

การกระจายอำนาจด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศ เม็กซิโก สวีเดน และ นิวซีแลนด์

จิรบูรณ์ โดสงวน*

สิริวรรณ พัทธรังษภย์*

หทัยชนก สุมาลี*

บทคัดย่อ

หลายประเทศได้เลือกใช้กลยุทธ์ออตตาวาเป็นแม่แบบในการพัฒนาโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับทุกประเทศที่ศึกษานี้ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเทศเม็กซิโกกำหนดองค์ประกอบในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับการประเมินการสร้างเสริมสุขภาพและได้พัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพระดับประเทศ ที่เรียกว่าแบบจำลองปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีด้วยกัน ๑ องค์ประกอบ (โดยมีแนวคิดมาจาก ๕ งานพื้นฐานในกลยุทธ์ออตตาวา) ได้แก่ การบริหารจัดการปัจจัยต่อสุขภาพของประชาชนรายบุคคล, การสร้างและพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การพัฒนาให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ, การผลักดันนโยบาย, การตลาดเพื่อสังคม และการใช้หลักฐานทางวิชาการในการส่งเสริมสุขภาพ ประเทศสวีเดนเป็นรัฐสวัสดิการที่มีพื้นฐานมาจากกลยุทธ์ออตตาวาเช่นกัน โดยได้ให้ความสำคัญในเรื่อง การจำกัดความของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ทรัพยากรและการลงทุนทางการส่งเสริมสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ และ การวิจัยและประเมินผลโครงการ. ใน ค.ศ. ๒๐๐๓ ได้มีการร่างแผนสาธารณสุขฉบับใหม่ ซึ่งมีจุดประสงค์ ๑๑ ข้อ ที่คำนึงถึงแต่เรื่องตัวกำหนดสุขภาพเท่านั้น. ได้มีการแบ่งออกเป็นระดับการใช้ชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพ และระดับโครงสร้างทางสังคมและความเป็นอยู่. มีเป้าหมายรวมเพียงอย่างเดียวคือ “การให้มีเงื่อนไขทางสังคมที่ดีต่อสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันระหว่างประชากรทั้งหมด.” สรุปวิวัฒนาการของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเป็นขั้นบันได ๕ ขั้น (The Health Promotion Staircase for Building Local Capacity ของ Pettersson) น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนา อปท.ของประเทศไทย. ส่วนในประเทศนิวซีแลนด์ ได้มีวิวัฒนาการและการขับเคลื่อนในเรื่องนี้อย่างเป็นรูปธรรม โดยได้มีการยึดถือแนวทางของกลยุทธ์ออตตาวา และได้ให้ความสำคัญกับเรื่อง การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน, การพัฒนาความสามารถของบุคลากร, การลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน. นอกจากนี้ ในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ก็ได้มีความก้าวหน้าในเรื่องนี้ค่อนข้างมากโดยมีทั้ง คณะกรรมการสุขภาพเขตที่ดูแลเรื่องสุขภาพ และรัฐบาลท้องถิ่นที่ดูแลเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะ. โดย กฎหมายรัฐบาลท้องถิ่น ค.ศ. ๒๐๐๒ ได้ระบุอย่างชัดเจนในเรื่องบทบาทและหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นในเรื่องนี้ และยังมีมีการแบ่งหน้าที่ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่นตามรูปแบบจำลองความรู้เฉพาะความเสี่ยง. นอกจากกฎหมายรัฐบาลท้องถิ่นแล้ว ยังมีข้อกำหนดที่สำคัญอีก คือ ให้มี แผนชุมชนระยะยาว (LTCCP) โดยแผนนี้จะต้องมีการกำหนด “ผลลัพธ์ของชุมชน” ที่ชุมชนต้องการให้มีการสนับสนุนเพื่อพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น และสิ่งที่รัฐบาลท้องถิ่นจะทำได้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์นี้ในช่วงเวลาของแผนนี้. ถือเป็น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและทำให้ประชาชนได้รับผิดชอบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพของพื้นที่ของตนมากขึ้น.

คำสำคัญ: การกระจายอำนาจด้านการส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

Health Promotion Decentralization in Three Countries

Jiraboon Tosanguan*, Siriwan Pitayarangsarit*, Hathaichanok Sumalee*

**International Health Policy Program, Ministry of Public Health*

The Ottawa Charter has been adopted in many countries as a model for their health promotion

*สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

policies which emphasize community participation. Mexico has developed a method for evaluating its progress in implementing health promotion policies, and has developed a national policy on health promotion, called Health Promotion Operation Model (MOPS,) which is based on the Charter and consists of several components: management of personal determinants, health capacity-building, community participation, development of a healthy environment, social marketing in health, and evidence in health promotion. Sweden, a welfare state, developed its National Public Health Policy in 2003 with the main aim of providing societal conditions for good health on equal terms for the entire population. It has 11 objectives which consider only the determinants of health. Interestingly, Pettersson summarized the evolution of Swedish local authority in dealing with health promotion into "The Health Promotion Staircase for Building Local Capacity", which could be beneficial in the development of LAOs in Thailand. In New Zealand, the Local Government Act of 2002 was passed which clearly defined the roles and responsibilities of the central and local governments according to the risk-specialization model. Furthermore, to enhance the role of the community, a long-term council community plan must be developed in line with the expected 'community outcome' in order to improve community living conditions and address their health concerns.

Key word: health promotion decentralization

ภูมิหลังและเหตุผล

รัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทยฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๐ ได้ให้ความสำคัญสำคัญกับการกระจายอำนาจ โดยได้นำไปสู่การผ่าน พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และ แผนปฏิบัติการในการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งกำหนดให้มีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจทำให้บริการสาธารณะ ซึ่งรวมถึงบริการด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.). การกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีหลักการคือ การมุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน การมุ่งระบบที่มีพลวัตยืดหยุ่นตามศักยภาพและตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และการมุ่งระบบที่มีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ. เพื่อให้การกระจายอำนาจในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปตามหลักการดังกล่าว การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศในเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็น. การศึกษาเพื่อเรียนรู้ถึงรูปแบบ, ข้อดีข้อเสีย และข้อจำกัดในบริบทต่างๆ ของต่างประเทศ ในการกระจายอำนาจด้านนี้ และ เพื่อสร้างความเข้าใจในมิติต่างๆ ที่จะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องรูปแบบการกระจายอำนาจด้านส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

ตามวัตถุประสงค์คือ

๑. เพื่อศึกษาแนวคิดและกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจบริการสร้างเสริมสุขภาพของต่างประเทศที่มีผลบังคับใช้.
 ๒. เพื่อศึกษาบทบาทและรูปแบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศ.
 ๓. เพื่อรวบรวม วิเคราะห์แนวคิดการกระจายอำนาจบริการสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศ นำมาสังเคราะห์ และนำเสนอแนวคิดและรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน.
- บทความนี้ได้นำเสนอข้อมูลจากการทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศในเรื่องการกระจายอำนาจการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ยึดถือตามแนวทางของกฎบัตรออตตาวา พ.ศ. ๒๕๒๙ ซึ่งพบในประเทศ เม็กซิโก สวีเดน และนิวซีแลนด์.

ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการรวบรวม และ วิเคราะห์ เอกสารที่มีสาระเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจบริการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศ เม็กซิโก สวีเดน และ นิวซีแลนด์.

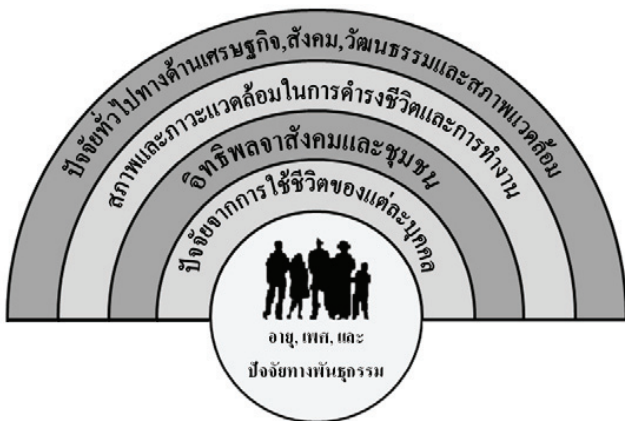
ผลการศึกษา

๑. ความหมายของคำว่าสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ

ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มิได้จำกัดอยู่ที่การปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ความหมายครอบคลุมไปถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมด้วย.

ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ หมายถึงตัวกำหนดทางด้านสังคมที่มีผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่ง ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ เช่นปัจจัยที่ใกล้ตัวที่สุด คือ อายุ เพศและปัจจัยทางพันธุกรรม, ส่วนปัจจัยที่ใกล้ตัวที่สุดคือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม (รูปที่ ๑)^(๑)

คณะอนุกรรมการเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (CSDH) ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยองค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาวิจัยและได้ระบุถึงปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ^(๒) คือ พัฒนาการในวัยเด็กเริ่มแรก, ที่อยู่ที่ถูกสุขลักษณะ, การจ้างงานที่เป็นธรรมและงานที่ดี, การคุ้มครองทางสังคมตลอดชีวิต เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆ, การประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การคำนึงถึงความเป็นธรรมด้านสุขภาพในทุกๆ นโยบาย, การคลังสาธารณะที่เป็นธรรม, ความรับผิดชอบของการค้าและกลุ่มธุรกิจ, และ ความเป็นธรรมระหว่างหญิงและชาย.



รูปที่ ๑ ตัวกำหนดทางสังคม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า คำว่า “สุขภาพ” นั้น มีความหมายกว้างไกลกว่าการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจาก “สุขภาพ” ด้วย.

๒. การสร้างเสริมสุขภาพตามความหมายของกฎบัตรออตตาวา พ.ศ. ๒๕๒๙^(๓)

การประชุมระดับนานาชาติในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ จัดขึ้นครั้งแรกที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๒๙. มีการเสนอกฎบัตรซึ่งมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและมีจุดมุ่งหมายในการทำให้เกิดสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นด้วย.

จากการประชุมดังกล่าว ได้มีการให้คำนิยาม เงื่อนไข และภารกิจ ดังนี้

- นิยามและเงื่อนไขของการสร้างเสริมสุขภาพ

ในกฎบัตรออตตาวา ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็น “กระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีความสามารถที่จะควบคุมและทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น” ซึ่งจะต้องสามารถระบุและเข้าใจถึงสิ่งที่จำเป็นในการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่ตนเองเผชิญอยู่เพื่อที่จะทำให้คนๆ นั้นมีสุขภาพกายและจิต และสภาพความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดีได้.

เนื่องจากสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยภาคส่วนอื่นๆ ด้วย. ในกฎบัตรออตตาวา ได้ระบุถึงเงื่อนไขต่อสุขภาพ คือ สันติสุข, ที่อยู่อาศัย, การศึกษา, อาหาร, รายได้, ระบบนิเวศที่มั่นคง, การจัดการทรัพยากรอย่างยั่งยืน, ความยุติธรรมทางสังคมและความเป็นธรรม.

- ภารกิจที่จำเป็น

กฎบัตรออตตาวาระบุถึงสิ่งที่จำเป็นต้องทำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การผลักดันนโยบายหรือแนวคิดที่จะทำให้คนมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ, การทำให้คนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้ประชาชนมีโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงทรัพยากร, และการประสานงานระหว่างภาคส่วน โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การพัฒนาให้เกิด

นโยบายสุขภาพ, การทำให้เกิดสภาวะแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการส่งเสริมสุขภาพ, การเพิ่มความเข้มแข็งในการทำงานของชุมชนเพื่อให้สามารถตัดสินใจ, วางแผนและปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ, การพัฒนาความรู้ทักษะของประชาชนในเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิต, การเปลี่ยนแนวทางการให้บริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นไปในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นและการเตรียมตัวสำหรับอนาคต. โดยให้ความสำคัญกับการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน, การมองสุขภาพแบบองค์รวม และระบบนิเวศ ในการพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ.

กฎบัตรออตตาวาถือเป็นจุดเริ่มของการขับเคลื่อนในระดับนานาชาติซึ่งทำให้การส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความสำคัญมากขึ้น. ต่อมาได้มีการจัดประชุมนานาชาติในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอีกหลายครั้ง. โดยใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้มีการร่างกฎบัตรกรุงเทพฯ ซึ่งมีเนื้อหาเพิ่มเติมจากกฎบัตรออตตาวา. นอกจากนี้ หลายๆประเทศก็ได้มีการขับเคลื่อนทั้งจากภาคการเมืองและสังคมในการทำให้เกิดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยพัฒนานโยบายจากหลักการของกฎบัตรออตตาวา.

๓. การให้บริการส่งเสริมสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นใน ๓ ประเทศ

๓.๑ เม็กซิโก

ประเทศเม็กซิโกถือเป็นประเทศที่มีรายได้ระดับระหว่างสูงถึงกลาง แต่ช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยก็ยังมีอยู่มาก. ประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน มีอยู่ร้อยละ ๑๗.๖^(๔) และร้อยละ ๔๐ ของประชากรพื้นเมืองในเม็กซิโก (๑๒.๗ ล้านคน) อยู่อูใต้เส้นนี้.^(๕)

การปกครองในประเทศนอกจากส่วนกลางแล้วยังแบ่งออกเป็นการปกครองในระดับมลรัฐ และในระดับเทศบาล. ผู้ว่าการมลรัฐและนายกเทศมนตรีเป็นตำแหน่งทางการเมืองที่ผ่านการเลือกตั้ง และในระดับมลรัฐมีธรรมนูญและสภาของแต่ละมลรัฐ.

การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศมี ๓ ระบบ คือ ระบบประกันสังคมสำหรับลูกจ้างเอกชน (IMSS), ระบบประกันสังคมสำหรับเจ้าหน้าที่รัฐ (ISSSTE), และ ระบบ

บริการสาธารณสุขและเอกชนสำหรับบุคคลอื่น ๆ (SSA+). ทั้ง ๓ ระบบนี้มีหน้าที่หลักในการบรรเทาภาระโรคซึ่งมีทั้งโรคติดต่อ, ขาดสารอาหาร และปัญหาเรื่องสุขภาพเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นปัญหาของประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังอย่างโรคหัวใจและโรคเมเร็งซึ่งเป็นปัญหาของประเทศที่พัฒนาแล้ว. โรคหัวใจและโรคเมเร็งถือเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดในประเทศผู้ใหญ่. อย่างไรก็ตามแนวโน้มที่ดีขึ้นทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวิทยาการระบาดได้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ โดยจะเห็นได้จากอัตราการรู้หนังสือ ที่ดีขึ้นจากร้อยละ ๗๔.๓ ใน ค.ศ. ๑๙๗๐ เป็นร้อยละ ๙๒.๒ ใน ค.ศ. ๒๐๐๑ และพยากรณ์ชีพของประชากรที่เพิ่มขึ้นจาก ๖๐.๙ ปี เป็น ๗๒.๑ ปี ในช่วงเวลาเดียวกัน.^(๕)

การส่งเสริมสุขภาพในเม็กซิโก

เม็กซิโกได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพโดยการตั้ง Hygiene Education and Propaganda Department ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๒๑ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น Federal Health Promotion General Directorate. ในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ เม็กซิโกเป็นผู้จัดการประชุมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ ซึ่งเกิดจากความตั้งใจในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเห็นได้จากโครงการสำคัญที่รัฐบาลได้ผลักดันก่อนหน้าก็คือโครงการชุมชนสุขภาพดีแห่งชาติ ค.ศ. ๑๙๙๗ และ 'Oportunidades' ค.ศ. ๒๐๐๐ ซึ่งเป็นโครงการที่นำไปปฏิบัติแล้วในมลรัฐต่างๆโดยที่มีหลายภาคส่วนเกี่ยวข้อง.

