

**ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง:
ทิศทางในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10
บทนำเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549**

บทนำ

บทวิเคราะห์และข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการยกร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 เพื่อให้ทิศทางของการพัฒนาเป็นไปอย่างสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล บทวิเคราะห์นี้เป็นเอกสารวิชาการที่ผลิตขึ้นเพื่อการระดมความคิดเห็นของประชาคม และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

บทความนี้แบ่งออกเป็น 4 ภาคดังนี้

- **ภาคที่ 1** เป็นการทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพใหม่ที่เป็นนิมิตหมายของการพัฒนาสุขภาพในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อยได้แก่
 - ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์และพลวัตใหม่ในระบบสุขภาพไทย
 - ส่วนที่สอง บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อระบบสุขภาพ
- **ภาคที่ 2** เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุขที่เป็นอยู่ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อยได้แก่
 - ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ
 - ส่วนที่สอง สถานการณ์ระบบ โครงสร้างและกลไกการจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
- **ภาคที่ 3** เป็นการนำเสนอปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ระบบสุขภาพพอเพียง โดยแบ่งเป็นส่วนย่อย 3 ส่วนได้แก่
 - ส่วนที่หนึ่ง ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและระบบสุขภาพพอเพียง
 - ส่วนที่สอง หลักการ แนวคิดและทิศทางในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10
 - ส่วนที่สาม ยุทธศาสตร์และมาตรการการสร้างระบบสุขภาพพอเพียง

ภาคที่ 1

บุญนิมิตสุขภาพไทย: พลวัตใหม่ของการพัฒนาสุขภาพ

ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์และพลวัตใหม่ในระบบสุขภาพไทย

ในราวหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงแนวคิด นโยบาย โครงสร้าง กลไกการจัดการ และบทบาทของภาคส่วนต่างๆ พัฒนาการสำคัญๆ ที่เกิดขึ้นในระยะหนึ่งทศวรรษดังกล่าวสะท้อนพลวัตใหม่ของการพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหลายด้านและบางเหตุการณ์อาจเป็นเค้กลางของปัญหาที่จะเกิดขึ้นและต้องการแก้ไขในอนาคต แต่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา ก็มีพัฒนาการที่อาจถือได้ว่าเป็นบุญนิมิตของระบบสุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพใหม่ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัดได้แก่

- กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพ

กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย ความตื่นตัวนี้ด้านหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมืองและต้องเผชิญกับเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกกลายเป็นทางออกจากภาวะบีบคั้นของวิถีชีวิตสมัยใหม่ ในขณะที่กระแสสุขภาพก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจและระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมเกษตร กลายเป็นความตื่นตัวต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดภัย และเกษตรอินทรีย์ ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและห่างเหินจากธรรมชาติทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย ตลอดจนการเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ ที่แพร่หลายขึ้นสะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ที่ถือว่า สุขภาพไม่ใช่สิ่งที่คุณขาดหรือหยิบยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา

- การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน กว่า 95% ของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้ารับการรักษาตามสิทธิประโยชน์โดยไม่ต้องวิตก

แนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุขมีสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นในปี 2548 เป็นร้อยละ 42.8 และ 33.3 ตามลำดับจากการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีทีมบริการสุขภาพสาขาชีพให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกเป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

กังวลว่าจะถูกปฏิเสธการรักษาเพราะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเป็นไปได้ ที่สำคัญการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลัง

สาธารณสุขที่เกิดขึ้นพร้อมกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้การจัดสรรงบประมาณการแพทย์และสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีความเป็นธรรมตามจำนวนประชากรที่แต่ละหน่วยบริการต้องรับผิดชอบ นอกจากนี้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังได้ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกและให้บริการใกล้บ้านอีกด้วย

- การก่อตัวและความเข้มแข็งของการสร้างเสริมสุขภาพ

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ก่อตั้งโดยการนารายได้ส่วนหนึ่งจากภาษีรัฐที่ได้จากสุราและบุหรี่นับเป็นนวัตกรรมสำคัญที่มีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกเท่านั้นที่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ งบประมาณจากกองทุนและการดำเนินการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับองค์กรภาคีและเครือข่ายที่กว้างขวางทั้งในภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคสังคมและชุมชนได้ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพขยายตัวและเข้มแข็งขึ้นทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล การเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ชุมชน สถานที่ทำงาน ตลอดจนการรณรงค์ให้เกิดกระแสสังคมด้านสุขภาพ เช่น เรื่องสุรา บุหรี่ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารหวาน เป็นต้น ด้วยรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจและมีผลกระทบ การรณรงค์ดังกล่าวได้เปิดมิติใหม่ของการ

สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหากมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องก็จะสามารถสร้างจิตสำนึกสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวไทยได้

- **ความเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ**

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้ก่อตัวมาเป็นระยะเวลากว่า 5 ปีที่ผ่านมา ได้สร้างปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมของสังคมวงกว้างในการที่จะร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาและคุณลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยการใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ทำงานประสานกันทั้งด้านวิชาการ ด้านสังคม และการเมือง เพื่อผลักดันให้ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย ที่ใช้เป็นกรอบแนวทางที่ทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินการสร้างสุขภาพได้อย่างมีเอกภาพ โดยเน้นให้ระบบสุขภาพทั้งระบบทำงานเชื่อมประสานกันและเชื่อมโยงกับภาคประชาชนผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและสถาบันทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น แม้ว่าร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะยังไม่ผ่านการรับรองของสภาผู้แทนราษฎร แต่กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูปที่เปิดกว้างและเน้นการมีส่วนร่วมได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของสังคมอย่างกว้างขวาง กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพไทยที่จะพัฒนาไปสู่การมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน

- **การตื่นตัวเรื่องการแพทย์ไทย ภูมิปัญญาสุขภาพไทย**

ในราวสองทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทย ถูกนำเสนอและเป็นที่ตอบรับอย่างกว้างขวาง จากความคิดทวนกระแส ปัจจุบันการสืบสานภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยกลายเป็นภารกิจของรัฐ และพัฒนาจากแนวคิดนามธรรมจนกลายเป็นสมุนไพรไทย ยาไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทยที่เฟื่องฟูขยายตัวไปทั่ว จนมีบริการการนวดไทยทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน ในโรงแรม และสปาต่าง ๆ รวมทั้งตามปั้มน้ำมัน และศูนย์การค้าแทบทุกแห่ง แม้ว่าภูมิปัญญาสุขภาพไทยส่วนหนึ่งจะถูกทำให้กลายเป็นสินค้า แต่ภาวะดังกล่าวก็สะท้อนความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของสังคมไทยที่ความเป็นท้องถิ่นและความเป็นไทยเปลี่ยนแปลงไป วิถีชุมชนและภูมิปัญญาสุขภาพท้องถิ่นไม่ใช่สิ่งมลาย ไร้สาระหรือน่ารังเกียจ แต่เป็นสิ่งที่มีความค่าเป็นภูมิปัญญาที่สังคมไทยต้องช่วยกันสืบสาน

- **แนวคิดใหม่ กระบวนทัศน์ใหม่**

การก่อตัวของแนวคิดใหม่ ๆ หรือสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ นั้นเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ข้อจำกัดของกรอบวิธีคิดแบบแยกส่วนที่พันธนาการระบบสุขภาพไทยมาช้านาน วิธีคิดการแพทย์แบบแยกส่วนอาจเพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยทางกายได้ แต่เป็นวิธีคิดที่ไม่เพียงพอในการเข้าถึงสุขภาวะที่ไปพ้นจากมิติทางกายภาพ แนวคิดสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ เช่น สุขภาพองค์รวมที่เน้นการบูรณาการอย่างมีดุลยภาพของส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสมดุลย์พอดี แนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ชี้ให้เห็นถึงสุขภาวะที่เชื่อมโยงกับมิติทางปัญญา ศาสนธรรม และโลกตรวิสัย หรือจินตนาการระบบบริการสุขภาพใหม่ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเน้นการสร้างความสะดวกอ่อนต่อมิตินของความเป็นมนุษย์ให้ระบบบริการมีความอ่อนโยนต่อชีวิตและอ่อนไหวต่อความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์โดยถือว่าการทำงานสุขภาพเป็นโอกาสของการเรียนรู้และขัดเกลาตนเองให้เข้าถึงความสมบูรณ์และศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ แนวคิดสุขภาพกระบวนทัศน์ใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพไทยนี้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพที่จะพัฒนาให้ไปพ้นจากกรอบจำกัดเดิม ๆ เพื่อการเรียนรู้ที่จะไปให้ถึงสุขภาวะในความหมายที่กว้างไกลและลุ่มลึกยิ่งขึ้น

ปรากฏการณ์ที่สะท้อนพัฒนาการของระบบสุขภาพไทยเหล่านี้เป็นนิมิตหมายให้เห็นถึงศักยภาพและความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เกิดความพอเพียงด้านสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกัน ระบบสุขภาพไทยก็กำลังเผชิญกับบริบททางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองใหม่ที่ต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนในการกำหนดยุทธศาสตร์และทิศทางการพัฒนาสู่ระบบสุขภาพพอเพียง

ส่วนที่สอง บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจสังคมที่มีผลต่อระบบสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคมที่เป็นไปอย่างรวดเร็วได้สร้างบริบทใหม่ของการพัฒนาสุขภาพไทยที่ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้สอดคล้องกับความเป็นจริงทางสังคม กระแสการเปลี่ยนแปลงที่เป็นบริบทใหม่ของการพัฒนานี้เกิดขึ้นทั้งในระดับโลกและในระดับการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน ซึ่งพอจะประมวลได้ดังนี้

