเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน เช่น โรคติดเกม โรคติดพนัน ด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม

๑๔. เสริมพลังการทำงานสุขภาพทางปัญญาให้เป็นฐานสำคัญและพลังบวกในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่าย ส่งเสริมให้คนทำงานด้านหน้าในระบบการศึกษาและระบบสุขภาพ มีทักษะและเครื่องมือในการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา ศึกษาวิจัย จัดการความรู้ เผยแพร่ และสร้างพื้นที่เรียนรู้เรื่องสุขภาพทางปัญญาที่คนทั่วไปและกลุ่มคนที่หลากหลายสามารถเข้าถึงได้ง่าย

## การจัดการระบบบริการสุขภาพ

### เป้าหมาย

ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นการบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย

และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เชื่อมโยงและสมดุลทั้งสุขภาพทางกาย จิต ปัญญาและสังคม ที่เป็นธรรม ตอบสนอง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเน้นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างเท่าเทียมกันของบุคลากรและผู้รับบริการ ด้วยการบูรณาการตั้งแต่ปฐมภูมิ ทูติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ โดยมีองค์ประกอบย่อย ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ การเงิน การคลังด้านสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

## มาตรการสำคัญ

๑๕. นำนโยบายทางการเงินการคลังมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการลงทุนและกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพที่รวมไปถึงกำลังคนด้านสุขภาพ เทคโนโลยีสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร ที่มุ่งในทิศทางลดความเหลื่อมล้ำและขยายขอบเขตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เพิ่มประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดความคุ้มครองด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง และตอบสนองต่อความต้องการและต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ รวมถึงสร้างแรงจูงใจในการสร้างสุขภาพที่ดี

๑๖. พัฒนาและใช้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นฐานของหลักประกันสร้างการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการสุขภาพประชาชน ระบบบริการปฐมภูมิ อย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เชื่อมโยงและตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ และออกแบบให้เชื่อมโยงกับบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมุ่งให้ทุกภาคส่วนร่วมเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนา ทั้งหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม สามารถนำมาพัฒนา ใช้ประโยชน์และเข้าถึงอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม

๑๗. พัฒนาและออกแบบรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพชุมชน/เมืองหรือพื้นที่จำเพาะ รวมไปถึงชุมชนเสมือน (virtual community) และชุมชนออนไลน์ ที่สามารถตอบสนองความต้องการของคนทุกกลุ่มได้ โดยมีกลไกการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ นำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่สนับสนุนการจัดการสุขภาพของประชาชนด้วยมาตรการที่เหมาะสมต่อบริบทของชุมชนเพื่อป้องกันความเหลื่อมล้ำต่อการเข้าถึง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความยืดหยุ่น ปรับตัว รับมือกับสถานการณ์ปกติและวิกฤติได้

๑๘. พัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทั้งของภาครัฐ และเอกชน ให้มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย โดยมีระบบการควบคุมคุณภาพที่เหมาะสมกับการบริการในระดับต่าง ๆ และมีระบบควบคุมค่าใช้จ่ายในการบริการที่สมเหตุผล ไม่เป็นภาระเกินจำเป็นแก่ผู้ใช้บริการ รวมถึงการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีขีดความสามารถ ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีจำนวน และมีการกระจายอย่างทั่วถึง รองรับการให้บริการในระดับต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม โดยบุคลากรมีขวัญกำลังใจและความสุขในการทำงาน

๑๙. พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง และเชื่อมต่อกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ โดยรูปแบบหน่วยบริการร่วมให้บริการ หรือรูปแบบอื่น ๆ รวมถึงระบบสุขภาพของประชาชน ด้วยการสนับสนุนให้มีกระบวนการศึกษาวิจัย/องค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การขับเคลื่อนและบูรณาการข้อมูลในระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น และการพัฒนากำลังคน รวมถึงสนับสนุนภาคประชาสังคม เครือข่ายหมอพื้นบ้าน เครือข่ายวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ/มาตรฐาน ประสิทธิภาพ ปลอดภัย และใช้อย่างสมเหตุสมผล

๒๐. ออกแบบระบบบริการและการเงินการคลัง ที่ให้หน่วยบริการสุขภาพมีส่วนร่วม ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อจัดการดูแลกลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบางทางสังคมและสุขภาพ กลุ่มที่มีปัญหาหลักประกันและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ เช่น แรงงานข้ามชาติ ผู้ไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก ให้สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนที่จำเป็น และให้มีระบบประกันสุขภาพสำหรับการดูแลรักษาที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ และพัฒนาแหล่งรายได้ที่เหมาะสมสำหรับดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมายได้

๒๑. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการจัดการระบบข้อมูลที่บูรณาการทั้งระดับชาติและพื้นที่ที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการและอ้างอิงได้ ประสานงานดำเนินการในการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เข้าใจง่าย เข้าถึงง่าย หลากหลายรูปแบบ เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม และทันต่อสถานการณ์ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ รวมทั้งมีกระบวนการเฝ้าระวังความเสี่ยง และร่วมตรวจสอบอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๒๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการทำงานอาสาสมัคร/จิตอาสาเพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพ และเชื่อมโยงอาสาสมัคร/จิตอาสาจากทุกภาคส่วนในการช่วยเหลือกลุ่มคนและชุมชนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางที่มีทุกขภาวะ เพื่อสร้างพื้นที่เรียนรู้และปฏิบัติการที่เพิ่มพลังความเห็นอกเห็นใจและไว้วางใจทางสังคม ที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของปัจเจกและสังคมไปพร้อมกัน

๒๓. ส่งเสริมและพัฒนากลไกการศึกษาวิจัยและพัฒนา การบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ การพัฒนาตัวชี้วัดในการติดตามและประเมินผลความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนให้เกิดความเป็นธรรมจากระบบบริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และการมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะ

## แนวทางการวัดผลสำเร็จของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

๑. รายงานการวัดผลสำเร็จและการมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดและดำเนินนโยบายการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ที่คำนึงถึงหรือส่งผลต่อสุขภาพไปพร้อมกัน (ตัวอย่างเช่น นโยบายการศึกษา นโยบายแรงงาน นโยบายการพัฒนาเมือง)

๒. ข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มความเป็นธรรมของระดับสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ปัจจัยคุกคามสุขภาพ และการกระจายการลงทุน ทรัพยากร

๓. ข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มความเป็นธรรมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีปัจจัยความเสี่ยงทางสุขภาพสูงหรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เปราะบางต่อสุขภาพ

๔. ข้อมูลการมีส่วนร่วมในกลไกการอภิบาลและกำกับคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคมอื่น ๆ

๕. ตัวอย่างรูปธรรมของการจัดบริการสุขภาพชุมชนเมือง/ชุมชนหรือต้นแบบที่แสดงความจำเพาะสามารถตอบสนองความต้องการของคนทุกกลุ่มในพื้นที่ รวมทั้งรูปธรรมพื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่ปฏิบัติการทางสังคมในการคลี่คลายความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์และผลลัพธ์เชิงบวกต่อการบรรลุสุขภาพที่ดีอย่างเป็นธรรม

# นิยามศัพท์

## ๑. สุขภาพ (health)

หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐)

## ๒. ระบบสุขภาพ (health system)

หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐)

## ๓. สุขภาวะ (well-being)

หมายความว่า ภาวะที่ดี หรือความอยู่ดีมีสุข ซึ่งมีได้หลายด้าน ได้แก่ ความอยู่ดีมีสุขทางกายหรือสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม โดยความอยู่ดีมีสุขนี้สามารถระบุได้จากความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และภูมิหลังของตน และยังสามารถระบุได้จากองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ เช่น ระบุจากสุขภาพ การศึกษา การงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ ความมั่นคงด้านต่างๆ การมีส่วนร่วม ที่อยู่อาศัย สมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิตส่วนตัว ซึ่งแนวคิดของทั้งสุขภาวะและสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กัน โดยสุขภาพมีผลต่อสุขภาวะโดยรวม และขณะเดียวกัน สุขภาวะก็มีผลต่อสุขภาพในอนาคต (อ้างอิงจาก Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe Second meeting of the expert group Paris, France, 25–26 June 2012 และบทความเรื่องแนวคิดความอยู่ดีมีสุขของไทย (Well-being in Thailand) โดย ไชยฤทธิ์ อนุชิตวรวงศ์)

## ๔. ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity)

หมายความว่า ภาวะที่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ตลอดทุกช่วงวัย ไม่มีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการแบ่งกลุ่มทางสังคม เศรษฐกิจ ลักษณะประชากร เชื้อชาติ ถิ่นที่อยู่อาศัย พื้นที่ หรือการเข้าถึงสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หากความแตกต่างนั้น ๆ เป็นความแตกต่างที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ (ปรับปรุงจาก ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

## ๕. ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม (equitable health system)

หมายความว่า ระบบสุขภาพที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

## ๖. ระบบสุขภาพที่ตอบสนอง (responsive health system)

หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพ ทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน

## ๗. ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (leaving no-one behind)

หมายความว่า ทุกคนบนแผ่นดินไทย โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีความจำกัดด้านสุขภาพ คนด้อยโอกาส ในสังคม กลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางอย่างครอบคลุมก่อนเป็นอันดับแรก ในการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ ไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งในเรื่องคุณภาพชีวิตและเรื่องการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ปรับปรุงจาก <https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/Leaving-no-one-behind/> และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙) รวมถึงผู้ให้บริการและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ทั้งหมดในระบบสุขภาพ

## ๘. ระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว (resilience)

หมายความว่า ความสามารถในการฟื้นคืนสู่ปกติของระบบสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับทั้งความรุนแรงของภาวะ/สิ่งที่มากระทบ ความสามารถในการเรียนรู้ ความเป็นผู้นำ (leadership) โครงสร้างของระบบสุขภาพ และการอภิบาลหรือ governance ที่หมายความครอบคลุมถึงทั้งการจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงิน การคลังด้านสุขภาพ และกำลังคนด้านสุขภาพ การทำให้ระบบสามารถคงอยู่ได้หรือสามารถมีโครงสร้างที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติได้นั้น สามารถทำได้โดยวิธีการใหญ่ ๆ ได้ ๓ วิธี คือ ๑) การแบกรับของระบบ ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการแบกรับ (absorptive capacity) ๒) การปรับเปลี่ยนของระบบ ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการปรับเปลี่ยน (adaptive capacity) และ ๓) การเปลี่ยนแปลงของระบบ ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการเปลี่ยนแปลง (transformative capacity) (ปรับปรุงจาก Karl Blanchet *et al.* 2017. Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *Int J Health Policy Manag.* 6(8): 431-435.)

## ๙. การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดี (good governance for health system)

หมายความว่า การดูแลและการบริหารระบบสุขภาพด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างภาครัฐ องค์กร สาธารณะต่าง ๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคมที่รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทโดยตรงกับเรื่องสุขภาพ และที่ไม่ได้มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องสุขภาพ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือความท้าทายต่าง ๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดสุขภาพ (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙) โดยยึดหลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบและตรวจสอบได้ หลักประสิทธิภาพและ หลักประสิทธิผล และหลักนิติธรรม

## ๑๐. การทำสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

หมายความว่า การทำสภาพแวดล้อมให้เอื้อ (enabling and empowering environment) ต่อการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) ด้านต่าง ๆ กล่าวคือ ไม่เฉพาะด้านการแพทย์ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องให้ความสำคัญกับทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยการเมืองที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยการค้าที่กำหนดสุขภาพเพื่อนำไปสู่ระบบสุขภาพที่ดี และเอื้อให้เกิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)

## ๑๑. ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH)

หมายความว่า สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต รวมถึงปัจจัยและระบบต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางกายภาพ เช่น เพศ (sex) และเพศภาวะ (gender) อัตลักษณ์เฉพาะบุคคล มลภาวะ และปัจจัยทางสังคมเชิงระบบที่สลับซับซ้อน เช่น นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายสาธารณะ นโยบายทางสังคม ระบบการเมืองการปกครอง ซึ่งล้วนมีผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ปรับปรุงจาก [www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/))

## ๑๒. การพัฒนาศักยภาพมนุษย์

หมายความว่า การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับ ทั้งในด้านทักษะต่าง ๆ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy) ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental literacy) และด้านการพัฒนาศักยภาพคนสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม (active citizen) เพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีความรู้เท่าทัน ตระหนักรู้และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม



และเป็นพลเมืองที่มีความร่วมรับผิดชอบต่อสังคมในด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ประชาชนต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เพียงพอ สามารถเข้ามามีบทบาท ได้รับการสนับสนุนและปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรี

### ๑๓. การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ (health engagement)

หมายความว่า กระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน ในการค้นหาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related issues) ภายใต้หลักการของความไว้วางใจ ความสามารถในการเข้าถึง ความเท่าเทียม ความโปร่งใส และความเป็นอิสระในลักษณะของการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สภาพแวดล้อม นโยบาย โครงการ และแนวปฏิบัติภายในชุมชน ให้มุ่งสู่การสร้างสุขภาวะ (well-being) เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์และเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี (ปรับปรุงจาก WHO, 2020. Community Engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

### ๑๔. การสร้างเสริมสุขภาพ

หมายความว่า กระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล/ประชาชน กลไกทางสังคมและสภาพแวดล้อม เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม ซึ่งมีได้เป็นเพียงความรับผิดชอบรายบุคคลหรือเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรและองค์กรสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องไปถึงภาคส่วนต่างๆ ในสังคมที่จะร่วมกันสร้างวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่สุขภาวะที่ดี และในนิยามที่พัฒนาให้กว้างขึ้นยังสามารถรวมถึงการเชื่อมโยงถึงสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย ทั้งนี้ ในบางกรณีอาจใช้คำว่าส่งเสริมสุขภาพแทน (เอกสาร World Health Organization. “The Ottawa Charter for Health Promotion”. Geneva, Switzerland: WHO; 1986 Nov 21. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>. และ เอกสาร World Health Organization. “The Geneva Charter for Well-being”. Geneva, Switzerland: WHO; 2021 Dec 15. เข้าถึงได้จาก: [https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-\(unedited\)](https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-(unedited)))

### ๑๕. ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)

หมายความว่า การทำงานข้ามภาคส่วนอย่างเป็นระบบโดยนำประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางสุขภาพมาประกอบการตัดสินใจ เป็นการดำเนินงานร่วมกันแบบเสริมพลัง เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่เป็นอันตรายทางสุขภาพ

และเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่จะนำไปสู่การทำให้สุขภาพของประชาชนและความเป็นธรรมทางสุขภาพดียิ่งขึ้น (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

## ๑๖. กลุ่มคนที่อยู่ในสถานะเปราะบาง (vulnerable groups)

หมายความว่า กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายทางสุขภาพ เนื่องด้วยสถานะสุขภาพทางด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางกาย จิต ปัญญา หรือสังคม ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้จัดการกับความเสียดังกล่าวได้ไม่ดี หรือไม่สามารถจัดการกับความเสียดังกล่าวต่างๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อสุขภาพของพวกเขาได้ (ปรับปรุงจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

## ๑๗. ชุมชน (communities)

หมายความว่า กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกันและมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกันหรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

## ๑๘. ชุมชนเมือง (urbanization of communities)

หมายความว่า ชุมชนทุกรูปแบบในทุกบริบทพื้นที่ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของหรือสู่ความเป็นเมือง

## ๑๙. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

หมายความว่า ระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ สามารถตัดสินใจ ประเมิน และปรับใช้ ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ (ปรับจากเอกสาร โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๖๐ (ระยะที่ ๑))

## ๒๐. ระบบบริการสุขภาพ

หมายความว่า ระบบการบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ โดยมีองค์ประกอบย่อย ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพตั้งแต่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและ

ปัจจัยคุณภาพ สุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

## ๒๑. การบริการสาธารณสุข

หมายความว่า การบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

## ๒๒. การบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หมายความว่า การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ (พระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒)

## ๒๓. การบริการสาธารณสุขทุติยภูมิ

หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่มีภารกิจในด้านการตรวจ วินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคพื้นฐานทั้งระดับที่ไม่ซับซ้อนมากนักจนถึงระดับที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (นิยามของกระทรวงสาธารณสุข)

## ๒๔. การบริการสาธารณสุขตติยภูมิ

หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่มีภารกิจขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางอนุสาขา รวมทั้งการรักษาเฉพาะโรค (นิยามของกระทรวง สาธารณสุข)

## ๒๕. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

หมายความว่า องค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาในท้องถิ่น ซึ่งรวมถึงการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และ

การแพทย์ทางเลือกอื่น ที่ประชาชนและชุมชนใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างสอดคล้องกับท้องถิ่นนั้นๆ ด้วย (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

## ๒๖. การแพทย์แผนไทย

หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค หรือ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึง การเตรียมการผลิต ยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมา (พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖)

## ๒๗. การแพทย์พื้นบ้าน

หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาซึ่งมีลักษณะ เฉพาะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม จารีต ประเพณี และทรัพยากรของชุมชนท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชน ท้องถิ่นนั้น (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

## ๒๘. การแพทย์ทางเลือก

หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ทางการแพทย์ ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

## ๒๙. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หมายความว่า การปกป้องดูแลผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม จากการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

## ๓๐. องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

หมายความว่า ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการนำความรู้ด้านสุขภาพเรื่องต่าง ๆ มาประกอบกัน เพื่อใช้ประโยชน์ ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพสามารถจำแนกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ๑) ความรู้ที่ผ่านการพิสูจน์จนเป็นความรู้สากล ๒) ความรู้จากการศึกษาวิจัย ๓) ความรู้จากการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีการจัดเก็บรวบรวม และ ๔) ความรู้ที่ได้จากการสั่งสมประสบการณ์ (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

### ๓๑. การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

หมายความว่า การสร้างความรู้หรือองค์ความรู้จากการปฏิบัติ การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบสุขภาพ (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙)

### ๓๒. การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Communication)

หมายถึง กระบวนการเผยแพร่ ถ่ายทอด แลกเปลี่ยน และติดต่อกัน เกี่ยวกับข่าวสาร ความรู้ หรือเนื้อหา ด้านสุขภาพ ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร หรือรัฐ ผ่านรูปแบบการสื่อสาร และช่องทางที่หลากหลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน

### ๓๓. กำลังคนด้านสุขภาพ

หมายความว่า บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสุขภาพที่มีกฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนดรองรับ และยังครอบคลุมถึงบุคคลและกลุ่มบุคคลอื่นที่แม้ยังไม่มีกฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ รองรับ แต่ก็สามารถร่วมให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างผสมผสานและมีประสิทธิภาพ

### ๓๔. สุขภาพจิต

หมายความว่า สภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัว แก้ปัญหา สร้างสรรค์ ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดี ต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ (กรมสุขภาพจิต)

### ๓๕. สุขภาพทางปัญญา

หมายความว่า คุณภาพใหม่ของจิตใจที่เกิดจากการเข้าถึงความจริง คุณค่า และความหมายอย่างรอบด้าน ทั้งของตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งที่ยึดเหนี่ยว ศรัทธา ซึ่งเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวกับศาสนาก็ได้ โดยผ่านช่องทาง ทั้งทางวิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม และปัญญาญาณ

### ๓๖. การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

หมายความว่า การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก (พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๖๑)

ภาคผนวกประกอบ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

เป้าหมายและแนวทางการขับเคลื่อนสาระสำคัญรายหมวด  
ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

## ๑. การสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล/ประชาชน เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ ทั้งสุขภาพทางกาย จิต สังคมและปัญญา ซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงความรับผิดชอบของบุคลากรและองค์กรสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องไปถึงภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมที่จะร่วมกันสร้างวิถีชีวิตและสังคมสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่สุขภาพที่ดี ในนิยามที่พัฒนาให้กว้างขึ้นยังรวมถึงการเชื่อมโยงถึงสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย จึงเป็นสาระหมวดที่มีขอบเขตกว้างและส่งผลกระทบต่อสาระหมวดอื่นภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

### ๑.๑ สถานการณ์และประเด็นท้าทายของการสร้างเสริมสุขภาพ

การมีสุขภาพดีของบุคคลเกิดจากการปรับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตภายใต้ปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งทั้งสองส่วนเป็นตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนของบุคคล อย่างไรก็ตาม ประชากรบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ (economic) กายภาพ (physical) หรือสังคม (social) ซึ่งนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ รวมทั้งสถานการณ์และปัจจัยทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร และส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health) โดยมีสถานการณ์สำคัญและประเด็นท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

**๑.๑.๑ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม** จากการวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) คาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยจะมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราส่วนคนยากจนจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ อาทิ ผู้ที่มีรายได้น้อยมักได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า เด็กในครอบครัวประสบปัญหาทุพโภชนาการมากกว่า และมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐฐานะสูง

นอกจากนี้ โครงสร้างประชากรของสังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงไปจากแนวโน้มการเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ส่งผลให้แรงงานลดลง ในขณะที่งบประมาณของรัฐในการจัดการสวัสดิการสังคมและความต้องการทรัพยากรด้านสาธารณสุขจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุสำคัญของปัญหาทางสังคม เช่น การขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (digital divide) ปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

**๑.๑.๒ การพัฒนาเมืองและสิ่งแวดล้อม** สัดส่วนความเป็นเมืองและจำนวนประชากรในเขตเมืองของประเทศไทยยังอยู่ในระดับไม่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมในระดับโลก แต่การพัฒนาความเป็นเมืองเชิงพื้นที่

ของประเทศไทยกลับมีการกระจุกตัวสูง ซึ่งส่งผลให้หลายเมืองหลักของไทยเผชิญความท้าทายด้านการจัดการสภาพแวดล้อม และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การจัดการมลพิษ ระบบคมนาคม สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ เป็นต้น รวมทั้งการบริการทางสาธารณสุขที่มีการกระจายของแพทย์ไม่ครอบคลุม โดยทรัพยากรทางการแพทย์มีการกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ภาคกลาง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร อีกทั้งผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ (climate change) และภัยพิบัติทางธรรมชาติที่จะสร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน และส่งผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ

**๑.๑.๓ การปรับเปลี่ยนสู่ยุคดิจิทัล (digital transformation)** นวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ ๆ ส่งผลกระทบรุนแรงจนถึงขั้นล้มล้างผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิม (disruptive technology) นำมาซึ่งพฤติกรรมทางสุขภาพของคน que เปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้สามารถสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ได้โดยสะดวก แต่ในทางตรงกันข้าม อาจทำให้ผู้ใช้เข้าถึงและหลงเชื่อในข้อมูลสุขภาพที่ผิด (fake) รวมถึงโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หลอกลวงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มักขาดทักษะด้านดิจิทัล นอกจากนี้ ภาครัฐได้นำช่องทางดิจิทัลมาเป็นสื่อในการส่งมอบบริการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในประเด็นต่าง ๆ รวมถึงด้านสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้คนบางกลุ่มที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีหรือไม่มีทักษะ เช่น ผู้มีรายได้น้อย เข้าไม่ถึงบริการภาครัฐไปด้วย

**๑.๑.๔ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙** ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าช่วงวัยอื่น อีกทั้งยังเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งอาจส่งผลกระทบในระยะยาว ผู้หญิงและเด็กมีความเสี่ยงจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวสูงขึ้น ตลอดจนกลุ่มคนชายขอบที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ ข้อมูลสุขภาพ และบริการรักษาพยาบาลของรัฐ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าวยังเป็นข้อพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพและความเข้มแข็งของชุมชนต่อการรับมือการแพร่ระบาดในระดับพื้นที่อีกด้วย

## **๑.๒ เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ ๕ ปีที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”**

เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพในระยะ ๕ ปี มีทิศทางที่ชัดเจน จึงได้กำหนดเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง การอภิบาลที่ดี การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง และสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว” ได้แก่

**๑.๒.๑ ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ** การสร้างนโยบายของประเทศคำนึงถึงการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในรูปแบบของทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies-HiAP) และนโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว



(one health policy) ที่เน้นการพัฒนา นโยบายการดำเนินงานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง ทั้งระบบ เศรษฐกิจและสังคม โดยคำนึงถึงความต้องการและเงื่อนไขข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ (economic) ภายภาพ (physical) และสังคม (social) เป็นสำคัญ และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากนโยบายสุขภาพอย่างทั่วถึง ครอบคลุม และโปร่งใส

**๑.๑.๒ ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ** ชุมชนเขตเมืองและชนบทมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการ (ฟิง) ตนเองได้ พร้อมมีกลไกความร่วมมือระหว่างชุมชน องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และหน่วยงานของรัฐ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีทรัพยากรที่เพียงพอ สามารถรับมือกับสถานการณ์ ทั่วไป สถานการณ์วิกฤต ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และมีกลไกเพื่อเสริมสร้าง ให้ชุมชนมีความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง และสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการสร้างความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ ชุมชนร่วมกัน ทั้งนี้ ยังหมายรวมถึงมีชุมชนในลักษณะอื่นๆ นอกเหนือจากชุมชนตามสภาพภูมิศาสตร์ของการอยู่อาศัย อาทิ ชุมชนตามสถานที่ทำงาน ที่ผู้คนจำนวนมากใช้ชีวิตและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน หรือ ชุมชนออนไลน์ที่เป็นพื้นที่ เสมือนสำหรับคนที่มีความสนใจตรงกันใช้ในการหาข้อมูล สอบถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นระหว่างกัน

**๑.๒.๓ ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม** ระบบบริการสุขภาพที่เน้น “การสร้างนำซ่อม” ที่มีศักยภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรในแต่ละพื้นที่ และมีกลไกการทำงานที่สอดประสานระหว่าง ชุมชน หน่วยบริการในระดับท้องถิ่น สถานพยาบาล กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบบริการ ให้ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพด้วยการทำงานเชิงรุกเพื่อจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้ง สามารถรองรับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมากขึ้น โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อยกระดับ การทำงานและการให้บริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

**๑.๒.๔ คนตื่นรู้ด้านสุขภาพ** คนทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยต้องการรับรู้และความเข้าใจ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ผ่านระบบการศึกษาภาคบังคับ การสอดแทรก ความรอบรู้ทางในหลักสูตรการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา ในหน่วยงานของรัฐ/องค์กรเอกชน ในประชากร กลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ตลอดจนมีการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในประเด็นเฉพาะทางสำหรับบุคคลทั่วไป ที่สนใจ โดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนหรือพื้นที่

## ๑.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้ง ๔ ของการสร้างเสริมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรการที่จะสร้าง การเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

**๑.๓.๑ การพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Advocating health in all policies)** ภาครัฐต้องมี บทบาทสำคัญในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวกำหนดสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพผ่านนโยบาย

สาธารณะและนโยบายของรัฐในระดับต่าง ๆ ทั้งด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางตรง และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางอ้อม ที่ครอบคลุมมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งต้องมีความโปร่งใส เป็นธรรม และคำนึงถึงสุขภาพของบุคคลเป็นพื้นฐาน โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

๑) ยกกระดับความมุ่งมั่นของรัฐในการดำเนินนโยบายสุขภาพในรูปแบบของทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) และนโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (one health policy) โดยเป็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อเชิงบวกต่อสังคมบนพื้นฐานของหลักวิชาการและข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

๒) ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มแข็งและเคร่งครัด

๓) นำนโยบายทางการเงินมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการลงทุนด้านสุขภาพและระบบสาธารณสุข

๔) ขยายขอบเขตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เพิ่มประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของทุกคนอย่างทั่วถึง และตอบสนองต่อความต้องการและต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ

๕) ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานแก่คนทุกหมู่เหล่า โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบาง รวมถึงการสร้าง ความโปร่งใสในการดำเนินการของรัฐที่สังคมสามารถตรวจสอบได้ และสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

๖) พัฒนานโยบายเชิงบวกเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการเพิ่มพฤติกรรมและทักษะการสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน/องค์กร ด้วยมาตรการแทรกแซงราคาของสินค้าให้ผู้บริโภคเข้าถึงสินค้าสุขภาพ และลดการบริโภคหรือเข้าถึงสินค้าที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

๗) ส่งเสริมความเข้มแข็งด้านธรรมาภิบาลในระดับสากล โดยการมองประเด็นปัญหาทางสุขภาพเป็นประเด็นเดียวกันทั้งโลก เพื่อให้เกิดความร่วมมือข้ามพรมแดนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบบนมาตรฐานเดียวกัน

**๑.๓.๒ การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (Strengthening healthy community)** เนื่องจากการมีสุขภาพดีสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่และดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สุขภาพจึงเปรียบเสมือนเครื่องชี้วัดถึงความสำเร็จรูปแบบหนึ่งของชุมชนในการสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืน ครอบคลุม ปลอดภัย และพร้อมรองรับความเปลี่ยนแปลง หน่วยงานของรัฐใน ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และชุมชนเองจึงต้องร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นการขยายตัวของชุมชนเป็นเมือง เช่น การเคลื่อนย้ายของประชากร ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ที่ล้วนส่งผลต่อสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนในพื้นที่ โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

๑) ให้ความสำคัญในการผนวกรวมนโยบายท้องถิ่นและมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนท้องถิ่น (self-regulation) ที่ส่งเสริมและสนับสนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีตามบริบทของชุมชน ตลอดจนสร้างการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในทุกระดับ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๒) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนเป็นกลไก ในการส่งเสริมความเท่าเทียมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของคนในชุมชน การไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลังในระดับ ชุมชน เนื่องจากมีความเข้าใจทุนทางสังคมและสภาพปัญหาตามบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี

๓) ปรับปรุงบริการทางสังคม บริการทางสุขภาพ และบริการอื่น เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึง อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพ โดยมีประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (citizen and community centric) ทั้งนี้ การพัฒนาบริการทางสุขภาพควรพิจารณาถึงเทคโนโลยีที่เหมาะสมต่อบริบทของชุมชนเพื่อป้องกัน ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (digital divide) และการพัฒนาบริการทางสุขภาพควรพิจารณาถึงการให้บริการทั้งใน สถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต ตลอดจนการพัฒนาระบบสุขภาพสีเขียว (green healthcare) ที่คำนึงถึง ความยั่งยืนของชุมชนไปพร้อมกัน

๔) ส่งเสริมแนวคิดการสร้างสุขภาวะชุมชนเมืองเพื่อรับมือต่อสถานการณ์วิกฤต โดยมุ่งสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับเมืองและรู้ทันการพัฒนาความเป็นเมือง ทั้งการพัฒนาเมืองสีเขียว (green city) เมืองอัจฉริยะ (smart city) และเมืองน่าอยู่ตามทิศทางการเปลี่ยนแปลงของชุมชนและสังคม ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพ และขีดความสามารถในการปรับตัว ตั้งรับต่อสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตผ่านการวางระบบรองรับและ กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีมาตรการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

๕) พัฒนาระบบข้อมูลชุมชน เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสม ต่อชุมชนและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้ชุมชน สามารถจัดเก็บ วิเคราะห์ และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและเป็นเจ้าของข้อมูลเอง

๖) พัฒนาชุมชนเสมือน (virtual community) และชุมชนออนไลน์ ให้มีความเข้มแข็ง โดย การพัฒนาให้มีกลไกการจัดการ การติดตาม และการเฝ้าระวัง ให้คนในชุมชนรับรู้ถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และช่วยในการตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามความต้องการของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึง การเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และสร้างประสิทธิภาพ การบังคับใช้กฎหมายไซเบอร์อย่างเหมาะสม รวมทั้งสร้างความพร้อมของข้อมูลเปิดด้านสุขภาพ และเตรียม ความพร้อมให้ภาครัฐสามารถตอบสนองในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว เข้าใจง่าย และอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคนแต่ละกลุ่ม

**๑.๓.๓ การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (Enhancing individual health capability)** ความรอบรู้ ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ว่าสิ่งใดหรือพฤติกรรมใดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้

แต่แต่ละบุคคลสามารถพิจารณาถึงการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อภาพรวมการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ เช่น การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพของรัฐ มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น นักลงทุนในภาคเอกชนสามารถวิเคราะห์ความเป็นไปได้หรือวิเคราะห์ผลกระทบจากการทำงานด้านสุขภาพขององค์กรที่เกิดขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้ ควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ทั้งในระบบการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัย ซึ่งจะช่วยเพิ่มปริมาณประชากรที่มีความรอบรู้และความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (active citizen) โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

๑) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์

๒) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา นโยบาย การดำเนินการ และการกำกับติดตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ

๓) ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล โดยเฉพาะการสื่อสารข่าวสาร (information) ด้านสุขภาพในทุกมิติแก่คนทุกกลุ่ม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้คนสามารถตัดสินใจสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น การตัดสินใจเลือกสินค้าที่ส่งผลดีต่อสุขภาพผ่าน การติดฉลากสินค้าหรืออาหารที่มีข้อมูลเพียงพอ เป็นต้น

๔) พัฒนาศาสนาความสามารถในการจัดการสุขภาพของบุคคล ซึ่งเน้นการ “สร้างนำซ่อม” ผ่านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล โดยการสร้างองค์ความรู้และส่งต่อผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๕) สานเสริมองค์ความรู้และทักษะจากความหลากหลายของคนในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละพื้นที่ ผ่านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล

๖) สนับสนุนคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนและพื้นที่และลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ

**๑.๓.๔ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย (Developing digital health and services)** เทคโนโลยีดิจิทัลกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันและมีส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนประเทศ สังคม และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคคล ทั้งการออกแบบนโยบายสุขภาพและการให้สิทธิด้านสุขภาพแก่บุคคลอย่างเหมาะสม แม่นยำ และทั่วถึง ตลอดจนสามารถใช้เป็นช่องทางสื่อสารในวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว โดยแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

๑) พัฒนาระบบและการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยและเหมาะสมกับความต้องการของประชากร โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนและให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูลด้วยการตัดสินใจหรือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งในกระบวนการจัดเก็บ

วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูล ทั้งนี้ ควรมีวิธีการจัดการข้อมูลที่มีมาตรฐานและสะดวกแก่การนำไปใช้ต่อยอด เพื่อพัฒนาเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ

๒) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงและส่งต่อระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ ท้องถิ่น และส่วนกลาง รวมถึงกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชนมีความสามารถในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของตนเองได้

๓) กระตุ้นให้เกิดการสร้างสรรค่นวัตกรรมทางสุขภาพร่วมกับภาคเอกชนผ่านมาตรการหรือกลไก การเงินในรูปแบบที่เหมาะสม รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดผู้ประกอบการ SMEs และ startup ด้านสุขภาพ

๔) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมให้มีกระบวนการมีส่วนร่วม ของประชาชนตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบจนกระทั่งการทดลองใช้ เพื่อให้บริการตรงกับความต้องการของประชาชน

## ๑.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

แนวทางการวัดผลสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยควรวัดผลได้ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ดังนั้น การวัดผลสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม ระยะ ๕ ปี โดยใช้ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (chain of outcome) มาเป็นแนวทางการวัดผลสำเร็จการดำเนินงาน ดังนี้

๑.๔.๑ การวัดการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยวัดการลดพฤติกรรมเสี่ยง การเพิ่มพฤติกรรมเสริมสุขภาพ และการปรับสภาพแวดล้อมหรือวัฒนธรรมที่สนับสนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านสถิติหรือดัชนีที่สะท้อนถึง การปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งควรพัฒนาให้รวมถึงการใช้ข้อมูลดิจิทัลขนาดใหญ่ (big data) ที่สังเคราะห์ โดยปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) ด้วย

๑.๔.๒ การวัดตัวกำหนดสุขภาพ (health determinant) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ โดยวัดในลักษณะของผลลัพธ์ (key result) เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการวัดผล

๑.๔.๓ การวัดผลมาตรการหรือกิจกรรมที่เกิดผลลัพธ์และผลกระทบเชิงบวกต่อตัวกำหนดสุขภาพ เช่น การจัดทำนโยบายของหน่วยงานของรัฐให้ค้ำึงถึงการสร้างเสริมสุขภาพไปพร้อมกัน หรือ การดำเนินมาตรการหรือ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน สังคม และประเทศ ที่สามารถเชื่อมโยงต่อ ตัวกำหนดสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพได้

## ๒. การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

### ๒.๑ สถานการณ์ปัญหา ประเด็นท้าทายของการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

การเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี จากข้อมูลการประเมิน แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติในทศวรรษ ๕ ปี ที่ผ่านมา สะท้อนสุขภาพโดยรวมของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเทียบกับอดีต แต่เมื่อพิจารณาประเด็นของปัญหาสุขภาพที่สำคัญพบว่า สาเหตุการตายสำคัญที่ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง โรคไม่ติดต่อ คือ โรคมะเร็ง รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน และสาเหตุของความเจ็บป่วย พบว่าประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่แรกเกิดถึง ๕๙ ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคระบบหายใจมากที่สุด รวมทั้งพบว่าโรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เช่น สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ส่งกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของคนไทย ก็ยังคงมีปัญหาของการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรหนึ่งแสนคนเพิ่มขึ้นจาก ๖.๐๓ คน ในปี ๒๕๖๐ เป็น ๗.๓๗ ในปี ๒๕๖๓ การเพิ่มขึ้นของสถานการณ์ความรุนแรงในสังคม ทั้งการคุกคาม และทำร้ายต่อบุคคลอื่น พบโรคจากการประกอบอาชีพและอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพเพิ่มมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพทางสังคม กลุ่มประชากรเฉพาะที่อยู่ในภาวะเปราะบางจะมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่า และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (Social Determinants of Health-SDH) มีความไม่เท่าเทียมกันมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม วิถีชีวิตและรูปแบบการใช้ชีวิตของคนไทย ส่งผลให้ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีความหลากหลายควบคุมได้ยากขึ้น สถานการณ์ด้านประชากรที่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง เห็นได้ชัดเจนจากการเพิ่มขึ้นของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ อันเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของระดับความเครียดจากการทำงานและความวิตกกังวลในการใช้ชีวิต ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย การจัดการและใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมโทรมลงอย่างมาก ทั้งยังมีปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและความเป็นชุมชนเมือง เช่น ปัญหาขยะมูลฝอยที่เพิ่มมากขึ้น มีปริมาณเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๒ ต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๖๒ แต่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของกากของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม มลพิษจากการขยายตัวของกิจกรรมทางเศรษฐกิจ เช่น ปัญหามลพิษทางอากาศที่พบปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน ที่คงเหลือจากกระบวนการเผาไหม้ของยานพาหนะ การเผาวัสดุการเกษตร ไฟป่า และการปล่อยก๊าซเสียในภาคอุตสาหกรรม เป็นมลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นและมีปริมาณเกินค่ามาตรฐานเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะในพื้นที่เขตอุตสาหกรรม และเมืองใหญ่

ที่มีประชากรและการจราจรหนาแน่น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจากกิจกรรมที่ทำให้ปริมาณก๊าซเรือนกระจก (greenhouse gases) ในบรรยากาศเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้ภาวะเรือนกระจก (greenhouse effect) รุนแรงกว่าที่ควรจะเป็นตามธรรมชาติ ทำให้เกิดภาวะโลกร้อน (global warming) ซึ่งส่งผลให้เกิดภัยจากธรรมชาติที่น่าอัปการ และโรคต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สะท้อนให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลถึงการแพร่กระจายโรค ทั้งจากส่วนบุคคลที่ยังขาดความรู้ทางด้านสุขภาพ ทำให้พฤติกรรมป้องกันตนเอง ไม่ถูกต้องเหมาะสม มีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่อยู่ในสถานะเปราะบาง สังคมขาดการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมและรวดเร็ว ขาดการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งการขาดกลไกประสานการทำงานที่มีธรรมาภิบาลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกันการระบาดหลายระลอกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่งผลกระทบต่อการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่รุนแรงตามมา เช่น โรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นประเด็นที่ท้าทายของการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ จำเป็นต้องสร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับ

## **๒.๒ เป้าหมายของการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในระยะ ๕ ปีที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”**

บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทันต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคี ทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคนโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม

## **๒.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี**

ทุกภาคส่วนและองค์กรทุกระดับต้องมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ โดยมีมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี ดังนี้

**๒.๓.๑ การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ให้สามารถ ออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง ที่มีกลไกเชื่อมโยงจากระบบของชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ จัดระบบและดำเนินการเฝ้าระวังโรคและปัจจัย เพื่อรับมือกับสถานการณ์ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ โดยมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารการเฝ้าระวังโรคและปัจจัยที่มีประสิทธิภาพ

**๒.๓.๒ การจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากร ที่เป็นธรรมกับทุกคน** เช่น การกำหนดการเก็บภาษีหน่วยงาน องค์กร สินค้าที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในทุกระดับ อย่างแท้จริงและเป็นไปอย่างโปร่งใส

**๒.๓.๓ สร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น** เช่น สภาสุขภาพชุมชน (community health councils) กำหนดนโยบายระดับพื้นที่/ท้องถิ่น/ชุมชน กำหนดให้ทุกคนมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้ชัดเจน โดยเพิ่มเรื่องหน้าที่เข้าไปและแยกจากสิทธิที่พึงได้รับ เช่น ให้ทุกคนมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพตนเอง หน้าที่ในการให้ข้อมูล โดยการพัฒนากิจกรรมและศักยภาพของประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นพลเมืองตื่นรู้ และกำหนดนโยบายสิ่งแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดปัจจัยคุกคามสุขภาพต่อประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง

**๒.๓.๔ จัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในระดับประเทศ** ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยคุกคามสุขภาพ ของหน่วยงานทุกระดับ

**๒.๓.๕ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน** เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ

**๒.๓.๖ นำกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment-HIA) ที่ใช้ข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ** เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

## **๒.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี**

**๒.๔.๑ ในช่วงระยะแรก ประเมินความสำเร็จจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงในระดับการดำเนินการ** เช่น การปรับเปลี่ยนโครงสร้างที่เอื้อต่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่มีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม การกำหนดกลไก การจัดการระบบสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ที่มีความพร้อมในการตอบสนองการเกิด ปัญหาทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ

**๒.๔.๒ ในระยะ ๕ ปี ประเมินความสำเร็จจากการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีประเด็นการป้องกัน และควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ทั้งในระดับชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ**



๒.๔.๓ มีการจัดระบบการติดตามและประเมินผลต่อเนื่องทุกปี โดยมีระบบฐานข้อมูลกลางที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ทั้งประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยคุกคามสุขภาพ จำแนกตามเฉพาะกลุ่มอายุ ระดับเศรษฐกิจฐานะ และกลุ่มเปราะบาง ติดตามสถานการณ์การดำเนินงานแบบบูรณาการที่มีหลายองค์กรและภาคส่วน ทั้งในภาพรวมของประเทศ ในระดับพื้นที่ ท้องถิ่น การเข้ามีส่วนร่วมของกลุ่มประชาชน ภาคเอกชน ที่เข้ามาดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ เพื่อรู้ถึงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมและไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

### ๓. การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

#### ๓.๑ สถานการณ์ปัญหา/ประเด็นท้าทายของการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

๓.๑.๑ ความแออัดของการรับบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นผลจากการจัดบริการแบบตั้งรับในหน่วยบริการที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาล “ระบบบริการสุขภาพจากระบบที่มีโรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง” มากกว่าการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการสร้างนำซ่อมมองพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทำให้การแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะต้องแบกรับภาระการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก ทั้งที่ความเป็นจริงมีผู้ป่วยเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่จำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการขาดแคลนอัตรากำลัง เกิดความไม่ปลอดภัยในการรับบริการสาธารณสุขทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ และเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ รวมถึงผลกระทบที่เป็นผลจากการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งส่งผลต่อการปรับปรุงบริการสาธารณสุขวิถีใหม่

๓.๑.๒ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มุ่งเน้นการสร้างและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำตัวเป็นที่ปรึกษาสุขภาพ ให้การดูแลสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชน และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ

๓.๑.๓ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โดยการถ่ายโอนภารกิจและอัตรากำลังของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งต้องดำเนินการระยะที่ ๑ ให้แล้วเสร็จในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล และพระราชบัญญัติวิชาชีพ ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถดูแลรักษาได้ในระดับพื้นฐาน เพื่อลดโอกาสในการรับผิดทางละเมิด ดังนั้น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด จำเป็นต้องจัดหาแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการให้เพียงพอและครอบคลุมการให้บริการดูแลรักษาในประเด็นที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งหากไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอและทันเวลาจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่รักษาต่อเนื่องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประมาณ ๑,๐๐๐,๐๐๐ คน ที่ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาความแออัดและความเป็นธรรมในการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้น

๓.๑.๔ การเสริมพลังความร่วมมือของผู้นำระดับพื้นที่ในการจัดบริการสุขภาพ ด้วยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือของผู้นำระดับพื้นที่ในการจัดบริการสาธารณสุข การบริหารจัดการเครือข่าย การกำกับคุณภาพบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับทีมบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่

**๓.๑.๕ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (aged society)** จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และผลกระทบอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

**๓.๑.๖ การพลิกโฉมด้านดิจิทัลเทคโนโลยี (digital disruption)** และการเร่งไปสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัลที่ส่งผลต่อโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีสนับสนุนบริการสาธารณสุข การนำระบบเทคโนโลยีสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการบริการด้านสาธารณสุข (telehealth) หรือระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) ในการสนับสนุนการบริการดูแลสุขภาพ การวินิจฉัย กระบวนการดูแลรักษา และการพัฒนานวัตกรรมบริการสาธารณสุขที่ตอบสนองกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งมอบบริการที่ราบรื่นและมีความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศ รวมถึงการรักษาแบบแม่นยำและจำเพาะ (precision medicine) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถบริการสาธารณสุข

## **๓.๒ เป้าหมายของการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”**

**๓.๒.๑ ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัยในทุกระดับ** ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิประจำของตนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งมิติการรักษา การป้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ โดยการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง อิงคุณค่า และมีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จนถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับบริการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการส่งกลับมายังแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสม และประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารแหล่งความรู้ด้านสุขภาพตนเอง

**๓.๒.๒ ประชาชนได้รับชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ** ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน มีการเข้าถึงที่เป็นธรรมตามความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพทางกาย ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ และอุดมการณ์ทางการเมือง การเข้าถึงบริการของกลุ่มคนที่อยู่ในสถานะเปราะบาง ด้อยโอกาสต่าง ๆ โดยมีระบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจที่จะใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งการประเมินด้านความคุ้มค่าและการประเมินความพร้อมในการจัดการก่อนนำมาใช้ในวงกว้าง

**๓.๒.๓ ระบบบริการสาธารณสุขและหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย** เป็นที่ยอมรับและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ สอดคล้องกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และการดำรงชีวิตของประชาชนได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ มีความสุขและมีความพึงพอใจ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำกับคุณภาพ

**๓.๒.๔ ระบบบริการสาธารณสุขสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เป็นการเฉพาะ** โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง ทั้งในการดูแลตนเอง การดูแลครอบครัว การดูแลชุมชน ใช้ศักยภาพและความร่วมมือของตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม และเชื่อมโยงกับสถานบริการสาธารณสุข เช่น ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลระยะยาวในคนสูงอายุ ระบบการดูแลคนพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง ระบบการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมถึงระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

**๓.๒.๕ ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพในการกระจายและการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างคุ้มค่า** มีระบบการสร้างหลักประกันคุณภาพที่ประชาชน หน่วยงานภาคี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมรับผิดชอบและดูแล มีระบบบริหารความเสี่ยงของการดูแลสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ รวมถึงการบริหารจัดการความต่อเนื่องของการให้บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

**๓.๒.๖ ระบบบริการสาธารณสุขไทยสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคงยั่งยืน** ในมิติต่าง ๆ ที่รวมถึงการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา ชีววัตถุ และสมุนไพรในประเทศ

**๓.๒.๗ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีระบบให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและมีระบบให้คำปรึกษา** ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและกำลังคนผู้ปฏิบัติงานการดูแลที่บ้าน ส่งเสริมการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลมาใช้พัฒนา เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายให้ประชาชน ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด สนับสนุนการทำงานที่ประสานงานกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยบริการประจำกับหน่วยบริการที่รับส่งต่อ รวมถึงการดูแลสุขภาพที่บ้าน

**๓.๒.๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการบริหารและการจัดบริการ** การจัดระบบบริการสาธารณสุข และการจัดระบบสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานในทุกระดับ โดยมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการเป็นเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และมีการบูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน สถานบริการสาธารณสุข ภาคประชาสังคม และภาคีที่เกี่ยวข้อง

**๓.๒.๙ มีระบบและกลไกการอภิปาลที่ดี** ที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและประชาชนในการออกแบบบริการสุขภาพและการตัดสินใจ เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการดำรงมาตรฐานและยกระดับคุณภาพในการบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง สร้างหลักประกันผลลัพธ์การบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง ทำหน้าที่กำกับดูแลด้านคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยของการให้บริการ

สภาพแวดล้อม การบริการ การจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ควบคู่ไปกับการดูแลค่าบริการของสถานบริการ สาธารณสุขทุกระดับให้มีความเหมาะสม

**๓.๒.๑๐ มีระบบบริการสาธารณสุขที่คำนึงถึงมนุษยธรรมเป็นหลัก** สามารถรองรับความต้องการ ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเพื่อรองรับความต้องการของคนต่างชาติ โดยมีความเป็นธรรมและไม่ส่งผลกระทบต่อระบบ บริการสาธารณสุขสำหรับคนไทย ส่งเสริมการพัฒนากฎหมายและระบบยุติธรรมรองรับอย่างเหมาะสม

### **๓.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ในระยะ ๕ ปี**

**๓.๓.๑ ความเข้มแข็งของกลไกการอภิบาลและกำกับคุณภาพบริการสาธารณสุขที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในทุกระดับ** เช่น การกำกับคุณภาพบริการและการดูแลทางคลินิกของสถานพยาบาลทุกระดับด้วยกลไกการรับรอง คุณภาพ การกำกับคุณภาพบริการสุขภาพระดับอำเภอด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การกำกับคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยกลไกกรมการ สุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และสนับสนุนการเชื่อมโยงบริการและข้อมูลร่วมกันในทุกระดับ เพื่อสร้างหลักประกัน คุณภาพบริการที่มีมาตรฐาน น่าเชื่อถือและประชาชนไว้วางใจ

**๓.๓.๒ ความครอบคลุมของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม** จัดบริการ สาธารณสุขปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีทีมบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ ทำหน้าที่ดูแล สุขภาพในระดับปฐมภูมิอย่างเป็นองค์รวม และการยกระดับขีดความสามารถในการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ สอดคล้องตามปัจจัยกำหนดสุขภาพของพื้นที่ มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จนถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

**๓.๓.๓ การลงทุนปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลเทคโนโลยีสนับสนุนบริการสาธารณสุข และมุ่งเน้น พัฒนาระบบฐานช่องทางดิจิทัล (digital platform) เป็นฐานสนับสนุนบริการสาธารณสุขที่สำคัญ** เช่น การนำ ระบบเทคโนโลยีสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการบริการด้านสาธารณสุข (telehealth) หรือ ระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) ในการสนับสนุนการบริการดูแลสุขภาพ การวินิจฉัย กระบวนการดูแลรักษา และการพัฒนานวัตกรรมบริการสาธารณสุขที่ตอบสนองกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมถึงการรักษา แบบแม่นยำและจำเพาะ (precision medicine)

**๓.๓.๔ กลไกและกระบวนการเชื่อมโยง เชื่อมต่อ และแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสารสนเทศ (health information exchange) และการส่งต่อผู้รับบริการ (personal health record) รวมถึงการดูแลสุขภาพ ที่บ้าน** ด้วยดิจิทัลเทคโนโลยีที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย แม่นยำและรักษาความเป็นส่วนตัว มีการวิเคราะห์สารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการบริการสาธารณสุขและการบริหารจัดการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับหน่วยบริการ ระบบบริการสาธารณสุขพื้นที่ จนถึงระดับนโยบายสาธารณสุข ที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

๓.๓.๕ การส่งเสริมบทบาทของภาคเอกชนในการร่วมจัดบริการสาธารณสุข และเพิ่มขีดความสามารถ บริการสาธารณสุขรองรับความต้องการของคนต่างชาติ โดยมีความเป็นธรรมและไม่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการ สาธารณสุขสำหรับคนไทย และการพัฒนากฎหมายและระบบยุติธรรมรองรับอย่างเหมาะสม

### ๓.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ในระยะ ๕ ปี

๓.๔.๑ อัตราความครอบคลุมของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

๓.๔.๒ อัตราความครอบคลุมของสถานพยาบาลที่ได้รับการประกันคุณภาพบริการ

### นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

๑) การบริการสาธารณสุข หมายความว่า การบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟู สมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (อ้างอิง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒)

๒) การบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมาย ดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ (พระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ)

๓) การบริการสาธารณสุขทุติยภูมิ หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่มีภารกิจในด้านการตรวจ วินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคพื้นฐานทั้งระดับที่ไม่ซับซ้อนมากนักจนถึงระดับ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (นิยามของกระทรวงสาธารณสุข)

๔) การบริการสาธารณสุขตติยภูมิ หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่มีภารกิจขยายขอบเขต การรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางอนุสาขารวมทั้งการรักษาเฉพาะโรค (นิยามของกระทรวง สาธารณสุข)

๕) คุณภาพบริการสาธารณสุข หมายความว่า คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานของ องค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่น ๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรม และจริยธรรม แห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้อย่างเหมาะสม (อ้างอิง ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒)

๖) การสร้างหลักประกันคุณภาพ หมายความว่า กระบวนการที่เกิดขึ้นจากการออกแบบวางแผน และจัดการเพื่อให้มั่นใจถึงคุณภาพบริการสาธารณสุข กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วยมาตรการภายในและมาตรการภายนอกองค์กร มาตรการภายในองค์กร ได้แก่ การออกแบบวิธีการทำงาน การจัดหาทรัพยากรที่เหมาะสม การสื่อสารและฝึกอบรม การกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตามที่ออกแบบไว้ การประเมินและการปรับปรุง การเรียนรู้จากข้อผิดพลาด และการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ เป็นต้น ส่วนมาตรการภายนอกองค์กร เช่น การประเมินจากภายนอก การยกย่องเชิดชู การให้แรงจูงใจ การใช้มาตรการทางกฎหมาย ฯลฯ ทั้งนี้ วัฒนธรรมคุณภาพ หมายความว่า ความเชื่อ เจตคติและการปฏิบัติของคนส่วนใหญ่ในองค์กรเพื่อให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพสูง เป็นการปฏิบัติโดยอัตโนมัติและมีการสืบทอดระหว่างรุ่นสู่รุ่น

## ๔. การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ

### ๔.๑ สถานการณ์ปัญหา/ประเด็นท้าทายการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ

กล่าวได้ว่ากรอบความคิดเรื่อง ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ วางอยู่บนฐานเรื่อง สุขภาวะ (well-being) ทั้งมิติ ทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา (จิตวิญญาณ) และยังสัมพันธ์ทั้งมิติของคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นสถานการณ์และประเด็นท้าทายของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ เกี่ยวโยงกับหลายปัจจัย ซึ่งมีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) และเกี่ยวข้องกับระดับผู้เชี่ยวชาญหรือวิชาชีพ (professional) ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ การผลิตกำลังคน การจัดบริการสุขภาพ ผลิตภัณฑ์อาหารและสมุนไพร การคุ้มครองพันธุ์พืช การคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ ยังเป็นแหล่งสร้างรายได้และเศรษฐกิจด้วยปัจจัยที่สัมพันธ์กัน จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ

หากกล่าวเฉพาะแนวคิดด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องเป็นด้านหลักของการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ ควรคำนึงถึงแนวคิดสำคัญด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หมายความว่า การดูแลกันเองของประชาชน ครอบครัว และชุมชน ด้วยการใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เทคโนโลยีและทรัพยากรพื้นฐาน เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมบนหลักของการพึ่งพาตนเอง นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพตนเอง ยังหมายถึงการมีส่วนร่วมของบุคคล/ครอบครัว/ชุมชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพจากอาการและโรคเบื้องต้น หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพจากโรคพื้นฐานได้ด้วยตนเอง

อย่างไรก็ตาม การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ แสดงให้เห็นถึงโอกาสและศักยภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่า ได้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างดี เกิดการศึกษาวิจัย รื้อฟื้นองค์ความรู้ดั้งเดิมเพื่อนำมาใช้อย่างเร่งด่วน เช่น ยาฟ้าทะลายโจร ยากระชาย ตำรับยาดั้งเดิม เช่น ยาจันทลีลา ยาเบญจโลกวิเชียร (ยาห้าาราก) ตำรับยาขาว ตำรับยาตรีผลา ฯลฯ ซึ่งแสดงให้เห็นบทบาทของกลุ่มและเครือข่ายวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งความเป็นวิชาชีพหรือทางการนั้นมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระทรวง กรม กองและองค์กรตามกฎหมายมากมาย และยังพบว่า มีกฎหมายใหม่เพิ่มขึ้น รวมถึงการปรับปรุงกฎระเบียบหรือกฎหมายใหม่ตลอดเวลา

สถานการณ์โรคอุบัติใหม่นี้ยังแสดงให้เห็นจริงตามคำกล่าวที่ว่า “ในวิกฤติมีโอกาส” ท่ามกลางความยากลำบากหลายประการกลับมีตัวอย่างดี ๆ หรือโมเดลความร่วมมือกันรับมือภัยโรคระบาดในชุมชน ที่แสดง



ศักยภาพ “ระบบสุขภาพชุมชน” ที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ และการแพทย์แบบตะวันตก ทั้งเขตเมืองและนอกเขตเมือง

ในการขับเคลื่อนงานนี้ ต้องเข้าใจรากฐานสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ ด้วยว่า แม้มือถือความรู้ มีปราชญ์ชุมชน/หมอพื้นบ้าน/แพทย์แผนไทย แต่ถ้าขาดซึ่งพันธุ์พืชสมุนไพรซึ่งสัมพันธ์กับป่าไม้แล้ว ก็จะไม่พบกับ อุดมทรัพย์ใหญ่หลวงด้านความมั่นคงทางยาสมุนไพร โดยปัจจุบันพื้นที่ป่าไม้ถูกบุกรุกทำลายมากขึ้น พื้นที่ป่าไม้ลดลง จาก ๑๗๑.๐๒ ล้านไร่ หรือร้อยละ ๕๓.๓๓ ของพื้นที่ทั้งหมดของประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๐๔ เป็น ๑๐๒.๓๕ ล้านไร่ หรือคิดเป็นร้อยละ ๓๑.๖๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พื้นที่ป่าและพื้นที่สีเขียวต่าง ๆ นอกจากมีความสำคัญต่อ ความหลากหลายทางชีวภาพ ความมั่นคงทางด้านอาหาร ความมั่นคงทางยาสมุนไพรแล้ว ยังมีความสำคัญยิ่งต่อการ เปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) ด้วย

ปัจจุบันมีการกล่าวถึงการพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวมที่พัฒนาเศรษฐกิจ ๓ มิติไปพร้อมกัน เรียกว่า Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ได้แก่ เศรษฐกิจชีวภาพ (bio economy) ที่จะต้องเชื่อมโยงกับ เศรษฐกิจหมุนเวียน (circular economy) ซึ่งคำนึงถึงการหมุนเวียนวัสดุต่าง ๆ กลับมาใช้เพื่อลดปัญหามลพิษ ให้มากที่สุด และทั้ง ๒ มิติแรกอยู่ภายใต้เศรษฐกิจสีเขียว (green economy) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเงินทองเท่านั้น แต่จำเป็นต้องพัฒนาสังคมและการรักษาสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนไปพร้อมกัน และ เป้าหมายสำคัญของ BCG Model มุ่งกระจายรายได้ลงสู่ชุมชน ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างชุมชนเข้มแข็ง และจะต้องมีความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน

ดังนั้น ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ กำลังเผชิญความท้าทายกับสถานการณ์ที่ดำรงอยู่อย่างหลากหลายมิติ และสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งที่เป็นโอกาสและความหวังที่ตอบโจทย์การมีสุขภาพดีหรือคุณภาพ ชีวิตที่ดีของทุกคน พร้อม ๆ กับการมีสภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนด้วย

## **๔.๒ เป้าหมายของการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”**

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในระยะ ๕ ปี การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก จึงระบุเป้าหมายไว้ ดังนี้

**๔.๒.๑ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น** ด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย ยาจากสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

**๔.๒.๒ สร้างนโยบายสู่รฐธรรมนูญ “ระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ”** และส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนฯ ให้เข้มแข็ง และเชื่อมต่อกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ โดยรูปแบบหน่วยบริการร่วมให้บริการ หรือรูปแบบอื่น ๆ

**๔.๒.๓ ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ/มาตรฐาน ประสิทธิภาพ ปลอดภัย และใช้อย่างสมเหตุสมผล**

### **๔.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ ในระยะ ๕ ปี**

**๔.๓.๑ บรูณาการข้อมูลในระดับชาติ** เพื่อการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ โดยให้มีกระบวนการรวบรวม จัดการชุดข้อมูล เพื่อพัฒนาการใช้ประโยชน์และเข้าถึงอย่างเสมอภาค และเป็นธรรม และนำข้อมูลมาสื่อสารสาธารณะให้กว้างขวาง ได้แก่

๑) ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ในระบบบริการสาธารณสุขในทุกระดับ

๒) ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

๓) ข้อมูลเกี่ยวกับพันธุ์พืชสมุนไพร ป่าชุมชน ป่าครอบครัว รวมถึงข้อมูลการเฝ้าระวังและการคุ้มครองพันธุ์พืชและภูมิปัญญาด้วย

โดยการบูรณาการข้อมูลควรจัดทำอย่างมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

**๔.๓.๒ ส่งเสริมสนับสนุนการสร้าง “ระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ”** และ “แนวทางป่าครอบครัว ป่าชุมชนกับการอนุรักษ์ ปกป้อง และการใช้สมุนไพรอย่างยั่งยืน” รวมถึงการพัฒนาผู้ปลูกสมุนไพรให้มีความรู้ในการปลูกตามหลักการเกษตรกรรมที่ดีและเหมาะสม (Good Agricultural Practice, GAP) และการปลูกแบบเกษตรอินทรีย์ (organic farming) โดยมุ่งให้บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเครือข่ายหมอพื้นบ้าน และเครือข่ายประชาสังคมในพื้นที่ ร่วมเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนา

**๔.๓.๓ มาตรการทางการเงินการคลัง** เพื่อเป็นกลไกกระตุ้นการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ ได้แก่

๑) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการใช้และพัฒนาในระดับพื้นที่หรือชุมชน

๒) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการใช้และพัฒนาในระดับหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับของประเทศ

๓) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาทางวิชาการ การวิจัย การจัดการความรู้ และการพัฒนากำลังคนที่เกี่ยวข้อง

## ๔.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ ในระยะ ๕ ปี

๔.๔.๑ ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศทุกระบบมีพัฒนาการให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงและใช้บริการระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ที่มีคุณภาพ/มาตรฐาน ประสิทธิภาพ ปลอดภัย และใช้อย่างสมเหตุสมผล ได้อย่างเท่าเทียม

๔.๔.๒ เกิดชุดความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย ยาจากสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพและการบำบัดรักษาในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงส่งเสริมให้เกิดระบบเศรษฐกิจ

๔.๔.๓ จำนวนพื้นที่ “สุขภาพชุมชนที่พึ่งประสงค์ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” และ “ป่าชุมชนป่าครอบครัว” ที่ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนฯ ให้เข้มแข็ง เชื่อมต่อกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และเป็นแหล่งเศรษฐกิจของชุมชน ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

### นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ

๑) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ หมายความว่า องค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาในท้องถิ่น ซึ่งรวมถึงการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ที่ประชาชนและชุมชนใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างสอดคล้องกับท้องถิ่นนั้นๆ ด้วย (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒)

๒) การแพทย์แผนไทย หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทยและให้หมายความ รวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา (พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖)

๓) การแพทย์พื้นบ้าน หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม จารีต ประเพณี และทรัพยากรของชุมชนท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนท้องถิ่นนั้น (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒)

๔) การแพทย์ทางเลือก หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ทางการแพทย์ ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒)

๕) ระบบสุขภาพชุมชน หมายความว่า ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน องค์ประกอบดังกล่าว ได้แก่ (๑) องค์กรในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสังคม ผู้นำชุมชน (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) องค์กรของชุมชน ครอบครัวและปัจเจก (๒) องค์กรด้านสุขภาพ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น (๓) หน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ โรงเรียน วัด กองทุนสุขภาพตำบล (๔) อื่น ๆ ได้แก่ ภาคเอกชน องค์กรเอกชน เป็นต้น (ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมปัญหาไท สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ - จัดทำโดย คณะกรรมการกฏมปัญหาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ)

๖) ระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์ด้วยกฏมปัญหาท้องถิ่นด้านสุขภาพ หมายความว่า ระบบสุขภาพชุมชนที่ใช้กฏมปัญหาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคนทุกวัย เพื่อการดูแลสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟู บำบัดรักษาโรค นำเทคโนโลยี ข้อมูล ความรู้ ข่าวสารมาใช้ให้เกิดประโยชน์ รู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งเสริมการอนุรักษ์และปลูกพันธุ์พืชสมุนไพร รวมถึงการใช้ประโยชน์กฏมปัญหาท้องถิ่นด้านสุขภาพทั้งมิติสุขภาพ อาหาร และเศรษฐกิจฐานราก ตามหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (นิยามเฉพาะธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓)