โครงการชุมชนสุขภาพดีแห่งชาติเป็นโครงการที่มีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ เพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ โดยเพิ่มความแข็งแกร่งในเรื่องการประสานงานระหว่างภาคส่วนโดยเฉพาะในระดับเทศบาล เพื่อให้มีการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ โดยอาศัยการให้แรงจูงใจ. ใน ค.ศ. ๑๙๙๘ ได้มีการจัดตั้งเครือข่ายเทศบาลแห่งชาติเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นการเชื่อมโยงระหว่างแต่ละเทศบาล. การมีส่วนร่วมของชุมชนยังเป็นมีส่วนสำคัญโดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างอปท. คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชนเป็นกลไกหลักในการทำให้โครงการนี้เกิดผล.



Oportunidades เป็นโครงการบรรเทาความยากจนแบบครอบคลุม มีเป้าหมายในการพัฒนาปัจจัยทางสังคมต่อสุขภาพ ซึ่งอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เช่น กระทรวงการพัฒนาลังคม, กระทรวงศึกษาธิการ, สถาบันประกันสังคมแห่งชาติ (IMSS), และ รัฐบาลท้องถิ่นต่างๆ โดยให้ชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและอื่นๆ ที่ชุมชนจะได้รับ.

การประเมินสถานะในการประชุมการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ใน ค.ศ. ๒๐๐๖

ในการประชุมการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติของเม็กซิโกใน ค.ศ. ๒๐๐๖ ได้มีการประเมินวิวัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพในเม็กซิโกตั้งแต่สมัยเริ่มมีกฎบัตรออตตาวา จนกระทั่งมีกฎบัตรกรุงเทพฯ ใน ค.ศ. ๒๐๐๕ โดยได้วาดออกมาเป็นแผนภูมิใยแมงมุม (รูปที่ ๒)

โดยจะเห็นได้ว่าจุดเด่นของการส่งเสริมสุขภาพในประเทศเม็กซิโก คือ เรื่องการมีส่วนร่วมของกิจกรรมชุมชนและ สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ. เม็กซิโกได้ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารสถานพยาบาลผ่านคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นและมีการมองสุขภาพแบบองค์รวม. อย่างไรก็ตามยังมี

จุดด้อยในเรื่องของหลักฐานเชิงประจักษ์และการประเมินผล และการปรับทัศนคติเกี่ยวกับบริการสุขภาพ พบว่าข้อมูลที่เกิดขึ้นได้ในเรื่องของประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพยังคงค่อนข้างจำกัดกระจายและหน่วยให้บริการสุขภาพยังเน้นในเรื่องการรักษาอยู่.

รูปแบบจำลองปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ค.ศ. ๒๐๐๘

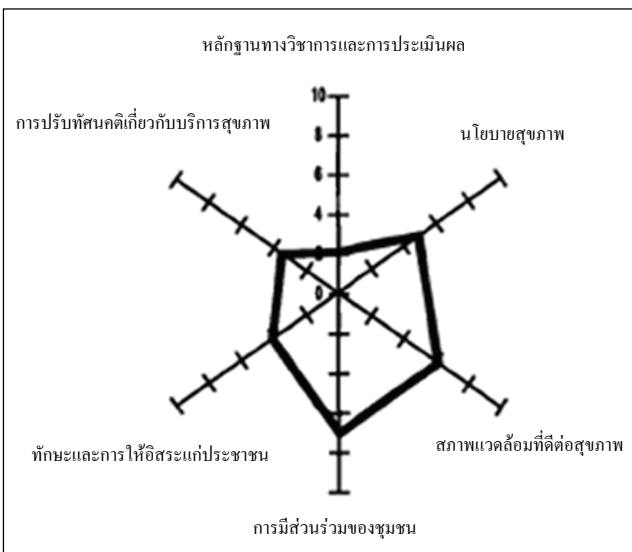
ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ประเทศเม็กซิโกแม้จะเป็นประเทศ ที่มีรายได้ระดับสูงถึงกลาง แต่ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนนั้นยังมีอยู่มาก ทำให้หลายพื้นที่ยังคงอยู่ในภาวะขาดแคลนทรัพยากรด้านสุขภาพ. รูปแบบจำลองปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ (Modelo Operativo de Promocion de la salud; MOPS) มุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาในเรื่องนี้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขาดแคลนในเรื่องระบบสารสนเทศหรือกำลังคน โดยการพยายามที่จะทำให้การมาพบกันระหว่างประชาชนและบุคลากรสุขภาพนั้นมีค่ามากที่สุดในการให้ความรู้และฝึกให้ประชาชนรักษาสุขภาพของตนเอง.

MOPS มีองค์ประกอบอยู่ทั้งหมด ๗ อย่าง^(๖) โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากกฎบัตรออตตาวา :

ก. การบริหารจัดการปัจจัยต่อสุขภาพของประชาชนรายบุคคล. มีจุดมุ่งหมายในการระบุถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยจำแนกประชากรออกตาม อายุ เพศ วัฒนธรรม และ สถานะการทำงาน. เม็กซิโกมีโครงการ Prevention and Health Promotion at the Stage of Life ซึ่งได้กำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานที่ควรทำตามเพศและอายุ. แต่ละคนจะมีบัตรสุขภาพ ที่จะระบุกิจกรรมพื้นฐานของช่วงอายุของตน.

ข. การสร้างและพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพ. การส่งเสริมด้านนี้จะอาศัยการแนะนำทางสุขภาพรายบุคคลและการอบรมในระดับชุมชนเพื่อทำให้ประชาชนมีค่านิยมทัศนคติ และทักษะในการรักษาสุขภาพ.

ค. การมีส่วนร่วมของชุมชน. มีหัวใจหลักคือการทำให้ชุมชนมีอำนาจ โดยสนับสนุนให้เกิดการวางแผนเกี่ยวกับ



รูปที่ ๒ การประเมินการสร้างเสริมสุขภาพของเม็กซิโก ในค.ศ. ๒๐๐๖ “ส่วนประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ”

การส่งเสริมสุขภาพจากรากหญ้า ซึ่งขับเคลื่อนโดยการสร้างเครือข่ายทางสังคม.

ง. การพัฒนาให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ. เป็นการผลักดันให้เกิดสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย สำหรับพักอาศัย, เรียนรู้, และทำงาน. นอกจากนี้จะต้องมีสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้คนรู้จักรักษาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกด้วย.

จ. การผลักดันนโยบาย. นโยบายทั้งภายในและภายนอกภาคสุขภาพมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนที่มีส่วนในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งนอกจากภาครัฐ ยังรวมไปถึงองค์กรเอกชน (NGO) และภาคธุรกิจ.

ฉ. การตลาดเพื่อสังคม เป็นองค์ประกอบที่ต้องการส่งเสริมการมีพฤติกรรมและทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีการวิเคราะห์, วางแผน, นำไปปฏิบัติ และประเมินผล. มุ่งเน้นในการทำให้เกิดความคิดริเริ่มในการพัฒนาในเรื่องความเป็นอยู่ของตนและของสังคมโดยรวม. ทั้งนี้ได้มีการนำเอาเทคนิคทางการตลาดขั้นพื้นฐาน (๔ พี: product, place, price และ promotion) มาผสมผสานกับเรื่องการเงินการคลังสาธารณะ เพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ.

ช. การใช้หลักฐานทางวิชาการในการส่งเสริมสุขภาพ. หมายถึงการประเมินวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลอื่นๆที่ทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในการตัดสินใจได้. โดยจะมีการเก็บข้อมูลทั้งในระดับท้องถิ่น, เทศบาล, มลรัฐ และระดับชาติ

เพื่อช่วยในการตัดสินใจในระดับท้องถิ่น.

MOPS เป็นเครื่องมือหนึ่งที่เม็กซิโกได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของประเทศ โดยอาศัยแนวคิดของกฎบัตรทั้งออตตาวาและกรุงเทพฯ. อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้ก็ยังคงถือว่าเป็นเครื่องมือที่ใหม่ และยังต้องอาศัยเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และประเมินในเรื่องของประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนวคิดนี้.