• กระแสนิยม บริโภคนิยมและความเสื่อมโทรมทางจริยธรรม

นโยบายของประเทศในรอบเกือบทศวรรษที่ผ่านมาเน้นการพัฒนาที่เอาเงินเป็นตัวตั้งตามแนวทางแบบทุนนิยมที่ทำให้ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนถ่างกว้างมากยิ่งขึ้น กระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยมครอบงำสังคมจนทำให้ผู้คนมุ่งแสพสุขจากการบริโภคอย่างขาดสติ รถยนต์ โทรศัพท์มือถือ สินค้าแบรนด์เนมกลายเป็นเครื่องประดับประชันอวดสถานภาพทางสังคม สินค้าประเภทนมเม้าท์ให้ลุ่มหลงกับวัตถุนิยมโฆษณาโดยใช้การอวดเนื้อหนังของสตรีมีอย่างแพร่หลาย ตอกย้ำทัศนคติที่เห็นแก่ตัวที่ลดทอนคุณค่าของความเป็นมนุษย์ให้เหลือเพียงความขาวของผิวและขนาดของหน้าอก-เอว-สะโพก หนี้สินครัวเรือนและหนี้สาธารณะเพิ่มพูนตามกิเลสตัณหาที่ถูกโหมกระพือ การปฏิรูปการศึกษาล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง รัฐวิสาหกิจซึ่งเป็นสมบัติของสาธารณะถูกนำมาขายในตลาดหุ้น เอื้อผลประโยชน์แก่ผู้คนไม่กี่คนที่สามารถหากำไรจากการกระแทกราคาหุ้นในตลาดการเงิน ธุรกิจมุ่งกำไรสูงสุดโดยไม่รับผิดชอบต่อสังคม มีการหลบเลี่ยงการเสียภาษีในรูปแบบต่างๆ โดยทั่วไปในวงการธุรกิจ ทั้งการโอนหุ้นให้คนใกล้ชิด การตั้งนอมินีถือครองทรัพย์สินแทน และการหลีกเลี่ยงไปทำธุรกรรมในประเทศที่ไม่ต้องเสียภาษี ซึ่งถึงแม้จะถูกต้องตามกฎหมายแต่ก็ไม่สามารถตอบคำถามในเรื่องจริยธรรมได้ สุขภาพถูกทำให้เป็นสินค้า โรงพยาบาลถูกนำเข้าตลาดหุ้นเพื่อระดมทุนและต้องเน้นการทำกำไรให้มีการปันผลเพื่อรักษาราคาหุ้นให้สูง

คนไทยมีความเครียดถึงร้อยละ 67.6 และแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น จาก 30.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2543 เป็น 33.7 ในปี 2545 พบผู้ป่วยทางสุขภาพจิตทั้งหมด 1,385,859 ราย ในปี 2547 ในอัตราสูงกว่าโรคเบาหวาน 5 เท่า โดยผู้ป่วยทางจิตสาเหตุส่วนหนึ่งราว 1 ใน 3 เกิดจากการติดเหล้า และพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

ในทางสังคม การพัฒนาที่มุ่งเน้นการเติบโตทางวัตถุได้ทำให้เกิดปัญหาด้านสังคมและด้านจิตใจถูกละเลย ครอบครัวไทยมีการหย่าร้างสูง มีความเครียดและแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง มีอัตราการบริโภคสุราและยาเสพติดอื่น ๆ สูงอันนำไปสู่การแพร่ระบาดของความรุนแรงทั้งในครอบครัว ในโรงเรียน ตามท้องถนน บนหน้าหนังสือพิมพ์และสื่อสาธารณะต่างๆ

ทิศทางการพัฒนาที่เอาเงินเป็นใหญ่นี้เป็นไปในทางที่ตรงกันข้ามกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งนอกจากเน้นการกระตุ้นความอยากและการบริโภคแล้ว ยังเป็นการพัฒนาที่ทำลายศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คนในสังคมและก่อให้เกิดปัญหาความเสื่อมทรามด้านคุณธรรมจริยธรรมที่ปรากฏเป็นปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ทวีความรุนแรงอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน

- **วิกฤตความเสื่อมของสถาบันทางสังคม**

แม้รัฐธรรมนูญใหม่จะมีการประกาศใช้ได้เพียง 9 ปี แต่สถาบันและกลไกทางการเมืองกำลังเผชิญกับวิกฤต

ศรัทธา ความชอบธรรมและอำนาจของผู้นำถูกทำลาย มีการตั้งคำถามในเรื่องคุณธรรมและจริยธรรมทางการเมือง องค์กรอิสระถูกแทรกแซงด้วยอำนาจทุนและอำนาจการเมือง กลไกประชาธิปไตยเป็นอัมพาต ทุนต่างชาติเข้ามาครอบครองธุรกิจสำคัญ การค้ารายย่อยถูกกีดกันและทำลาย ปัญหาการเมืองซึ่งต้องการความเป็นประชาธิปไตยในการแก้ไขปัญหาก็ทำให้กลายเป็นปัญหาการบริหารที่ตัดสินใจด้วยคนไม่กี่คน การยึดอำนาจการปกครองของคณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขได้ปิดฉากการบริหารประเทศแบบประชานิยมลง ประเทศเข้าสู่การปฏิรูปทางการเมืองครั้งใหม่ซึ่งอาจใช้เวลากว่า 1 ปี ก่อนที่จะกลับเข้าสู่ระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยที่มีการเลือกตั้งได้ นอกจากนี้สถาบันทางการเมืองที่ต้องการการฟื้นฟูและปฏิรูป สถาบันทางสังคมอื่น ๆ เช่น สถาบันศาสนา สื่อมวลชน สถาบันการศึกษา และสถาบันครอบครัวต่างถูกบั่นทอน

ภัยคุกคามทางเพศ ในปี 2548 เด็กและวัยรุ่นถูกละเมิดทางเพศเฉลี่ยวัน 10 คน เด็กวัยรุ่นทำคลอดเฉลี่ยวันละ 140 คน ทารกถูกทอดทิ้งวันละ 3 คน เด็กวัยรุ่นร้อยละ 30 เสพสื่อลามกวัยรุ่นกว่าร้อยละ 70 ไม่ใช่ดูยงอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทำให้อัตราการติดเชื้อเอดส์และกามโรคมียามากถึง 46 ต่อแสนคนในปี 2547 เด็กนักเรียนวัย 15 ปีมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นและเร็วขึ้น ทั้งในเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 15 และ 5 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มอาชีวศึกษาชายชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 100 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วโดยใช้ดูยงอนามัยเพียงร้อยละ 11 สำหรับกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-23 ปี มีพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนคู่นอนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50

ด้วยระบบทุนนิยมและการพัฒนาที่ใช้เงินเป็นใหญ่จนอ่อนแอและไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างที่ควรจะเป็น

- **วิกฤตสิ่งแวดล้อมและความเสื่อมโทรมของธรรมชาติ**

การเสื่อมโทรมอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติที่ถูกทำลายเกิดจากการพัฒนาที่มุ่งการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยละเลยผลกระทบต่อระบบนิเวศ ไม่ว่าจะเป็นการตัดไม้ทำลายป่าทั้งโดยนายทุน ผู้มีอิทธิพลและชาวบ้าน การเสื่อมโทรมของป่า

ปี 2547 ประเทศไทยมีแหล่งน้ำเสื่อมโทรมมากถึงร้อยละ 26 มีขยะมูลฝอยปีละ 22 ล้านตัน ความสามารถในการจัดการขยะอย่างถูกสุขลักษณะมีเพียงร้อยละ 30 กำจัดกากของเสียอันตรายและขยะอุตสาหกรรมได้เพียงร้อยละ 44 มีสารเคมีตกค้างปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและห่วงโซ่อาหารจากการนำเข้าสารเคมีมากถึง 86,905 ตัน มูลค่า 11,135 ล้านบาท คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 5.6 ต่อปี มีการคาดประมาณจำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากสารกำจัดศัตรูพืชมีการป่วย 3 ล้านคน เสียชีวิต 220,000 คนต่อปี

ชายเลนจากการทำนากุ้ง การทำ การประมงด้วยเรือปั่นไฟและ อวนรุนที่ทำลายพันธุ์ปลาและ ระบบนิเวศชายฝั่ง การสร้าง เขื่อนและโครงการขนาดใหญ่ อื่น ๆ การให้สัมปทานหินและ สินแร่ หรือการตัดถนนเข้าใน เขตป่าที่อุดมสมบูรณ์ การเสีย สมดุลของระบบนิเวศได้ ก่อให้เกิดผลกระทบเป็นภัย ธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว น้ำ

ท่วม ฝนแล้ง ดินโคลนถล่ม และพายุต่างๆ ที่นับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการเกษตรและอุตสาหกรรมก็ได้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมอย่างใหญ่หลวง การสูญเสียหน้าดินจากการทำการเกษตรสมัยใหม่ การใช้สารเคมีทางการเกษตรเช่น ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง สารพิษสำหรับฆ่าวัชพืช ตลอดจนสารเคมีเพื่อการเร่งผลผลิตและรักษาสภาพผลผลิตทางการเกษตรให้ดูสดนาน เกษตรกรรมที่ทำให้แผ่นดินอาบไปด้วยยาพิษนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตและระบบนิเวศ ในด้าน อุตสาหกรรมได้ก่อให้เกิดมลภาวะทั้งด้านน้ำ อากาศ เสียง กลิ่น และขยะที่เป็นพิษ ขยะอิเล็กทรอนิกส์และสารพิษที่กำจัดยากถูกส่งมาทั้งในประเทศไทย อีกทั้งขยะและ สิ่งปฏิกูลจากการขยายตัวของเมืองที่ไม่สามารถหาที่ฝังกลบได้กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ที่ยากแก่การแก้ไข

- **กระแสโลกาภิวัตน์ ทุนนิยมโลก การค้าเสรี**

กระแสโลกาภิวัตน์ การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจและการเงินของโลก และการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพในประเด็นสำคัญดังนี้

1. **การผูกขาดสิทธิบัตรยา** หากไทยยอมรับข้อเสนอที่ว่าด้วยการเพิ่มความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา (TRISs Plus) ของสหรัฐอเมริกาจะเกิดการผูกขาดตลาดยาและทำให้ยามีราคาแพง จะพบว่าในปี 2548 ประเทศไทยจะสูญเสียเงินมหาศาลกว่าหมื่นล้านบาทจากการไม่สามารถจ่ายซื้อสามัญที่ผลิตขึ้นทดแทนยาต้นตำรับส่งผลให้ประชาชนต้องบริโภคยาราคาแพงจากการนำเข้ายามาจากต่างประเทศเข้ามาให้บริการในสถานบริการเอกชนและรัฐ