## ๕. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

### ๕.๑ สถานการณ์ปัญหา/ประเด็นท้าทายของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

#### สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาสำคัญของผู้บริโภค คือ การที่ผู้บริโภคได้รับสินค้าและบริการที่ไม่ปลอดภัยหรือถูกเอาเปรียบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง ซึ่งมีแหล่งกระจาย ทั้งในสถานที่ขาย ตามกฎหมาย ร้านค้าในชุมชน ร้านค้าออนไลน์ พร้อมทั้งยังมีการโฆษณาส่งเสริมการขายที่ผิดกฎหมาย ในขณะที่หน่วยงานรัฐและองค์กรผู้บริโภคยังไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างเหมาะสมเท่าที่ควร เนื่องด้วยกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและไม่ทันสมัย อีกทั้งผู้บริโภคที่อ่อนแอเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ก็ยังขาดแหล่งข้อมูลแจ้งเตือนภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการบริโภคและไม่เท่าทันการโฆษณา และการส่งเสริมการขาย โดยเฉพาะผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ซึ่งมักแสวงหาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพต่าง ๆ สำหรับตนเองด้วยความถี่สูงกว่ากลุ่มทั่วไป และเมื่อได้รับความเสียหายจากการบริโภคนั้น ๆ ก็จะมีผู้บริโภคที่ร้องเรียนเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับการชดเชยเยียวยาความเสียหาย แม้ในปัจจุบันจะมีการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภคทำหน้าที่เป็นแกนหลักให้กับองค์กรผู้บริโภคต่าง ๆ แล้วก็ตาม แต่ก็ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการจัดตั้ง สภาองค์กรของผู้บริโภคจึงยังคงต้องการการส่งเสริมและการสนับสนุนอีกมากเพื่อพัฒนาศักยภาพให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

#### ประเด็นท้าทาย

ความท้าทายที่สำคัญยิ่งในปัจจุบันสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คือ จะดูแลผู้บริโภคอย่างไร มิให้ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการซื้อขายทางออนไลน์ ที่นับวันจะได้รับความนิยมน่าขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะกลายเป็นการซื้อขายของคนส่วนใหญ่ (majority)

### ๕.๒ เป้าหมายของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

#### ในเชิงหลักการ

เป้าหมายสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคก็คือ “ประชาชนหรือผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายอย่างมีศักดิ์ศรี ได้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน ทั้งนี้ โดยเสมอภาค ไม่มีการเลือกปฏิบัติ และยึดหลักที่ว่า สุขภาพสำคัญกว่าการค้า”

## ในทางปฏิบัติ

เป้าหมายของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คือ จะต้องมีโอกาสที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย ๖ กลไกในการดูแลผู้บริโภค ที่สามารถดูแลไปถึงผู้บริโภคที่เปราะบางที่สุด ดังนี้

๑) ทบทวนและแก้ไขกฎหมายให้มีความเป็นธรรมมากขึ้น และให้เท่าทันกับสถานการณ์การโฆษณาและการขายที่เปลี่ยนแปลงไป

๒) ติดตามและควบคุมกำกับเพื่อให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

๓) เผื่อระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย หรือโฆษณาที่อาจเป็นการลิดรอนสิทธิของผู้บริโภค

๔) การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการบริโภค

๕) สร้างเสริมศักยภาพแก่องค์กรของผู้บริโภคและผู้บริโภค

๖) พัฒนาระบบข้อมูลแจ้งเตือนภัยสำหรับหน่วยงานรัฐ องค์กรผู้บริโภค และผู้บริโภค

ทั้งนี้ จะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ตั้งแต่กระบวนการพัฒนาจนถึงกระบวนการใช้ประโยชน์จากกลไกนั้น

## **๕.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี**

**๕.๓.๑ การหนุนเสริมความเข้มแข็งของสภาองค์กรของผู้บริโภค** เนื่องจาก สภาองค์กรของผู้บริโภค เพิ่งก่อตั้งขึ้นใหม่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นที่คาดหวังว่า สภาองค์กรของผู้บริโภคนี้จะเป็นองค์กรที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคต่าง ๆ และสามารถลดช่องว่างของการบูรณาการร่วมกัน อย่างไรก็ตามคงมิได้คาดหวังให้สภาองค์กรของผู้บริโภคดำเนินการตามลำพัง แต่จะต้องมีการหนุนเสริมความเข้มแข็งของสภาองค์กรของผู้บริโภคในทุก ๆ ด้าน ดังนั้น ทุกภาคีเครือข่ายจะต้องให้ความร่วมมือแก่องค์กรของผู้บริโภคอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ หน่วยงานรัฐ

**๕.๓.๒ การปรับปรุงกฎหมายให้สามารถเท่าทันกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้** โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ซื้อขายกันทางออนไลน์ พร้อม ๆ กับการปรับปรุงประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายให้ตอบสนองต่อปัญหาให้ได้มากขึ้น

**๕.๓.๓ กลไกฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัย** หน่วยงานรัฐและองค์กรผู้บริโภคจะร่วมกันตรวจสอบผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่มีผู้ร้องเรียนว่า อาจไม่มีความปลอดภัย เมื่อตรวจสอบจนเป็นที่แน่ชัดแล้วว่า ไม่ปลอดภัยก็จะเผยแพร่ข้อมูลนั้น ๆ ผ่านช่องทางออนไลน์

## ๕.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

### ในระยะ ๑ ปี วัดจาก

๑) จำนวนและการกระจายขององค์กรของผู้บริโภคทั่วประเทศ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักนายกรัฐมนตรี

๒) จำนวนหน่วยงานประจำจังหวัด\* ของสภาองค์กรของผู้บริโภคที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ

๓) การเคลื่อนไหวของข้อมูลในฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัย โดยเฉพาะข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาถึงขั้นทำให้เจ็บป่วยได้

### ในระยะ ๓ ปี วัดจาก

๔) ผลงานของสภาองค์กรของผู้บริโภค และองค์กรผู้บริโภคต่าง ๆ ในการทำงานร่วมกับหน่วยงานรัฐ โดยเฉพาะในด้านการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการร้องเรียนของผู้บริโภค

๕) ข้อเสนอเชิงนโยบายของหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคต่างๆที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนและสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาได้จริง

๖) การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัยโดยหน่วยงานต่าง ๆ ในการปกป้องผู้บริโภค

### ในระยะ ๕ ปี วัดจาก

๗) ภาพรวมผลกระทบต่อผู้บริโภคอันเนื่องมาจากการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๘) ข้อเสนอเชิงนโยบายของหน่วยงานรัฐและองค์กรผู้บริโภคต่างๆ ที่ได้รับการตอบสนองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๙) การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัยโดยประชาชนในการปกป้องตนเอง

\*หน่วยงานประจำจังหวัด คือหน่วยงานที่กำหนดขึ้นในมาตรา ๑๒(๔) แห่งพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค ที่บัญญัติว่า “โครงสร้างขององค์กรซึ่งอย่างน้อยต้องมีสำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภคและหน่วยงานประจำจังหวัด ซึ่งอาจมีทุกจังหวัดหรือบางจังหวัดตามที่เห็นสมควร ตลอดทั้งวิธีการบริหารของสำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภคซึ่งอย่างน้อยต้องมีเลขาธิการสำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภคเป็นหัวหน้าสำนักงานและวิธีการบริหารงานในหน่วยงานประจำจังหวัด รวมตลอดทั้งผู้มีอำนาจกระทำการแทนสภาองค์กรของผู้บริโภค” ซึ่งภายหลังจากได้มีการออกระเบียบให้หน่วยงานประจำจังหวัดมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑) เสนอแนะนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคต่อหน่วยงานรัฐในระดับจังหวัด

๒) สนับสนุนและดำเนินการ ตรวจสอบ ติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาสินค้าและบริการแจ้งหรือโฆษณาข่าวสารหรือเตือนภัยเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการที่อาจกระทบต่อสิทธิของผู้บริโภคหรืออาจก่อให้เกิด

ความเสียหายหรือความเสื่อมเสียแก่ผู้บริโภค ในระดับจังหวัด โดยจะระบุชื่อสินค้าหรือบริการ หรือชื่อของผู้ประกอบธุรกิจด้วยก็ได้

๓) รายงานการกระทำหรือละเลยการกระทำอันมีผลกระทบต่อสิทธิของผู้บริโภค ไปยังหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบในระดับจังหวัด และเผยแพร่ให้ประชาชนทราบ

๔) สนับสนุนการรวมตัวและช่วยเหลือองค์กรของผู้บริโภคภายในจังหวัด เพื่อรักษาประโยชน์ของผู้บริโภค

๕) ร่วมกับสมาชิก และองค์กรของผู้บริโภคอื่นในจังหวัด **จัดให้มีสภาจังหวัด โดยให้หน่วยงานประจำจังหวัดทำหน้าที่เป็นเลขานุการ**

๖) รับเรื่องร้องเรียน โกล่เกลี่ยหรือประนีประนอมยอมความข้อพิพาทเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้บริโภค

๗) ดำเนินคดีในนามของสภาฯ ได้ เมื่อได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสภาจังหวัด ตามที่กำหนดในหมวดว่าด้วยการฟ้องคดี เว้นแต่หน่วยงานประจำจังหวัดนั้นเป็นองค์กรที่ได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคให้ดำเนินคดีแทนผู้บริโภคได้

๘) จัดทำแผนการปฏิบัติงานและแผนงบประมาณรายปี และรายหกเดือน

๙) จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอต่อสำนักงานเป็นประจำทุกหกเดือน โดยอย่างน้อยรายงานต้องมีเนื้อหาครอบคลุมผลงานที่เป็นความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑๐) ดำเนินการใช้จ่ายงบประมาณและจัดทำรายงานการเงินและบัญชีให้เป็นไปตามระเบียบสภาองค์กรของผู้บริโภคว่าด้วยงบประมาณ การบัญชี การเงิน และการสอบบัญชีของสภาองค์กรของผู้บริโภค

๑๑) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

## นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๑) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หมายความว่า การดูแลผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย และเป็นธรรม (เป็นธรรม คือ สมประโยชน์และประหยัด) จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๒) หน่วยงานรัฐ หมายความว่า หน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

๓) องค์กรผู้บริโภค หมายความว่า องค์กรผู้บริโภคที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคทั้งที่เป็นนิติบุคคลและมีในนิติบุคคล เช่น สภาองค์กรของผู้บริโภค (سوب.) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค องค์กรของผู้บริโภคตามกฎหมาย และองค์กรผู้บริโภคอื่น ๆ

๔) หน่วยงาน หมายความว่า หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่มีบทบาทชัดเจน



## ๖. การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

### ๖.๑ สถานการณ์ ปัญหา ความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญสำหรับกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (health systems development) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งนโยบายด้านสุขภาพสามารถมีได้ทั้งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในลักษณะนโยบายที่ถูกกำหนดโดยภาครัฐ/นโยบายแบบบนลงล่าง (top-down) และนโยบายที่ริเริ่มโดยภาคประชาชน/นโยบายแบบล่างขึ้นบน (bottom-up)

ในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบปัญหาสุขภาพ ทั้งจากโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่มีการแพร่ระบาดทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยสามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพในประเทศได้ในระดับหนึ่ง โดยใช้องค์ความรู้เชิงระบบ ทำให้ระบบสุขภาพไทยสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ทุกช่วงวัย ทุกชนชั้นทางสังคมและเศรษฐกิจ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพ คนด้อยโอกาสในสังคม กลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง ได้รับการดูแลก่อนเป็นอันดับแรกในการเข้าถึงระบบสุขภาพ แต่อาจยังคงมีความเหลื่อมล้ำหรือเลือกปฏิบัติ ทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน รวมถึงยังมีข้อจำกัดในบางพื้นที่

สังคมไทยมีความหลากหลายของแหล่งผลิตความรู้ เช่น สถาบันการศึกษา หน่วยวิจัย แหล่งทุนวิจัยด้านสุขภาพ มูลนิธิ และสมาคม โดยมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านความพร้อมเชิงทรัพยากร มาตรฐาน ทิศทางการลงทุน ผลิตความรู้ การดำเนินงานเป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำตามความสนใจของนักวิจัยหรือผู้ผลิตความรู้ และบางครั้งพบว่า เป็นไปในลักษณะแข่งขันกันอย่างไม่สร้างสรรค์ จึงทำให้กระบวนการผลิตความรู้ เพื่อตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของสังคมไม่ได้ประสิทธิภาพดังที่มุ่งหวัง นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญของการมีองค์ความรู้ แต่ไม่สามารถนำไปใช้เผยแพร่หรือสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้ คือ การไม่สามารถแปลงองค์ความรู้จากงานวิจัยให้เป็นองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับประชาชน และยังมีข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารองค์ความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ผู้ที่ต้องการความรู้ อาจมีอุปสรรคในการเข้าถึงแหล่งความรู้ เช่น ไม่รู้ว่าจะหาแหล่งข้อมูลที่ต้องการหรือเชื่อถือได้จากที่ใด ความรู้ที่มีอยู่กระจุกกระจายและไม่ได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ

ทั้งในยุคปัจจุบันและในอนาคต การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพ มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน จึงควรให้ความสำคัญกับการมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำให้เกิดระบบสุขภาพที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดีผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย รวมทั้งกระบวนการสร้างความพร้อมของระบบสุขภาพในการรับมือกับโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ และภัยพิบัติอันก่อให้เกิดโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ ที่มีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง โดยระบบ

สุขภาพ ประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ๑) การให้บริการด้านสุขภาพ ๒) กำลังคนด้านสุขภาพ ๓) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ๔) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่จำเป็น ๕) กลไกการบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลังด้านสุขภาพ และ ๖) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ โดยทุกองค์ประกอบต้องทำงานเชื่อมประสานกันในการทำให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ โดยมีผลลัพธ์คือ ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม อันจะส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ด้วยความพร้อมในด้านอุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐาน และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นตัวอย่างของโรคติดต่อที่มีการระบาดเป็นวงกว้างและส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและความมั่นคงทางสุขภาพของทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการสืบสวน สอบสวนโรค ควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายของโรค ซึ่งงานด้านระบาดวิทยาจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้สหสาขาวิชา ทั้งด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษาบริบททางสังคมของพื้นที่ระบาด การบริหารจัดการโรคในบริบทต่าง ๆ ที่ครอบคลุมชุมชนเมือง ชุมชนต่างจังหวัด และชุมชนชนบท ซึ่งมีวิธีการในการจัดการที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังต้องการองค์ความรู้เกี่ยวกับ ยา วัคซีน อุปกรณ์ในการตรวจรักษาที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่มาใช้มีความจำเป็นมากในการรับมือกับโรคระบาด เพื่อให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและกระจายอย่างทั่วถึงในทุกภูมิภาคมากขึ้น องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล หุ่นยนต์ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับส่งอาหารและการส่งอุปกรณ์ตรวจวัดสัญญาณชีพ ช่วยอำนวยความสะดวกและลดภาระงานของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกรณีศึกษาการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นทั้งโอกาสและความท้าทายต่อประเทศไทยในการยกระดับระบบสุขภาพ โดยใช้การสร้างองค์ความรู้ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ และการบริหารจัดการของระบบการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศอย่างยั่งยืนในการเฝ้าระวัง คุ้มครองป้องกัน ควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ภายใต้กลไกที่มีธรรมาภิบาล การกระจายอำนาจ มีความยืดหยุ่น เพื่อลดผลกระทบเชิงลบทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม โดยกระจายความช่วยเหลือตั้งแต่ระดับชุมชน จะสามารถลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำของประชาชนในทุกมิติ

อนึ่ง การบริหารจัดการระบบสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงการกำหนดนโยบาย การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจน และเชื่อถือได้ แก่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน การออกแบบเกณฑ์การดำเนินงานจากส่วนกลางที่มีหลักคิดและหลักปฏิบัติชัดเจน ทันท่วงที รวมถึงการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังหน่วยงานส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ ถึงแม้ว่าในช่วงที่ผ่านมา อาจยังพบปัญหาความไม่ชัดเจนในการแบ่งภารกิจให้เหมาะสมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งถือเป็น

ช่องว่างความรู้ที่ยังต้องเติมเต็ม ให้มีข้อมูลความรู้ แนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจ ในส่วนการจัดบริการ สุขภาพจากส่วนกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถวางแผนจัดการทรัพยากรในพื้นที่ เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนและหน่วยให้บริการที่เชื่อมโยงกับของวางแผนระบบบริการในระดับประเทศ

## **๖.๒ เป้าหมายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”**

**๖.๒.๑** ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและ โรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ด้วยการใช้องค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและ นวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยระบบสุขภาพสามารถบริหารจัดการและรับมือกรณีเกิด การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทุกสายพันธุ์ รวมถึงลดผลกระทบเชิงลบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

**๖.๒.๒** ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว หรือฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับ กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ โครงสร้างของระบบสุขภาพ ครอบคลุมถึงการจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงิน การคลังและกำลังคนด้านสุขภาพ ในการทำให้ระบบสามารถดำรงอยู่ได้หรือสามารถมีโครงสร้างที่ปฏิบัติหน้าที่ ได้ตามปกติ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคมที่มีบทบาทโดยตรงและโดยอ้อม เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือความท้าทายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต

**๖.๒.๓** เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ใช่เป็นผู้รับ ข้อมูลความรู้สุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพ ดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้

**๖.๒.๔** มีการกระจายอำนาจการสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีโอกาสสร้างความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างตรงจุดและโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องดำเนินการสนับสนุน (advocacy) การเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม

## **๖.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี**

**๖.๓.๑** มีกลไกอภิบาลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ และทันต่อ สถานการณ์ในการรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในอนาคต รวมทั้ง ทำหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรในการสร้าง และเผยแพร่องค์ความรู้ที่เพียงพอ ตลอดจนพิจารณาใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท

**๖.๓.๒ มีกลไกบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ** ตั้งแต่การพัฒนาโจทย์วิจัย การดำเนินงานวิจัย การพิจารณาผลการวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ โดยบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่อย่างเหมาะสม เพื่อให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพเกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ให้มากที่สุด

**๖.๓.๓ พัฒนารฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ (innovation)** ที่เพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ในการรับมือกับโรคระบาด รวมถึงข้อมูลเทคโนโลยีที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกทั้งในสถานการณ์ปกติและไม่ปกติ

**๖.๓.๔ ให้ความสำคัญกับสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน** ที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคที่มีความเชี่ยวชาญเชิงระบบและด้านระบาดวิทยา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการตอบสนอง และรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มาตรการ และการบริหารจัดการ ของระบบการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ โดยหวังผลให้ประชาชนได้รับบริการจากระบบสุขภาพ แบบบูรณาการระดับประเทศและพื้นที่ ที่ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เหมาะสมกับบริบท

## **๖.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี**

**๖.๔.๑ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม มีการลงทุนและมีบทบาท** ในการสร้างและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพที่อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ในทุกระดับ ซึ่งการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพ ควรมีทั้งการวิจัยระบบสุขภาพและการวิจัย ในสาขาต่าง ๆ ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ในสัดส่วนใกล้เคียงกับงบประมาณการวิจัยด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากล

**๖.๔.๒ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคประชาชนมีความสามารถสร้างและเผยแพร่** องค์ความรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบท

**๖.๔.๓ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสร้างระบบตรวจสอบ กลั่นกรอง และติดตามการสื่อสารและ** การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และมีการกำหนดมาตรการและจัดสรร งบประมาณเพื่อให้สื่อมวลชน สื่อดิจิทัล ทำการสื่อสารเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการ แพร่กระจายข่าวปลอม (fake news) ที่มีความเหมาะสมทั้งด้านช่วงเวลา คุณภาพเนื้อหา และการรับรู้ ของกลุ่มเป้าหมาย

**๖.๔.๔ กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) จัดให้มีกลไกระดับชาติ** ทำหน้าที่กำหนด ทิศทางและนโยบายการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของไทย ให้มีความเข้มแข็ง และมีความก้าวหน้าอย่างยั่งยืน สามารถแข่งขันได้ในระดับนานาชาติ และส่งเสริมสนับสนุนให้นักวิจัย งานวิจัย และ นวัตกรรมของประเทศอยู่ในระดับทัดเทียมกับนานาชาติ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเผยแพร่องค์ความรู้

ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ จนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ และเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างเท่าเทียม

๖.๔.๕ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ในการบริหารนโยบาย สนับสนุนการวิจัยสุขภาพ เพื่อให้สังคม ทุกภาคส่วนสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสุขภาพของประชาชนในอนาคต ตลอดจนส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้และระบบฐานข้อมูลในระบบสุขภาพ

## ๗. การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ)

### ๗.๑ สถานการณ์ ปัญหา และความท้าทายในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ

ในภาวะที่ประชากรโลกกำลังเผชิญปัญหาที่เป็นวิกฤติสุขภาพ โดยเฉพาะจากการแพร่ระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จากการประชุมของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับการรับมือในวิกฤตการณ์ดังกล่าว ได้มีมติร่วมกันว่า ท่ามกลางการไหลบ่าของข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีทั้งข้อมูลที่ผิด (misinformation) และข้อมูลที่บิดเบือนจากความจริง (disinformation) ประเทศต่าง ๆ ต้องรีบเร่งสื่อสารด้วยความรวดเร็ว ทันท่วงที สถานการณ์ มีความโปร่งใส และสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธาให้เกิดขึ้นและในการจัดการปัญหา การสื่อสาร ควรนำเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ พร้อมทั้งดำเนินการอย่างเข้มงวดกับการจงใจสร้างข้อมูลข่าวสารที่เป็นข่าวลวง ข่าวปลอม และข่าวบิดเบือน ตลอดจนสื่อสารไปสู่สังคมด้วยข้อมูลที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มีหลักเหตุและผลที่เชื่อถือได้

นอกจากนี้ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้ให้แนวทางในการสื่อสารความเสี่ยง ในภาวะวิกฤติไว้ว่า การสื่อสารในภาวะการณ์ดังกล่าว ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเชื่อถือได้ ซึ่งปัจจุบันข้อมูลด้านสุขภาพปรากฏอยู่ในรูปแบบที่หลากหลาย ผ่านช่องทางการสื่อสารที่ประกอบด้วยสื่อหลายประเภท ทั้งสื่อเดิม เช่น สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ และสื่อใหม่บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น สื่อสังคมออนไลน์บนเว็บไซต์ และแอปพลิเคชันต่าง ๆ ตลอดจนสื่อบุคคล เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น และด้วยสภาพการณ์ของเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางการสื่อสารที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก สำหรับประเทศไทย มีจำนวนผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ มากถึง ๕๕ ล้านรายชื่อ นับเป็นร้อยละ ๗๘.๗ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศ ทำให้ปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านต่าง ๆ ได้โดยง่าย รวดเร็ว และสามารถผลิตข้อมูล เพื่อถ่ายทอดเผยแพร่ หรือส่งต่อออกไปได้ด้วยตนเอง

ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ข้อมูลด้านสุขภาพมีรูปแบบที่หลากหลาย และมีระดับความน่าเชื่อถือที่แตกต่างกันตามความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และประสบการณ์ของผู้ส่งสาร การสื่อสารที่ทุกคนสามารถผลิต หรือถ่ายทอด เผยแพร่ และส่งต่อข้อมูลได้สะดวก ง่ายตาย และรวดเร็วเช่นนี้ เปิดโอกาสให้เกิดข่าวลวง ข่าวปลอม และข่าวบิดเบือนในสื่อต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ในขณะเดียวกัน หน่วยงานด้านสาธารณสุข และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีแผนการสื่อสารอย่างเป็นระบบ ที่สามารถสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ได้อย่างทั่วถึง และพบว่า ข้อมูลด้านสุขภาพที่สื่อสารกันในสังคม ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ และบริบทของกลุ่มคนที่มีความหลากหลาย ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำ การขาดโอกาส และก่อปัญหาสุขภาพตามมาในระยะยาว ทั้งยังพบว่า ประชาชนในสังคมยังขาดข้อมูลที่สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ และสิทธิด้านสุขภาพของตนเอง ขาดการตระหนักถึง

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในชุมชนของตนเอง ประกอบกับการขาดศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพที่ครบถ้วน ถูกต้อง มีความเชื่อมโยง และบูรณาการระหว่างหน่วยงานทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และชุมชนในพื้นที่ต่าง ๆ ตลอดจนขาดช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล และพื้นที่การสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่เหมาะกับประชาชนทุกกลุ่ม ขณะที่หลายภาคส่วนยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการบรรจุนโยบายด้านสุขภาพเข้าไปในโครงการ หรือกิจกรรมขององค์กร หน่วยงาน หรือภาคีเครือข่ายของตนเองตามหลักการทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies-HiAP) เท่าที่ควร

ดังนั้น การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมาย แนวทางสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ตลอดจนแนวทางการวัดผลสำเร็จให้ชัดเจน เป็นรูปธรรม เพื่อมุ่งไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง มีการอภิบาลที่ดี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีความยืดหยุ่นที่สอดคล้องกับบริบทต่าง ๆ อย่างรอบด้าน

## **๗.๒ เป้าหมายของการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”**

การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพในสังคมไทยที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนของประชาชนทุกกลุ่มนั้น ควรมุ่งไปสู่เป้าหมายอย่างน้อย ๓ ประการ คือ

**๗.๒.๑ ประชาชนทุกกลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ** กล่าวคือ ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เพื่อตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหา ร่วมพัฒนา และเคลื่อนไหวสังคม เพื่อกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม

**๗.๒.๒ ประชาชนทุกกลุ่มเข้าใจในบทบาท หน้าที่ และสิทธิด้านสุขภาพของตนเอง** ตลอดจนเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพได้อย่างครบถ้วน ผ่านการส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐ

**๗.๒.๓ ทุกภาคส่วนในสังคมได้รับข้อมูลผ่านการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ** ที่จะนำไปสู่การให้ความสำคัญด้านสุขภาพ โดยมีการกำหนดมาตรการ หรือแนวทางในมิติที่ห่วงใยสุขภาพ ในนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรมขององค์กร หน่วยงาน หรือภาคีเครือข่ายของตนเอง

### ๗.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

แนวทางที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง มีการอภิบาลที่ดี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีความยืดหยุ่นที่สอดคล้องกับบริบทต่าง ๆ อย่างครอบคลุม ได้แก่

**๗.๓.๑ สังคมไทยมีแผนการจัดการการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ อย่างมีส่วนร่วม** แผนการจัดการการสื่อสารฯ ดังกล่าว ประกอบด้วยแผนระยะเร่งด่วน ระยะสั้น และระยะยาว พร้อมทั้งกำหนดแผนบูรณาการการจัดการการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภาษา และความเชื่อในระดับบุคคล

**๗.๓.๒ สังคมไทยมีแผนการเสริมพลังภาคประชาชนหลากหลายรูปแบบ** โดยมีการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการใช้ศักยภาพของตนเองและชุมชน เพื่อแสดงการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพสำหรับชุมชนของตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ และบริบทในแต่ละพื้นที่ ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ และสื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

**๗.๓.๓ การมีศูนย์กลางข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ** โดยมีกลไกที่มีกระบวนการในการรวบรวม จัดการ พัฒนา และใช้ประโยชน์จากชุดข้อมูลด้านสุขภาพ จากหน่วยงานด้านสุขภาพทุกภาคส่วน สามารถนำไปอ้างอิงได้ โดยมีเครือข่ายของศูนย์ข้อมูลในทุกระดับ ทั้งระดับชาติ ระดับภูมิภาค ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน ศูนย์กลางฯ ดังกล่าวมีหน้าที่ในการประสานงานเพื่อดำเนินการรวบรวม ตรวจสอบ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ผลิตสื่อ และสื่อสารข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน เข้าใจง่าย เข้าถึงง่าย หลากหลายรูปแบบ เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายครบทุกกลุ่ม และทันต่อสถานการณ์ รวมทั้งมีกระบวนการเฝ้าระวังความเสี่ยง และร่วมตรวจสอบอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

**๗.๓.๔ การมีระบบการสื่อสารอย่างมีปฏิสัมพันธ์ผ่านสื่อที่หลากหลาย** โดยการจัดให้มีช่องทาง หรือพื้นที่ในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ต้องการ อย่างสร้างสรรค์ เปิดเผย โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีความน่าเชื่อถือ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และมุ่งพัฒนาปรับปรุง แนวทางการสื่อสาร สร้างการยอมรับ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่นและชุมชน ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลผ่านสื่อที่หลากหลาย ทั้งสื่อเดิม สื่อใหม่ และสื่อบุคคล รวมทั้งสนับสนุนบทบาทของสื่อชุมชน และสื่อภาคประชาชน ในการมีส่วนร่วมเฝ้าระวัง และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ อย่างถูกต้อง เท่าเทียม และสอดคล้องกับกฎหมาย และจริยธรรมด้านการสื่อสาร

**๗.๓.๕ การมีกลไกในการพัฒนาประชาชนให้เป็นนักสื่อสารสุขภาพที่มีศักยภาพ** โดยมีกระบวนการในการพัฒนาประชาชน เพื่อให้มีทักษะด้านการสื่อสาร และจิตวิทยาการสื่อสาร บนความรับผิดชอบ (responsibility) ต่อตนเองและสังคม และด้วยภาระรับผิดชอบ (accountability) ต่อตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล รวมทั้ง



มีความรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลเทคโนโลยี (Media Information and Digital Literacy: MIDL) ซึ่งประชาชนทุกกลุ่มในสังคมสามารถเป็นนักสื่อสารที่ให้ข้อมูล ร่วมตรวจสอบ และสื่อสารออกไปในเวลาเดียวกัน ด้วยข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ภายในเวลาที่เหมาะสม (timing) มีความโปร่งใส (transparency) และสร้างความเชื่อมั่น (trust) โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายของผู้รับสาร เพื่อสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อันจะนำไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในสังคม กระบวนการดังกล่าวเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เพื่อพัฒนาประชาชนให้เป็นนักสื่อสารที่มีศักยภาพโดยถ้วนหน้า

## ๗.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ จะนำไปสู่การทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้รอบด้าน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับบทบาท หน้าที่ และสิทธิด้านสุขภาพของตนเอง และก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนั้น แนวทางการวัดผลสำเร็จของการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ จึงใช้วิธีการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ๑) การเข้าถึง ๒) ความเข้าใจ ๓) การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน ๔) การตัดสินใจ ๕) การเปลี่ยนพฤติกรรม ๖) การบอกต่อ

โดยวัดผลสำเร็จของการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เมื่อสิ้นสุดปีที่ ๒ ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ และสิ้นสุดปีสุดท้าย (ปีที่ ๕) ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

อาจกล่าวได้ว่า การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพ ให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตน และเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนสามารถสะท้อนข้อมูลที่เป็นความต้องการความจำเป็น ประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขได้อย่างเสมอภาค เท่าเทียม ทัวถึง สอดคล้องกับบริบทด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงและรวดเร็วของปัจจัยแวดล้อมด้านสุขภาพหลายปัจจัย ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในชุมชน (community engagement) เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่ม ได้แสดงบทบาท หน้าที่ และเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างเท่าเทียม

## นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ

๑) การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (health communication) หมายความว่า กระบวนการเผยแพร่ ถ่ายทอด แลกเปลี่ยน และติดต่อกัน เกี่ยวกับข่าวสาร ความรู้ หรือเนื้อหาด้านสุขภาพ ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล

องค์กร หรือรัฐ ผ่านรูปแบบการสื่อสาร และช่องทางที่หลากหลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน

**๒) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** หมายความว่า ระดับสมรรถนะของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ สามารถตัดสินใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดใหม่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ที่อธิบายผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ที่มีต่อการศึกษาด้านสุขภาพ และกิจกรรมด้านการสื่อสาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเรื่องเฉพาะที่เกี่ยวกับเนื้อหา บริบทแวดล้อม และอยู่ภายใต้อิทธิพลของอายุและช่วงวัยของบุคคลเป็นอย่างมาก ด้วยสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรให้ครอบคลุม ที่เคยดำเนินการมา จึงเป็นเรื่องยาก (*Defining, measuring and improving health literacy. Don Nutbeam, 2015.*)

**๓) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ** หมายความว่า ระบบที่ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ระบบคอมพิวเตอร์ ทั้งฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ ระบบเครือข่าย ฐานข้อมูล ผู้พัฒนาระบบ ผู้ใช้ระบบ พนักงานที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ ในสาขาต่าง ๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทุกองค์ประกอบนี้ทำงานร่วมกันเพื่อกำหนด รวบรวม จัดเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูลเพื่อสร้างสารสนเทศและส่งผลลัพธ์ หรือสารสนเทศที่ได้ให้ผู้ใช้เพื่อช่วยสนับสนุนการทำงาน การตัดสินใจ การวางแผน การบริหาร การควบคุม การวิเคราะห์และติดตามผลการดำเนินงานในเรื่องสุขภาพ (ปรับจาก เทคโนโลยีสารสนเทศสถิติ: ข้อมูลในระบบสารสนเทศ. สุชาติ กิระนันท์, ๒๕๔๑.)

## ๘. การผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (การผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข)

### ๘.๑ สถานการณ์ปัญหาและประเด็นท้าทายของการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ โดยทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดให้เป็นหนึ่งใน ๖ องค์ประกอบของระบบสุขภาพ โดยถือว่าเป็นปัจจัยในการกำหนดความสำเร็จและความล้มเหลวในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ทั้งนี้ระบบสุขภาพมิได้ดำเนินการภายใต้บุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่แม้ยังไม่มีกฎหมาย หรือระเบียบต่าง ๆ รองรับ แต่สามารถร่วมให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะในเรื่องบริการปฐมภูมิ งานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ในระดับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างผสมผสานและมีประสิทธิภาพ โดยในที่นี้จะเรียกบุคลากรทั้งสองกลุ่มนี้ว่า “กำลังคนด้านสุขภาพ” สำหรับประเด็นท้าทายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่

#### ๘.๑.๑ โครงสร้างและลักษณะประชากร

ประเทศไทยกำลังย่างเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยในปี พ.ศ. ๒๕๗๙ จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมด ส่งผลต่อภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย นอกจากนี้จำนวนเด็กปฐมวัยที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ยังมีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยกว่าร้อยละ ๒๗.๕ ทำให้วัยแรงงานในอนาคตเสี่ยงที่จะด้อยคุณภาพ และจากสภาวะที่วัยทำงานลดลง อายุเฉลี่ยของวัยแรงงานจึงเพิ่มสูงขึ้นด้วย ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มวัยแรงงานยังมีปัญหาผลิตภาพแรงงานต่ำ อันมีสาเหตุสำคัญจากทักษะและสมรรถนะไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน

#### ๘.๑.๒ ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ระบบเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศไทยอยู่ในภาวะถดถอยในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้การระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา ยิ่งทำให้สภาวะเศรษฐกิจตกต่ำลงอีก ซึ่งในสถานการณ์แบบนี้จะทำให้กำลังซื้อของประชาชนในบริการด้านสุขภาพในภาคเอกชนลดต่ำลง ซึ่งอาจจะส่งผลให้ประชาชนหันกลับมาใช้บริการสุขภาพของภาครัฐเพิ่มขึ้น เหมือนในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. ๒๕๔๐

นอกจากนี้รายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะรายจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ รายจ่ายระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐมีอัตราเพิ่มที่เร็วกว่าอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ระบบหลักประกันสุขภาพยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ยังขาดประสิทธิภาพ กลไกการบริหาร

จัดการและระบบฐานข้อมูลยังคงแยกส่วนกันในแต่ละระบบ ส่งผลต่อการจัดบริการที่เป็นเอกภาพ ทั้งด้าน สิทธิประโยชน์ อัตราการเบิกจ่ายและคุณภาพบริการ เหล่านี้นำไปสู่การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ซึ่งหากมีการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการและการเบิกจ่าย ล้วนส่งผลต่อทิศทางการดำเนินงานของหน่วยบริการ การวางแผนกำลังคนในส่วนผู้ให้บริการ จึงต้องติดตามสถานการณ์เหล่านี้อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ หากการปฏิรูประบบดังกล่าวสามารถดำเนินการร่วมกันก็จะทำให้ปิดช่องว่างของการวางแผนระบบบริการได้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นที่ต้องมีกลไกของทั้งสองระบบที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ดำเนินการร่วมกันในการกำหนดทิศทางการพัฒนา ระบบสุขภาพในระดับประเทศ

### ๘.๑.๓ ระบาดวิทยาของโรค

คนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต สาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังพบปัญหาสุขภาพจิต และอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องการการจัดการในระดับนโยบาย ไม่เพียงเฉพาะการจัดระบบบริการสาธารณสุขรองรับที่ปลายเหตุ ซึ่งสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานในระดับดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เป็นรูปธรรม

นอกจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ (new emerging diseases) เป็นระยะ ตั้งแต่โรคซาร์ มาจนถึงการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่งผลให้เกิดความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพของบางสาขาในจำนวนที่เพิ่มขึ้น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

### ๘.๑.๔ ลักษณะทางสังคม

ขนาดครอบครัวที่เล็กลง ทำให้ระบบเกื้อกูลในครอบครัวในอนาคตจะเปลี่ยนไป เมื่อผนวกรวมกับสังคมสูงอายุ จึงต้องพิจารณาถึงระบบบริการทางสังคมที่จะรองรับสภาวะเช่นนี้ การหวังพึ่งจิตอาสาควรทบทวนรูปแบบและกระบวนการดำเนินงาน เนื่องจากการปัญหาการขาดแคลนผู้ที่มีจิตอาสาที่แท้จริงทั้งจำนวนและคุณภาพ

### ๘.๑.๕ โครงสร้างเชิงกายภาพ

ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท ในส่วนโครงสร้างพื้นฐาน พบว่า ระบบโลจิสติกส์ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ยังมีปัญหาการกระจายบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีการกระจุกในพื้นที่เมือง แต่ทั้งนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบโลจิสติกส์อย่างชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของสังคมเมืองในอนาคตอันใกล้นี้ ดังนั้น มาตรการการสรรหาและดำรงรักษากำลังคนในระบบบริการภาครัฐในรูปแบบเดิมอาจไม่เหมาะสมอีกต่อไป จำเป็นต้องทบทวนและค้นหามาตรการใหม่ ๆ เพื่อรองรับลักษณะเชิงกายภาพที่กำลังเปลี่ยนไป

### ๘.๑.๖ โลกาภิวัตน์

การเชื่อมต่อของโลกอาจนำมาซึ่งการติดต่อของโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน รวมถึงภาวะโลกร้อนทำให้เกิดอุบัติภัยทางธรรมชาติที่รุนแรงมากขึ้น แต่การย้ายถิ่นของประชากรและการเคลื่อนย้ายของแรงงานเข้าประเทศ อาจเป็นประโยชน์เพื่อชดเชยการขาดแรงงานจากโครงสร้างประชากรสูงวัย แต่การเข้าสู่

สังคมสูงวัยของโลกก็เป็นโอกาสสำหรับประเทศไทยในการพัฒนาสินค้าและนวัตกรรมใหม่ ๆ รวมทั้งการบริการทางการแพทย์และการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ธุรกิจ nursing home ธุรกิจด้านโรงแรมและการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการแข่งขันในตลาดโลกจะมีความรุนแรงขึ้น ทั้งนี้การที่ไทยมีตำแหน่งที่ตั้งที่สามารถเป็นจุดเชื่อมโยงและกระจายความเชื่อมโยงที่สำคัญในภูมิภาค (gateway to Asia) เป็นข้อได้เปรียบที่ทำให้ไทยสามารถเป็นฐานการผลิตและบริการสำคัญที่หลากหลาย ทำให้ได้เปรียบในการพัฒนาบริการเพื่อสร้างการแข่งขัน ได้แก่ โครงการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ของภูมิภาค (medical hub)

#### ๘.๑.๗ กลไกการกำกับดูแล

ประสิทธิภาพภาครัฐต่ำ กฎระเบียบล่าช้า ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากระบบบริหารราชการแบบแนวตั้ง รวมศูนย์การบริหารงานไว้ที่ส่วนกลาง ภาครัฐมีขนาดใหญ่และรายจ่ายประจำเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง งบประมาณมีสัดส่วนสูง รวมทั้งโครงสร้างภาครัฐในปัจจุบันยังขาดระบบการทำงานลักษณะประชารัฐที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายแบบบูรณาการกับหน่วยงานหรือภาคส่วนอื่น ๆ

ส่วนการบริหารงานส่วนท้องถิ่น ยังมีปัญหาความไม่ชัดเจนในการแบ่งภารกิจให้เหมาะสมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การถ่ายโอนบุคลากรระหว่างส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่นยังไม่คล่องตัว มีการถ่ายโอนภารกิจให้กับท้องถิ่นที่ยังไม่มีความพร้อมเพียงพอ

เพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจในส่วนการจัดบริการสุขภาพสู่ท้องถิ่นสามารถเกิดขึ้นเต็มรูปแบบ จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการวางแผนจัดการทรัพยากรในพื้นที่ที่เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดของการวางแผนระบบบริการในระดับประเทศ แต่สามารถปรับรายละเอียดที่มีความจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ เช่น รูปแบบการจัดบริการระยะยาวที่เหมาะสมตามลักษณะของประชากรและหน่วยงานผู้ให้บริการในพื้นที่

#### ๘.๑.๘ เทคโนโลยี

เทคโนโลยีที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันจะเป็นโอกาสทางธุรกิจและการดำรงชีวิตของคนได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น เช่น เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ จากกลุ่มเทคโนโลยีดิจิทัลและคอมพิวเตอร์ ทำให้ลดการใช้งานมนุษย์ในบางประเภทงาน เช่น งานเอกสารและธุรการ เป็นต้น การมีเทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ ๆ เช่น บริการ telemedicine การพัฒนา smart medical device สำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบติดตาม/กั้นกรอง/กำกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะทาง social media เพื่อให้มีข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภค

แต่ก็มีความเสี่ยงของผลเชิงลบ จากการที่ประชาชนบางส่วนปรับตัวไม่ทันหรือขาดความรู้และทักษะที่ทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานร่วมกับเทคโนโลยีก้าวหน้า ทำให้มีความเสี่ยงต่อความมั่นคงและคุณภาพชีวิต อีกทั้ง ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทั้งในเชิงพื้นที่และระดับรายได้ อุปสรรคสำคัญ คือ การที่ประเทศไทยยังคงต้องพึ่งพาการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศสูง ยังไม่สามารถเป็นผู้สร้างเทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีขั้นสูงได้เอง จำเป็นต้องปรับตัวจากผู้เป็นผู้ใช้เป็นผู้พัฒนาเทคโนโลยี

โดยเฉพาะกลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มเทคโนโลยีที่ไทยอาจยังไม่เข้มแข็งมากนัก แต่มีความจำเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต

#### **๘.๑.๙ ระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพ**

ปัญหาสำคัญในการวางแผน และติดตาม กำกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย คือ ระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพยังขาดความสมบูรณ์ และกระจุกกระจาย อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน อีกทั้งข้อมูลที่อยู่ในภาคเอกชน ยังเข้าถึงได้ยาก สาเหตุหลักคือ ขาดกลไกนโยบายที่จะเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลต่าง ๆ ให้มีเอกภาพ อย่างเป็นระบบ ในอันที่จะนำข้อมูลมาวางแผนเชิงนโยบายในการบริหารจัดการกำลังคนให้มีการกระจายอย่างเป็นธรรม

### **๘.๒ เป้าหมายของการผลิตและการพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”**

ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต้องมีความเหมาะสมด้วย ดังนั้น การจัดทำแผนพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ควรครอบคลุมกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงมีการวางแผนความต้องการ การผลิต และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ประเทศไทยและยุทธศาสตร์ชาติ รวมทั้งสามารถตอบสนองทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและความท้าทายในอนาคต โดยกำหนดให้มีเป้าหมายในภาพรวมดังนี้

**๘.๒.๑ การกระจายบุคลากรระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็นธรรม** มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ ทั้งในส่วนที่เป็นผู้ให้บริการโดยตรง (health services) และ ผู้ที่เกี่ยวข้อง (non-health services) ให้มีคุณลักษณะที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน และมีการบริหารจัดการกำลังคนแบบมีส่วนร่วมที่สามารถตอบสนองกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยเน้นการบริหารจัดการ stock และ flow ของกำลังคนที่จะมารองรับระบบสุขภาพ ตลอดจนรักษา (retain) กำลังคนเหล่านั้นให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขในระบบ

**๘.๒.๒ การปรับการทำงานจากการทำงานเชิงกายภาพไปสู่การทำงานแบบดิจิทัล (physical towards digital)** โดยการกระจายคนจากส่วนกลางไปสู่ระดับพื้นที่ (centralize towards area-based) และการทำงานที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) และ inclusiveness มากขึ้น

๘.๒.๓ ระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ มีศักยภาพและขีดความสามารถในการผลิต และพัฒนากำลังคนที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต

๘.๒.๔ มีระบบติดตามประเมินผลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ มีระบบและกลไกในการติดตาม และประเมินผลในการดำเนินนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่มีเอกภาพและบูรณาการ

### ๘.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว มาตรการที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี มีดังนี้

#### ๘.๓.๑ สร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ เป็นกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในสังคมประชาธิปไตยที่สังคมทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วม ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ทำให้การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ยังขาดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกัน ดังนั้น การสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

##### ๑) จัดทำระบบอภិบาลเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาให้เกิดกลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่เป็นสิ่งจำเป็น จำเป็นต้องจัดให้มีกลไกอภิบาลในพื้นที่ ที่มีการประสานให้องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคเอกชน ท้องถิ่นและประชาสังคม บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

##### ๒) วางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพโดยใช้ปัญหาของพื้นที่เป็นหลัก

เพื่อให้การกำหนดทิศทางการวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

##### ๓) สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจากบุคคล/กลุ่มบุคคล นอกสายงานด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพจำเป็นต้องมองในภาพที่กว้างกว่าบุคลากรสายวิชาชีพด้านสาธารณสุข แต่หมายรวมถึงบุคลากรอื่น ๆ ที่จะมาช่วยสนับสนุนด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานสร้างเสริมสุขภาพ หรืองานที่จะสร้าง

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ให้กับประชาชน เช่น ในกลุ่ม อสม. อาสาสมัครต่าง ๆ นักสังคมสงเคราะห์ นักการศึกษา อีกทั้ง ผู้ดูแลในชุมชนจะมีบทบาทสูงมาก โดยเฉพาะในบริบทของสังคมสูงวัย

### ๘.๓.๒ การปฏิรูประบบการจ้างงานกำลังคนในระบบสุขภาพที่มีความหลากหลาย

เนื่องด้วยการจ้างงานแบบข้าราชการในภาครัฐมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก มีปัญหาทั้งในแง่ประสิทธิภาพ และเป็นภาระทางงบประมาณของประเทศ เพื่อเป็นการปรับบทบาทให้การทำงานของภาครัฐมีประสิทธิภาพและมีความคล่องตัวมากขึ้น ดังนั้น จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบการจ้างงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาครัฐ เพื่อให้มีความหลากหลาย เกิดความยืดหยุ่น ความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับลักษณะของงานบริการในอนาคต

### ๘.๓.๓ พัฒนารูปแบบการใช้ digital health

การเพิ่มการใช้ digital health มาในระบบบริการ ให้มีความสอดคล้องกับหมวดบริการต่างๆ จะช่วยลดจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพลงได้

### ๘.๓.๔ ปรับกลไกการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ ในอนาคต

ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงมีความท้าทายในด้านความเชื่อมโยงระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ การบูรณาการข้ามศาสตร์ กระบวนการผลิต การวางแผนการจัดการศึกษา การดำเนินการ การประเมินผลโดยใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และอาศัยกลไกความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน เพื่อให้ประเทศไทยมีกำลังคนอย่างพอเพียง มีการกระจายอย่างเท่าเทียม และมีสัดส่วนที่เหมาะสมเพื่อระบบการดูแลสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และครอบคลุม ลดความเหลื่อมล้ำเป็นธรรม ตลอดจนตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต โดยองค์ประกอบของการปรับกลไกการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ควรมีดังนี้

๑) มุ่งเป้าการผลิตในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประเทศให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

กลไกการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในอนาคตจำเป็นต้องมีเป้าหมายตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของประเทศ นอกเหนือจากการผลิตบุคลากรในกลุ่มของวิชาชีพแล้ว การให้ความสำคัญกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพเป็นส่วนสำคัญ ที่จะทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า อีกทั้งระบบการผลิตจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับการนำคนที่มีภูมิปัญญาในพื้นที่เข้ามาเรียน เพื่อที่จะส่งเสริมการอนุรักษ์บุคลากรในพื้นที่ในระยะยาว

๒) ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่จำเป็นที่จะตอบสนองการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ  
ในอนาคต



ในการที่จะสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ มีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในบางสาขาที่จะตอบสนองการพัฒนาประเทศในอนาคต เช่น ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้าน medical informatics เป็นต้น

#### ๓) สร้างความเข้มแข็งในการเพิ่มศักยภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ

ในการที่จะปรับตัวให้เข้ากับพลวัตการเปลี่ยนแปลง สมรรถนะของกำลังคนด้านสุขภาพ จำเป็นต้องมีความปรับตัวเช่นกัน การพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในเรื่องการ up-skill และ re-skill มีความจำเป็นอย่างยิ่ง การศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีระบบการเติมความรู้ (Continuous Professional development – CPD) ที่จำเป็นในรูปแบบที่หลากหลายทั้งการเรียนเต็มระบบ (full-course training) และ การอบรมระยะสั้น (short-course training)

### ๘.๓.๕ จัดทำระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพ

ระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ยังขาดกลไกนโยบายและทรัพยากร ในการสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอและต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม และขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ ความถูกต้อง ขาดการบูรณาการข้อมูลในแต่ละส่วนอย่างเป็นระบบ ตลอดจนไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ เนื่องจากการขาดมาตรฐานข้อมูล อีกทั้งยังเกิดปัญหาในการเข้าถึง และการใช้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำข้อมูลมาวางแผนเชิงนโยบาย

#### ๑) พัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

จัดทำตัวชี้วัดที่สำคัญในการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการตัดสินใจในเชิงนโยบาย โดยตัวชี้วัดหลักดังกล่าวจำเป็นต้องครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต (life cycle) ของกำลังคนด้านสุขภาพ ตั้งแต่การผลิต จนถึงการเข้าสู่ตลาดแรงงานด้านสุขภาพ

#### ๒) พัฒนา digital platform การเชื่อมโยงฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ

ดังนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่กระจายตามหน่วยงานต่างๆมีความสมบูรณ์อยู่ในระดับหนึ่ง ดังนั้นการจัดการจึงไม่ใช่การทำฐานข้อมูลขึ้นมาใหม่ แนวทางที่สำคัญ คือ การเชื่อมโยงข้อมูลในฐานต่าง ๆ ได้แก่ ฐานข้อมูลของสภาวิชาชีพ สถาบันการศึกษา หน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชน โดยใช้เทคโนโลยีมาช่วย โดยสามารถต่อยอดจากโครงการบูรณาการข้อมูลสุขภาพของ ๔ กระทรวงหลักที่ดำเนินการอยู่แล้ว เพื่อให้ได้มีข้อมูลที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และทันต่อการติดตามและตัดสินใจเชิงนโยบาย ภายใต้ชุดข้อมูล ตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐาน และจัดการโดยหน่วยงานที่มีเอกภาพ โดยเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความเข้าใจในตลาดแรงงาน (healthcare market) ของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศจะต้องมีการเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลผู้ผลิต ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน และจะต้องเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของสภาวิชาชีพ

## ๘.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินการ จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดความสำเร็จในช่วงต่างๆดังนี้

|   | ระยะ ๑ ปี  | ระยะ ๓ ปี  | ระยะ ๕ ปี  |
|---|--|--|--|
| ๑. มีการกระจายบุคลากรระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็นธรรม                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำกลไกวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนในระดับเขตสุขภาพ</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>สัดส่วนความหนาแน่นกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาสำคัญระหว่างพื้นที่กทม. และพื้นที่ที่หนาแน่นน้อยที่สุดดีขึ้นร้อยละ ๒๐</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>สัดส่วนความหนาแน่นกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาสำคัญระหว่างพื้นที่กทม. และพื้นที่ที่หนาแน่นน้อยที่สุดขึ้นร้อยละ ๕๐</li> </ul> |
| ๒. ระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ผลิต และผู้ใช้งาน ทั้งในภาพรวมประเทศ และระดับพื้นที่</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินตามแผนที่วางไว้อย่างสมบูรณ์</li> </ul>  |
| ๓. มีระบบติดตามประเมินผลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>มี digital platform การเชื่อมโยงข้อมูล</li> <li>มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่</li> </ul>          |

## ๙. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

### ๙.๑ สถานการณ์ปัญหาและความท้าทายของการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ประเทศไทยมีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและได้ถูกจัดเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางชั้นสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product-GDP) ๓๗๐ พันล้านเหรียญสหรัฐ และได้เพิ่มขึ้นเป็น ๕๔๔ พันล้านล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ อย่างไรก็ตามการเติบโตทางเศรษฐกิจมีอัตราการลดลงจากร้อยละ ๔.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นร้อยละ ๒.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และด้วยสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างรุนแรงทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจลดลงเหลือร้อยละ -๖.๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ธนาคารโลกประมาณการเศรษฐกิจจะเติบโตร้อยละ ๓.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ และร้อยละ ๔.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖

คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้จัดทำข้อเสนอการคลังสุขภาพ โดยมีเป้าประสงค์ ๔ ประการ ได้แก่ ความยั่งยืน (Sustainability) ความเพียงพอ (Adequacy) ความเป็นธรรม (Fairness) และความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) หรือเรียกชื่อย่อว่า S-A-F-E การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ สาระหมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพได้พิจารณาเห็นว่าข้อเสนอ S-A-F-E ยังคงมีความสำคัญอยู่ จึงนำมาปรับใช้ดังนี้

**ด้านความยั่งยืนและความเพียงพอ** ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure-THE) ร้อยละ ๔.๑ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure-GGHE) คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕ ของรายจ่ายของรัฐบาลทั้งหมด (General Government Expenditure-GGE) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อเสนอ S-A-F-E ได้กำหนดเป้าหมายความยั่งยืน ให้ THE ไม่เกินร้อยละ ๕ ของ GDP และมี GGHE ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของ GGE ตัวเลขสถานการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพไม่เกินเป้าประสงค์ที่กำหนด ภาครัฐยังมีความสามารถใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้นได้ ในขณะที่เป้าหมายความเพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ได้มีการกำหนดให้มี THE ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓.๗ ของ GDP และ GGHE ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๔.๙ ของ GGE จากข้อมูลเปรียบเทียบ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

**ด้านความเพียงพอ** ยังมีตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติการณ์ของคร้วเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (catastrophic health expenditure) ซึ่งหมายถึง รายจ่ายสุขภาพของคร้วเรือนเกินกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้ทั้งคร้วเรือน มีแนวโน้มลดลง โดยมีค่าร้อยละ ๑.๙๓ ของคร้วเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และอุบัติการณ์ของคร้วเรือนที่ต้องกลายเป็นคร้วเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (health impoverishment) มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน มีค่าร้อยละ ๐.๒๙ ของคร้วเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยมีเป้าหมายให้อุบัติการณ์ของครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ ๒.๓ ของครัวเรือนทั้งหมด และอุบัติเหตุการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ ๐.๔๐ ของครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ตามข้อเสนอของคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**ด้านความเป็นธรรม** จากข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๖๒ พบว่า การคลังสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวมมีลักษณะก้าวหน้า (progressivity) เนื่องจากมีสัดส่วนจากภาษีมาก กล่าวคือ คนรวยเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพสูงกว่าคนจน เมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่าย คนจนมีสัดส่วนของการได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณของภาครัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าคนรวยเล็กน้อย ทั้งในบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในโรงพยาบาลทุกระดับ ยกเว้นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่กลุ่มคนรวยได้รับประโยชน์มากกว่าทั้งในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

โดยด้านความเป็นธรรม ยังมีตัวชี้วัดที่น่าสนใจ ได้แก่ ความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) ในบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรม พบว่า มีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ ๒.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๒.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และลดลงเหลือร้อยละ ๒.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีเหตุผล ๓ อันดับแรก คือ รอนาน ไม่มีเวลาไปรับบริการ และเดินทางไม่สะดวก ห่างไกล นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาตามระดับเศรษฐฐานะ พบว่า กลุ่มประชากรที่ยากจนที่สุด (Q1) มีระดับ unmet health need ที่สูงกว่าประชากรในเศรษฐฐานะอื่นอย่างเห็นได้ชัด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประชากรกลุ่มยากจนที่สุด (Q1) มีระดับ unmet health need ที่สูงกว่าประชากรกลุ่มที่รวยที่สุด (Q5) ถึงสองเท่า คือ ร้อยละ ๓.๘ และ ๑.๘ ตามลำดับ

นอกจากนี้จากสถานการณ์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรไทยยังมีความแตกต่างกันระหว่าง ๓ สิทธิประกันสุขภาพหลัก ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คิดเป็น ๑๓,๖๐๐ บาทต่อคนต่อปี สิทธิประกันสังคม คิดเป็น ๔,๙๗๖ บาทต่อคนต่อปี และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) คิดเป็น ๔,๐๕๕ บาทต่อคนต่อปี โดยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ยังครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับคนไทยทุกคน ทั้งสามกองทุน ไม่ใช่เฉพาะผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย

สำหรับประเด็นสุขภาพของประชากรข้ามชาติ และผู้ที่ไม่ใช่เลขประจำตัว ๑๓ หลัก ประมาณการว่ามีจำนวน ๓.๕ ล้านคน การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ทำให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลสุขภาพของทุกคนบนพื้นแผ่นดินไทยชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อโรคติดต่อไม่เลือกสัญชาติในการแพร่ระบาด โดยเฉพาะการควบคุมโรค เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ วัณโรค และการให้วัคซีน เพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ ในเด็ก การให้บริการส่งเสริมและป้องกันโรค จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องกำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับนี้ ซึ่งปัจจุบันมีระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชากรต่างชาติ ๓ ระบบ ได้แก่ ๑) ประกันสังคม สำหรับแรงงานที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย ๒) บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ สำหรับแรงงานที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ๓) โครงการกองทุนประกัน

สุขภาพเพื่อกลุ่มคนต่างชาติ ในพื้นที่รอยต่อชายแดน เช่น ตาก และสระแก้ว ปัญหาสำคัญคือ กลุ่มแรงงานนอกระบบที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ

การให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติที่มีกำลังซื้อสูงเป็นแหล่งรายได้ของประเทศ นโยบายรัฐบาลเน้นให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical hub) ที่ทำให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์/สุขภาพ (medical tourism) เติบโตต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จนมีจำนวนนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมากถึง ๓.๔๒ ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ นอกจากนี้ภาครัฐยังมีการสนับสนุนในแผนยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (๒๕๖๐-๒๕๖๙) ด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น การขยายเวลาในการพำนักในไทยเพื่อการรักษาพยาบาลของชาวต่างชาติ นโยบายเหล่านี้เป็นแรงหนุนให้ผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนมีการลงทุนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อขยายตลาดไปสู่กลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่ตามมาอาจทำให้ทรัพยากรบุคคลไหลไปสู่ภาคเอกชนการกระจุกตัวของทรัพยากรทางการแพทย์ในพื้นที่เมืองมากกว่าชนบท และเกิดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการของประชาชนในที่สุด

## ๙.๒ เป้าหมายของการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

๙.๒.๑ บูรณาการกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีความเป็นเอกภาพ เป็นธรรม เพียงพอ และการเงินการคลังมีความยั่งยืน

๙.๒.๒ ปรับปรุงระบบการเงินการคลังให้สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนางานด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้

๙.๒.๓ พัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อให้แรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนวัคซีน และให้มีระบบประกันสุขภาพกรณีการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ

๙.๒.๔ สร้างการรับรู้และตระหนักรู้ในหน้าที่ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และหลักการทุกนโยบายห่วยสุขภาพ (HiAP) โดยนโยบายสาธารณะของภาคส่วนต่าง ๆ ให้มีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน

๙.๒.๕ พัฒนานโยบายการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจและกำลังจ่ายของประชาชน เพื่อป้องกันมิให้ใช้บริการโดยปราศจากเหตุผล และไม่ใช่อุปสรรคและสร้างความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น พัฒนานโยบายการร่วมจ่ายจากหน่วยงานองค์กรหรือผู้ประกอบการรวมภาครัฐและเอกชน ที่สร้างผลกระทบเป็นมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชน

## ๙.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

๙.๓.๑ การบูรณาการกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีกลไกหลักในการบริหารจัดการทางการเงินการคลังสุขภาพระดับชาติ รวมทั้งชุดสิทธิประโยชน์หลักและกลไกการจ่ายที่ใช้ร่วมกันระหว่างกองทุน และมีการบูรณาการระบบฐานข้อมูลการเบิกจ่ายร่วมกันและมีมาตรฐานเดียว

๙.๓.๒ ในคนต่างด้าวทุกคนที่เข้ามาในประเทศไทย ต้องมีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยมีทางเลือกรูปแบบต่าง ๆ

๙.๓.๓ มีกลไกการออกแบบเชิงระบบ (system design) ที่เชื่อมโยงประเด็นทางการเงินการคลังเข้ากับระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ

๙.๓.๔ มีกลไกการติดตามตัวชี้วัดตามหลักการ S-A-F-E และการพัฒนาตัวชี้วัด S-A-F-E ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

## ๙.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในระยะ ๕ ปี

### ในระยะ ๑ ปี

๑) กำหนด road map เพื่อบูรณาการระบบการเงินการคลังใน ๓ กองทุน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ

### ในระยะ ๓ ปี – ๕ ปี

๒) นำ road map ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามเป้าประสงค์ ของกิจกรรมปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้อง

## ข้อเสนอตัวชี้วัดของการเงินการคลังด้านสุขภาพ

อ้างอิง ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (S-A-F-E) ที่ได้จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่กำหนดตัวชี้วัดจำนวน ๑๑ ตัวชี้วัด และเพิ่มเติม อีก ๔ ตัวชี้วัด (ข้อ ๘, ๙, ๑๐, ๑๔) รวมเป็น ๑๕ ตัวชี้วัด ดังนี้

### S - Sustainability ความยั่งยืน

๑) รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่เกินร้อยละ ๕ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)

๒) รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของรายจ่ายของรัฐบาล (GGE)

## A - Adequacy ความเพียงพอ

๓) รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒) คือ ร้อยละ ๔.๑ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) (หรือ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓.๙ ของ GDP)

๔) รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๑๖.๕ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒) (หรือ รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพที่ไม่รวมงบลงทุน (GGHE-D) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕.๕ ของ GDP)

๕) รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และ รายจ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๘.๗ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒) (หรือร้อยละ ๘.๕ ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (CHE))

๖) Catastrophic อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๑.๙๗ ของครัวเรือนทั้งหมด (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒)

๗) Impoverishment อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๐.๒๙ ของครัวเรือนทั้งหมด (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒)

๘) ความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) ของบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และทันตกรรมโดยรวม ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ ๒.๖ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒)

## F - Fairness ความเป็นธรรม

๙) ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis-FIA) มีความก้าวหน้า ไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒) ที่มี Kakwani index เมื่อวัดจากรายได้ คือ +๐.๑๑๘๖ และ เมื่อวัดจากรายจ่ายครัวเรือน คือ +๐.๒๑๖๑

๑๐) การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากการได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ (Benefit incidence analysis: BIA)

๑๑) เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๔ โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น ๗ เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ

๑๒) มีระบบที่สร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอีกทั้งต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

๑๓) บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

๑๓.๑) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลักร้อยละ  $\pm ๑$

๑๓.๒) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

๑๔) มีการวางแผนออกแบบการเงินการคลังเพื่อดูแลงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก อย่างเป็นระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น และมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยมีทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ

#### **E - Efficiency ความมีประสิทธิภาพ**

๑๕) เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป

๑๕.๑) ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (close ended budget)

๑๕.๒) ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (efficient reimbursement and price control system)

๑๕.๓) ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (collective purchasing power)

๑๕.๔) มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (government intervention) อย่างเหมาะสม



## ๑๐. สุขภาพจิต

### ๑๐.๑ สถานการณ์ปัญหา/ประเด็นท้าทายของสุขภาพจิต

การสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้นมา โดยความร่วมมือกันระหว่าง สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของประชาชนไทยอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ช่วงคะแนนระหว่าง ๒๗ ถึง ๓๒ จากคะแนนเต็ม ๔๕) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ๓๓.๐๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๓๓.๓๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แล้วลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ (๓๒.๑๐) และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (๓๓.๕๙) หลังจากนั้น คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ (๓๑.๕๖) อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอีก (๓๓.๕๓)

รายงานการจัดอันดับอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศทั่วโลกในปี ๒๕๖๒ ของ World Population Review และข้อมูลการฆ่าตัวตายจาก ๑๘๓ ประเทศทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย ๑๔.๔ คนต่อประชากรแสนคน จัดเป็นอันดับที่ ๓๒ ของโลก ส่วนรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย โดยใช้ฐานข้อมูลจากใบมรณะบัตรเท่านั้น (ซึ่งแตกต่างจากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก) ซึ่งข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๓ คิดเป็น ๖.๓๒ ๖.๖๔ และ ๗.๓๗ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยสาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเรื้อรัง และในช่วงที่เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ นี้ พบว่า ปัจจัยเรื่องปัญหาเศรษฐกิจมีอิทธิพลมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบาง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และกลุ่มประชาชนที่ตกงาน

สำหรับในกลุ่มเด็กและเยาวชน จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า เด็กอายุระหว่าง ๓-๔ ปี มีพัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จักตัวเลขต่ำที่สุด (๖๐.๙) และมีพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ต่ำ (๘๔.๘) เมื่อเทียบกับพัฒนาการด้านการเรียนรู้ (๙๙.๑) และด้านกายภาพ (๙๙.๐) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและปัญหาทางสุขภาพจิตในอนาคต ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น เด็กและเยาวชน ๗ ใน ๑๐ คน ที่เข้าร่วมการสำรวจ โดยองค์การ UNICEF ประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เห็นว่าวิกฤติการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ นี้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของตนเอง ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น

ปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดความเครียดสูง มีผลต่อการเพิ่มความรุนแรงในครอบครัว (domestic violence) และสังคม (social violence) พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากการถูกทำร้าย/ทารุณกรรม (abuse) ทั้งทางร่างกาย (physical abuse) ทางจิตใจ (emotional abuse) ทางเพศ (sexual

abuse) รวมทั้ง การทอดทิ้ง (neglect) รวมถึงกรณีการกลั่นแกล้งรังแก (bully) และการถูกล่วงละเมิด (harassment) ซึ่งจะทิ้งร่องรอยของการบาดเจ็บ (trauma) และความเสียหายต่อร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และทางสังคม ตลอดจนการเจริญเติบโตและพัฒนาการในเด็ก มีผลให้สังคมมีแนวโน้มกระทบกระทั่งกันง่ายมากขึ้น และจากการศึกษาของเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า ประชาชนจำนวนหนึ่งหันไปใช้สารสนเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายให้สามารถปรับอารมณ์ให้เป็นไปในระดับที่พึงประสงค์ชั่วคราว ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาพบว่า ผู้ติดยาเสพติด ในประเทศ สูงถึง ๑.๔ ล้านคน แต่สามารถเข้าระบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดประมาณ ๒๐๐,๐๐๐ คน สะท้อนภาพว่า ผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ทั้งนี้ในระยะยาว จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต จากข้อมูลของสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบการสูญเสียความบกพร่องทางสุขภาพ ในเพศหญิงจะพบความผิดปกติของการรับรู้ และโรคซึมเศร้า ส่วนในเพศชายพบความผิดปกติทางจิต

ระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทย เน้นความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพจิตที่บูรณาการ เข้ากับระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (service plan) ซึ่งมีโครงสร้างการจัดบริการสุขภาพจิตกระจายอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ ทั้งหน่วยบริการจิตเวชและหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ ตลอดจนหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้เพิ่มขึ้น ตามสถิติ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึง ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๖ ๖๐.๐ และ ๖๕.๓ ตามลำดับ อันส่งผลให้ การติดตามดูแลในระยะ ๑ ปี เพื่อป้องกันการกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๕ ๙๖.๘ และ ๙๘.๓ ตามลำดับ รวมทั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่สำคัญสามารถเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงมากขึ้น จากสถิติการเข้าถึงบริการในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เทียบกับ พ.ศ. ๒๕๖๔ โรคจิตเภท เพิ่มจากร้อยละ ๗๘.๙๒ เป็นร้อยละ ๑๐๐ โรคซึมเศร้า เพิ่มจากร้อยละ ๖๑.๒๐ เป็นร้อยละ ๘๓.๕๔ และโรคสมาธิสั้น เพิ่มจากร้อยละ ๑๗.๐๘ เป็นร้อยละ ๓๒.๓๖ นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยยังให้ความสำคัญกับการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๙๙.๒๐

การเผชิญกับการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ต่อเนื่องยาวนาน มีผู้เสียชีวิตและผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนมีความเครียด ความวิตกกังวล และความตื่นตระหนก จากการมีข่าวลวงเกิดขึ้น (fake news) สถิติจากการเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพจิตประชาชนไทย ในประเด็นความตื่นตระหนก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า ค่าเฉลี่ยของความตื่นตระหนกของประชาชนไทย มีค่าแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยสูงสุดที่ ๔.๗๓ ในการระบาดรอบเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ และเมื่อสถานการณ์คลี่คลายลงในเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ค่าเฉลี่ยความตื่นตระหนกลดลงเหลือ ๓.๘๓

แต่ยังคงสูงกว่าในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ในช่วงที่พบผู้ติดเชื้อรายวันน้อยมาก อันเป็นผลจากความไม่เข้าใจการระบาดของโรค ทำให้ประชาชนมีความตระหนกและปรับตัวได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคของปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยกรมสุขภาพจิต พบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ๖๕.๕๙ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และยังพบสัดส่วนของประชาชนสูงมากกว่าร้อยละ ๑๐ ที่มีค่าเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

จากสถานการณ์การระบาดนี้ ส่งผลให้มีผู้ที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยญาติ ผู้สูญเสีย กลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งบุคลากรสุขภาพเองที่เริ่มมีภาวะเครียดและอ่อนล้า นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อในระยะยาว คือ ผู้ป่วย Long COVID-19 ที่เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อ สะท้อนถึงประชาชนจำนวนมากมีปัญหาสุขภาพจิต และต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม กรมสุขภาพจิต จึงได้จัดทำนวัตกรรม Mental Health Check In เพื่อให้ประชาชนสามารถคัดกรองสุขภาพจิตและดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ใน ๔ ประเด็น ได้แก่ ความเครียด โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และจัดให้ผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตได้รับการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือดูแลและเยียวยาจิตใจตามกระบวนการ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งในและนอกระบบสุขภาพ

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดอันตรายร้ายแรง ที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายหรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการทุเลาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ผ่านการขับเคลื่อนงานในรูปแบบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิสาขาต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของประเทศ ผ่านแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) เฉกเช่นเดียวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ขับเคลื่อนงานผ่านธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ในรูปแบบการรวมพลังจากทุกภาคส่วน ทั้งรัฐ เอกชน ประชาสังคม เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วม โปร่งใส และสามารถตรวจสอบการดำเนินงานได้ ทั้งนี้ กลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติดังกล่าว มุ่งให้เกิดการอภิบาลระบบสุขภาพจิตที่ดี ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ ให้เกิดความเป็นธรรม ทัวถึง และเท่าเทียม โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยจะสามารถจัดบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชได้เพิ่มขึ้น แต่สถานะทางสุขภาพจิตของคนไทยยังคงเป็นปัญหาอยู่ ไม่ว่าจะในประเด็นคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย ที่ยังมีรูปแบบขึ้นลง ปัญหาการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน และปัญหา

สุขภาพจิตที่มากพร้อมกับปัญหาสุราและสารเสพติด ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นผลกระทบจากภาวะวิกฤติ การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ดังนั้น ช่องว่างของปัญหาสุขภาพจิตที่ยังคงมีอยู่ในประเทศไทย คือ ประชาชนส่วนหนึ่งยังไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม ส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพจิต อันเกิดจากอุปสรรคในช่วงการระบาดของโรค และส่วนหนึ่งไม่สามารถฟื้นคืนความเข้มแข็งทางใจให้กลับมาเป็นปกติสุขได้ ดังนั้น การบูรณาการงานดูแลสุขภาพจิตร่วมกับงานดูแลสุขภาพกาย จึงเป็นเรื่องที่ทำนายในภาวะที่บุคลากรสาธารณสุขมีภารกิจหลักในการดูแลสุขภาพประชาชน ให้ปลอดภัยจากสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ดังนั้นประเด็นสุขภาพจิตที่ต้องดำเนินการในระยะ ๕ ปีนี้ คือ การรวมพลังทางสังคมทุกภาคส่วน ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ ทั้งองค์กรภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาคเอกชน ตลอดจนภาคประชาสังคม ในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกัน ก่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการบูรณาการระบบสุขภาพจิตกับระบบสุขภาพกาย ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ด้วยการจัดบริการสุขภาพจิตในรูปแบบใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตในประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางทุกกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยทางกายเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน คนพิการ คนชายขอบ ผู้ต้องขัง เป็นต้น รวมทั้งการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสังคม ตลอดจนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจิตจากทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อรับมือกับวิกฤตการณ์อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ๑๐.๒ เป้าหมายของสุขภาพจิต ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

๑๐.๒.๑ ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ รวมทั้งมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ

๑๐.๒.๒ ประชาชนไทยทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (early detection) เพื่อป้องกันและลดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช รวมทั้งจัดระบบงานและระบบบริการสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนไทยทุกกลุ่ม ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ

## ๑๐.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต ในระยะ ๕ ปี

๑๐.๓.๑ **เร่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน (mental health literacy)** เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ และให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของข่าวสารที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งทางใจ ให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตที่เป็นสุขได้ในภาวะปกติ และสามารถก้าวผ่านปัญหาในทุกวิกฤติให้กลับมาใช้ชีวิตที่เป็นปกติสุขได้ ดังนี้

๑) สร้างภูมิคุ้มกันทางใจหรือความเข้มแข็งทางใจ (resilience) ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนส่งเสริมระบบที่เอื้อต่อการเปลี่ยนวิกฤติเป็นโอกาส เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนร่วมมือกันเผชิญกับปัญหา หรือวิกฤติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และแก้ไขปัญหาจนสามารถก้าวข้ามปัญหาไปได้ และฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็ว

๒) เสริมสร้างทักษะชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น หรือเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กที่ถูกทำร้าย/ทารุณกรรม ให้เป็นปัจจัยปกป้องในการพัฒนาตนเอง โดยใช้หลักการเสริมคุณค่าภายในตนเอง ให้มีความเข้มแข็งด้านจิตใจ ที่จะเผชิญปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ ในชีวิต จนสามารถปรับตัว พร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลงในสังคม ตลอดจนเสริมความเข้มแข็งของกลไกสุขภาพจิตในโรงเรียน/สถานศึกษา เช่น การเฝ้าระวังและให้คำปรึกษาจากครู/อาจารย์

๓) บูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมถึงกลไกอื่น ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจิตและบริการทางสุขภาพจิต ทำให้เกิดการจูงใจตนเอง ให้มีการเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพจิตตนเอง และคงรักษาสุขภาพจิตที่ดีของตนเอง รวมถึงช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

๔) พัฒนาการสื่อสารสังคมที่ทันสมัยและเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ผสมผสานกับการสื่อสารในชุมชนผ่านช่องทางที่หลากหลาย

๕) ส่งเสริม สนับสนุนครอบครัว ชุมชน ซึ่งหมายรวมถึง สถานศึกษา สถาบันทางศาสนา ตลอดจน องค์กร/องค์การทั้งภาครัฐและเอกชน ให้มีบทบาทนำการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต แก่สมาชิกของครอบครัว ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย

๖) จัดระบบจิตอาสาในสังคม ให้สอดคล้องกับความต้องการดูแลสุขภาพจิตในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (new normal) เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพจิต ให้สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาและดูแลจิตใจเบื้องต้น อย่างเหมาะสมตามกลุ่มวัย

๑๐.๓.๒ **สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในระยะก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต (early detection)** เพื่อกำจัดภัยคุกคามสุขภาพจิตก่อนป่วย รวมทั้งปรับเปลี่ยนระบบงานสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ เน้นให้บริการกับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ไม่จำกัดแค่การจัดบริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเท่านั้น เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งต่อเนื่อง

ยั่งยืนให้ระบบงานสุขภาพจิต พร้อมรับมือกับวิกฤตการณ์อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมและประชาชน ดังนี้

๑) ให้ชุมชนร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิต สนับสนุนการจัดตั้ง “กลุ่มช่วยเหลือกันเองหรือกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (self-health groups/social support groups)” ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่สุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งของการพูดคุยสนทนา ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบของการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เช่น เวทีเสวนา/ประชาคมหมู่บ้าน สภาสุขภาพจิตดี ลานธรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นกลไกที่สามารถปรับลดความแตกต่างทางความคิด คือ ปัญหาการไม่ยอมรับความคิดที่แตกต่างกัน สร้างเวทีที่เปิดกว้างทางความคิด เห็นความแตกต่างเป็นเรื่องของการเรียนรู้ ไม่สร้างความเกลียดชัง หรือดูถูกความคิดเห็นที่แตกต่าง อันจะนำไปสู่การเคารพความคิดเห็นที่แตกต่าง และการหาทางออกและคลี่คลายอย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนร่วมมือกันในการเผชิญปัญหา หรือวิกฤติต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้ชุมชนฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว

๒) จัดบริการสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบางด้านสุขภาพจิต เช่น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่ต้องอยู่ร่วมกับอาการเจ็บป่วยมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ อันอาจจะส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้มีปัญหาการสูญเสียใดที่อาจจะต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต เป็นต้น

๓) เตรียมความพร้อมให้หน่วยงานทุกภาคส่วน รวมทั้งทีมปฏิบัติการต่าง ๆ ให้มีความเข้มแข็งที่จะรับมือกับภาวะวิกฤติ ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์วิกฤติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤติ

๔) สร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติต่าง ๆ เช่น การสูญเสียจากภัยธรรมชาติ จากอุบัติเหตุต่าง ๆ รวมถึงการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อย่างการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพื่อให้คำแนะนำถึงช่องทางการปรึกษา ให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจ ตลอดจนส่งต่อระบบบริการตามปัญหาสุขภาพจิตที่พบ

๕) พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตของเครือข่าย และภาคส่วนต่าง ๆ โดยใช้เทคโนโลยีรูปแบบใหม่และทันสมัย เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพจิตแนวใหม่

๖) ปฏิรูประบบข้อมูล เพื่อใช้ดำเนินการด้านสุขภาพจิตเชิงรุก โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกันแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ เช่น การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ระบุตัวกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบางทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทางกายเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน คนพิการ คนชายขอบ ผู้ต้องขัง ฯลฯ เพื่อประสานเครือข่ายระดับพื้นที่ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

## ๑๐.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของสุขภาพจิต ในระยะ ๕ ปี

### แนวทางการวัดผลสำเร็จ ในระยะ ๑ - ๓ ปี

๑) ชุมชน/องค์กรมีแผน/กิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทที่เหมาะสม

๒) ชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเองหรือกลุ่มสนับสนุนทางสังคม

๓) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์

๔) ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต

### แนวทางการวัดผลสำเร็จ ในระยะ ๕ ปี

๕) ค่าคะแนนเฉลี่ยประชาชนไทยมีสุขภาพจิต

๖) ค่าคะแนนเฉลี่ยประชาชนไทยมีความเข้มแข็งทางใจ

๗) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนไทย

## ๑๑. สุขภาพทางปัญญา (spiritual health)

### ๑๑.๑ สถานการณ์ปัญหาและประเด็นท้าทายของสุขภาพทางปัญญา

สุขภาพทางปัญญาเป็นฐานการทำงานด้านสุขภาพที่สำคัญยิ่ง มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมาก บ่งชี้ว่า การมีสุขภาพทางปัญญาของบุคคลส่งผลบวกสุขภาพกาย ใจ และสังคมอย่างชัดเจน ขณะเดียวกัน สุขภาพกาย ใจ และสังคมที่ดี ก็เป็นปัจจัยเอื้อให้บุคคลมีสุขภาพทางปัญญาที่ดีด้วย แต่ทิศทางการพัฒนา แบบวัตุนิยมที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพกายเป็นหลัก และละเลยสุขภาพใจ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สุขภาพทางปัญญา ส่งผลให้บุคคลและสังคมขาดสมดุลจนเกิดวิกฤตต่างๆ ทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งวิกฤตทางตัวตนและจิตวิญญาณตัวตน การมีชีวิตที่สับสน ไร้คุณค่า และปราศจากความหมาย

ในภาพรวมของโลก มนุษย์อยู่ในช่วงของทุกขภาวะรอบด้าน ทั้งจากอัตราเร่งที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โรคระบาด และการทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้โลกเข้าสู่ช่วงเวลา ของการสูญพันธุ์ครั้งใหญ่รอบใหม่ ประกอบกับการเติบโตอย่างรวดเร็วมากกว่ายุคใดของโลกคู่ขนานออนไลน์ ซึ่งมีศักยภาพมหาศาลทั้งด้านบวกและลบ ทำให้คนทำงานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงจำนวนมาก เสนอการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาเป็นแนวทางการรับมือกับความผันผวนของโลก โดยปรับเปลี่ยนชุดความคิด ความเชื่อ และความคุ้นชินในการมองโลก เพิ่มความสามารถในการอดทนอดกลั้นต่อความไม่แน่นอน ในสถานการณ์พลิกผัน สามารถสงบใจ ฝึมอง รับฟัง และเปิดกว้างเพื่อรับรู้สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง จนเกิด มุมมองที่สดใหม่และยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา สามารถรับรู้ความจริง คุณค่า และความหมาย ทั้งของตนเองและ สิ่งรอบตัว รู้ทิศทางที่ถูกต้อง สร้างเพื่อนร่วมทางที่คอยช่วยเหลือกัน และพยายามสื่อสารเพื่อชวนผู้คน มาร่วมขบวนมากขึ้น จนบุคคลและสังคมสามารถกลับสู่การมีสุขภาพแบบองค์รวม

สำหรับประเทศไทย นอกจากการร่วมกระแสความผันผวนของโลกแล้ว เรายังติดกับอยู่ในความขัดแย้ง รุนแรงระหว่างการครอบงำของวัฒนธรรมการใช้อำนาจทางดิ่ง ซึ่งเป็นลักษณะหลักที่เป็นมายาวนานของไทย กับการเกิดใหม่ของวัฒนธรรมความร่วมมือแนวราบ ที่คนกลุ่มต่าง ๆ ต้องการอิสรภาพ ความเป็นธรรม โอกาส ที่เท่าเทียม และสิทธิการตัดสินใจในการร่วมสร้างสรรค์อนาคตของสังคมด้วยกัน

จากสถิติเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ประเทศไทยมีอัตราความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสูงสุด ประเทศหนึ่ง อยู่ในตำแหน่งท้าย ๆ ของประเทศที่สามารถฟื้นตัวจากสถานการณ์การระบาดใหญ่ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้อย่างดี และครองอันดับต้น ๆ ของประเทศที่มีความเสี่ยงสูงจากวิกฤติ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ส่วนสถิติเด่น ๆ ของไทยเองอยู่ที่อัตราคนที่มีภาวะเครียด ป่วยด้วยโรค ซึมเศร้า และคนคิดฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่รู้สึกไม่สามารถเชื่อมโยง กับตนเองและสิ่งรอบข้าง และกำลังเติบโตในโลกคู่ขนานออนไลน์ที่วิถีของคุณค่าและความหมายแตกต่าง



ออกไปอย่างสิ้นเชิงกับโลกของคนรุ่นก่อนหน้า ความป่วยไข้ทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แสดงถึงความเปราะบางอย่างยิ่งของสังคม และมีโอกาสสูงที่จะเกิดวิกฤติจนเกินเยียวยา

การพัฒนาสุขภาพทางปัญญาจึงจำเป็นเร่งด่วน เพื่อเยียวยาการผูกพันทางจิตวิญญาณของมนุษย์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของวิกฤติต่าง ๆ สร้างเสริมคุณภาพจิตใจแบบใหม่ และสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมที่ลงลึกไปถึงคุณค่าและความหมายร่วมกันท่ามกลางความแตกต่างหลากหลายที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลและสังคมสามารถกลับมาเชื่อมโยงกับความจริง คุณค่า และความหมายที่แท้จริงของโลกและชีวิต เยียวยาทุกขภาวะร่วมกัน ก้าวผ่านความขัดแย้งและวิกฤติรอบด้าน และขยายผลสู่การทำงานกระแสหลักเพื่อพลิกกระแสสังคมสู่การมีสุขภาวะแบบองค์รวม ที่คนทุกกลุ่มสามารถพัฒนาตนเองและร่วมสร้างสรรค์สังคมที่มีคุณค่าและความหมาย โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

## ๑๑.๒ เป้าหมายของสุขภาพทางปัญญา ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

๑๑.๒.๑ คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยตั้งแต่เกิดจนตายสามารถเข้าถึงการมีสุขภาพทางปัญญาที่ดี มีความฉลาดทางสุขภาพองค์รวม (holistic health literacy) และสุขภาพทางปัญญา (spiritual health literacy)

๑๑.๒.๒ ระบบการศึกษาให้ความสำคัญกับการศึกษาและเรียนรู้เพื่อพัฒนาความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ การเรียนรู้ที่มีชีวิตเป็นตัวตั้ง ไม่เอาวิชาเป็นตัวตั้ง ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบเป็นองค์รวมจากร่างกาย จิตใจ และความคิดอย่างแยกกาย เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงระดับลึก การพัฒนาสติ ความมั่นคงภายใน และความสามารถในการเข้าถึงความหมายเชิงคุณค่าและความถูกต้องดีงามทั้งของตนเองและสรรพสิ่ง

๑๑.๒.๓ ภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา ในฐานะรากฐานสำคัญของการพัฒนาสุขภาพ สามารถนำกระบวนการเรียนรู้และเครื่องมือในการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาไปใช้ในการทำงาน พัฒนากำลังคน และพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ และให้ความสำคัญกับคุณค่า ความหมาย และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งของบุคลากรและผู้รับบริการทั้งหมด

๑๑.๒.๔ ภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา ในฐานะรากฐานการพัฒนาสุขภาพของสังคม และเร่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ กิจกรรม กระบวนการเรียนรู้ และบรรยากาศทางสังคม ที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาของคนทุกกลุ่ม

๑๑.๒.๕ ประเด็นความแตกแยก ขัดแย้ง และขาดความเป็นธรรม ระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ และระหว่างคนกับธรรมชาติ ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้สุขภาพที่ดี ได้รับการคลี่คลายอย่างสร้างสรรค์ ผ่านพื้นที่รับฟัง ด้วยไมตรี และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความจริง คุณค่า และความหมายที่มีร่วมกันของผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่าง ๆ เน้นการเสริมพลังอำนาจให้เจ้าของพื้นที่และวัฒนธรรม คนเล็กคนน้อย คนยากคนจน และ

คนขายของของสังคม ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างเท่าเทียม และส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมเชิงระบบและโครงสร้าง เพื่อให้สังคมเดินหน้าต่ออย่างมีสุขภาวะ อยู่รอดและอยู่ร่วมได้อย่างสมดุล ท่ามกลางความแตกต่างหลากหลายทั้งระหว่างคนกับคนและคนกับธรรมชาติ

### ๑๑.๓ จุดคานงัดเพื่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพปัญญา ในระยะ ๕ ปี

๑๑.๓.๑ การทำให้คนไทยเข้าถึงการเรียนรู้ในกาสร้างเสริมความมั่นคงและความผาสุกภายในควบคู่กับการเยียวยาการผูกพันทางจิตวิญญาณและพัฒนาสุขภาพทางปัญญาที่ง่ายและหลากหลาย สอดคล้องกับความแตกต่างของเพศ วัย การศึกษา วิถีชีวิต สภาพร่างกายและจิตใจ เศรษฐฐานะ ถิ่นที่อยู่ ความเชื่อ และความคิดเห็นทางการเมือง

