บทที่ ๒
ผลการศึกษา
และ
ผลการสังเคราะห์

๒.๑ การวิเคราะห์ผลกระทบต่อบทบาท และโครงสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จากการเปลี่ยนแปลงในระดับโลก ที่กำลังเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ และทวีความรุนแรงมากขึ้น เกิดการขาดแคลนทรัพยากรในระดับภูมิภาค ต้องส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหาร และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ เพื่อเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศที่มีผลดี แต่ก็พบข้อจำกัดต่อระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งบทบาทและโครงสร้าง ดังนี้

๒.๑.๑ การปรับโครงสร้างเมื่อปี ๒๕๔๕ การเกิดขึ้นขององค์กรอิสระร่วมจัดการระบบสุขภาพจำนวนมาก อาทิเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น ซึ่งดำเนินงานด้วยภารกิจที่แตกต่างกันแต่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลดีต่อระบบการดูแลสุขภาพประชาชน มีงบประมาณมาจากหลายแหล่ง การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างจะส่งผลให้เกิดความคล่องตัวรวดเร็ว สามารถตอบสนองภารกิจได้ตรงจุด และผลผลิตมีความหลากหลายกว้างขวางมากขึ้น ด้านหนึ่งก็เสริมพลังกันทำงาน แต่ในด้านหนึ่งทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพในบางพื้นที่มีทั้งความซ้ำซ้อนหรือความไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มด้อยโอกาส เช่น แรงงานต่างด้าว ที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โดยกลไก/องค์กรเหล่านี้ มีการดำเนินงานที่เป็นอิสระไม่ขึ้นแก่กันโดยตรง ทำให้ขาดเอกภาพ ความชัดเจนทางนโยบายและยุทธศาสตร์ ทิศทางการดำเนินงาน มีความซ้ำซ้อน ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน บุคลากรขาดสิ่งจูงใจ ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าด้อยกว่างานรักษาพยาบาล ระบบข้อมูลและการวิจัยไม่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

จึงอาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยมีโครงสร้างเพียงพอแก่การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่บทบาทหน้าที่การดำเนินการยังทับซ้อน แยกส่วน ไม่บูรณาการ และไม่เป็นเอกภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นภาคีปฏิบัติการมากกว่าเป็นภาคียุทธศาสตร์ จึงขาดเป้าหมาย เข็มมุ่ง เพื่อสร้างสุขภาพให้มากกว่าการซ่อมสุขภาพได้

๒.๑.๒ พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๕๐ ให้จังหวัดจัดทำคำของบประมาณได้โดยตรง โดยเมื่อมีการประกาศใช้แผนพัฒนาจังหวัดแล้ว แผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการดำเนินงานของส่วนราชการและหน่วยงานรัฐทั้งปวงที่กระทำในพื้นที่ ต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดนี้ (ม.๕๓/๑ วรรคสี่) เป็นการลดบทบาทในการจัดทำแผนงาน โครงการระดับประเทศที่มีต่อการดำเนินงานในพื้นที่ โดยพื้นที่มุ่งดำเนินงานตามนโยบายจังหวัดและพื้นที่ มากกว่านโยบายจากส่วนกลาง โดยเฉพาะจากกรมวิชาการ

๒.๑.๓ การขยายสิทธิบุคคล สิทธิชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการรักษาสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพมากขึ้น โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๖๗ บังคับให้รัฐดำเนินการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA) ซึ่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ ยังไม่มีความชัดเจนที่ประชาชนและท้องถิ่นจะสามารถใช้สิทธิในการปกป้องตนเองจากผลกระทบของมลภาวะได้

๒.๑.๔ ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ มีแนวโน้มตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะที่เกิดขึ้นในสังคมไทยได้ค่อนข้างล่าช้า ไม่ทันการ จากสถานการณ์สุขภาพ เด็กและวัยรุ่นอยู่ในภาวะเสี่ยง ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ปัญหาพัฒนาการเด็ก การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พฤติกรรมบริโภคที่ก่อให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง และเป็นเหตุให้เกิดโรคเรื้อรัง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการเป็นสังคมเมือง (Urbanization) ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและบริการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม ทั้งมลภาวะอากาศที่ก่อให้เกิดอาการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย น้ำเพื่อการบริโภคขาดคุณภาพ อาหารและการปรุงไม่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร ปริมาณขยะมูลฝอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี และการปนเปื้อนขยะมูลฝอยติดเชื้อในที่สาธารณะ เป็นต้น เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมายหลายมิติ และการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความสูญเสียผลิตภาพ (Productivity) รวมถึงการลงทุนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ยังไม่ได้มีการกำหนดสัดส่วนที่เหมาะสม มีเพียงให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเน้นการสร้างนำซ่อม แต่ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าควรมีสัดส่วนเท่าไรและทำอย่างไร มีเพียงแนวคิดสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” แต่ในทางปฏิบัติยังจำกัดอยู่ที่การรักษาพยาบาลเป็นหลัก และแผนงานโครงการส่วนใหญ่เน้นการป้องกันโรคหรือป้องกันสุขภาพของประชากร มากกว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง การสร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของคนและสังคมทั้งหมดยังไม่เข้มแข็ง

ในขณะที่แนวโน้มอุตสาหกรรมสุขภาพและธุรกิจสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกายและส่งเสริมสุขภาพรูปแบบต่างๆ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ ทันตกรรม สปาและนวดแผนไทย มีโอกาสบิดเบือนพัฒนาการของระบบไปจากสุขภาพของบุคคลและสาธารณะตามที่ควรจะเป็นได้

๒.๑.๕ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้จัดและให้บริการแก่ประชาชน ต้องอาศัยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมและต้องใช้เทคโนโลยีระดับหนึ่ง แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนกว่าเก้าแสนคนครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่ยังคงเน้นบทบาทการปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในระดับชุมชนและครอบครัว ได้รับการส่งเสริมอย่างจำกัด การสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่ให้บริการผสมผสาน ทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ที่สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงหรือใกล้บ้าน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่กลับมุ่งเน้นการดูแลรักษาตามกรอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่า