2. **การเปิดเสรีบริการสุขภาพ** การส่งเสริมให้ผู้ป่วยต่างชาติมารับการรักษาพยาบาลในไทยเพื่อนำเงินเข้าประเทศตามแนวคิด“ศูนย์กลางบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย (Medical Hub)” จะส่งผลให้ภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบทรุนแรงมากขึ้นจากการหลั่งไหลของแพทย์สู่ภาคเอกชน คนไทยส่วนใหญ่ทั้งในเมืองและชนบทที่ใช้บริการการแพทย์ในภาครัฐจะต้องรอคอยคิวนานและเข้าถึงบริการยากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ เนื่องจากการผลิตแพทย์ต้องมีการลงทุนและใช้เวลานาน ประเทศที่มีเศรษฐกิจดีได้ทำการคัดแพทย์ที่มีคุณภาพจากประเทศกำลังพัฒนาไปทำงานโดยให้ค่าตอบแทนสูงโดยที่ตนไม่ต้องลงทุนในการผลิตแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งยิ่งทำให้โอกาสและแนวโน้มการขาดแคลนแพทย์เป็นปัญหาหนักยิ่งขึ้น

3. **ความมั่นคงทางอาหาร (Food Security)** ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากสนธิสัญญาการค้าคุ้มครองสิทธิบัตรสิ่งมีชีวิต คุ้มครองพันธุ์พืชตามกรอบการค้าเสรีไทย-สหรัฐอเมริกา ไทย-สิงคโปร์ต่อพันธุ์พืชสมุนไพร ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยอาหารที่มีการตัดแต่งพันธุกรรม ส่งผลให้การปรับปรุงพันธุ์พืชเศรษฐกิจทุกชนิดของไทยตกอยู่ภายใต้ระบบสิทธิบัตรและการคุ้มครองพันธุ์พืช โดยมีบริษัทเมล็ดพันธุ์ข้ามชาติจะเข้ามาจกฉวยแย่งชิงทรัพยากรพันธุกรรมในประเทศไทย ส่งผลให้ความมั่นคงทางอาหารอาจเสียสมดุลและความหลากหลายทางชีวภาพสูญเสียไปได้ นับเป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าวงการแพทย์แผนไทยด้วย

- การเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองการบริหารของภาครัฐ

เกือบหนึ่งทศวรรษของการปฏิรูปการเมืองและการใช้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองและการบริหารของภาครัฐอย่างกว้างขวางดังนี้

1. การปฏิรูปภาครัฐและการบริหารจัดการแนวใหม่ การปฏิรูปทางการเมืองที่ทำให้เกิดรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้ทำให้การบริหารนโยบายของรัฐบาลเกิดการปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐที่ต้องมีการบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ การปรับเปลี่ยนบทบาทภาครัฐสู่การทำงานแบบพหุภาคีภายใต้หลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี การปฏิรูประบบราชการโดยการปฏิรูปโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ระบบบริหารและการทำงาน เพื่อให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ กำหนดให้มีแผนบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติการ และการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ โดยมีการทำความเข้าใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถวัดผลสัมฤทธิ์ได้ อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในกระบวนการดำเนินการที่ไม่สามารถบูรณาการการจัดทำแผน ทรัพยากร การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล และการตรวจสอบได้อย่างแท้จริง ยังมีลักษณะแยกส่วน มีความซ้ำซ้อน ขาดเอกภาพ ขาดความเชื่อมโยงและความต่อเนื่องในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น

2. การกระจายอำนาจและการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 จะทำให้การบริหารงานระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปโดยกระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะสมเพื่อเป็นกลไกเชิงนโยบายในระดับประเทศ ทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมประสานทุกฝ่ายในสังคมเข้าด้วยกันทำงานด้านสุขภาพทั้งระหว่างองค์กรนโยบายระดับชาติ ระดับหน่วยงานส่วนกลาง ระดับปฏิบัติ ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยลดบทบาทการเป็นผู้ดำเนินการเองลงให้เหลือเฉพาะบทบาทหลักเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งต้องมีการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดแนวทางการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนมากขึ้น และการปรับเปลี่ยนสถานบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับบทบาทที่ควรจะเป็นใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

- **โครงสร้างประชากรและการเคลื่อนย้าย**

คนไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้นและสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.43 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2553 ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาภาวะโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อาทิ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัลไซเมอร์ ต้อกระจก และภาวะทางทันตกรรม รวมทั้งเผชิญกับภาวะทุพพลภาพในระยะยาว ในขณะที่เดียวกันสถานการณ์ผู้ใช้แรงงานปรากฏมีการเพิ่มจำนวนของแรงงานต่างชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพมากขึ้น แรงงานเหล่านี้ไม่เพียงแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งในแง่ที่ต้องทำงานในสภาพที่ไม่ถูกหลักอาชีวอนามัย ถูกกดขี่แรงงานเพราะการเข้าเมืองผิดกฎหมาย และในแง่ที่อาจนำโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เข้ามาสู่ประเทศไทย เช่น ไข้มาเลเรีย โรคพยาธิต่างๆ โรคเท้าช้าง เป็นต้น

- **โลกไร้พรมแดนกับระบาดวิทยาโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ**

การเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำที่ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างท่ามกลางโลกยุคไร้พรมแดน ภาวะโรคติดเชื้อใหม่ๆ โรคอุบัติใหม่หรือโรคระบาดซ้ำที่เป็นการแพร่ระบาดของเชื้อโรคที่มีรหัสพันธุกรรมใหม่ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างมาก เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ และยังคงต้องประสบกับโรคอุบัติซ้ำ เช่น โรคเอดส์ ที่เป็นปัญหาที่ยากจะประเมินสถานการณ์องค์ความรู้ยังไม่เพียงพอและทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อรุนแรงและบั่นทอนคุณภาพชีวิตทั้งระดับปัจเจกและสังคมอย่างมาก ปัจจุบันผู้ติดเชื้อไวรัส SARS ทั่วโลกกว่า 1,200 คน และมีผู้เสียชีวิต 167 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีอาการประมาณ 7 คน และเสียชีวิต 2 คน

ส่วนโรคไข้หวัดนกได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกที่มีความรุนแรงและซับซ้อนก่อนความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ทั่วโลกมีการทำลายสัตว์ปีกตายหรือถูกฆ่าประมาณ 120 ล้านตัว คนป่วย 174 คน เสียชีวิต 94 คน ในประเทศไทยมี

| โรคร้ายชนิดใหม่ | |
|-----------------|---|
| 2516 | Rota visus ไวรัสที่ทำให้เกิดการอักเสบในช่องท้องและลำไส้ |
| 2520 | Ebola virus ไวรัสบอลา |
| 2520 | Legionnaire's disease จากเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบรุนแรง |
| 2524 | Toxic shock syndrome จากสารพิษที่ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว |
| 2525 | Lyme disease จากเชื้อที่ทำให้เกิดไข้รุนแรง ทำอันตรายต่อระบบประสาท |
| 2526 | HIV/AIDS โรคเอดส์ |
| 2529 | โรควัวบ้า (BSE; Mad cow disease) |
| 2534 | Multiple drug resistant TB วัณโรคที่ดื้อยาหลายชนิด |
| 2536 | อหิวาตกโรคสายพันธุ์ 0139 |
| 2537 | Cryptosporidium |
| 2541 | ไข้หวัดนก |
| 2542 | ไข้เวสต์ไนล์ |
| 2546 | โรคซาร์ส (SARS) ระบบทางเดินหายใจและปอดอักเสบรุนแรง |
| 2547 | Malburg Virus ไวรัสที่ทำให้เกิดไข้และเลือดไหลไม่หยุด |
| 2549 | XDR TB วัณโรคดื้อยารุนแรง |

จำนวน 63.4 ล้านตัว ผู้ป่วย 22 คน เสียชีวิต 14 คน โรคร้ายชนิดใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรควัวบ้า อีโบลา หรือ Malburg Disease ยังมีการค้นพบอยู่เป็นระยะในขณะที่โรคติดเชื้อเก่าก็มีการดื้อยาทั้งแบคทีเรียต่างๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อวัณโรคที่ทวีความดื้อยาจาก วัณโรคที่ดื้อยาหลายตัวยา (Multiple drug resistant TB) มาเป็นวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรง (XDR TB, Extreme drug resistant TB) ที่กำลังเป็นข้อวิตกกังวลในระดับโลกในปัจจุบัน

• การแพร่ระบาดของความรุนแรง

ปัญหาความรุนแรงที่แพร่ระบาดไปทั่วในทุกกระดับของสังคมไทยเป็นผลลัพธ์มาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมที่ทำให้สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง การอดทนและอดกลั้นต่อความแตกต่างลดน้อยลงในขณะที่ความเป็นธรรมทางสังคมเสื่อมทรามลง คนที่เข้มแข็ง

และมีโอกาสทางสังคมใช้โครงสร้างที่ตนได้เปรียบเอาเปรียบและกระทำความรุนแรงต่อคนที่อ่อนแอ ในขณะที่คนที่อ่อนแอกว่าไม่มีหนทางที่จะแสดงออกหรือต่อรองได้ เป็นผลให้หันไปหาวิธีการที่รุนแรงเพื่อตอบโต้ ความรุนแรงทั้งที่ปรากฏ

และที่แอบแฝงแพร่ระบาดไปทุกพื้นที่ทางสังคม ในครอบครัวมีการทำร้ายร่างกายและการคุกคามทางเพศในสตรีและเด็ก ในโรงเรียนมีการใช้อำนาจในชั้นเรียนและมีการทะเลาะทำร้ายกันของนักเรียนนักศึกษา เรายังพบความรุนแรงในสื่อ ตามท้องถนน ในความขัดแย้งในระบบอิทธิพล ในชุมชน รวมทั้งในระบบบริการทางการแพทย์

ความรุนแรงและอุบัติเหตุ

มีการทำร้ายด้วยตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ 12.93 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยวันละ 1.61 คน ประสบอุบัติเหตุจากความไม่ปลอดภัยรูปแบบต่างๆ 1.5 ล้านคน บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ 2 แสนคนต่อปี ถึงขั้นเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 18 คน

ข้อมูลทางระบาดวิทยาสะท้อนปัญหาความรุนแรงที่ทวีมากขึ้นทั้งการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายผู้อื่น นอกจากนั้นการเกิดอุบัติเหตุจากความไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตก็ปรากฏในรูปแบบต่างๆ ที่ทำให้ต้องสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งนี้ อัตราการเกิดการทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่นรวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุล้วนเกี่ยวข้องกับการบริโภคสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แพร่หลายและขยายตัวในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในวัยทำงานและวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของธุรกิจน้ำเมาที่มุ่งเทงบประมาณการโฆษณาทั้งทางตรงและโฆษณาแอบแฝงเพื่อสร้างนักดื่มรุ่นใหม่ที่จะกลายเป็นลูกค้ายาวไปตลอดชีพ