๑๑.๓.๒ การสร้างพื้นที่เรียนรู้และร่วมมือของสังคมในการคลี่คลายความขัดแย้งสำคัญ ด้วยกระบวนการและเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพทางปัญญา โดยเริ่มจากความขัดแย้งที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น โรคระบาดใหญ่หรือภัยธรรมชาติ แล้วจึงร่วมกันทำงานในการคลี่คลายความขัดแย้งที่เกิดจากมนุษย์

๑๑.๓.๓ การเชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายคนทำงานสุขภาพทางปัญญา เพื่อสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนและจัดการความรู้ ดูแลความสัมพันธ์ เสริมพลังชีวิต และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติการ เพื่อให้ประเด็นงานสุขภาพทางปัญญา มีผลกระทบต่อสังคมได้กว้างและชัดเจนขึ้น

### ๑๑.๔ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทางปัญญา ในระยะ ๕ ปี

#### ๑๑.๔.๑ เสริมพลังคนทำงานสุขภาพทางปัญญาให้เข้มแข็ง

๑) เชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายคนทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพทางปัญญาทั้งเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนและจัดการความรู้ ดูแลความสัมพันธ์ เสริมพลังชีวิต และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติการ เพื่อให้ประเด็นงานสุขภาพทางปัญญา มีผลกระทบต่อสังคมได้กว้างและชัดเจนขึ้น

๒) จัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับคนทำงานในระบบการศึกษาและระบบสุขภาพ โดยเฉพาะคนทำงานด้านหน้าและอาสาสมัครในโรงเรียน และระบบสุขภาพชุมชน ตำบล อำเภอ ให้ตระหนักถึงความสำคัญ มีทักษะ และเครื่องมือในการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาทั้งของตนเองและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างเสริมระบบสุขภาพที่มีค่านึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ทั้งของบุคลากรและผู้รับบริการทั้งหมด

### ๑๑.๔.๒ ศึกษาวิจัย จัดการความรู้ และสร้างพื้นที่เรียนรู้ที่คนทั่วไปเข้าถึงได้ง่าย

๑) ค้นหาและให้คุณค่ากับแหล่งความรู้ สถานที่ บุคคล และภูมิปัญญา ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ที่สามารถเชื่อมโยงมนุษย์เข้ากับความจริง คุณค่า และความหมายในตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งยึดเหนี่ยวที่ศรัทธา

๒) ศึกษารวบรวมและจัดระบบองค์ความรู้ กระบวนการ และเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการ ความขัดแย้งแบบต่าง ๆ ทั้งระดับบุคคลและเชิงโครงสร้าง โดยการเรียนรู้ร่วมกันของคนที่มีประสบการณ์การทำงานด้านนี้

๓) ศึกษาวิธีการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาของคนกลุ่มคนที่หลากหลาย ทั้งช่วงวัย ความเชื่อ วิถีชีวิต และทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสุขภาพทางปัญญาของคนกลุ่มต่าง ๆ

๔) เผยแพร่ความรู้ไปยังภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคม ผ่านการจัดทำพื้นที่เรียนรู้ คู่มือ หลักสูตร กระบวนการ กิจกรรม และการสื่อสาร เพื่อเชื่อมโยงความรู้ที่เกิดขึ้นเข้ากับประสบการณ์ตรงของชุมชนและสังคมกระแสหลัก

๑๑.๔.๓ ส่งเสริมและสนับสนุน เด็ก เยาวชน คนรุ่นใหม่ ชุมชนทางเลือกต่างๆ และชุมชนในโลกคู่ขนานออนไลน์ ให้เข้าร่วมขบวนการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาและสุขภาพองค์รวม เพื่อเป็นหุ้นส่วนสำคัญในการสร้างสังคมที่มีสุขภาวะ มีคุณค่าและความหมายสำหรับคนรุ่นต่อไป

### ๑๑.๔.๔ ส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง

๑) เชื่อมโยงองค์กรธุรกิจและคนชั้นกลางของสังคมให้ช่วยเหลือกลุ่มคนและชุมชนที่อยู่ในสถานะเปราะบางที่เผชิญทุกขภาวะ เพื่อเป็นพื้นที่เรียนรู้และปฏิบัติการร่วมกันระหว่างคนสองกลุ่ม เพิ่มพลังความเห็นอกเห็นใจและไว้วางใจทางสังคม นำสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและจิตใจทั้งของปัจเจกบุคคล และแก้ไขปัญห สุขภาวะและความไม่เป็นธรรมของสังคมไปพร้อมกัน

๒) สร้างกลุ่มอาสาสมัครเพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาให้คนกลุ่มคนต่าง ๆ

### ๑๑.๔.๕ ประสานพลังทางนโยบายและปฏิบัติการกับภาครัฐ

๑) เชื่อมโยงและสอดประสานการทำงานสุขภาพทางปัญญาเข้ากับนโยบายรัฐ ผ่านเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ในยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดเชิงนโยบายระดับชาติต่าง ๆ ในการพัฒนาคนตามช่วงวัย

๒) จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางปัญญาสำหรับบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการใช้อำนาจ เช่น ทหาร ตำรวจ

**๑๑.๔.๖ ปฏิบัติการสื่อสารที่สร้างสรรค์ด้วยรูปแบบและแพลตฟอร์มที่หลากหลาย** เพื่อสร้างบรรยากาศ จินตนาการ และเป้าหมายร่วมของสังคม ให้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพทางปัญญาในฐานะแนวทางการพัฒนาชีวิตและสังคมที่มีคุณค่าและความหมาย สร้างความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ของบุคคล ในการเชื่อมโยงกับความจริง คุณค่า และความหมายในตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งที่ยึดเหนี่ยวศรัทธา รวมทั้งสื่อสารเพื่อสร้างพลังชีวิตด้านบวกในสังคมอย่างต่อเนื่อง

**๑๑.๔.๗ สร้างพื้นที่ปฏิบัติการต้นแบบเพื่อพัฒนาสุขภาพทางปัญญาในฐานะแหล่งเรียนรู้ร่วมกันของสังคม**

๑) พื้นที่ต้นแบบทั้งในองค์กรและพื้นที่สาธารณะ ที่ออกแบบสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ บรรยากาศ และแนวทางการใช้พื้นที่ ที่สร้างโอกาสให้เกิดสติ สมาธิ และการเชื่อมโยงกันระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติได้ในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมการปลูกต้นไม้ใหญ่ การอนุรักษ์ฟื้นฟูธรรมชาติ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ และการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างมนุษย์กับมนุษย์และมนุษย์กับธรรมชาติ

๒) พื้นที่ต้นแบบการคลี่คลายประเด็นความแตกแยกและขัดแย้งที่ส่งผลกระทบต่อ การมีสุขภาพที่ดี ทั้งจากวิกฤตจากธรรมชาติและวิกฤตที่มนุษย์สร้างขึ้น โดยสร้างพื้นที่ต้นแบบของการรับฟัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายของคนกลุ่มต่างๆอย่างเป็นธรรม เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่าง ๆ สามารถเข้าถึงความจริง คุณค่า และความหมายที่มีร่วมกัน และเป็นตัวอย่างของปฏิบัติการทางสังคมแบบใหม่ในการคลี่คลายความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์

## **๑๑.๕ แนวทางการวัดผลสำเร็จของสุขภาพทางปัญญา ในระยะ ๕ ปี**

### แนวทางการวัดผลสำเร็จระยะ ๑-๓ ปี

๑) การปรากฏตัวที่ชัดเจนและการขยายตัวของกลุ่มและเครือข่ายคนทำงานพัฒนาสุขภาพทางปัญญา ที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และมีทิศทางการทำงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวไปข้างหน้าของสังคมสุขภาวะที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

๒) การขยายตัวของบุคลากรในระบบการศึกษาและระบบสุขภาพ โดยเฉพาะคนทำงานด้านหน้าและอาสาสมัครในโรงเรียน และในระบบสุขภาพชุมชน ตำบล และอำเภอ ที่เข้าใจและสามารถนำทักษะด้านการพัฒนาสุขภาพทางปัญญามาใช้ในการทำงาน และเกิดผลในทางบวกต่อชีวิตและสุขภาพ ทั้งสำหรับตนเอง ความสัมพันธ์ การทำงาน และผู้รับบริการ

๓) การขยายตัวของการทำงานอาสาสมัครที่ทำงานกับกลุ่มคนและชุมชนเปราะบางที่เผชิญทุกภาวะ และอาสาสมัครจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางปัญญา

๔) การขยายตัวของเด็ก เยาวชน คนรุ่นใหม่ ชุมชนทางเลือก และชุมชนในโลกคู่ขนานออนไลน์ ที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาและสุขภาพองค์รวม

๕) การขยายตัวของคนทำงานสื่อสาร ชีวจิตสื่อ และการเข้าถึงสื่อ ที่ช่วยสร้างบรรยากาศ จินตนาการ และเป้าหมายร่วมของสังคม ในการเชื่อมโยงกับความจริง คุณค่า และความหมายในตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์

#### แนวทางการวัดผลสำเร็จระยะ ๕ ปี

๖) การเกิดกลุ่มคนหรือองค์กรที่ชัดเจนและยั่งยืนในการทำงานทางสุขภาพทางปัญญา เพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมในภาวะวิกฤติ เยียวยาการผูกพันทางจิตวิญญาณของบุคคลและกลุ่มคน ลดความเกลียดชัง และเพิ่มความเชื่อมั่นและไว้วางใจทางสังคม

๗) การขยายตัวของแหล่งความรู้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพองค์รวม (holistic health literacy) และสุขภาพทางปัญญา (spiritual health literacy) ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ที่คนทั่วไปและกลุ่มคนที่หลากหลายเข้าถึงได้สะดวกอย่างเป็นสาธารณะ

๘) การขยายตัวของพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา ทั้งพื้นที่กายภาพ พื้นที่การเรียนรู้ และพื้นที่ปฏิบัติการทางสังคมในการคลี่คลายความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ ที่สามารถสร้างผลลัพธ์ด้านบวกอย่างชัดเจนต่อการพัฒนาสุขภาพทั้ง ๔ มิติ และสามารถเป็นตัวอย่างและแรงบันดาลใจให้ภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมนำไปขยายผลได้

๙) ผลการศึกษาอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้และตัวอย่างปฏิบัติการทั้งที่เป็นสากลและในประเทศ ที่แสดงถึงผลกระทบด้านบวกของการพัฒนาสุขภาพทางปัญญากับการพัฒนาสุขภาพทั้ง ๔ มิติ และการเพิ่มพลังความเห็นอกเห็นใจและไว้วางใจทางสังคม

๑๐) การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่เกิดจากการเชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาเข้ากับนโยบาย

นอกจากนี้ ยังควรวางแผนทางการวัดผลสำเร็จระยะ ๑๕-๒๐ ปีไว้ที่การเปลี่ยนแปลงชุดความคิด ความเชื่อเชิงอำนาจที่ฝังรากลึกอยู่ในสังคมไทย การเกิดจินตนาการร่วมของกลุ่มคนต่าง ๆ ที่ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาในการพัฒนาชีวิตและสังคม การเกิดปฏิบัติการที่หลากหลายด้านของสุขภาพทางปัญญาอย่างเป็นธรรมชาติ และความสามารถของสังคมไทยในการอยู่ร่วมกันอย่างสันติและพัฒนาต่อไปข้างหน้าอย่างสร้างสรรค์ท่ามกลางความแตกต่างหลากหลายทางสังคม

## นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางปัญญา

๑) สุขภาพทางปัญญา (Spiritual Health) หมายความว่า คุณภาพใหม่ของจิตใจที่เกิดจากการเข้าถึงความจริง คุณค่า และความหมายอย่างรอบด้าน ทั้งของตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งที่ยึดเหนี่ยวศรัทธา ซึ่งเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวกับศาสนาก็ได้ โดยผ่านช่องทางทั้งทางวิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม และปัญญาญาณ การมีสุขภาพทางปัญญาที่ดี ทำให้เกิดคุณภาพของจิตใจที่สงบ สันติ มีอิสระ เปิดกว้าง มีความรัก ความเมตตา กรุณา เสียสละ ให้อภัย อดทนอดกลั้นได้ต่อความแตกต่าง และสมานฉันท์ ส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนไปในทิศทางของการละวางการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง เข้าใจ และเข้าถึงคุณค่าและความหมายของสิ่งต่าง ๆ และดำเนินชีวิตอย่างเชื่อมโยงเป็นมิตรกับตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งที่ยึดเหนี่ยวศรัทธา รวมทั้งขยายขอบเขตจิตสำนึกและมุมมองต่อโลกและชีวิตได้กว้างและลึกยิ่งขึ้นตามลำดับ

๒) แนวทางการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา หมายความว่า สถานการณ์ วิธีการ และปัจจัยเกื้อหนุนให้สุขภาพทางปัญญาเจริญงอกงาม

บุคคลมีศักยภาพของการมีสุขภาพทางปัญญาที่ดีในตนเองอยู่แล้ว การพัฒนาศักยภาพนี้ให้เจริญงอกงามทำได้หลายวิธี โดย (๑) จงใจให้เกิดขึ้นผ่านการเรียนรู้ต่างๆที่เชื่อมโยงกับสภาวะของสติและสมาธิ โดยเป็นการปฏิบัติในศาสนาหรือไม่ก็ได้ หรือ (๒) เกิดขึ้นเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต ทั้งจากประสบการณ์บางอย่างที่ทำให้ได้สัมผัสกับความจริง คุณค่า และความหมายใหม่ที่ลึกซึ้งและไปพ้นตัวตนของตัวเอง หรือเกิดในสถานการณ์วิกฤตของชีวิต ที่จำเป็นต้องใช้การเข้าใจความจริง คุณค่า และความหมายแบบใหม่มาทำความเข้าใจประสบการณ์นั้น เพื่อให้ชีวิตอยู่รอดและฟื้นตัวได้

ปัจจัยสำคัญในการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาอยู่ที่การสร้างสิ่งแวดล้อม การสร้างโอกาสของการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และการมีกัลยาณมิตรร่วมเรียนรู้ เพื่อเอื้อให้เกิด (๑) การมีสติและความรู้สึกตัวถึงร่างกายและความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (๒) การมีสมาธิ มีความสงบและมั่นคงของร่างกายและจิตใจ และ (๓) การเรียนรู้และความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับความจริง คุณค่า และความหมายของตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งที่ยึดเหนี่ยวศรัทธา โดยสามารถทำผ่านกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ และกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ ทั้งทางวิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม และปัญญาญาณ เช่น การทำงานศิลปะ วรรณกรรม ดนตรี กีฬา ความสัมพันธ์ การทำงานอาสาสมัคร การอยู่กับธรรมชาติ สัตว์เลี้ยง การศึกษาเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และการเติมมิติด้านความจริง คุณค่า และความหมายเข้าไปในสถานการณ์ชีวิตช่วงต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนตาย

นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยระดับสากลในยุคปัจจุบันยังอธิบายแนวทางและวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพทางปัญญาอย่างเป็นระบบมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งเรื่องของภูมิปัญญาโบราณ (ancient wisdom) กลุ่มทฤษฎีบูรณาการ (integral theories) วิทยาศาสตร์ทางสมอง (neuroscience) จิตสำนึกแบบควอนตัม (quantum consciousness) จิตวิทยาเกี่ยวกับการเจริญสติ (mindfulness psychology, compassion psychology หรือ contemplative psychology) การเจริญสติกับการทำงานทางสังคม (social mindfulness) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative learning) และสุขภาพองค์รวม

แนวพุทธ เป็นต้น ซึ่งสามารถศึกษาและนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับภูมิปัญญาพื้นถิ่นและวิถีปฏิบัติทางศาสนา  
ที่ยังมีอยู่มากในสังคมไทยได้เช่นกัน

## ๑๒. ระบบสุขภาพชุมชนเมือง

### (Health system of the urbanizing communities)

#### ๑๒.๑ สถานการณ์ ปัญหา/ประเด็นท้าทายของระบบสุขภาพชุมชนเมือง

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนหรือการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเป็นอุดมคติ มีการกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมในทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม สังคมไทยในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นเมือง (urbanization) กระจายไปทั่วทุกพื้นที่ของประเทศ มีเมืองขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นมาก ทั้งเมืองหลวงและเมืองมหานครอื่น ๆ รวมถึงเมืองที่เกิดขึ้นทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ที่ลักษณะของความเป็นเมือง ทำให้การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนทั้งในพื้นที่เมืองและชนบทจำเป็นต้องผนวกประเด็นของสุขภาพะเขตเมือง (urban health) ซึ่งมีปัญหาและประเด็นท้าทายที่จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจและแนวทางเฉพาะ ที่แตกต่างไปจากบริบทของชุมชนท้องถิ่นในชนบท รวมถึงมีการเพิ่มเติมมิติอื่น ๆ ในการการพัฒนาเมือง เช่น การเป็นเมืองน่าอยู่สำหรับคนทุกกลุ่มที่มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเมือง โดยยังคงรักษาอัตลักษณ์ของพื้นที่ โดยเฉพาะศูนย์เศรษฐกิจ แหล่งที่อยู่อาศัย พื้นที่เฉพาะ เพื่อพัฒนาและอนุรักษ์ในเขตเมือง

ทั้งนี้พื้นที่ที่มีการพัฒนาไปสู่การเป็นพื้นที่เมือง ทำให้เกิดองค์ประกอบที่เป็นชุมชนย่อย ๆ อยู่ร่วมกันจำนวนมาก มีองค์กรที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการจัดการ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นทางการของภาครัฐ มีบทบาทภารกิจและทรัพยากรในการจัดการพื้นที่และดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้เป็นเมืองที่น่าอยู่สำหรับทุกคน อย่างไรก็ตาม ความท้าทายหลักของการบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การที่จะตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของประชาชนทุกกลุ่มในบริบทของสังคมเมืองที่ซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในพื้นที่ รวมทั้งต้องมีการเชื่อมประสานกับหน่วยงานองค์กรอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่

นอกจากนี้สถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ยังได้ทำให้เห็นความท้าทายดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่เมือง อันประกอบด้วยปัญหาหลักที่สำคัญ ดังนี้

๑) ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะปัญหาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง

๒) ระบบบริการสุขภาพที่ไม่ตอบสนองกับความต้องการที่หลากหลายและบริบทของสังคมที่ซับซ้อนของวิถีชีวิตคนเมือง

๓) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ขยะ และมลพิษ ที่เป็นผลกระทบจากการขยายพื้นที่ความเป็นเมือง

๔) การขาดการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมในการบริหารจัดการพื้นที่ ทั้งในระดับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ภาคประชาสังคม และประชาชน



## ๑๒.๒ เป้าหมายของระบบสุขภาพชุมชนเมือง ในระยะ ๕ ปี ที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

๑๒.๒.๑ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของประชาชนกลุ่ม  
ที่อยู่ในสถานะเปราะบาง

๑๒.๒.๒ ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะ เสริมสร้างความรอบรู้  
ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

๑๒.๒.๓ การมีสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และเอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะของผู้คน  
ที่หลากหลาย

๑๒.๒.๔ การมีนโยบายสาธารณะในการบริหารจัดการเมืองที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

## ๑๒.๓ มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพชุมชนเมือง ในระยะ ๕ ปี

๑๒.๓.๑ การพัฒนารูปแบบการให้บริการที่หลากหลายและสามารถตอบสนองความต้องการ  
ของคนทุกกลุ่มอย่างจำเพาะ โดยมีกลไกการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

๑๒.๓.๒ การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่สนับสนุนการจัดการสุขภาพ  
ของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

๑๒.๓.๓ การสร้างกลไกและพื้นที่เพื่อให้ประชาชนและทุกภาคส่วนเกิดความร่วมมือและ  
ความเป็นเจ้าของในระบบสุขภาพทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น

๑๒.๓.๔ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนรวมทั้งภาคประชาชน ให้มีความเข้าใจและ  
สมรรถนะการทำงานสร้างสุขภาวะชุมชนในบริบทของความเป็นเมืองได้

## ๑๒.๔ แนวทางการวัดผลสำเร็จของระบบสุขภาพชุมชนเมือง ในระยะ ๕ ปี

### ในระยะ ๑ ปี

๑) มีเป้าหมายและกลไกร่วมจากภาคีทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนเมืองที่ชัดเจน

๒) มีแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพชุมชนเมือง

### ในระยะ ๓ ปี

๓) ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของประชาชนในชุมชนเมือง  
โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่เพิ่มมากขึ้น

๔) ชุมชนเมืองมีกลไกและมีความสามารถในการจัดการตนเองตลอดจนมีส่วนร่วมในการกำหนด  
ทิศทางและบริหารจัดการเมืองร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มากขึ้น

## ในระยะ ๕ ปี

๕) สัดส่วนเมืองที่มีโครงสร้างจากการมีส่วนร่วมโดยตรงของภาคประชาสังคมในการวางแผนและการจัดการ ซึ่งดำเนินการเป็นประจำ และเป็นประชาธิปไตย

๖) สัดส่วนประชาชนในพื้นที่ชุมชนเมืองที่มีที่อยู่อาศัยและการบริการพื้นฐานที่พอเพียงปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร และในราคาที่สามารถจ่ายได้

๗) สัดส่วนจำนวนพื้นที่สาธารณะและสิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีและ สาธารณูปโภคพื้นฐานที่ครอบคลุม

## **นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพชุมชนเมือง**

๑) **ระบบสุขภาพ** หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวกับสุขภาพ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐)

๒) **ชุมชนสุขภาพ** หมายความว่า ชุมชนที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ ปรับตัวและสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และคุณธรรมจริยธรรม จนบรรลุซึ่งความเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้และมีความสุข สันติภาพหรือสุขภาพในด้านต่าง ๆ (เอกสารหลักมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๖.๓ แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน)

๓) **ชุมชนเมือง** หมายถึง ชุมชนทุกรูปแบบในทุกบริบทพื้นที่ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของหรือสู่ความเป็นเมือง (urbanization)