๓.๒ สวีเดน

ประเทศสวีเดนถือเป็นประเทศหนึ่งที่ธนาคารโลกจัดเป็นประเทศที่มีรายได้สูง^(๗) และถือเป็นประเทศที่เป็นรัฐสวัสดิการ^(๘,๙).

นอกจากรัฐบาลกลางแล้ว การปกครองในสวีเดนยังแบ่งออกเป็น ระดับแคว้น และระดับท้องถิ่น. หัวหน้ารัฐบาลในแต่ละระดับนั้นมาจากการเลือกตั้ง. รัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยการปกครองที่เล็กที่สุดมีประชากรเฉลี่ย ๓๑,๐๐๐ คน.^(๑๐) ในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง ได้แบ่งประเทศออกเป็น ๖ ส่วน (ตารางที่ ๑).

การสาธารณสุขของประเทศนี้ มีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า ๓๐๐ ปี. ในช่วงทศวรรษที่ ๓๐ ได้มีการขับเคลื่อนทางสังคมซึ่งได้นำสวีเดนไปสู่การเป็นรัฐสวัสดิการ และได้มีการตั้งสถาบันสาธารณสุขขึ้นมาในช่วงนั้น ซึ่งได้เปลี่ยนมาเป็นสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติสวีเดนในเวลาต่อมา.

ระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศนี้ เป็นแบบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยอาศัยเงินจากภาษีการทั้งหมดคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ ๗๐.^(๑๐) มีการกระจาย

ตารางที่ ๑ ระดับการกระจายอำนาจในสวีเดน^(๑๐)

ระดับของการปกครองซึ่งรวมถึงโครงสร้างการบริหารด้านสุขภาพ	จำนวน	ประชากรเฉลี่ยในเขตการปกครอง	แต่งตั้งหรือเลือกตั้ง	สามารถขึ้นภาษีได้หรือไม่
รัฐบาลกลาง	๑	๘,๕๔๑,๐๐๐	เลือกตั้ง	ได้
พื้นที่การบริหารสุขภาพ	๖	๑,๔๕๐,๐๐๐	แต่งตั้ง	ไม่ได้
แคว้น	๒๑	๔๒๖,๐๐๐	เลือกตั้ง	ได้
รัฐบาลท้องถิ่น	๒๕๐	๓๑,๐๐๐	เลือกตั้ง	ไม่ได้



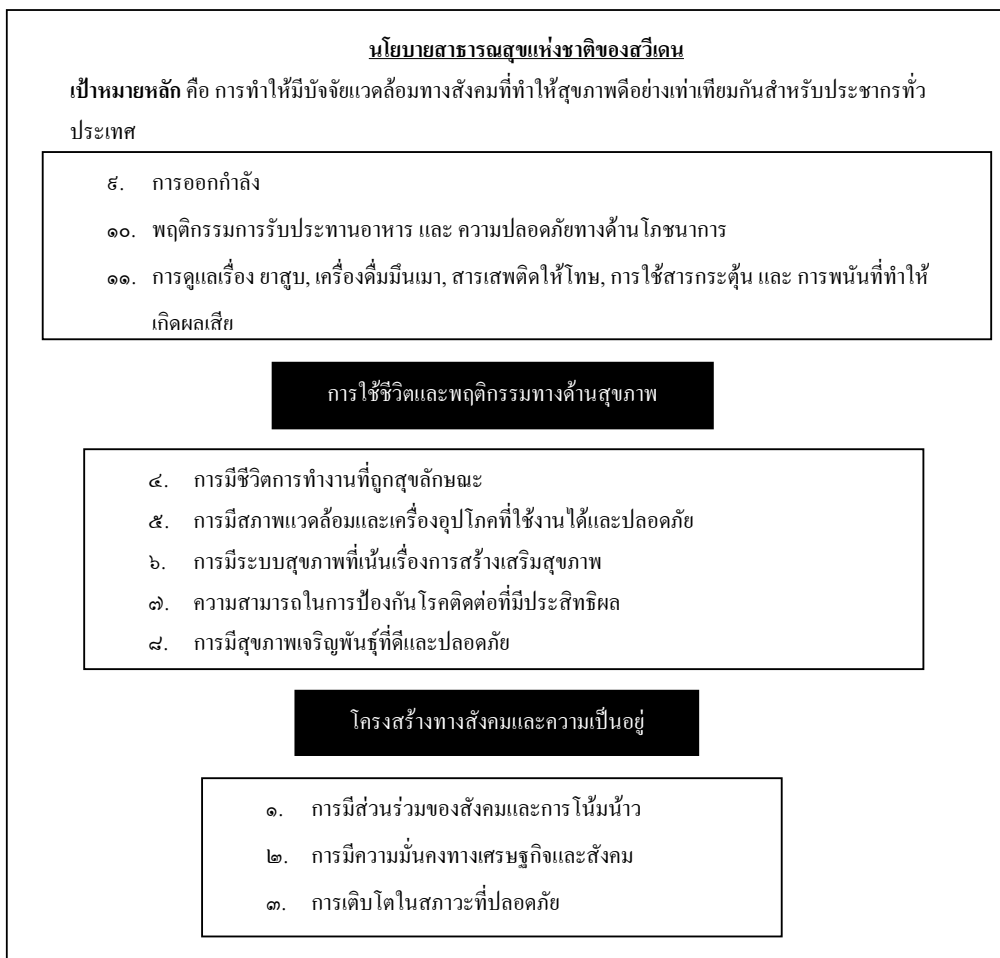
อำนาจในการให้บริการสุขภาพต่างๆ ไปสู่รัฐบาลระดับแคว้น ทั้ง ๒๑ แห่ง. ในระดับเทศบาลและท้องถิ่น มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ.

การส่งเสริมสุขภาพในสวีเดน

ปฏิญญาอัลมาอาตาซึ่งชูธงสุขภาพถ้วนหน้า ใน ค.ศ. ๑๙๗๘ และกฎบัตรออตตาวามีส่วนสำคัญในการผลักดันเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันโรคและการ ส่งเสริมสุขภาพในเป้าหมายสุขภาพถ้วนหน้าในยุโรปของ องค์การอนามัยโลก ซึ่งผลักดันให้มีการพัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพระดับภูมิภาคแบบครอบคลุมใน ค.ศ. ๑๙๗๙ และกฎบัตรออตตาวาได้รับการอ้างอิงในการพัฒนาแผนงาน โครงการต่างๆด้านส่งเสริมสุขภาพ. ต่อมาใน ค.ศ. ๒๐๐๑

ได้มีการตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อวางแผน การส่งเสริมสุขภาพ และ การสาธารณสุขโดยรวม.^(๑๑)

ใน ค.ศ. ๒๐๐๓ มีการร่างแผนสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับใหม่ (รูปที่ ๓) ซึ่งได้ผ่านการเห็นชอบจากรัฐสภา.^(๑๒) แผน นี้มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่คำนึงถึงตัวกำหนดต่อสุขภาพ เท่านั้น เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ สภาวะแวดล้อมในการทำงานที่ถูกสุขลักษณะ. วัตถุประสงค์ ๑๑ ข้อ แบ่งออกเป็นกลุ่มและระดับต่างๆโดยมีเป้าหมายหลักอยู่เพียงข้อ เดียว คือ “การให้มีเงื่อนไขทางสังคมที่ดีต่อสุขภาพอย่างเท่า เทียมกันระหว่างประชากรทั้งหมด” และเน้นเรื่องโครงสร้าง และปัจจัยต่างๆทางสังคมในวงกว้าง ซึ่งรวมไปถึงความเชื่อมโยง เกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยในระดับต่างๆ. วิธีการแก้ปัญหา



รูปที่ ๓ วัตถุประสงค์ของแผนสาธารณสุขแห่งชาติ ค.ศ. ๒๐๐๓^(๑๑)

สุขภาพโดยการดูจากปัจจัยในลักษณะนี้ ถือเป็นแนวทางของ ภาครัฐในอดีต

ใน ค.ศ. ๒๐๐๖ มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองส่งผลให้มีการให้ความสำคัญกับเรื่องการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากขึ้นโดยอาศัยบทบาทของครอบครัวและประชาสังคมในการผลักดันเรื่องนี้. นอกจากนี้ การที่นโยบายสุขภาพเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน จึงได้มีการตั้งให้สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติสวีเดน เป็นผู้ประสานงานหลักเพื่อสอดส่องดูแลและสนับสนุนผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติ. มีการตั้งคณะกรรมการกำหนดทิศทางอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและสมาพันธ์องค์กรบริหารส่วนแคว้นและท้องถิ่น เป็นตัวแทนของพื้นที่และเทศบาลทั้งหมด ๓๑๑ แห่ง (๒๑ แคว้น, ๒๙๑ เทศบาล) โดยคณะกรรมการนี้จะมีหน้าที่ในการเชื่อมโยงหลักฐานทางวิชาการกับนโยบาย และที่สำคัญกว่านั้นคือการผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริง.

ทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพและการจำกัดความกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ถึงแม้ว่าการตั้งงบประมาณในเรื่องนี้ จะมีอยู่ในทั้ง ๓ ระดับการปกครอง แต่การใช้ทรัพยากรยังไม่ได้มีการบันทึกหรือเผยแพร่ถึงตัวเลขที่แน่นอน เนื่องจากยังขาดความชัดเจนในเรื่องคำจำกัดความของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ. ดังนั้นจึงได้มีความพยายามที่จะแก้ปัญหาในเรื่องนี้ แต่ก็ยังมีปัญหาในเรื่องการจำกัดขอบเขตที่แน่นอนและการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนทำให้เกิดการสับสนในเรื่องขอบเขตความรับผิดชอบ. ในช่วงทศวรรษที่ ๙๐ ได้สรุปว่าการแก้ที่ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งครอบคลุมหลายภาคส่วน จะส่งผลให้งบประมาณส่วนใหญ่จะได้รับการจัดสรรให้ภาคส่วนอื่นนอกภาคสุขภาพ.

งบประมาณบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มากจากเงินภาษีที่เก็บได้จากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น. ปัญหาในระดับรัฐบาลกลางคือ แม้จะมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ แต่ยังไม่มีการพัฒนาโครงการที่สามารถปฏิบัติได้จริงในวงกว้าง. ส่วนปัญหาในระดับท้องถิ่นคือความไม่เท่า

เทียมกัน องค์กรขนาดใหญ่จะพัฒนาบุคลากรได้ดีกว่าองค์กรขนาดเล็ก. ดังนั้นจึงได้ริเริ่มและเพิ่มหลักสูตรในระดับปริญญาตรีโท เอก และหลักสูตรระยะสั้นอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาเรื่องนี้ให้ดีขึ้น.^(๑๑)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องสุขภาพ

มีการนำแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาไปใช้โดยทำกรุงสต็อกโฮล์มให้เป็นนครสุขภาพดีในความหมายขององค์การอนามัยโลกขึ้นเป็นแห่งแรก. มีการจัดตั้งเครือข่ายเมืองสุขภาพและเกณฑ์สำหรับเมืองและเทศบาลอื่นๆ โดยมีมากกว่า ๑๓๐ เทศบาลที่เข้าร่วมและแสดงเจตจำนงในการที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์ข้างต้น. นอกจากนี้ เครือข่ายยังได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติที่ดีที่แนะนำตัวอย่างโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับการพัฒนาในท้องถิ่นอื่นด้วย.^(๑๓)

ในเรื่องการขับเคลื่อนทางสังคมอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมในการวางแผน ได้มีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการบริหารจัดการ วางแผน และการสอดส่องดูแล เช่น การพัฒนาคู่มือสำหรับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ, การพัฒนาระบบการบริหารจัดการทางด้านสวัสดิการในระดับท้องถิ่น และการพัฒนาระบบสถิติสาธารณสุขขั้นพื้นฐานสำหรับรัฐบาลท้องถิ่น.

จากการศึกษาของ Pettersson^(๑๑) ได้สรุปวิวัฒนาการของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพออกเป็นขั้นบันได (The Health Promotion Staircase for Building Local Capacity; HEPS) ดังรูปที่ ๔ โดยเริ่มจากการปลูกฝังในเรื่องแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ แล้วไปจบที่การมีขีดความสามารถในการสอดส่องดูแลและประเมินผล.

การวิจัยและการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล

หนึ่งในหัวใจสำคัญในการนำแผนสาธารณสุขไปปฏิบัติคือกระบวนการสอดส่องดูแลอย่างเป็นระบบการปฏิบัติสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติสวีเดน ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๑ มีการสอดส่องดูแล ประเมินผลและจัดทำรายงานนโยบายสาธารณสุขควบคู่กับรายงานสาธารณสุข ซึ่งรายงานแนวมบัจจยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีตัวชี้วัดทั้งหมด ๓๖ ตัว เกี่ยวข้องกับวัตถุ

รูปที่ ๔ The Health Promotion Staircase for Building Local Capacity^(๑๑)

ประสงค์ทั้ง ๑๑ ข้อ ตามแผนสาธารณสุขแห่งชาติข้างต้น. ข้อเสนอนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากรัฐบาลและรัฐสภา และได้เริ่มมีการรายงานในเดือน ตุลาคม ค.ศ. ๒๐๐๕. นอกจากนี้ สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติสวีเดน และเทศบาลที่สนใจได้ริเริ่มการสำรวจประชาชนในเรื่องพฤติกรรมด้านสุขภาพทุกปี โดยสามารถดูข้อมูลได้ทั้งในระดับพื้นที่และท้องถิ่น.

อีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญในแผนสาธารณสุขก็คือการให้สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติสวีเดน มีบทบาทเป็นศูนย์กลางความรู้แห่งชาติ ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. มีการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่ตีพิมพ์และจัดทำคู่มือสำหรับการประเมินกิจกรรมและคู่มือการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพอีกด้วย.^(๑๔) มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการวิจัยที่ไปประเมินการดำเนินการของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาคส่วนต่างๆ แทนที่จะให้การวิจัยเป็นแต่

เพียงการอธิบายและวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพเท่านั้น.^(๑๕)

๓.๓ นิวซีแลนด์

นิวซีแลนด์เป็นประเทศที่มีมาตรฐานความเป็นอยู่สูง. ใน ค.ศ. ๑๙๐๘ พบว่า GDP per capita เท่ากับ US\$ ๓๔,๑๒๑ ซึ่งเทียบได้กับประเทศในยุโรป แต่ก็ยังน้อยกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา. เศรษฐกิจของประเทศนิวซีแลนด์ขึ้นกับการเกษตรกรรมที่ได้รับการพัฒนาโดยใช้ระบบสหกรณ์ทำให้สามารถควบคุมคุณภาพด้านการผลิตและราคาให้มีความเป็นธรรมต่อสมาชิกและผู้บริโภคได้ และขึ้นกับการอุตสาหกรรมที่ส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมที่เกิดจากผลผลิตทางการเกษตรเช่นนม เนย และ กระจดาษ เป็นต้น.^(๑๖)

ประเทศนิวซีแลนด์ได้รับเอกราชจากสหราชอาณาจักรอังกฤษ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ค.ศ. ๑๙๐๗. ปัจจุบันยังมีพระราชินีเอลิซาเบธเป็นประมุข และปกครองประเทศแบบ

ประชาธิปไตยตามระบบรัฐสภา โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้บริหารประเทศ. มีการแบ่งการปกครองออกเป็น ๑๒ ภูมิภาค และ ๗๓ ดินแดน โดยแต่ละดินแดนมีประชากรเฉลี่ยอยู่ที่ ๕๐,๔๔๘ คน.^(๑๗)