๒.๑.๖ การจัดทำยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งถูกแยกกำหนดเป็นเรื่องๆ แม้กระทั่งการดำเนินงานในเรื่องเดียวกัน แต่ละหน่วยงานก็ยังต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงานกัน นอกจากนี้ ระบบและวิธีการทำงานของส่วนกลางยังไม่สอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจ และส่งเสริมการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ทำให้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๆ หลายเรื่องยังไม่ได้รับการแก้ไขในเชิงยุทธศาสตร์เท่าที่ควร เช่น ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น ภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ฯลฯ รวมถึงการบูรณาการแผนยุทธศาสตร์กับการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ยังไม่ชัดเจน

๒.๑.๗ มีข้อสังเกตว่า ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ยังขาดยุทธศาสตร์ที่ส่งเสริมให้พื้นที่สามารถบริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมถึงมีการกำกับดูแลและตรวจสอบโดยชุมชน นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระดับส่วนกลางกับระดับปฏิบัติและระดับชุมชน ยังเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในระบบราชการ (Hierarchical Structure) และมีลักษณะให้ความสำคัญกับพื้นที่เฉพาะแห่ง

๒.๑.๘ การลงทุนในระบบการเงินเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ทั้งที่เป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด ขณะที่ระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการรักษาพยาบาลมีการลงทุนมาก แต่ได้รับผลตอบแทนทางสุขภาพน้อย ไม่คุ้มค่า กล่าวคือ ประชาชนที่เจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็นมีจำนวนมากขึ้น อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และผู้ป่วยยังได้รับบริการไม่เพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบรอตั้งรับ โดยวัตถุประสงค์เพื่อซ่อมสุขภาพ

๒.๒ วิเคราะห์เปรียบเทียบกับบทบาทและโครงสร้างที่คล้ายคลึงกัน กับหน่วยงานอื่น หรือต่างประเทศที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเทียบเคียงกันได้

ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชากร ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากกว่า ๘๐ ปี และมีสัดสวนผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๐ มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นเต็มรูปแบบ รัฐบาลกลางเป็นผู้ชี้นำนโยบาย จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของระดับรัฐ เขต จังหวัด ที่สนองตอบนโยบายของรัฐบาลกลาง โดยที่ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ประเทศแคนาดา

มีกระทรวงสุขภาพ (Health Canada) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ ทำหน้าที่สนับสนุน และยกระดับสุขภาวะของชาวแคนาดา และขยายกรอบการทำงานไปถึงการยกระดับสุขภาวะของประชากรโลกด้วย Health Canada เป็นทั้งภาคีหุ้นส่วนและผู้นำในระบบสุขภาพของแคนาดา ดำเนินงานใกล้ชิดกับรัฐบาลระดับรัฐและเขต รวมทั้งองค์กรด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ โดยแสวงหาแนวทางที่เป็นนวัตกรรมและองค์ความรู้ ที่ตอบสนองต่อประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ มีบทบาทหลัก ๓ ด้าน ได้แก่

๑. การควบคุมกำกับ (Regulator) เพื่อความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์ต่างๆ ทั้งด้านอาหาร ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพจากธรรมชาติ สินค้าสำหรับอุปโภค สารเคมี อุปกรณ์ที่ใช้กัมมันตภาพรังสี เครื่องสำอางและยาฆ่าแมลง ตลอดจนการควบคุมยาสูบและสารที่อยู่ในข่ายควบคุมการจัดการความเสี่ยงจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร น้ำ รังสีในสถานประกอบการ และสิ่งแวดล้อมปนเปื้อนต่างๆ

๒. การให้บริการ (Service Provider) รัฐบาลจัดบริการด้านสุขภาพพื้นฐานสำหรับชุมชนห่างไกล นอกจากนี้ยังสนับสนุนเงินทุนสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเรื้อรัง และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ

๓. กระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม และเป็นผู้ให้บริการข้อมูล โดยทำงานร่วมกับรัฐบาลระดับรัฐ และเขต เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นประเด็นระดับชาติและสนับสนุนให้เกิดการนำแนวปฏิบัติที่ดีไปใช้

และได้จัดตั้งองค์กรใหม่ระดับเดียวกับกระทรวงสุขภาพ คือ องค์การสาธารณสุขแคนาดา [Public Health Agency of Canada (PHAC)] เพื่อการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยตรง มีเป้าหมายในการนำเสนอนโยบายสุขภาพ สนับสนุนข้อมูลความรู้ และพัฒนาสมรรถนะองค์กร เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาวะที่ยั่งยืน โดยเน้นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ความปลอดภัย และการลดภาวะคุกคามต่างๆ ผ่านบทบาทการเป็นผู้นำประสานเครือข่าย สร้างและผลักดันให้เกิดนวัตกรรมในงานส่งเสริมสุขภาพ โดยทำงานใกล้ชิดร่วมกับรัฐ จังหวัด ท้องถิ่น และภาคีความร่วมมือต่างๆ PHAC ดำเนินยุทธศาสตร์หลายด้านที่ประสบความสำเร็จ

ด้านส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) PHAC ร่วมมือกับภาคีพันธมิตร สนับสนุนการดำเนินงานและกิจกรรมที่มีประสิทธิผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มศักยภาพให้ชุมชนมีสุขภาพดี และคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาตต่างๆ โดยมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ สนับสนุนความร่วมมือและพัฒนาข้อมูลข่าวสารแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ มุ่งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มด้อยโอกาสและมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น หญิง สตรี ผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย ที่อยู่ในชนบทห่างไกล เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพ มีหลักการสำคัญอยู่ที่ "การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน" เพื่อมุ่งให้เกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม จึงปรับการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาศัยสุขศึกษา การสื่อสารมวลชน และการรณรงค์ ซึ่งได้ผลดี แต่ก็เหมือนในประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ กล่าวคือได้ผลดีเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มาสู่เรื่องความเหลื่อมล้ำ (Inequity) ทางสุขภาพ ในระยะต่อมาจึงพยายามที่จะนำเรื่อง การพัฒนาชุมชน (Community Development) มาใช้ เริ่มด้วยการพยายามให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