ที่สำคัญที่สุดคือปัญหาจากความรุนแรงจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา) ซึ่งทำให้ในปี 2547-2548 มีผู้เสียชีวิต 953 คน บาดเจ็บ 1,704 คน รวมทั้งคุกคามต่อความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ความรุนแรงอีกด้วย ปัญหาความรุนแรงที่รุนแรงที่สุดในช่วงหลายทศวรรษนี้เป็นปัญหาจากการใช้อำนาจอย่างขาดความเป็นธรรมและการจัดการกับปัญหาโดยไม่เคารพและไม่ละเอียดอ่อนต่อคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากสาเหตุความซับซ้อนทางอัตลักษณ์ ศาสนา และชาติพันธุ์ ซึ่งจะเป็นความริ้วฉานที่ต้องอาศัยเวลาในการเยียวยา

- **อุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน**

แนวโน้มอุบัติเหตุที่ทวีความรุนแรงขึ้นอุบัติเหตุทั้งภัยจากธรรมชาติ ภัยที่มนุษย์ก่อขึ้นภัยจากเทคโนโลยี และภัยโรคระบาดมีแนวโน้มทวีมากขึ้นในขอบเขตทั่วโลก ทั้งในด้านความรุนแรง ความถี่ และขอบเขตพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยพบว่าในปี พ.ศ. 2548 เกิดสาธารณภัยทั้งสิ้นจำนวน 4,270 ครั้ง แยกเป็นประเภทต่าง ๆ ดังตารางที่แสดงไว้

| | |
|---|-------------|
| วาตภัย | 1,399 ครั้ง |
| อัคคีภัย | 1,329 ครั้ง |
| วินาศกรรม | 1,126 ครั้ง |
| ภัยจากการคมนาคม | 317 ครั้ง |
| ภัยจากสารเคมี | 42 ครั้ง |
| ฟ้าผ่า อุทกภัย | 40 ครั้ง |
| ความแห้งแล้ง ภัยหนาว | 9 ครั้ง |
| แผ่นดินไหว คลื่นยักษ์ แผ่นดินถล่ม อาคารถล่ม | 5 ครั้ง |
| ภัยจากการทำงาน | 3 ครั้ง |

ข้อมูลจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
พ.ศ. 2548

แนวโน้มดังกล่าวทำให้การเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อรับมือภัยพิบัติเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในด้านการเตรียมระบบบริการและการกู้ภัยฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งความช่วยเหลือที่ต้องรวดเร็วทันการณ์ และในด้านการเตรียมชุมชนให้มีความพร้อมในระดับท้องถิ่นที่ต้องมีระบบการเตือนภัย มีการฝึกซ้อมให้เกิดความพร้อม รวมทั้งมีการจัดตั้งที่เข้มแข็งและการจัดการที่ดี ทั้งหมดที่กล่าวมาในภาคที่หนึ่งเป็นการทบทวนพัฒนาการระบบสุขภาพไทย และการเปลี่ยนแปลงไปของบริบทแวดล้อมทั้งด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อทิศทางการพัฒนาสุขภาพ

ภาคที่ 2

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข

- **ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ**

หากพิจารณาสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญในสังคมไทยจะเห็นได้อย่างชัดเจนถึงระบาดวิทยาสามแบบที่ปรากฏซ้อนทับกัน ได้แก่ การดำรงอยู่ของโรคในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับความยากจน เช่น ภาวะโภชนาการพร่อง โรคติดเชื้องูทางเดิน

อาหาร อาหารเป็นพิษ รวมทั้งโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ที่ยังเป็นความเจ็บป่วยที่พบบ่อยแม้ไม่ได้ทำให้เสียชีวิตก็ตาม โรคกลุ่มนี้ถือเป็นระบาดวิทยาช่วงที่หนึ่งในวิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ที่เกิดจากการหยุดการอพยพย้ายถิ่นมาเป็นการตั้งรกรากเป็นชุมชนอยู่เป็นหลักแหล่ง ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพได้ทำให้เกิดอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคติดเชื้อในสังคมก่อนสมัยใหม่ กลุ่มโรคดังกล่าวยังปรากฏในสังคมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่และกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส เช่น คนยากจน ชนกลุ่มน้อย แรงงานต่างด้าว หรือแรงงานอพยพ

ในขณะเดียวกัน ในสังคมไทยก็มีกลุ่มโรคที่เกิดเป็นการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาช่วงที่สอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่ความทันสมัยที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคได้ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง รวมทั้งอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับต้น ๆ ในปัจจุบัน นอกจากนี้ สังคมไทยยังเผชิญกับกลุ่มโรคที่เกี่ยวกับระบาดวิทยาช่วงที่สาม ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นและแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเคลื่อนย้ายของคน แรงงาน สินค้าและบริการ ทุน และข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็ว โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำไม่ว่าจะเป็นไข้หวัดนก ซาร์ส โรควัวบ้า หรือการกลับมาของวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรงที่ทำให้การควบคุมป้องกันโรคเอดส์มีความซับซ้อนยากลำบากมากขึ้น เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพและแนวโน้มโรคภัยไข้เจ็บที่ปรากฏนี้มีปัจจัยร่วมที่สามารถวิเคราะห์แยกแยะเป็นกลุ่มเพื่อให้ง่ายต่อการสร้างยุทธศาสตร์การควบคุมแก้ไขดังนี้

- **แบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภค**

- ภัยคุกคามต่อสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยง**

โรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมาก เช่น โรค มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในประเทศไทยในช่วงปี 2546 ที่มีอัตราการเจ็บป่วยโรคหัวใจสูงเป็นอันดับหนึ่งโดยมีอุบัติการณ์สูงถึง 451.45 ต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรค มะเร็งมีอุบัติการณ์ 389.83, 380.75 และ 101.67 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถ

ป้องกันได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งมีนเมา สารเสพติด รวมทั้งเกิดจากความเครียดและการขาดการออกกำลังกาย

หากพิจารณาจากพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายแล้ว การดื่มสุราและการสูบบุหรี่เป็นสองสาเหตุสำคัญที่ต้องเร่งรัดควบคุมให้เข้มข้นมากขึ้น นอกจากเป็นสาเหตุของการเกิดโรคแล้ว การบริโภคสุรานำไปสู่อุบัติเหตุจากเมาแล้วขับซึ่งเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้น ๆ และนำไปสู่ความรุนแรง ฆาตกรรม ความผิดเกี่ยวกับทางเพศ และการฆ่าตัวตาย ความแพร่หลายของการบริโภคส่วนหนึ่งเกิดจากการสามารถหาซื้อบุหรี่และสุราได้สะดวก เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายไม่เข้มงวด อิทธิพลจากสื่อมีการโฆษณา ณ จุดขายหรือกระตุ้นการบริโภค การกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตในอัตราที่ต่ำ แต่การรณรงค์ที่ผ่านมามีจุดแข็งที่จำเป็นต้องเสริมให้เข้มข้นขึ้นคือ การสร้างค่านิยมใหม่ การรณรงค์เคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม การใช้กระบวนการด้านการตลาดเพื่อสังคม การใช้มาตรการผ่านกระบวนการทางการเมือง กฎหมาย การเรียนการสอน และสื่อมวลชน ตลอดจนการใช้มาตรการด้านภาษีเพื่อทำให้เหล้าที่มีแอลกอฮอล์สูงมีราคาแพงขึ้น

ในปี 2547 มีผู้สูบบุหรี่ประจำ 9.6 ล้านคน ลดลงจาก 10.6 ล้านคนในปี 2544 แต่ประชากรที่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวน 11.3 ล้านคน และยอดจำหน่ายบุหรี่ เพิ่มขึ้นจาก 1,727 เป็น 2,110 ล้านซอง ส่วนสุรานั้นมีคนติดสุราเพิ่มขึ้นถึงเกือบเท่าตัว จาก 1.8 ล้านคน ในปี 2546 เป็น 3.1 ล้านคนในปี 2547

นอกจากนี้ปัญหายาเสพติดก็ยังคงเป็นภัยคุกคามสังคมไทยมาโดยตลอด ถึงแม้ว่าได้มีการดำเนินนโยบายระดับชาติในการป้องกัน ปราบปราม และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด แต่ความสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเรื่องการปราบปราม สัตว์สวนคดียาเสพติดต่อประชากรแสนคนลดลงจาก 438.6 คดี ในปี 2544 เหลือเพียง 116.5 คดีในปี 2547 จากการดำเนินนโยบายปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวด ในช่วง ปี2545-2548 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาพยาบาลทั้งสิ้น 396,468 คน เป็นผู้เสพ 329,652 คน ผู้ติดยา 66,664 คน โดยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจร้อยละ 82 ทั้งนี้การแก้ปัญหาเสพติดที่ผ่านมาเน้นหนักที่การปราบปรามและกำจัดฝายที่นำ

ยามาจำหน่าย (supply side) โดยไม่มีมาตรการด้านการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมให้กับกลุ่มเสี่ยงที่เป็น demand side

ความเสี่ยงจากการบริโภคอาหาร

อาหารและน้ำสะอาดยังเป็นปัญหาใหญ่ของโลก องค์การอาหารและเกษตรของยูเอ็น ระบุว่า ในช่วงปี 2541-2543 ประเทศไทยมีประชากรประสบภาวะหิวโหยถึงร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด มีผู้ป่วยรักษาโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นพาหะในปี 2544 ถึงประมาณ 19 ล้านครั้ง คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณปีละ 5,600-6,000 ล้านบาท แบบแผนการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตจากโรคอันเนื่องจากอาหารการกินที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในปี 2547 ถึง 61,320 คน ที่สำคัญคือ การเน้นบริโภคแป้งและน้ำตาล คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวในเวลา 20 ปี โดยเพิ่มจาก 12.7 เป็น 29 กิโลกรัมต่อคนต่อปี โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนที่มีการบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมจนมีปัญหาเกี่ยวกับเหงือกและฟันในอัตราสูงจนน่าตระหนก ในปี 2544 เด็กร้อยละ 66 ฟันผุเด็กในชนบทอายุต่ำกว่า 12 ปี ไม่น้อยกว่า 6.6 ล้านคน ฟันผุและส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา ในขณะที่ความปลอดภัยของอาหารยังเป็นปัญหาโดยเฉพาะการใช้สารพิษและสารเคมีที่ใช้ในการเกษตรมากที่สุด