นิวซีแลนด์เป็นประเทศหนึ่งที่มีการจัดการระบบสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน. ระบบสุขภาพของประเทศอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสุขภาพ. ประเทศนิวซีแลนด์มีการปฏิรูประบบสุขภาพมาเป็นเวลากว่า ๑๐ ปี. รูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงตามพรรคการเมืองที่ได้รับเลือกตั้งเป็นรัฐบาล. ใน ค.ศ. ๑๙๙๙ พรรคแรงงานชนะการเลือกตั้งได้เป็นรัฐบาล. พระราชบัญญัติสุขภาพและการดูแลสุขภาพของนิวซีแลนด์ ค.ศ. ๒๐๐๐ ได้ผ่านความเห็นชอบจากรัฐสภา. ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ได้เกิดหน่วยงานใหม่ขึ้นมา ๒ แห่ง คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (NHC) มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสุขภาพในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพและความพิการ และคณะกรรมการที่ปรึกษา

ด้านสาธารณสุข (PHAC) ซึ่งมีหน้าที่ให้คำแนะนำต่อกระทรวงสุขภาพในเรื่องสาธารณสุข. การจัดการด้านสุขภาพ กลับไปสู่รูปแบบของการเลือกตั้งโดยประชาชนจะเป็นผู้เลือกตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต (DHBs) ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน ๒๑ แห่ง.^(๑๖)

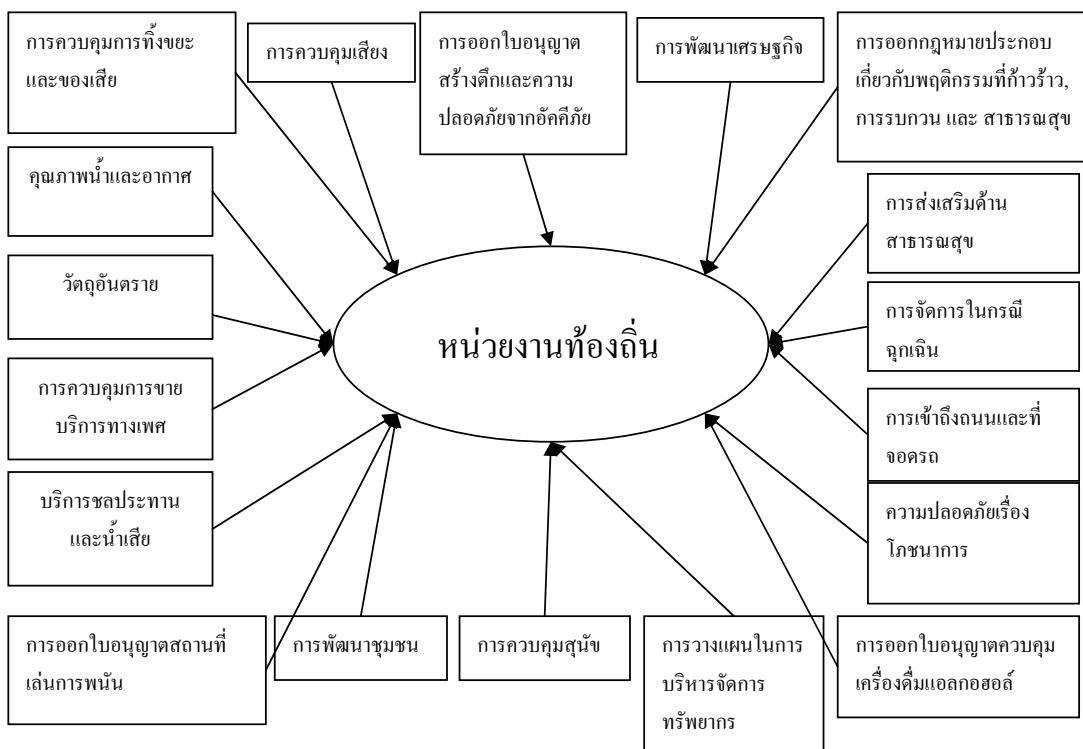
ในช่วง ค.ศ. ๒๐๐๕-๒๐๐๗ ค่าอายุเฉลี่ยของประชากรเพศชายเท่ากับ ๗๘.๑ ปี เพศหญิง ๘๒.๒ ปี และอัตราการตายของทารกต่อการเกิดยังชีพ ๑,๐๐๐ คน ใน ค.ศ. ๑๙๘๖ เท่ากับ ๑๑.๒ และใน ค.ศ. ๒๐๐๗ เท่ากับ ๔.๙.^(๑๘)

การส่งเสริมสุขภาพในนิวซีแลนด์

- บทบาทของรัฐบาลท้องถิ่น

รายงานของรัฐบาลท้องถิ่นนิวซีแลนด์ใน ค.ศ. ๒๐๐๔^(๑๙) ที่ส่งให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านสาธารณสุข ระบุถึงหน้าที่ด้านสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่นดังรูปที่ ๕.

นอกจากนี้ กฎหมายรัฐบาลท้องถิ่น ค.ศ. ๒๐๐๒ ยังได้กำหนดหน้าที่ด้านสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่น



รูปที่ ๕ The Health Promotion Staircase for Building Local Capacity^(๑๑)



โดยได้ให้ขอบเขตของความรับผิดชอบมากขึ้น เพื่อให้รัฐสามารถให้บริการอื่นๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนทางด้านนี้ได้. โดยได้ระบุเป้าหมายของรัฐบาลท้องถิ่นไว้ว่า การดำเนินการแบบประชาธิปไตยให้เกิดการตัดสินใจ และการดำเนินการและการตัดสินใจนั้นเกิดจากชุมชน. นอกจากนี้ยังต้องการให้รัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนให้เกิดสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต.

นอกจากนี้กฎหมายฉบับนี้ยังได้กำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นมีแผนชุมชนมนตรีระยะยาว (LTCCP). โดยแผนนี้จะต้องมีการกำหนด “ผลลัพธ์ชุมชน” ที่ชุมชนต้องการให้มีการสนับสนุนเพื่อพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น และ สิ่งที่ทางรัฐบาลท้องถิ่นจะทำให้เกิดผลลัพธ์อันนี้ในช่วงเวลาของแผน.

บทบาทหน้าที่อื่นๆของรัฐบาลท้องถิ่นที่กฎหมายกำหนดก็คือ การให้รัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทในเรื่องการสนับสนุนความร่วมมือกันทางสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพและทำให้เกิดการพัฒนาสาธารณสุขอย่างยั่งยืน. การแบ่งหน้าที่

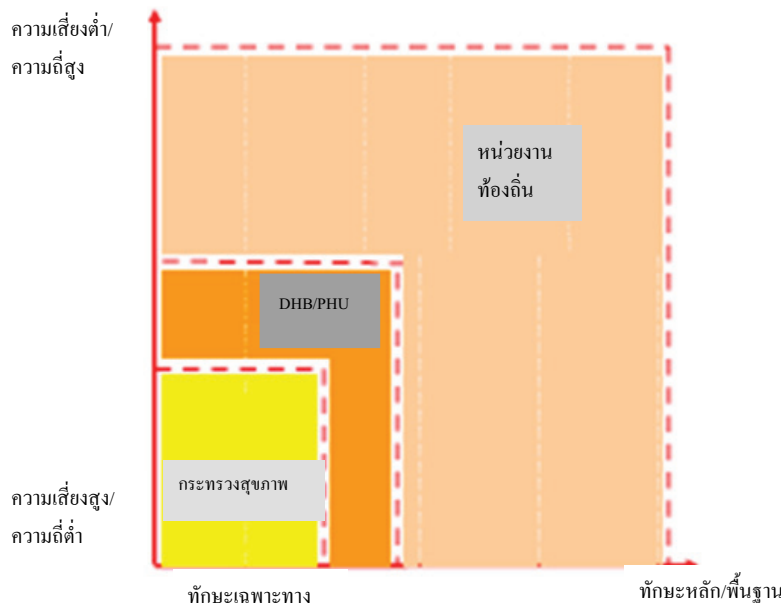
ระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นเป็นไปตามกรอบแบบจำลองด้านความเชี่ยวชาญความเสี่ยง Risk-Specialization Model (รูปที่ ๖). โดยกิจกรรมใดที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะทางมากและเป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงก็ให้เป็นหน้าที่ของส่วนกลาง ในขณะที่กิจกรรมในลักษณะอื่นๆ อาจให้เป็นของส่วนท้องถิ่นได้.^(๑๙)

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ

- โครงสร้างพื้นฐาน

ในนิวซีแลนด์ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งครอบคลุมในเรื่องของ โครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ, และระบบการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และกฎหมายนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วดำเนินการโดยรัฐบาลกลางหรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง.

การจัดโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการมีส่วนทำให้การสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น. โดยใน ค.ศ. ๑๙๙๓ ได้มีการแยกส่วนของการกำหนดนโยบาย, การจัดซื้อจัดจ้าง, และการให้บริการออกจากกัน โดยมีกระทรวงสุขภาพเป็นผู้กำหนดนโยบาย, องค์กรดูแลกองทุนสุขภาพเป็นผู้ซื้อ, และ ผู้ให้บริการซึ่งมีทั้งผู้ให้บริการภาครัฐและภาค



รูปที่ ๖ รูปแบบจำลองความเชี่ยวชาญความเสี่ยง^(๑๙)

เอกชน และยังคงรวมไปถึงองค์กรชุมชนต่างๆอีกด้วย. การแยกส่วนนี้ทำให้เกิดผลดีคือมีข้อมูลในเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างที่ดีขึ้น, มีการเน้นในเรื่องผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพมากขึ้น และ มีการตั้งและพัฒนาองค์กรต่างๆของเผ่าเมารีเพื่อมาเป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการ. อย่างไรก็ตาม ในระยะต่อมาได้มีการนำเอาองค์กรดูแลกองทุนสุขภาพมารวมกับกระทรวงสุขภาพอีกครั้ง เพราะมีความกังวลว่าอาจจะเกิดความขัดแย้งกัน.^(๒๐)

ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้มีการพัฒนากรอบเป้าหมายนโยบายด้านสุขภาพ และได้มีการออกกฎหมายเพื่อกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและมาตรฐานในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่นเรื่องคุณภาพน้ำและอากาศ, เรื่องแอลกอฮอล์และยาสูบ ฯลฯ. กรอบนโยบายฯได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาและกำหนดยุทธศาสตร์และจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่ จึงได้กำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพแบบกว้างๆ ทำให้แต่ละชุมชนสามารถเลือกและจัดลำดับความสำคัญตามความต้องการของแต่ละชุมชน และตามทรัพยากรและความรู้ความสามารถที่มีอยู่.^(๒๑)

- การพัฒนาความสามารถ

ประเทศนิวซีแลนด์ได้มีการพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ. โดยมีการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านในเรื่องต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม, ด้านสุขภาพจิต, และ ด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ.^(๒๒) อย่างไรก็ตาม Wise & Signal^(๒๐) ได้มีความเห็นว่า การพัฒนาในเรื่องนี้ยังไม่เพียงพอสำหรับชุมชนเผ่าเมารี ซึ่งยังขาดแคลนบุคลากรและความสามารถในการเรื่องนี้เป็นอย่างมาก.

ในเรื่องการวิจัยและการประเมิน ได้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ และเน้นในเรื่องการใช้หลักฐานทางวิชาการในการกำหนดนโยบายมากขึ้นจึงทำให้ต้องเพิ่มการลงทุนในการวิจัยและพัฒนาบุคลากรเพื่อที่จะสามารถวิจัยและประเมินนโยบายและโครงการต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ.^(๒๓)

- การลงทุน

จากการศึกษาของ Durham^(๒๔) พบว่ามีเพียงร้อยละ ๒ ของงบประมาณสุขภาพที่มาจากภาษีอากรที่จัดสรร

ให้กับการพัฒนา นโยบายและการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น. ส่วนใหญ่นำงบประมาณไปพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและดำเนินการโครงการต่างๆ. นิวซีแลนด์มีองค์กรที่เรียกว่า สภาการอุปถัมภ์สุขภาพ ที่ตั้งขึ้นใน ค.ศ. ๑๙๙๐ ซึ่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการโฆษณาในงานกีฬาและวัฒนธรรม การส่งเสริมการงดบุหรี่และการขับรถอย่างปลอดภัย.^(๒๕)

ภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร (NGO) และประชาสังคมเริ่มมีความสำคัญมากขึ้นในการลงทุนในเรื่องนี้ และเนื่องจากทรัพยากรและงบประมาณที่อาจจะจำกัดมากขึ้น จะทำให้บทบาทของ NGO เหล่านี้มีสูงขึ้น.

- การร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน

Wise & Signal^(๒๐) ได้ให้ความเห็นว่า การร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนมีส่วนทำให้การสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากในนิวซีแลนด์ ซึ่งโดยพื้นฐานแล้วประเทศนี้มีวัฒนธรรมในการให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมอยู่แล้ว. ในระดับท้องถิ่น การพัฒนาชุมชนและนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะมีการทำประชาวิจารณ์ ซึ่งถือเป็นกฎหมายข้อบังคับ ที่นโยบายหรือโครงการของกระทรวงจะต้องผ่านกระบวนการนี้ก่อน นอกจากนี้ ยังจะต้องมีการประเมินความต้องการของชุมชนด้วย.

การร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนอื่นๆ ที่นอกเหนือจากภาคสุขภาพนั้น นิวซีแลนด์มีโครงการต่างๆ เช่น Strengthening Families Initiative ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่างภาคสุขภาพ การศึกษา และ สวัสดิการ เพื่อสนับสนุนสถาบันครอบครัว, และ Action for Health and Independence ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่างภาคสุขภาพและภาคสวัสดิการคนพิการ.^(๒๖) โดยความร่วมมืออาจเป็นในแบบระยะสั้นหรือระยะยาว และจะเน้นในเรื่องการสร้างเสริมการร่วมมือและการเข้าใจกันในระดับภาคส่วน.^(๒๗)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

กฎบัตรออตตาวาถือเป็นจุดเริ่มของการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ และเป็นแม่แบบของการ



สร้างเสริมสุขภาพในหลายๆประเทศ เช่น เม็กซิโก, สวีเดน และ นิวซีแลนด์.

ประเทศเม็กซิโกยึดแนวทางของ Ottawa Charter มีการประเมินสถานะของการส่งเสริมสุขภาพ โดยดูจากองค์ประกอบในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง ๖ อย่าง คือ กิจกรรมชุมชน, สภาพแวดล้อมเชิงสุขภาพ, นโยบายสุขภาพดี, ทักษะบุคคล และการเพิ่มพลัง, ภูมิทัศน์ระดับบริการสุขภาพ, และ หลักฐานและการประเมินค่า ซึ่งพบว่าเม็กซิโกยังขาดใน ๒ เรื่องหลัก. นอกจากนี้เม็กซิโกยังมีแผนการส่งเสริมสุขภาพระดับประเทศที่เรียกว่า รูปแบบจำลองปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพมุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาในเรื่องการขาดแคลนในเรื่องระบบสารสนเทศหรือทางกำลังคน โดยเห็นว่า การพบกันระหว่างประชาชนและบุคลากรสุขภาพนั้นมีค่ามากที่สุดในการให้ความรู้และฝึกให้ประชาชนรักษาสุขภาพของตนเอง.

ประเทศสวีเดนถือเป็นรัฐสวัสดิการ การส่งเสริมสุขภาพในสวีเดนมีพื้นฐานมาจาก Ottawa Charter โดยได้ให้ความสำคัญในเรื่อง การจำกัดความของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ทรัพยากรและการลงทุนทางการส่งเสริมสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ และ การวิจัยและประเมินผลโครงการ. ที่สำคัญคือ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ มีการร่างแผนสาธารณสุขฉบับใหม่ โดยมีจุดประสงค์ ๑๑ ข้อ ซึ่งคำนึงถึงแต่เรื่อง Determinants of health เท่านั้น และได้มีการแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ คือระดับการใช้ชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพ, และระดับโครงสร้างทางสังคมและความเป็นอยู่. โดยทั้งหมดนี้ มีเป้าหมายรวมเพียงอย่างเดียวคือ “การให้มีเงื่อนไขทางสังคมที่ดีต่อสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันระหว่างประชากรทั้งหมด.”