โดยรัฐมี Strategic Directions การดำเนินทิศทางยุทธศาสตร์ต้องอาศัยการสนับสนุนและการประสานการดำเนินงานอย่างแข็งขันผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ รัฐ และท้องถิ่น ประกอบด้วย

๑. การแสวงหาความร่วมมือและความรับผิดชอบร่วมกันกับภาคียุทธศาสตร์สำคัญในหน่วยงานของรัฐทุกระดับ ภาคอุตสาหกรรม ภาคธุรกิจ สหภาพแรงงาน องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันวิจัย และชุมชน

๒. ปฏิบัติการแบบล่วงหน้าและกับทุกกลุ่มวัย

- ดำเนินงานในกลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๖ เดือน การดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ที่ทำงาน และผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพตั้งแต่เด็กจนถึงสูงอายุ เข้าถึงทุกพื้นที่

- ดำเนินงานในชุมชนท้องถิ่น ที่เป็นที่อยู่อาศัยและทำงาน ได้แก่ บ้าน โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชน โดยสร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนประชาชนให้สามารถเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ

๓. ชี้นำตลาดและพัฒนานโยบายที่สอดคล้องกันในทุกระดับ เช่น รัฐบาลกลาง รัฐ ท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น การใช้นโยบายภาษี การออกกฎระเบียบข้อบังคับด้านการแข่งขันทางการตลาด และด้านการปกป้องสิ่งแวดล้อม

๔. ลดความไม่เท่าเทียม โดยมุ่งเป้าที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ในกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่ามาตรฐาน

๕. ให้ความสำคัญกับกลุ่มชนพื้นเมืองดั้งเดิม เพื่อลดช่องว่างด้านสุขภาพ และลดภาระจากความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ภาวะโรคอ้วน การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖. ปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรคเรื้อรัง โดยพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะหลากหลาย มีเครื่องมือและทรัพยากรที่เพียงพอ มีระบบข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และมีระบบการส่งต่อไปยังสถานบริการขั้นสูงขึ้น

ด้านการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Emergency Preparedness & Response) PHAC เป็นจุดประสานระดับชาติในการคาดการณ์ เตรียมการ ดำเนินการรองรับ และประสานการฟื้นฟูผลกระทบต่อสุขภาพจากภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออุบัติภัยต่างๆ

ประเทศออสเตรเลีย

มีกระทรวงสุขภาพ (Commonwealth Department of Health and Ageing) เป็นองค์กรดูแลเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ระบบสุขภาพของออสเตรเลียจึงมีความหลากหลาย โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับของรัฐบาลกลาง รัฐ และเขตปกครอง เสริมด้วยองค์กรเอกชน หรือมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานเป็นอิสระ มีการจัดตั้งหน่วยงานระดับชาติ ที่เรียก **National Health Promotion Authority** ให้ขึ้นตรงต่อ Australian Health Minister's Advisory Council โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาลกลางที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น กระทรวงสุขภาพ กระทรวงเกษตร การศึกษาและการขนส่ง และตัวแทนจากรัฐและเขตปกครองต่างๆ รวมทั้งตัวแทนฝ่ายที่มิใช่หน่วยงานของรัฐ มีเงินทุนสนับสนุนให้ดูแลการพัฒนาด้านการวิจัย การพัฒนาบุคลากร และการวางยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น เพื่อให้มีทิศทางการดำเนินงานในระยะยาวสอดคล้องกันในทุกระดับ คือ รัฐบาลกลาง รัฐ และท้องถิ่นต่างๆ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพของชาวออสเตรเลีย โดยตั้งวิสัยทัศน์ให้ประเทศมีสุขภาวะสูงที่สุดของโลกภายในปี ๒๐๒๐ **(Australia : The Healthiest Country By 2020)**

มีการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพใน ๓ ปัจจัยเสี่ยงหลักต่อสุขภาพ คือ ภาวะโรคอ้วน การบริโภคยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ทิศทางการดำเนินงานในระยะยาวสอดคล้องกันในทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นจุดคานงัดสำคัญที่มุ่งสู่สุขภาวะที่ดีขึ้นในประเทศออสเตรเลีย จุดมุ่งหมายของกลยุทธ์นี้คือ การลดอัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคที่ป้องกันได้ ซึ่งจะส่งผลให้ระบบการดูแลสุขภาพและระบบบริการในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และเป็นการช่วยลดภาระค่าใช่จ้ายด้านสุขภาพและสังคม กลยุทธ์นี้ตอบสนองต่อความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคมอีกด้วย

ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี

สาธารณรัฐเกาหลี เป็นประเทศหนึ่งในเอเชียที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมให้กับประชาชนได้อย่างถ้วนหน้า ภายในระยะเวลาอันสั้นเพียง ๑๒ ปี และการปฏิรูประบบสุขภาพของเกาหลีในช่วงหลัง ได้มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้ รัฐบาลเกาหลีได้ออกกฎหมายส่งเสริมสุขภาพและจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพในปี ๒๕๓๘ โดยใช้เงินจากรายได้การจำหน่ายบุหรี่และกองทุนประกันสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป กระทรวงสุขภาพ/กระทรวงสาธารณสุขของประเทศ เป็นหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง นโยบายและยุทธศาสตร์ สนับสนุนและยกระดับสุขภาวะของประชาชน สนับสนุนข้อมูลความรู้ และพัฒนาสมรรถนะองค์กร เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาวะที่ยั่งยืน ส่วนภารกิจในการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐ จังหวัด ซึ่งมีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น

บทเรียนความสำเร็จ ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของทั้ง ๓ ประเทศ คือ กระทรวงสุขภาพ/กระทรวงสาธารณสุขของประเทศ จะทำหน้าที่กำหนดทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ สนับสนุนดูแลสุขภาพและยกระดับสุขภาวะของประชาชน ส่วนภารกิจในการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐ จังหวัด ที่มีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น ผ่านการแสดงบทบาทการเป็นทั้ง