เด็กไทยร้อยละ 69 ใช้เวลาหลังเลิกเรียนทำการบ้านหรือเรียนกวดวิชา ใช้เวลาจับจ่ายอยู่หน้าจอโทรทัศน์ร้อยละ 56 ในขณะที่เด็กญี่ปุ่นและเวียตนามกว่าร้อยละ 60 ใช้เวลาว่างเล่นกีฬาและออกกำลังกายกลางแจ้ง เด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากกว่าวันละ 4-6 ชั่วโมง เด็กไทยติดเกมต้องจ่ายเงินเฉลี่ย 760 บาทต่อคนต่อเดือน

การขาดการออกกำลังกาย

สถานการณ์การเล่นกีฬาและการออกกำลังกายของคนไทยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังอยู่ในอัตราน้ำที่ต่ำเพียงร้อยละ 34.7 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ เมื่อเทียบกับประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสิงคโปร์ ที่มีอัตราการออกกำลังกายประจำมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด การที่เยาวชนมีการออกกำลังกายน้อยลงทำให้ปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ในปี 2548 พบเด็กภาวะ

โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 คาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน มีข้อมูลที่น่าเป็นห่วงในเด็กวัยเรียน 6-14 ปี ในกรุงเทพฯ กว่า 1 แสนคน

กินอาหารฟาสต์ฟูดทุกวัน และมีอุบัติการณ์การเป็นโรคอ้วนมากกว่าในภาคอื่น ๆ ประมาณ 3-5 เท่า และมีโรงเรียนเพียงไม่กี่ร้อยละ 40 จัดกิจกรรมออกกำลังกายเสริมนอกจากชั่วโมงพลศึกษา

อุบัติเหตุ อุบัติภัย และความรุนแรง

อุบัติเหตุจากการจราจรนำความสูญเสียสู่สังคมไทยทั้งทางเศรษฐกิจปีละ 106,994-115,932 ล้านบาท พิกัดสะสม 65,000 คนในปี 2545 เสียชีวิตปีละ 14,000 คน ซึ่งยังอยู่ในอัตราคงที่หรือเพิ่มขึ้น บาดเจ็บปีละ 9.5 แสนถึง 1 ล้านคน สาเหตุสำคัญจากเมาแล้วขับเพิ่มขึ้น และผู้ขับขี่มอเตอร์ไซค์นิยมสวมหมวกกันน็อคลดลง นอกจากอุบัติเหตุที่เป็นภัยที่มนุษย์ก่อขึ้นแล้ว อุบัติภัยจากธรรมชาติก็ทวีความรุนแรงขึ้น เหตุการณ์ลินามิในปี 2547 มีผู้ประสบภัย 18,697 คน มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดด้วยยาทางจิต 4,815 คน ในจำนวนนี้ประมาณ 3,000 คน เป็นผู้ป่วยในภาวะเครียดรุนแรงหลังภัยพิบัติ มีเด็กที่ต้องกำพร้าพ่อแม่ถึง 1,671 คน สถานการณ์การเกิดภัยพิบัติจากเหตุธรรมชาตินับวันยิ่งทวีความถี่และความรุนแรงมากขึ้น ทั้งอุทกภัย วัตภัย และภัยจากแผ่นดินไหว ซึ่งที่ผ่านมามีปัญหาการขาดการเตรียมความพร้อมทำให้การให้ความช่วยเหลือที่ไร้ประสิทธิภาพ

ปัญหาโรคเอดส์

โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก สถานการณ์เอดส์ล่าสุด ในปี 2548 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ประมาณ 34-46 ล้านคน โดยมีอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยทั่วโลกวันละกว่า 6,000 คน สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในโลกที่สามารถลดการระบาดของโรคเอดส์ได้ จากการมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่สูงสุดในปี 2534 ถึง 143,000 คน ลดลงเหลือเพียง 19,000 คนในปี 2546 และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2548 ประมาณ 17,000 คน จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 288,672 คน และมีแนวโน้มแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนและแม่บ้าน นอกจากปัญหาการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคแล้ว ยังมีปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่มีราคาแพงที่ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะยาต้านไวรัสขั้นพื้นฐานและการรักษาโรคฉวยโอกาสต่างๆ ถึง 85,000 บาทต่อคนต่อปี หากเยาวชนติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่อายุ 20 ปี อาจต้องดูแลรักษานานกว่า 20 ปีทำให้มีค่าใช้จ่ายราว

คนละ 2 ล้านบาท และในกรณีที่เชื้อดื้อยาอีกจะต้องจ่ายเพิ่มเป็นถึง 4 ล้านบาทต่อคน นับได้ว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงและต้องได้รับการจัดการที่

ปัญหาสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมไทยที่ทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างเร่งรีบ ต้องแก่งแย่งแข่งขัน รวมทั้งโครงสร้างสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงทำให้เกิดปัญหาความเครียดและการเสื่อมเสียในด้านสุขภาพจิต ในปี 2547 มีผู้ติดสุรากว่า 7.8 ล้านคนหรือ 28.5 % และปริมาณการดื่มสุราเพิ่มอย่างต่อเนื่อง คนไทยกว่า 1.6 ล้านคนป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน และอีก 8.4 แสนคนป่วยด้วยโรควิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตรุนแรง ในปี 2548 เด็กและวัยรุ่นไทยที่มีอายุ 6-18 ปี ร้อยละ 5.1 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม จากการสำรวจพบว่าเด็กและวัยรุ่นเพียงร้อยละ 30 รู้สึกว่าพ่อแม่ให้ความรักเอาใจใส่ดี ในขณะที่เด็กอีกกว่า 6 แสนคนกำลังมีปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับความช่วยเหลือ

- **ส่วนที่สอง สถานการณ์ระบบโครงสร้างและกลไกการจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข**

แม้ว่าระบบการแพทย์การสาธารณสุขไทยจะมีพัฒนาการอย่างรวดเร็วในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมาจนทำให้ประเทศไทยเป็นที่ยอมรับในด้านการมีบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีมาตรการสุขภาพไทยที่ก้าวหน้า:ไม่ว่าจะเป็นมาตรการด้านการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมใช้หัวदनกหรือการสร้างเสริมสุขภาพ แต่โครงสร้างและกลไกการจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทยก็ยังมีข้อจำกัดและเงื่อนไขต่าง ๆ ดังนี้

ความทุกข์ในระบบบริการทางการแพทย์

แม้ว่าจะมีการขยายบริการสุขภาพและการตรวจรักษาทางการแพทย์ให้กว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็ยังคงเป็นเรื่องที่สร้างความทุกข์ยากแก่ประชาชนเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่บริการในโรงพยาบาลเอกชนมีความสะดวกสบายมากกว่าโรงพยาบาลของภาครัฐ แต่ค่ารักษาพยาบาลที่แพงได้ทำให้มีเฉพาะประชาชนจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เข้าถึงได้ บริการของคนส่วนใหญ่ยังได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมักมีลักษณะ หนึ่งอ รอนาน บริการแย่ การมี

ผู้ใช้บริการมากขึ้นจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายิ่งทำให้คุณภาพบริการแยกลง การสำรวจความเห็นต่อบริการที่ได้รับจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้บัตรทอง รองลงมาคือ คุณภาพยา รวมทั้งการปรับปรุงเรื่องการรอคอยนาน และคุณภาพการรักษา

ความทุกข์ยากไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่บุคลากรทางการแพทย์ก็มีปัญหาความทุกข์จากความขัดแย้งและการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการทางการแพทย์ ในระหว่างปี 2527-2542 มีการฟ้องแพทย์มากกว่า 31 คดี ถูกร้องเรียนในช่วง ปี 2531-2547 จำนวน 2,247 เรื่อง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี 2531 ซึ่งมีเพียงจำนวน 52 ราย มาเพิ่มสูงสุดปี 2545 เป็นจำนวน 289 ราย อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติสู่ความสัมพันธ์เชิงสัญญาและธุรกิจและการขาดกระบวนการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ นำไปสู่ปัญหาการเสียชีวิตอย่างกะทันหันและความรู้สึกมั่นคงในวิชาชีพ จนในปัจจุบันแพทย์ต้องมีการซื้อประกันภัยเพื่อคุ้มครองตนเองจากการถูกฟ้องร้อง สภาพการทำงานของแพทย์ที่เป็นอยู่บั่นทอนความภาคภูมิใจและทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทำงานโดยไม่มีความสุขและไม่เห็นคุณค่าของงานที่ตนทำ

ในขณะที่ทิศทางการพัฒนาของสังคมไทยมุ่งเน้นความเจริญทางด้านวัตถุ การแสวงหาความร่ำรวยและลาภยศถูกทำให้กลายเป็นเป้าหมายของชีวิต ระบบการแพทย์ในปัจจุบันก็มีพัฒนาการในลักษณะที่เน้นค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน การแข่งขันกันเพื่อให้ได้ค่าตอบแทนที่สูงปรากฏเป็นการที่แพทย์จำนวนมากแข่งขันกันเข้าไปสมัครเรียนในสาขาวิชาทางการแพทย์ที่งานเบาและทำเงินดี ในขณะที่สาขาวิชาที่ไม่สามารถหารายได้ได้มากนักก็มักจะไม่ค่อยมีแพทย์มาเรียน ยังมีโรงพยาบาลเอกชนซึ่งสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลราคาแพงและจัดสรรค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ไปทำงานเป็นสัดส่วนที่มากกว่าภาครัฐเป็นสิบเป็นร้อยเท่า ก็ยิ่งเกิดการเปรียบเทียบรายได้ระหว่างแพทย์มากยิ่งขึ้น คนทำงานเสียสละเพื่อส่วนรวมหรือทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีค่าตอบแทนแต่พอควรกลายเป็นคนโง่ การพูดถึงเรื่องอุดมคติของชีวิตกลายเป็นสิ่งที่แปลกประหลาด

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ความไว้วางใจและศรัทธาของประชาชนโดยทั่วไปต่อวิชาชีพแพทย์มีแนวโน้มลดถอยลง ทั้งเนื่องจากสังคมโดยรวมที่มีทิศทางการ