นิวซีแลนด์ถือว่าเป็นประเทศที่ร่ำรวยและเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ. จะเห็นได้จากวิวัฒนาการในเรื่องนี้ ได้มีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ก่อนเปลี่ยนสหัสวรรษ. มีการยึดถือแนวทางของกฎบัตรออตตาวา และได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน, การพัฒนาความสามารถของบุคลากร, การลงทุนทางการส่งเสริมสุขภาพ และการร่วม

มือกันระหว่างภาคส่วน. นอกจากนี้ ในเรื่องการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ ก็ได้มีความก้าวหน้าในเรื่องนี้ค่อนข้างมาก โดยมีทั้งคณะกรรมการสุขภาพเขตที่ดูแลเรื่องสุขภาพ และรัฐบาลท้องถิ่นที่ดูแลเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะ. กฎหมายรัฐบาลท้องถิ่น ค.ศ. ๒๐๐๒ ได้ระบุอย่างชัดเจนในเรื่องบทบาทและหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นในเรื่องนี้ และยังได้มีการแบ่งหน้าที่ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่นตามรูปแบบจำลองความเชี่ยวชาญด้านความเสี่ยงด้วย.

ในประเทศทั้งสาม ได้มีการให้ความสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วมและการพัฒนาความสามารถ ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรท้องถิ่น ซึ่งต้องอาศัยการทำงานและประสานงานในด้านต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ. ดังนั้นการถ่ายโอนภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของอปท.และชุมชน เพื่อให้การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ.

การพัฒนาศักยภาพของอปท.ในการรับภาระงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพอาจศึกษาบทเรียนจากประเทศสวีเดนที่สรุปการพัฒนาในเรื่องนี้เป็น “บันได ๔ ขั้นสู่ความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ.” เริ่มจากการปลูกฝังในเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนทุกระดับเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ หลังจากนั้นจึงมีการพัฒนา นโยบาย, บุคลากร และระบบต่างๆ เพื่อให้เอื้อต่อการรับภาระหน้าที่ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ, และสุดท้ายต้องมีการเก็บข้อมูลและประเมินผลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อจะพัฒนาศักยภาพของตนเองต่อไป.

แผนชุมชนระยะยาวถือว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งในการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการในการกำหนดนโยบายสุขภาพของท้องถิ่นของตนเอง. ซึ่งจะต้องมีการกำหนดผลลัพธ์ที่ชุมชนต้องการให้มีการสนับสนุน และองค์กรท้องถิ่นจะต้องมีแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาที่ โดยจะต้องมีการกำหนดระยะเวลาของแผนด้วย. การออกกฎหมายรับรองให้มีแผนปฏิบัติการในลักษณะนี้ จะทำให้ชุมชนตื่นตัวในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ทำให้การพัฒนา นโยบาย

สาธารณสุขมีคุณภาพมากขึ้น ตรงจุดมากขึ้นเนื่องจากเป็นปัญหาที่คนในพื้นที่ได้หยิบยกขึ้นมาเอง.

นอกจากนี้ การพัฒนาเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในเม็กซิโกตามแผน MOPS โดยใช้แนวคิดทางด้านการตลาดสังคมก็เป็นแนวคิดที่น่าสนใจ. เป็นการนำหลักการทางด้านการตลาดคือ Product, Place, Pricing และ Promotion (4Ps) มาใช้โดยเปลี่ยนเป้าหมายจากการทำอะไรทางการค้ามาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่สังคมโดยรวม. โดยมีการวิเคราะห์, วางแผน, การนำไปปฏิบัติ และการประเมินโครงการ ที่มุ่งเน้นให้เกิดความคิดริเริ่ม โดยคำนึงถึงเรื่องต่างๆ เช่น สิ่งที่ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายทำ, การให้ความรู้, สื่อที่จะถ่ายทอดความรู้ ฯลฯ. การอาศัยหลักการทางธุรกิจนี้ อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการชักจูงให้ประชาชนหันมาสนใจเรื่องสุขภาพของตนเองมากขึ้นได้.

เอกสารอ้างอิง

- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1990.
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Geneva: WHO; 2008.
- World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO Europe; 1986.
- Maxwell S, Slater R. Food policy: old and new. *Dev Policy Rev* 2003;21:531-53.
- Acosta-Mendez M, Mariscal-Servitje L, Santos-Burgoa C. The present and future of Mexican Health Promotion. *Promotion and Education* 2007;14:224-7.
- Santos-Burgoa C, Rodriguez-Cabrera L, Riviero L, Ochoa J, Stanford A, Latinovic L, et al. Implementing of Mexico's Health Promotion Operational Model. *Prev Chronic Dis* 2009;6(1):1-5.
- World Bank 2009. Country Classification. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,content MDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html> [accessed on 23rd October 2009]
- Pierson P. The new politics of the welfare state. Oxford: Oxford

University Press; 2001.

- ก นนทปัทมะคุลย์. รัฐสวัสดิการ: เครื่องมือสร้างความเป็นธรรมทางสังคม. เสวนาทางวิชาการเมื่อ 20 ธ.ค. 2007 ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2007.
- Bankauskaite V, Dubois HFW, Saltman RB. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman RB, editor. *Decentralisation in health care*. England: Open University Press; 2005. pp. 22-43.
- Petersson B. Transforming Ottawa Charter health promotion concepts into Swedish public health policy. *Promotion & Education* 2007;14:244-9.
- Hogstedt C, Lundgren B, Moberg H, Petersson B, Agren G. The Swedish Public Health Policy and the National Institute of Public Health. *Scand J Public Health* 2004; 32(64).
- Meiton, S. Soderlund, I. & Wennermark, K. Fresh ideas for public health. Healthy Cities Network. Statens Folkhalsainstitut; 2007.
- Hedin A, Kallestall C. Knowledge-based public health work part 2 handbook for compilation of reviews on interventions in the field of public health. Sweden: Stalen Folkhalsainstitut R; 2004:10.
- SNIPH "An inventory of Swedish Public Health Research". Stockholm: Statens Folkhalsainstitut R; 2004:6.
- ศิริวรรณ. พิทยรังสฤษฏ์, คณะ. การศึกษาข้อมูลในองค์กรต่างประเทศที่มีภารกิจคล้ายกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2009.
- Ministry of Local Government 2009. Local Government Statistical Overview http://www.localcouncils.govt.nz/lqip.NSF/wpg_url/About-Local-Government-Local-Government-Statistical-Overview-Index [accessed August 2009].
- Ministry of Social Development. The Statistical Report. Wellington (NewZealand): Ministry of Social Development; 2008.
- Local Government New Zealand. Submission to Public Health Advisory Committee on the "Emerging Issues for Public Health in New Zealand: Discussion Paper". New Zealand: Local Government New Zealand; 2004.
- Wise M, Signal L. Health promotion development in Australia and New Zealand. *Health Promotion International* 2000;15:237-48.
- Ministry of Health. Strengthening Public Health Action: A Strategic Direction to improve, Promote and Protect Public Health. Wellington: Ministry of Health; 1997.
- Commonwealth Department of Health and Family Services. Review of the public health education and research program specialty programs consultancy brief. Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services; 1997.
- King L, Hawe P, Wise M. From research into practice in health promotion: A review of the literature on dissemination. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1995.



24. Durham G. Public health in New Zealand. Paper presented to the Australian National Public Health Partnership, Melbourne; 1998.
25. Clarkson J, Corti B, Pikora T, Jalleh G, Donovan R. Organisational survey 1992-1997. Volume 1: Methodology and Executive Summary. Dept of Public Health & Graduate School of Management, University of Western Australia; 1998.
26. Signal L, Durham G, Linton M. Action to improve the health of New Zealanders. New Zealand Public Health Report 1998;5:65-7.
27. Harris E, Wise M, Hawe P, Finlay P, Nutbeam D. Working together, intersectoral action for health. Canberra: Department of Human Services and Health; 1995.