ภาคีหุ้นส่วนและผู้นำในระบบสุขภาพ มีการดำเนินงานใกล้ชิดกับรัฐบาล ระดับรัฐและเขต รวมทั้งองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ และมีแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี ที่แสดงแผนงานที่จัดลำดับความสำคัญและงบประมาณ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานการใช้ข้อมูลความรู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ แผนยุทธศาสตร์นี้จะใช้เพื่อประสานการจัดการภายในองค์กรและช่วยในการสื่อสารวิสัยทัศน์ต่อภาคีพันธมิตร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสาธารณะ

๒.๒.๑ ข้อเสนอจากการเทียบประสบการณ์ต่างประเทศ

ดังตารางเปรียบเทียบประสบการณ์จากต่างประเทศและข้อเสนอ ดังนี้

ประเทศไทย	ต่างประเทศ	ข้อเสนอ
๑. การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นยังไม่สมบูรณ์ตามกฎหมายกระจายอำนาจ ระบบงบประมาณยังไม่ถึงร้อยละ ๓๕ รวมทั้งยังไม่มีการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยตรง เน้นการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก ผ่านกองทุนสุขภาพระดับตำบล	มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นเต็มรูปแบบ โดยที่ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงการบริการสุขภาพ	ท้องถิ่นและชุมชนสามารถจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยกำหนดสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง ครอบคลุม
๒. รัฐกลาง โดยกรมวิชาการทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการ และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชนบางกลุ่ม หรือเป้าหมายเฉพาะ	- รัฐบาลกลางเป็นผู้ชี้นำนโยบาย จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของระดับรัฐ เขต จังหวัด ที่สนองตอบนโยบายของรัฐบาลกลาง มีบทบาทหลัก ๓ ด้าน ได้แก่ การควบคุมกำกับ (Regulator)/การให้บริการ (Service Provider)/ กระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม และเป็นผู้ให้บริการข้อมูล	- มุ่งเน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นจุดคานงัดสำคัญ ที่มุ่งสู่สุขภาวะที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระบบการดูแลสุขภาพและระบบบริการในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสังคม มีการดำเนินงานด้วยพลังภาคีเครือข่าย ทำให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างทั่วถึง เมื่อเป็นผู้จัดการสุขภาพเองได้

ประเทศไทย	ต่างประเทศ	ข้อเสนอ
	- National Health Promotion Authority ให้ขึ้นตรงต่อ Australian Health Minister's Advisory Council โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐบาลกลางที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น กระทรวงสุขภาพ กระทรวงเกษตร การศึกษาและการขนส่ง และตัวแทนจากรัฐและเขตปกครองต่างๆ รวมทั้งตัวแทนฝ่ายที่มิใช่หน่วยงานของรัฐ มีเงินทุนสนับสนุนให้ดูแลการพัฒนาด้านการวิจัย การพัฒนาบุคลากร และการวางยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น เพื่อให้มีทิศทางการดำเนินงานในระยะยาวสอดคล้องกันในทุกระดับ คือ รัฐบาลกลาง รัฐ และท้องถิ่นต่างๆ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพของประชาชนออสเตรเลีย โดยตั้งวิสัยทัศน์ให้ประเทศมีสุขภาวะสูงที่สุดของโลกภายในปี ๒๐๒๐ (Australia : The Healthiest Country By ๒๐๒๐)	- ขยายขอบเขตการดำเนินงานเชื่อมโยงครอบคลุมทุกภาคส่วน ไม่เพียงแต่ระดับท้องถิ่นและชุมชน แต่รวมถึงภาคเอกชน องค์กรส่งเสริมสุขภาพ และภาคธุรกิจ อย่างเป็นระบบ
๓. ไม่มีกฎหมายเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพ	ออกกฎหมายส่งเสริมสุขภาพ กรณีประเทศเกาหลี และกฎหมาย Health Protection and Promotion Act กรณีแคนาดา Affoordable Care Act ของอเมริกา รวมทั้ง Law for Promoting a Next Generation Supporting Program ของประเทศญี่ปุ่น	ความเป็นเอกภาพของระบบ

ประเทศไทย	ต่างประเทศ	ข้อเสนอ
๔. การเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยสุขศึกษา การสื่อสารมวลชน และการรณรงค์ ในขณะที่ท้องถิ่นยังขาดบุคลากรด้านสุขภาพและความทันสมัยของความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพยังอยู่ในวงจำกัด	การส่งเสริมสุขภาพ มีหลักการสำคัญอยู่ที่ "การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน" เพื่อมุ่งให้เกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม จึงปรับการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาศัยสุขศึกษา การสื่อสารมวลชน และการรณรงค์ ซึ่งได้ผลดีแต่ก็เหมือนในประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ กล่าวคือได้ผลดีเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มาสู่เรื่องความเหลื่อมล้ำ (Inequity) ทางสุขภาพ ในระยะต่อมาจึงพยายามที่จะนำเรื่อง การพัฒนาชุมชน (Community development) มาใช้ เริ่มด้วยการพยายามให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Community participation)	มุ่งสู่การสร้างสุขภาวะ ทั่วทั้งสังคมได้หากชุมชนและท้องถิ่นเข็มแข็ง
	รัฐมี Strategic Directions การดำเนินทิศทางยุทธศาสตร์อาศัยการสนับสนุนและการประสานการดำเนินงานอย่างแข็งขันผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ รัฐ และ ท้องถิ่น ตั้งแต่การแสวงหาความร่วมมือและความรับผิดชอบร่วมกันกับภาคียุทธศาสตร์สำคัญ ปฏิบัติการแบบล่วงหน้าและกับทุกกลุ่มวัย ชี้นำตลาดและพัฒนานโยบายที่สอดคล้องกันในทุกระดับ ลดความไม่เท่าเทียม มุ่งเป้าที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	- ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการจัดการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ โดยตัดสินใจเลือกและกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะแก้ไขก่อน-หลังเอง กำหนดวิธีการ ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อประชาชนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ ซึ่งภาครัฐจะต้องสนับสนุนให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน - สร้างเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็น