พัฒนาไปสู่ความเป็นสังคมทุนนิยมบริโภคนิยมที่บูชาวัตถุ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้ามากกว่าที่จะเป็นไปด้วยความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ยิ่งในระบบการแพทย์ที่พึ่งพาอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง ปฏิสัมพันธ์ที่เป็นไปแบบเครื่องยนต์กลก็ยิ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยมีลักษณะที่ฉาบฉวยและห่างเหินตอกัน นอกจากนี้ ระบบการศึกษาแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาคำตอบให้กับปัญหาการเรียนการสอนที่จะสามารถปลูกฝังคุณธรรมและการมีอุดมคติของชีวิตได้ สถานการณ์ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีแนวโน้มเสื่อมถอยลง

ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสุขภาพ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.8 ของ GDP ในปี 2523 เป็นร้อยละ 6.1 ในปี 2545 โดยเพิ่มขึ้นในอัตราเร็วกว่าการเพิ่มของ GDP (ปี 2545 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งสิ้น 333,798 ล้านบาท คิดเป็น 5,336 บาท/คน) โดยรายจ่ายส่วนใหญ่เพื่อการรักษาพยาบาลจากค่าใช้จ่ายยามีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 30 งบประมาณรายจ่ายของรัฐที่เป็นไปเพื่อการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของงบประมาณทั้งประเทศ ในยอดงบประมาณของภาครัฐด้านการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานนั้นมีอัตราเพิ่มขึ้นไม่มากนักและเป็นงบประมาณเพื่อจ้างบุคลากรในสัดส่วนที่สูงเพิ่มขึ้น ในขณะที่สัดส่วนงบดำเนินการลดลงประมาณร้อยละ 15

การดำเนินตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึงขึ้นจากร้อยละ 69 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 95.4 ในปี 2547 แต่ยังมีปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้น งบประมาณเกือบร้อยละ 40 ถูกใช้เป็นงบบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หากขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายซึ่งขณะนี้ประมาณ 14,000 ราย การให้สิทธิประโยชน์ในการล้างไตจะมีภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ 20,000-30,000 บาทต่อคนต่อเดือน และคาดว่าอีก 18 ปี ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 188,435 ราย หากขาดระบบการจัดการและการหาทางเลือกก็อาจทำให้เกิดวิกฤตค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

แนวโน้มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการได้แก่ (1) การบีบคั้นจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ข้อตกลงทางการค้าที่ทำให้ต้องซื้อยาในราคาแพงขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านยาได้ (2) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคกระดูกและข้อ โรคต่อกระจก และความจำเป็นทางทันตกรรม (3) พฤติกรรมการส่งจ่ายยาของแพทย์ที่มีแนวโน้มใช้ยาราคาแพงและเทคโนโลยีขั้นสูงมากขึ้น (4) การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้แพทย์สั่งการรักษาและการตรวจที่มากเกินไปเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้องว่าไม่ทำการตรวจรักษาให้ครบถ้วน (5) การแพทย์แนวพหุศาสตร์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและไม่มีมีความจำเป็น

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในปี 2549 องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ปัญหากำลังคนทางด้านสาธารณสุขเป็นปัญหาของโลกและอยู่ในขั้นวิกฤติใน 57 ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และนurses มีการขาดแคลนประมาณ 2.4 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการขาดแคลนใน 11 ประเทศ สูงถึง 1.2 ล้านคน สำหรับประเทศไทยปัจจุบันมีแพทย์ 25,932 คน ต่ำกว่าที่ควรจะมีคือ 38,340 คนถึงราว 12,000 คน นอกจากนั้นการกระจายแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้พื้นที่ชนบทมีปัญหากการขาดแคลนที่รุนแรง ในปี 2548 ภาคอีสานมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 1: 7,466 ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุด คือ แพทย์ 1 ต่อประชากร 879 คน ในขณะที่ทันตแพทย์มีอยู่เป็นจำนวน 7,573 คน จากที่ควรมี 11,614 คน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรมีแนวโน้มลดลงในทุกภาค ในปี 2546 ภาคอีสานมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 1: 21,739 ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุด คือ ทันตแพทย์ 1 ต่อประชากร 1,458 คน ในขณะที่วิชาชีพพยาบาลยังมีความขาดแคลนอีก 23,586 คน

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ทวีความรุนแรงขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนได้ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านทางการแพทย์ จนทำให้แพทย์ที่มีอยู่ในระบบบริการทางการแพทย์มีสัดส่วนเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.7 ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัวกลับได้รับการส่งเสริมและเป็นที่ยอมรับอย่างจำกัด การสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่ให้บริการผสมผสานทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงใกล้บ้านจะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว

การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ยังเกิดจากภาวะสมองไหลที่แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการแก่สาธารณชนไปทำงานในระบบเอกชนมากขึ้น ธุรกิจทางการแพทย์ที่เติบโตอย่างรวดเร็วได้ทำให้มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ โดยในปี 2547 มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 471 แห่งทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มี 129 แห่งอยู่ในกรุงเทพฯ การเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยิ่งทำให้การกระจายแพทย์ขาดความสมดุลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการดูดซับบุคลากรภาครัฐสู่ภาคเอกชนและชนบทสู่เมืองโดยมีแพทย์ลาออกจากการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐในปี 2548 สูงถึง 663 คน นอกจากนี้ นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical hub) ที่มุ่งทำการแพทย์ให้เป็นการค้าเพื่อหารายได้จากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจากต่างชาติ ได้ทำให้เกิดสมองไหลของแพทย์จากภาคสาธารณะไปสู่ภาคเอกชนรายได้สูงเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ คาดว่านักท่องเที่ยวทั่วโลกที่มีมารับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จาก 33 ล้านคนในปี 2543 เป็น 121 และ 328 ล้านคนในปี 2553 และ 2563 โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 26.7 และ 17.1 ตามลำดับ

เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร การแพทย์และชีวภาพ

การปฏิวัติของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเป็นไปได้โดยไม่เคยเป็นมาก่อน แต่ในขณะเดียวกันก็มีข้อมูลที่ไม่มีความถูกต้องหรือเป็นการอวดอ้างความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการแสวงหาผลประโยชน์ด้วยกลวิธีการหลอกลวงที่ซับซ้อน มีการจำหน่ายยาควบคุมพิเศษและผลิตภัณฑ์อันตรายต่าง ๆ ผ่านการซื้อขายทางอินเทอร์เน็ต การแพร่ระบาดของสื่อลามก เกมส์ที่มีความรุนแรงสูง ตลอดจนการค้าขายมนุษย์ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ในด้านเทคโนโลยีชีวภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะด้านพันธุกรรมศาสตร์และเวชศาสตร์ภูมิคุ้มกัน การวิจัยเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cell) อันอาจกลายเป็นแหล่งสำคัญของเซลล์และเนื้อเยื่อที่ใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะ รวมทั้งการรักษาโรคที่ซับซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง อัลไซเมอร์ ในขณะเดียวกัน ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและมีราคาแพงเหล่านี้จะนำมาซึ่งปัญหาความเป็นธรรม รวมทั้งจำเป็นต้องมีกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment) การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment) ที่เกิดจากเทคโนโลยีชีวภาพใหม่ ๆ เช่น สิ่งมีชีวิตดัดแปลงพันธุกรรมและอาหารจีเอ็มโอ (Genetically Modified Organisms : GMOs) ทั้งต่อระบบนิเวศและการผูกขาดครอบงำของบริษัทข้ามชาติ ซึ่งจำเป็นต้องเลือกรับปรับใช้อย่างรู้เท่าทัน

ประชาสังคมและระบบสุขภาพภาคประชาชน

ระบบสุขภาพของประเทศโดยรวมจะมีความเข้มแข็งไม่ได้หากระบบสุขภาพภาคประชาชนไม่เข้มแข็ง “การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) ไม่ได้มีแต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน “การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ” (All for Health) ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของคนในสังคมไทยให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง

ภาคที่ 3

ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ระบบสุขภาพพอเพียง

- ส่วนที่หนึ่ง ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและระบบสุขภาพพอเพียง

ทิศทางการพัฒนาที่ยึดหลัก "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" เน้นการพัฒนาที่ยึดทางสายกลางและตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมดุลพอดี รู้จักพอประมาณ อย่างมีเหตุผล มีความรอบรู้เท่าทันโลก โดยใช้ปรัชญาของ "เศรษฐกิจพอเพียง" เป็นแนวทางในการดำเนินวิถีชีวิตของคนไทยและเป็นพื้นฐานการพัฒนาในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวทางการดำรงอยู่ปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปบน ทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวต่อผลกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม

การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่สิบ ทำให้สามารถกำหนดให้มีวิสัยทัศน์การพัฒนาดังนี้

วิสัยทัศน์
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบ

สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน
ภายใต้แนวปฏิบัติ
ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่สิบ
มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง
เพื่อสร้างให้:
สุขภาพดี บริการดี ชีวิตพอเพียง สังคมสันติสุข

- ส่วนที่สอง หลักการแนวคิดและทิศทางในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 แนวคิดหลักในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติเชื่อมโยงระหว่างปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดย
 - น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ
 - ยึดหลักสุขภาพดีมาจากสังคมดี คือสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข โดยถือว่าสุขภาพดีของทุกคนเป็นศีลธรรมขั้นพื้นฐานของสังคม
- ในการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ แนวคิดหลักของแผนนี้เน้นที่การนำเสนอวิสัยทัศน์อันเป็นอุดมคติ โดยทุกคนที่เห็นด้วยกับแนวคิดและทิศทางระบบสุขภาพไทยในแผนนี้ที่จะต้องถือเป็นหน้าที่ที่จะช่วยผลักดันทุกวิถีทางให้วิสัยทัศน์เกิดเป็นจริง
- แนวคิดหลักประการแรก: จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียง
- โดยสาระหลัก ปรัชญานำทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” มีหลักการสำคัญ 7 ประการที่จะเป็นแนวทางของแผนพัฒนาฯฉบับที่ 10 คือ

- ยึดทางสายกลาง
- มีความสมดุลพอดี
- รู้จักพอประมาณ
- การมีเหตุมีผล
- มีระบบภูมิคุ้มกัน
- รู้เท่าทันโลก
- มีคุณธรรมและจริยธรรม

หลักการสำคัญทั้ง 7 ประการนี้ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาให้รอบคอบเกี่ยวกับทิศทาง การพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบสุขภาพจะต้องเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่แต่ละระดับโดยเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพมีความมั่นคงและสามารถสร้างความเจริญในระดับสูงขึ้น ดังพระราชดำรัสว่า

“...การพัฒนาประเทศจำเป็นต้องทำตามลำดับขั้น ต้องสร้างพื้นฐาน คือ ความพอมีพอกินพอใช้ ของประชาชนส่วนใหญ่เบื้องต้นก่อน โดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ประหยัดแต่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เมื่อได้พื้นฐานความมั่นคง พร้อมพอสมควรและปฏิบัติได้แล้ว จึงค่อยสร้างเสริมความเจริญและฐานะเศรษฐกิจขั้นสูงโดยลำดับต่อไป...” (พระบรมราโชวาท เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2517)

2. การตัดสินใจด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกๆระดับจะต้องคิดอย่างรอบคอบและให้เหมาะสมกับ อັตตภาพ โดยจะต้องรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผล โดยเฉพาะการลงทุนที่จะต้องใช้การกู้เงิน ดังพระราชดำริเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2540 ที่ว่า

“...โครงการอะไรก็จะต้องนึกถึงขนาดที่เหมาะสมกับอັตตภาพหรือกับสิ่งแวดล้อม...”