ประเทศไทย	ต่างประเทศ	ข้อเสนอ
		ระบบ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์ - ปรับระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ปรับพฤติกรรมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าเน้นการรักษาพยาบาล ให้ได้ผลสุขภาพที่คุ้มค่า นำพาแนวคิดสร้างนำซ่อมสู่การปฏิบัติ - ในปัจจุบันมีหลายชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีบทบาท อย่างไรก็ตาม มีเพียงไม่กี่ชุมชนเท่านั้นที่ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริง เนื่องจากส่วนใหญ่ยังขาดการจัดการองค์ความรู้ที่สะสมมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ถึงแม้ว่าจะมีการสืบทอดต่อกันมาแต่ยังไม่มีระบบการจัดการนวัตกรรมของชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

๒.๒.๒ เปรียบเทียบระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงประเด็น

แสดงการเปรียบเทียบระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย แคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ในประเด็นต่อไปนี้

๑. ระบบกลไกการบริหารจัดการระดับชาติ/ท้องถิ่น (โครงสร้าง/องค์กร)
๒. นโยบายและแผน
๓. ทรัพยากรมนุษย์
๔. ระบบการเงิน/การคลัง
๕. ระบบการจัดบริการ
๖. กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ
๗. ปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามที่ส่งผลต่อสุขภาพ

รายละเอียดดังตารางเปรียบเทียบระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
๑. ระบบกลไกการบริหารจัดการระดับชาติ/ท้องถิ่น (โครงสร้าง/องค์กร)	๑. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ๒. กระทรวงสาธารณสุข ๓. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนางานสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย) ๔. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)/สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ๕. ท้องถิ่น	๑. รัฐบาลกลางมี Ministry of Health - Public Health Agency of Canada (PHAC) - Health Canada ๒. Department of Health Promotion & Protection (ระดับ Provinces ๑๐ รัฐ) ๓. ท้องถิ่น ๔. สมาคมต่างๆ	๑. รัฐบาลกลางมี Commonwealth Department of Health and Aged Care ๒. ระดับรัฐและเขตปกครองมี Department of Health ๓. องค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ เช่น มูลนิธิ องค์กรวิชาชีพต่างๆ	๑. กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคม ๒. รัฐบาลท้องถิ่น เทศบาล ศูนย์สุขภาพในเทศบาลและชุมชนเมือง ๓. สมาคมแพทย์ของญี่ปุ่น
๒. นโยบายและแผน	๑. พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ๒. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ๓. แผนระดับกรม ๔. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (๕ โรค – เบาหวาน ความ	๑. Pan-Canadian Healthy Living Strategy (ปรับพฤติกรรม ๓ ด้าน การบริโภค การออกกำลังกาย และการดูแลน้ำหนัก)	๑. National Preventive Health Strategy (Australia: The Healthiest Country by ๒๐๒๐) เพื่อลดภาวะโรคอ้วน การบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์	๑. National Health Promotion Movement in the ๒๑st Century: Healthy Japan ๒๑ - ป้องกันปฐมภูมิ - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อกับสุขภาพ

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
	ดันโลหิต หัวใจ หลอดเลือด สมอง มะเร็ง) ๕. นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๖. โครงการบูรณาการภายใต้กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติ	๒. แผนยุทธศาสตร์ PHAC ๒๐๐๙-๒๐๑๐ - ส่งเสริมสุขภาพ: เด็กและครอบครัว อ้วน น้ำหนักเกิน ลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ - แผนป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง: เบาหวาน มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด โรคอุบัติใหม่ - แผนป้องกันโรคติดเชื้อ – HIV/AIDS โรคหวัดจากสัตว์ปีก โรคทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ๓. แผนยุทธศาสตร์ Health Canada - ระบบสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เท่าเทียมกัน - เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย - ลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและสิ่งแวดล้อม - ป้องกันด้านยา-เสพติด - งานควบคุมยาสูบ		- แผนส่งเสริมกิจกรรม ๙ ด้าน ได้แก่ อาหารและโภชนาการ ออกกำลังกาย สุขภาพจิต ลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ทันตสุขภาพ เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดมะเร็ง
๓. ทรัพยากรมนุษย์	อสม./ นักวิชาการสาธารณสุข/ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวช-กรรมป้องกัน	๑. Public health professtionals, Scientists, Technicians, Communicators, Administrators, Policy analysts and planners ๒. อาสาสมัคร	๑. ภาคียุทธศาสตร์มีส่วนร่วมทุกระดับ ได้แก่ หน่วยงานรัฐ ภาคธุรกิจ อุตสาหกรรม สหภาพแรงงาน องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันวิจัย และชุมชน	๑. ผู้นำชุมชน/ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ/ วิชาชีพ

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
๔. ระบบการเงิน/การคลัง	๑. งบประมาณในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	๑. ระบบประกันสุขภาพแบบครอบคลุมและบูรณาการสำหรับแต่ละบุคคล	๑. Medicare Australia	๑. แผนประกันสุขภาพทางสังคม ๒. รัฐบาลกลางจัดสรรสู่รัฐบาลท้องถิ่น ๓. บริษัทประกันเอกชนสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
๕. ระบบการจัดบริการ	๑. อปท. มีระบบบริการปฐมภูมิครอบคลุมถึงระดับตำบล	๑. Multi model community development ๒. สนับสนุนให้องค์กรภาคีดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	๑. ระบบบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน	๑. มีระบบบริการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพระดับเทศบาล และชุมชน
๖. กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ	๑. กฎหมายที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็ก ๒. กฎหมายควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ ๓. ธรรมนูญสุขภาพ ๔. พรบ.สุขภาพแห่งชาติ	๑. Public Health Agency of Canada Act ๒. กฎหมาย Canada Health Act	๑. กฎหมายการจัดเก็บภาษียาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการจัดสรรงบประมาณ ๒. กฎหมายควบคุมสิ่งแวดล้อม ๓. กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ๔. กฎหมายควบคุมการส่งเสริมทางการตลาดสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ	๑. กฎหมายส่งเสริมสุขภาพ (ระดับชาติ อำเภอ และเทศบาล) กำหนดแนวทางตรวจสุขภาพ มาตรการป้องกันการสูบบุหรี่ สำรวจสุขภาพและโภชนาการ การแสดงรายการข้อมูลด้านโภชนาการ
๗. ปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามที่ส่งผลต่อสุขภาพ	๑. ปัญหาสิ่งแวดล้อม ๒. ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความขัดแย้งทางสังคม/การเมือง ๓. ปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรม โรคอ้วน และน้ำหนักเกิน HIV/AIDS ๔. ปัญหาความยากจน ๕. ปัญหาทุพ-	๑. ปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรม โรคอ้วนและน้ำหนักเกิน HIV/AIDS ๒. ปัจจัยเสี่ยงจากการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ๆ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ต่าง ๆ ๓. ปัจจัยเสี่ยง จากปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น ความไม่เท่าเทียม	๑. ภาวะโรคอ้วน การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยง ๓ ใน ๗ ปัจจัยเสี่ยงสูงที่ป้องกันได้	๑. จำนวนผู้สูงอายุจะเป็น ๑ ใน ๔ ของประชากรทั้งหมด ในปี ๒๐๒๐ จะเป็นภาระด้านการดูแลระยะยาว ๒. โรคที่เกี่ยวข้องกับ Metabolic Syndrome การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เบาหวาน หัวใจและ

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
	โภชนาการ ๖. ปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากแรงงานต่างด้าว ๗. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและสังคม	ในกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย ๔. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว		หลอดเลือด มะเร็ง ๓. ปัญหาเศรษฐกิจ ๔. ปัญหาสุขภาพจิตและภาวะเครียด

๒.๒.๓ การวิเคราะห์ส่วนขาดหรือข้อควรปรับปรุง (Gap Analysis)

ผลการเปรียบเทียบกับประสบการณ์ต่างประเทศ ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ และบทบาท NHA ๑๒ บทบาท พบว่า

บทบาทที่ ๑

การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กลางของประเทศบนข้อมูลและพื้นฐานความรู้

๑. นโยบายการส่งเสริมสุขภาพแยกส่วน ขาดฐานข้อมูลและกลไกที่เข้มแข็ง ขาดยุทธศาสตร์ภาพรวมระดับชาติ ขาดการสื่อสารนโยบายในวงสาธารณะ มีการถ่ายทอดและกำหนดแต่ตัวชี้วัด (KPI) แต่ขาดการประเมินผล (Impact) นโยบายและยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน องค์กรส่งเสริมสุขภาพ และภาคธุรกิจ อย่างเป็นระบบ

๒. ขาด Strategic Directions การดำเนินทิศทางยุทธศาสตร์ที่อาศัยการสนับสนุนและการประสานการดำเนินงานอย่างแข็งขันผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ รัฐ และ ท้องถิ่น ชุมชน ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าภารกิจของกรมอนามัยเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และให้ความสำคัญกับงานบริการ มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งขาดกลไกที่เป็น National Health Promotion Authority ในการประสานเชื่อมโยง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างสอดคล้องกัน และสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ อีกทั้งภาพรวมของการจัดการระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ขาดการบูรณาการที่สามารถใช้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพที่มีองค์ประกอบทั้งสี่ระบบ มากกว่าการใช้นโยบายทางการเมืองซึ่งอ่อนไวต่อการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเมืองไม่นิ่ง

๓. มีโครงสร้างเพียงพอแก่การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่หน่วยงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดโรคเรื้อรัง และสร้างความเข้มแข็งชุมชนผ่านอาสาสมัคร ยังกระจัดกระจายอยู่ในกรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมควบคุมโรค เช่นเดียวกับงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่การดูแลสุขภาพประชาชนในสถานประกอบการหรืออาชีวอนามัย เป็นภารกิจของกรมควบคุมโรค แต่งานอนามัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในการดูแลของกรมอนามัย เป็นต้น บทบาทหน้าที่การดำเนินการเหล่านี้ยังทับซ้อน แยกส่วน ไม่บูรณาการ และขาดความเป็นเอกภาพ ภาคีส่วนใหญ่จะเป็นภาคีปฏิบัติการมากกว่าเป็นภาคียุทธศาสตร์ จึงขาดเป้าหมาย เข็มมุ่งเพื่อสร้างสุขภาพให้มากกว่าการซ่อมสุขภาพได้ หากมีการบูรณาการงานด้านพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ ก็จะช่วยให้เกิดการจัดการที่เป็นเอกภาพ เพิ่มประสิทธิภาพระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ

๔. มีแนวคิดสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” แต่ในทางปฏิบัติสุขภาพยังจำกัดอยู่ที่การรักษาพยาบาลเป็นหลัก และแผนงานโครงการส่วนใหญ่เน้นการป้องกันโรคหรือป้องกันสุขภาพของประชาชนมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง การสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของคนและสังคมทั้งหมดยังไม่เข้มแข็ง

๕. ภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพ มีหลายหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบในภารกิจที่แตกต่างกัน โดยกลไก/องค์กรเหล่านี้ ดำเนินงานอย่างเป็นอิสระไม่ขึ้นแก่กันโดยตรง ทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพในบางพื้นที่มีความซ้ำซ้อนหรือไม่ครอบคลุม

๖. บริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้จัด และให้บริการแก่ประชาชน ต้องอาศัยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมและต้องใช้เทคโนโลยีระดับหนึ่ง แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนกว่าเก้าแสนคนครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่ยังคงเน้นบทบาทการปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะบริการเชิงรุกในระดับตำบล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ

บทบาทที่ ๒

การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ

๑. ขาดกรอบทิศทางการวิจัย การสร้างและจัดการความรู้ ทำให้ความรู้ที่มีอยู่กระจัดกระจาย ไม่รวมศูนย์ ไม่สะท้อนผลลัพธ์เชิงระบบ (Impact) ความรู้ไม่เป็นมาตรฐานสากล และไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ ในส่วนองค์ความรู้ไม่มีพลัง (Power of Wisdom) เพียงพอต่อการผลักดันนโยบาย และการปรับพฤติกรรมของประชาชน

๒. ปัจจุบันมีหลายชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีบทบาท อย่างไรก็ตามมีเพียงไม่กี่ชุมชนเท่านั้นที่ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริง เนื่องจากยังขาดการจัดการองค์ความรู้ที่สะสมมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ถึงแม้ว่าจะมีการสืบทอดต่อกันมา แต่ยังไม่มีระบบการจัดการนวัตกรรมที่เกิดจากชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