“...ฉะนั้นจะทำโครงการอะไรจะต้องมีความรอบคอบ และอย่าตาโตเกินไป คือบางคนเขาเห็นว่ามีโอกาสที่จะทำโครงการอย่างนั้นอย่างนี้ และไม่ได้นึกถึงปัจจัยต่างๆ ให้ครบ...”

“...อันนี้เป็นสิ่งที่สอนว่า กู้เงิน เงินนั้นจะต้องเกิดประโยชน์ไม่ใช่กู้สำหรับไปเล่นไปทำอะไรที่ไม่เกิดประโยชน์...”

3. ระบบสุขภาพต้องเน้นการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ไม่ก้าวกระโดดไปใช้เทคโนโลยีที่สูงเกินไป และควรพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีที่มีพื้นฐานจากภูมิปัญญาไทยเพื่อสร้างความยั่งยืน และให้สามารถพึ่งตนเองได้ ดังพระราชดำรัสที่ว่า

“...นี่ก็เป็นเรื่องของการแก้ไขวิกฤติการณ์ แต่ว่าท่านผู้ที่ชอบเศรษฐกิจแบบสมัยใหม่อาจไม่พอใจ มันจะต้องถอยหลังเข้าคลอง มันต้องอยู่อย่างระมัดระวัง และต้องกลับไปทำกิจการที่อาจจะไม่มีใครจับช้อนนักคือใช้เครื่องมืออะไรที่ไม่หรูหรา แต่อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นที่จะต้องถอยหลังเพื่อที่จะก้าวหน้าต่อไป...”

“...ให้พอมีพอใช้อยู่ได้ด้วยตัวเอง ให้ยืนบนขาตัวเองได้ คือยืนได้โดยไม่หกล้มไม่ต้องขอยืมจากคนอื่นเขามา...”

4. หลัก"ทางสายกลาง"และ"ความสมดุลพอดี"ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงนั้นอาจประยุกต์เข้ากับการพัฒนาสุขภาพที่จะต้องมีการอย่างสมดุลระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ

5. ระบบสุขภาพจะต้องเป็นระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากผลกระทบ ทั้งจากภายนอกอันได้แก่ กระแสโลกาภิวัตน์ ทุนนิยมโลกและการค้าเสรี และจากผลกระทบภายในได้แก่ นโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม ความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภาวะความเจ็บป่วย โดยมีการนำวิชาการ ต่าง ๆ มาใช้อย่างรอบรู้และรอบคอบ

“ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร ต่อการมีผลกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน”

6. ระบบสุขภาพตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจะต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ เพราะ “ความพอเพียง หมายถึง การที่มีความพอ คือมีความโลภน้อย เมื่อโลภน้อยก็เบียดเบียนคนอื่นน้อย ถ้าประเทศได้มีความคิดนี้ มีความคิดว่าทำอะไรต้องพอเพียง หมายความว่าพอประมาณ ซื่อตรง ไม่โลภอย่างมากคนเราก็จะเป็นสุข” ความพอเพียงคือมีความโลภน้อยจึงเป็นรากฐานสำคัญของธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพพอเพียง

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

- มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
- มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกๆระดับ เช่น การรู้จักระมัดระวังเรื่องค่าใช้จ่ายซื้อหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์
- มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
- มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ
- มีคุณธรรม จริยธรรมคือซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

แนวคิดหลักประการที่สอง: สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี

ในสังคมที่ดี คนเจ็บป่วยน้อยและหายเร็ว เพราะสังคมที่พัฒนาอย่างมีคุณภาพมีภัยที่คุกคามต่อสุขภาวน้อยและสุขภาพของทุกคนได้รับการดูแลรักษาอย่างทั่วถึงและเพียงพอ ในขณะที่สังคมที่พัฒนาอย่างขาดดุลยภาพทำให้สุขภาพเสื่อม

ถอย ครอบครัวยุคใหม่และชุมชนล่มสลาย สิ่งแวดล้อมทรุดโทรม เกิดความยากจน ความขัดแย้ง ความรุนแรง และความทุกข์ สุขภาวะของบุคคลไม่ว่าจะเป็นมิติทางกาย ใจ สังคม หรือจิตวิญญาณจึงเป็นผลลัพธ์ที่มาจากระบบสังคม จนกล่าวได้ว่า สุขภาพดีเป็นผลจากการมีสังคมที่ดี คือสังคมที่เป็นธรรม เอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน ไม่กดขี่หรือเอาเปรียบกัน เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์เสมอกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น และไม่เบียดเบียนธรรมชาติ

ในสังคมที่แม้จะมีความมั่งคั่งและเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจโลก ข้อมูลทางระบาดวิทยาได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า โรคต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น โรคติดเชื้อ เช่น โรคเอดส์ วัณโรค หรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน ล้วนแต่มีอุบัติการณ์และความรุนแรงโรครุนแรงที่สุดในชนชั้นที่ต่ำต้อย และถูกกดขี่ในทางสังคม ในขณะที่ทั่วโลกโรคหลายชนิดที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายได้ เช่น ภาวะการขาดสารอาหาร โรคปอดบวม อูจจาระร่วง วัณโรค มาเลเรีย หรือโรคเอดส์ก็จะยังพบได้มากที่สุดในหมู่คนยากจน ชนกลุ่มน้อย ผู้หญิง และผู้ด้อยโอกาส

โรคและปัญหาสุขภาพจึงเป็นเช่นเดียวกับความทุกข์ในสังคมที่มีได้เกิดขึ้นอย่างบังเอิญหรือกระจายอยู่อย่างสม่ำเสมอทั้งสังคม แต่เกิดขึ้นตามความแตกต่างและความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ในขณะที่โรค ความเจ็บป่วยและความทุกข์มีการกระจุกตัวหนาแน่นอยู่ในหมู่คนจน คนทุกข์ยากและคนที่ถูกเอาเปรียบทางสังคม ทรัพยากรสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็น บุคลากรสุขภาพ สถานพยาบาล หรืองบประมาณทางการแพทย์กลับกระจุกตัวอยู่ในหมู่คนรวย ในเมืองใหญ่ และในลักษณะที่คนยากคนจนเข้าถึงได้ยาก การแก้ปัญหาสุขภาพและการสร้างสังคมที่เป็นธรรมหรือสังคมแห่งสุขภาวะจึงเป็นสิ่งที่หนึ่งอันเดียวกันอย่างแยกไม่ออก

สังคมที่ไม่เป็นธรรม เอาเปรียบกัน และใช้ความรุนแรงเป็นวิถีทางแห่งการจัดการความขัดแย้งย่อมนำไปสู่ความเสื่อมถอยของสถานะสุขภาพ ในทางตรงข้ามบุคคลที่เจ็บป่วย พิการ ทูพพลภาพ หรือเสื่อมลงด้วยโรคร้ายที่ไม่อาจรักษาได้ในทางการแพทย์ ก็ยังสามารถบรรลุสุขภาวะได้หากสังคมเอาใจใส่ให้การเยียวยา

แต่การสร้างสังคมแห่งสุขภาวะต้องการมากกว่าการจัดการทรัพยากรที่เป็นธรรม เพราะหากปราศจากทัศนะใหม่ที่เข้าใจชีวิตที่เป็นหนึ่งเดียวกันของมนุษย์

ทรัพยากรก็ไม่เคยเพียงพอต่อความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุดของคนได้ สังคมที่ดีจึงไม่เพียงแต่ต้องมีความเป็นธรรมและเท่าเทียม แต่ยังต้องเป็นสังคมที่รู้จักความพอเพียงและเอื้ออาทรต่อกัน เคารพความแตกต่าง และมีความอดทนอดกลั้นต่อความขัดแย้ง โดยต้องร่วมกันขับเคลื่อนให้สังคมทุกระดับเกิดการเรียนรู้และการปรับวิถีทัศนวิสัยในระดับรากฐานเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันติและการสร้างสังคมแห่งสันติภาพ อันจะเป็นฐานรากให้กับสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน

ระบบสุขภาพไทยถูกพัฒนาการไว้ด้วยวิธีคิดแบบแยกส่วนที่มองปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องของความผิดปกติของอวัยวะ แม้วิธีคิดนี้อาจเพียงพอในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยทางกายได้ในบางกรณี แต่เป็นวิธีคิดที่ไม่เพียงพอในการสร้างสุขภาวะร่วมกันของมนุษย์ได้ เพราะสุขภาวะเป็นผลลัพธ์ของระบบสังคม สังคมเป็นเช่นไร สุขภาวะของคนในสังคมก็เป็นเช่นนั้น สังคมที่ประเทศมหาอำนาจมุ่งเอาใจเอาเปรียบและแสวงประโยชน์แม้จากประเทศที่ยากจนที่สุดในนามของการค้าเสรี; สังคมที่เน้นการบริโภคและแก่งแย่งแข่งขันในทางวัตถุนิยมสัมพันธภาพ; สังคมที่บูชาความทันสมัยจนดูถูกคุณค่าความเป็นไทยและความเป็นท้องถิ่น; สังคมที่หลงอยู่ในวัฒนธรรมแห่งอำนาจที่ใช้ความรุนแรงและการทำลายล้างกันในการแก้ปัญหา; สังคมที่ขาดความอ่อนโยนต่อชีวิตและขาดความอ่อนน้อมต่อธรรมชาติ; สังคมที่ครอบครัวล้มเหลวและชุมชนล่มสลาย สังคมเหล่านี้ไม่สามารถสร้างสุขภาวะร่วมกันของคนทั้งสังคมได้ การสร้างสังคมที่มีสันติสุข อยู่เย็นเป็นสุขด้วยชีวิตที่พอเพียงจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญเพราะมนุษย์บรรลุสุขภาวะได้ก็ด้วยการสร้างสังคมส่วนรวมที่ดี