๓. ขาดข้อมูลวิชาการเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ ผลิตภัณฑ์ และอาหารแปรรูปจากอุตสาหกรรมสุขภาพและธุรกิจสุขภาพ

บทบาทที่ ๓

การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

กรมอนามัยไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบตรงในการประเมินเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในโครงการที่มีขนาดใหญ่และมีผลกระทบต่อชุมชนจำนวนมาก จากการทบทวนพบว่า การให้ความสำคัญในเชิงนโยบายการประเมินเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ในระดับกรมและหน่วยงานย่อยมีน้อย ระบบและกลไกการประเมินที่ผ่านมาดำเนินการโดยนักวิชาการของหน่วยงานย่อยซึ่งใช้ทักษะการประเมินเทคโนโลยีจากการลงมือปฏิบัติ (Learning by Doing) การประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้อง ความเห็นของนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญ (Expert Opinions) การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ การทบทวนรายงานการวิจัยและเอกสารอื่นๆ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

(Systematic Reviews) และจากการวิจัยในพื้นที่ทดลอง เป็นต้น การประเมินเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในบางกรณีที่มีความยากและซับซ้อน จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้วิชาการในเชิงลึก หน่วยงานจะต้องขอความอนุเคราะห์หรือสนับสนุนวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานหรือสถาบันการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ หรืออาจเป็นการศึกษาวิจัยร่วม นอกจากนี้ พบว่าไม่มีการรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยและผลการประเมินเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นฐานข้อมูลกลางสำหรับใช้ในการดำเนินงานทั้งในส่วนของหน่วยงาน เครือข่าย และเพื่อการเผยแพร่สร้างความเข้าใจในวงกว้างต่อสาธารณะ และจากการทบทวนยังพบว่า การประเมินเทคโนโลยีที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นมิติด้านประสิทธิภาพกับประสิทธิผล ในส่วนของมิติอื่นๆ เช่น ด้านเศรษฐศาสตร์ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ยังมีน้อย

บทบาทที่ ๔

การกำหนดรับรองมาตรฐานบริการต่างๆ

๑. ขาดความเป็นเอกภาพ เนื่องจากมีหลากหลายหน่วยงาน/องค์กร ทำหน้าที่กำหนดรับรองมาตรฐาน โดยการดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ และมาตรฐานมีความซ้ำซ้อน/หลายมาตรฐาน

๒. แนวโน้มของอุตสาหกรรมสุขภาพและธุรกิจสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกายและส่งเสริมสุขภาพรูปแบบต่างๆ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ ทันตกรรม สปา และนวดแผนไทย มีโอกาสบิดเบือนพัฒนาการของระบบไปจากสุขภาพของบุคคลและสาธารณะตามที่ควรจะเป็นได้

บทบาทที่ ๕

การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

๑. ขาดการมองในภาพรวม การเฝ้าระวังเรื่องต่าง ๆ ยังเป็นเรื่องแยกส่วน (Fragment) ยังไม่มีหน่วยงานหลัก (Focal Point) เพื่อดำเนินงานในภาพรวม ขาดงบประมาณสนับสนุน ทำให้การเฝ้าระวังบางประเด็นไม่ต่อเนื่อง การประเมินเพื่อปรับปรุงระบบเฝ้าระวังเดิมที่มีอยู่ มีน้อย การนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังไปใช้แก้ไขปัญหา เพื่อการสื่อสารและใช้ประโยชน์ยังมีน้อย

๒. การเฝ้าระวังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการควบคุมป้องกันโรค

บทบาทที่ ๖

การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน

๑. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ ยังใช้ไม่เต็มศักยภาพ และขาดกฎหมายลูกที่จำเป็น ขาดการประเมินประสิทธิภาพด้านการใช้กฎหมาย สังคมมีการรับรู้น้อยเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุข การใช้ประโยชน์จากกฎหมายด้านสุขภาพ/ ข้อบังคับ/ มาตรการ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องยังมีน้อย การผลักดันร่างพระราชบัญญัติอนามัยการเจริญพันธุ์ ยังไม่ผ่านการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

๒. ขาดระบบการเตือนภัยคุกคาม (Watchdog)

๓. ร่างกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติอนามัยการเจริญพันธุ์ ยังไม่สามารถผ่านร่างสู่การปฏิบัติได้

๔. ขาดกฎหมายด้านส่งเสริมสุขภาพรองรับ เช่น ประสบการณ์ของประเทศเกาหลี

บทบาทที่ ๗

การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ

ด้วยโครงสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีความทับซ้อน ขาดเอกภาพ ทำให้บทบาทการเป็นผู้นำทางวิชาการหรือการเป็นองค์กรหลัก (National Health Promotion Authority) ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ เพื่อพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศขาดความชัดเจน

บทบาทที่ ๘

การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน

ขาดการมองภาพรวมในเชิงระบบเพื่อบูรณาการงานต่างๆ เข้าด้วยกัน เกิดลักษณะที่เรียกว่า Fragmentation ในการทำงาน กล่าวคือ ต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงานเพื่อบูรณาการเชิงระบบ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

บทบาทที่ ๙

ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ

๑. ขาดการมองภาพรวมของระบบการเงินการคลัง ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่มีการกำหนดสัดส่วนที่เหมาะสมและแนวทางที่เป็นจริง แม้จะมีนโยบายสร้างนำซ่อมก็ตาม ไม่มีแนวทางการจัดเก็บภาษีจากอาหาร เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลกระทบหรือบั่นทอนสุขภาพ อาทิ อาหารขยะ เป็นต้น

๒. ชุดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยที่จะเป็นปัญหาสาธารณสุข ทั้งในปัจจุบันหรือรองรับปัญหาในอนาคต

๓. ขาดองค์ความรู้หรือการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการเงินการคลังหรือเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับการเงินการคลังด้านสุขภาพ

๔. ระบบการเงินเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ทั้งที่เป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด ขณะที่ระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการรักษาพยาบาลมีการลงทุนมาก แต่ได้รับผลตอบแทนทางสุขภาพน้อย ไม่คุ้มค่า กล่าวคือประชาชนที่เจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็นมีจำนวนมากขึ้น เนื่องมาจาก ๓ สาเหตุ คือ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ผู้ป่วยยังได้รับบริการไม่เพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบรอตั้งรับโดยวัตถุประสงค์เพื่อการซ่อมสุขภาพ