- **ส่วนที่สาม ยุทธศาสตร์และมาตรการการสร้างระบบสุขภาพพอเพียง**
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการสร้างระบบสุขภาพพอเพียง

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่สิบ มีเป้าหมายสำคัญในทางยุทธศาสตร์เพื่อสร้างระบบสุขภาพพอเพียงให้เป็นจริงดังนี้

- สุขภาพดีเป็นวิถีชีวิต ในทุกช่วงวัยตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน
- ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์ และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์
- หลักประกันด้านสุขภาพให้ความอุ่นใจและมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤต

- สังคมไทยอยู่เย็นเป็นสุข เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ อุดมด้วยภูมิปัญญา มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

จุดเน้นประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญ

เพื่อให้ทิศทางการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่สิบมีจุดเน้นอันเป็นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ดังนี้

- สร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
- สร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อสังคมแห่งสุขภาวะ
- สร้างภูมิคุ้มกันและความพร้อมเพื่อลดผลกระทบจากภัยคุกคามสุขภาพต่าง ๆ
- สร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทัน
- สร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้
- สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ

ในแต่ละประเด็นเชิงยุทธศาสตร์นั้น จำเป็นต้องมีมาตรการที่จะดำเนินการให้บรรลุผล โดยในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์มีมาตรการดังต่อไปนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑:

สร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เพื่อลดความทุกข์ยากอันเกิดจากระบบบริการสุขภาพและเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันของสังคม การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการให้บังเกิดผลมีมาตรการสำคัญดังนี้

1. เร่งรัดพัฒนาและขยายระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุกที่มีคุณภาพและเป็นที่ศรัทธาเชื่อถือในชุมชนเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล
2. ลดความขัดแย้งที่นำไปสู่การฟ้องร้องด้วยการปรับปรุงการสื่อสาร การสร้างกลไกการไกล่เกลี่ย และการเรียนรู้กระบวนการสันติวิธี

3. ปรับการบริหารและสร้างระบบงานให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขและเห็นคุณค่าของการทำงาน
4. ส่งเสริมนวัตกรรมด้านการเงินการคลังสุขภาพเพื่อการจัดหาและจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับภาระงานและความจำเป็นในการให้บริการประชาชน
5. ยกกระดับคุณภาพบริการในระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ให้สูงเสมอภาคกันและสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ใช้บริการ
6. สร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการแพทย์ตติยภูมิให้มีคุณภาพและมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
7. ส่งเสริมอุดมคติของวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งในระบบการศึกษาและในการทำงานด้วยการสนับสนุนอุดมการณ์เพื่อสังคม การทำความดี และความภูมิใจในคุณค่าของงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒:

สร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อสังคมแห่งสุขภาพ

ระบบสุขภาพพอเพียงที่มีรากฐานมาจากการสร้างสรรค์วัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางรากฐานเพื่อให้สังคมมีวิถีการดำเนินชีวิตที่พอเพียงจำเป็นต้องดำเนินมาตรการดังต่อไปนี้

1. สร้างจิตสำนึกและวัฒนธรรมสุขภาพผ่านการสื่อสารสาธารณะและการเรียนรู้ทั้งในและนอกระบบการศึกษา
2. สร้างกลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพดีอย่างพอเพียงในสังคม (Healthy public policy)
3. ส่งเสริมภาคประชาสังคมและการรวมตัวกันทำงานส่วนรวมด้วยจิตสาธารณะ รวมทั้งขยายงานอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ชุมชนและกลุ่มสุขภาพในชุมชนให้เกิด จิตวิญญาณของการอาสาสมัคร (หรือจิตอาสา) ทั่วทั้งแผ่นดิน
4. เสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เข้มแข็งอย่างพอเพียง พึ่งตนเองและพึ่งพากันได้อย่างเกื้อกูล
5. เร่งรัดงานเชิงรุก โดยเฉพาะด้านอาหาร การออกกำลังกาย สุขภาพจิต และ

สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

- ส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญาหรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพื่อการพัฒนาคุณภาพคนให้มีชีวิตที่ดำรงเต็มศักยภาพของความเป็นมนุษย์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓:

สร้างภูมิคุ้มกันและความพร้อมเพื่อลดผลกระทบจากภัยคุกคาม

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเน้นการป้องกันภัยคุกคามและผลกระทบจากปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและภัยธรรมชาติด้วยการสร้างระบบภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็ง ในการสร้างระบบภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบจากภัยคุกคามมีมาตรการ ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ทุกระดับให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติทั้งจากธรรมชาติและวินาศภัยที่มนุษย์ก่อขึ้น
2. สร้างเสริมศักยภาพระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมป้องกัน และการรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำและโรคเรื้อรัง
3. จัดระบบการเฝ้าระวังและการจัดการเกี่ยวกับความรุนแรงด้วยการทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดและผลกระทบต่อความเป็นอยู่ดี รวมทั้งเร่งพัฒนา ศักยภาพการทำงานด้านการเฝ้าระวังผลกระทบจากความรุนแรงอย่างเป็นระบบ
4. สร้างความรู้ความเข้าใจและระบบการต่อรองที่มีศักยภาพเพื่อลดผลกระทบด้านลบจากกระแสโลกาภิวัตน์ ทุนนิยมโลก และการค้าเสรี
5. เสริมความเข้มแข็งให้แก่แผนงานด้านการควบคุมการบริโภคที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพเช่น น้ำตาล เกลือ อาหารมัน ยาสูบและบุหรี่ เหล้า รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔:

สร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทย

และสากลอย่างรู้เท่าทันเพื่อการพึ่งตนเอง

ระบบสุขภาพที่มีความพอเพียงเป็นระบบที่เน้นการพึ่งตนเองได้โดยมีการผสมผสานความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นและสากลด้วยมาตรการดังนี้

1. เร่งรัดการพัฒนาสมุนไพรรักษาโรคให้สามารถใช้ได้อย่างได้ผลและพอเพียงทั้งสำหรับครัวเรือน ชุมชน และระดับประเทศ เพื่อการพึ่งตนเองได้
2. ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ
3. ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นและระบบสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง
4. พัฒนานวัตกรรมศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และสมประโยชน์ เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างพอเพียง
5. สร้างระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการวางแผนการใช้ประโยชน์ที่รู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
6. สร้างทางเลือกที่หลากหลายในการเยียวยารักษาโรคเพื่อลดการใช้จ่ายและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและมีราคาแพง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕:

สร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างทั่วถึง

ระบบสุขภาพพอเพียงเป็นระบบที่ใช้วิชาการและความรู้ในการจัดการปัญหาอย่างมีเหตุผล กระบวนการสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้จำเป็นต้องอาศัยการจัดการความรู้ โดยจะต้องดำเนินมาตรการดังต่อไปนี้

1. สร้างองค์กรเรียนรู้และประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ในองค์กรทุกระดับ
2. สร้างเสริมระบบประกันคุณภาพองค์กรควบคู่กับการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และการใช้ความรู้ในระบบบริการ
3. จัดระบบการตรวจสอบนโยบายและการบริหารให้เป็นไปอย่างมีการใช้ข้อมูลและความรู้เป็นฐานการตัดสินใจ
4. เสริมความเข้มแข็งด้านการศึกษา วิจัยและการพัฒนาให้เป็นระบบครบวงจร
5. สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ที่มีความเข้มแข็งในเรื่องท้องถิ่นและมีศักยภาพเชื่อมโยงไปสู่สากล

6. พัฒนาระบบข้อมูลสาธารณสุขให้ทันสมัย เชื่อถือได้และเอื้อต่อการเข้าถึง และการนำไปใช้ประโยชน์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖:

สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

เศรษฐกิจพอเพียงมีฐานสำคัญคือความถูกต้องชอบธรรมและคุณธรรม ระบบสุขภาพพอเพียงจึงต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดีและมีมาตรฐานทาง คุณธรรม ดังนี้

1. สร้างความเป็นหนึ่งเดียวของระบบสุขภาพบนความหลากหลายของ หน่วยงานด้านสุขภาพที่สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีบูรณาการ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นสามารถพัฒนาระบบการจัดการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบท ของชุมชน
3. สร้างระบบธรรมาภิบาลและสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการทำงาน เพื่อประโยชน์สาธารณะ
4. ปรับโครงสร้าง กลไกและกระบวนการนโยบายและแผนให้เอื้อต่อการมีส่วน ร่วม ทั้งการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมได้ประโยชน์ และร่วมรับผิดชอบ
5. สร้างเสริมภาวะผู้นำด้านสุขภาพทุกระดับให้สามารถสร้างความร่วมมือของ ภาคส่วนต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

บทส่งท้าย: การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติการทางสังคม

สุขภาวะของสังคมทั้งหมดจึงไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นด้วยมาตรการเฉพาะส่วนที่แยกขาดจากกัน แต่เป็นผลลัพธ์ที่มาจากสังคมที่ดีขึ้นอย่างเป็นองค์รวม เป็นบูรณาการที่สังคมทุกระดับตั้งแต่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน สถาบันต่าง ๆ และสังคมโดยรวมมีโอกาสร่วมกันในการเรียนรู้ ได้เติบโตและยกระดับภูมิปัญญาอย่างทั่วถึงพร้อม ๆ กัน ภารกิจเช่นนี้เป็นภารกิจที่ใหญ่และต้องการการรวมพลังของทั้งสังคมเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง เป็นภารกิจที่ยากเกินกว่าที่จะทำให้สำเร็จด้วยกลไกหรือวิธีการใดเพียงกลไกหรือวิธีการเดียว จะต้องเป็นการปรับเปลี่ยนพร้อมกันทั้งด้านในของชีวิตและโครงสร้างสังคม และจะเกิดขึ้นได้ท่ามกลางการเรียนรู้และปฏิบัติการทางสังคมที่ระดมภูมิปัญญาและการมีส่วนร่วมที่หลากหลายของทุกภาคีและเครือข่ายสังคม