๕. ขาดการเชื่อมโยงและบริหารจัดการแหล่งงบประมาณเพื่อการสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรืออาจใช้กองทุนต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ

บทบาทที่ ๑๐

การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพใช้งานได้

ระบบข้อมูลหลักกระทรวงสาธารณสุข (๔๓ + ๗ แฟ้ม) ขาดความน่าเชื่อถือ ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ มีระบบข้อมูลและฐานข้อมูลหลากหลาย

บทบาทที่ ๑๑

การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑. ขาดแคลนทรัพยากรบุคคลด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม บางสาขา/ตำแหน่ง การกระจายกำลังคนยังไม่เหมาะสม

๒. ขาดการบริหารความสัมพันธ์กับเครือข่าย โดยเฉพาะบุคลากรที่เป็นจุดคานงัดสำคัญของระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ สาธารณสุขอำเภอ

บทบาทที่ ๑๒

เขตสุขภาพ

บทบาทของศูนย์อนามัยถูกมองข้าม ขาดความเชี่ยวชาญ (Expertise) แผนงานจากส่วนกลางขาดการบูรณาการกับส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ล่าช้า และไม่ตอบสนองต่อปัญหาและบริบทของพื้นที่ ขณะที่ข้อมูลมีจำนวนมาก หลายส่วนขาดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อนำไปใช้และคืนข้อมูลกลับพื้นที่ และระบบนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

๒.๓ วิเคราะห์บทบาท ภารกิจหน่วย (Matrix)

ตารางที่ ๑ แสดงประเด็นการพัฒนา (ปฏิรูป) บทบาทภารกิจของกรมอนามัย ในระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพ / ประเด็นการพัฒนา(ปฏิรูป) บทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข	ระบบบริการสุขภาพ	ระบบส่งเสริมสุขภาพ	ระบบควบคุมและป้องกันโรค	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
๑. การกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศ	_	***	*	*
๒. การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ	*	***	*	*
๓. การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	_	**	*	*
๔. การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่าง ๆ	*	***	*	**
๕. การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	_	***	*	*
๖. การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน	_	***	_	**
๗. การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ	_	**	_	*
๘. การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน	-	***	-	*
๙. การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ	-	**	*	-
๑๐. การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียวมีคุณภาพใช้งานได้	-	***	*	*
๑๑. การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	-	**	-	-
๑๒. เขตสุขภาพ หรือ Service Plan	*	***	*	*

คำชี้แจง *** หมายถึง ภารกิจหลัก
** หมายถึง ภารกิจรอง
* หมายถึง ภารกิจสนับสนุน

หมายเหตุ การวิเคราะห์ประเด็นข้อ ๑๒ เขตสุขภาพ หรือ **Service Plan** ในที่นี้หมายถึง การวิเคราะห์บทบาทศูนย์อนามัยเขต ๑-๑๒ ซึ่งรวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในฐานะ กลุ่ม/ฝ่ายของศูนย์อนามัยเขต ในบทบาทหน่วยบริการเพื่อสนับสนุนระบบงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ๔ ระบบงาน ที่เกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพ

๒.๔ สังเคราะห์ข้อเสนอในการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๑) เสนอให้มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการนโยบายส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ” ขึ้น โดยอำนาจทางกฎหมาย ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ นักบริหาร นักวิชาการ นักพัฒนา และผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนให้เกิดระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นเอกภาพ

๒) สร้างความเข้มแข็ง (Strengthened) ระบบเดิม และสนับสนุนกลไก เพื่อข้อเสนอฯ (บทบาทใหม่) ให้นำสู่การปฏิบัติ เช่น จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ เพื่อการกำหนดทิศทาง นโยบายและพัฒนายุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีส่วนร่วม สนับสนุนกลไกการพัฒนาระบบข้อมูล กลไกการสร้างและจัดการความรู้ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายใช้ในการตัดสินใจกำหนดนโยบายบนฐานความรู้ (Knowledge Based Policy) และให้องค์กรภาคีนำไปใช้ในการขับเคลื่อนการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และประชาชนสามารถนำไปปฏิบัติ หรือตัดสินใจเลือกบริการได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็สามารถจัดการความรู้จากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๓) ควรขยายขอบเขต การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้เชื่อมโยงและครอบคลุมทุกระดับ ไม่เพียงแต่ระดับท้องถิ่นและชุมชน แต่รวมถึงภาคเอกชน องค์กรส่งเสริมสุขภาพ และภาคธุรกิจ อย่างเป็นระบบ

๔) มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมทั่วทั้งสังคมได้ หากชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยตัดสินใจเลือกและกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะแก้ไขก่อน-หลังเอง กำหนดวิธีการตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ ท้องถิ่นแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งภาครัฐจะต้องสนับสนุนให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

๕) สร้างเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์

๖) กรมอนามัยจะพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับ (รพ.สต. รพช. รพท. รพศ.) โดยจะมุ่งเน้นปรับปรุง/พัฒนา “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ในบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ให้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ปรับพฤติกรรมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มากกว่าเน้นการรักษาพยาบาล ให้ได้ผลสุขภาพที่คุ้มค่า นำพาแนวคิดสร้างนำซ่อมสู่การปฏิบัติ และมีโครงสร้างและบทบาทอยู่ในระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าบทบาทการรักษาพยาบาล เนื่องจาก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นจุดตั้งต้นในการสร้างสุขภาพ เพื่อขยายประเด็น*สร้างนำซ่อม*สู่ชุมชนและสังคม ทั้งนี้ การจัดบริการสร้างสุขภาพต้องมีหัวขบวน โดยกรมอนามัยอาสาเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ ดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยเขตให้แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ด้วยจุดเน้น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นตัวแบบในทุกระดับของระบบบริการสาธารณสุข” โดยมีหน่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยปฏิบัติการ สร้างการเปลี่ยนแปลงสำหรับทศวรรษการเปลี่ยนแปลงสร้างนำซ่อมครั้งนี้