02

นโยบายสุขภาพ (Health Policy) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ(Health Promotion) ของประเทศต่างๆ

- รัฐวิกทอเรีย ประเทศออสเตรเลีย
- ประเทศแคนาดา
- ประเทศฟินแลนด์
- ประเทศสวีเดน
- สหราชอาณาจักร
- รัฐนิวยอร์ก
- ประเทศสิงคโปร์
- ประเทศเกาหลีใต้
- ประเทศจีน
- ไต้หวัน
- องค์การอนามัยโลก
- ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

รัฐวิกทอเรีย(Victoria)เป็นรัฐหนึ่งของประเทศออสเตรเลีย ที่ตั้งอยู่ทางตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศอยู่ทางใต้ของรัฐ New South Wales ทิศตะวันตกติดกับ South Australia และทิศใต้มีอาณาเขตติดกับ Bass Strait (ซึ่งแยกออกมาจากเกาะของรัฐ Tasmania) ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ติดกับ South Ocean และทางตะวันออกเฉียงใต้ติดกับ Tasmania Sea วิกทอเรียเป็นรัฐที่มีพื้นที่เล็กที่สุดเป็นอันดับสองของออสเตรเลีย มีพื้นที่ 237,659 ตารางกิโลเมตร

2) ลักษณะประชากร

แม้ว่าวิกทอเรียเป็นรัฐที่มีพื้นที่เล็กเป็นอันดับสองของออสเตรเลีย แต่มีประชากรหนาแน่นที่สุด มีประชากรอาศัยอยู่ในรัฐนี้คิดเป็นร้อยละ 26 ของชาวออสเตรเลียทั้งหมด วิกตอเรียมีประชากรมากกว่า 6.6 ล้านคน ความหนาแน่นของประชาชนส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนกลางโดยรอบอ่าวพอร์ตฟิลลิป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองของ Greater Melbourne ที่เป็นเมืองหลวงของรัฐวิกทอเรียและเมืองที่ใหญ่เป็นอันดับสองของออสเตรเลีย ซึ่งมีประชากรวิกทอเรียอาศัยอยู่มากกว่าสามในสี่ รัฐวิกตอเรียเป็นที่ตั้งของกลุ่มชาวอะบอริจินจำนวนมากรวมถึง Kulin, Boonwurrung, Bratauolung, Djadjawurrung, Gunai, Gunditjmara, Taungurong, Wathaurong, Wurundjeri และ Yorta Yorta. มีภาษาอะบอริจินมากกว่า 30 ภาษาที่พูดในพื้นที่ก่อนที่จะมีอาณานิคมในยุโรป

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจของรัฐวิคตอเรียเป็นอันดับสองของรัฐออสเตรเลีย รองจากรัฐนิวเซาท์เวลส์ คิดเป็นหนึ่งในสี่ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของประเทศ ผลิตภัณฑ์มวลรวมของรัฐวิกตอเรีย (GSP) อยู่ที่ 455 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ในเดือนมิถุนายน 2019 และมี GSP ต่อหัวที่ 69,654 ดอลลาร์ออสเตรเลีย วิกตอเรียมีองค์กรการผลิตที่หลากหลายและเมืองเมลเบิร์นถือเป็นเมืองอุตสาหกรรมที่สำคัญที่สุดของออสเตรเลียซึ่งการผลิตเครื่องจักรและอุปกรณ์เป็นกิจกรรมการผลิตที่มีค่าที่สุดของรัฐรองลงมาคือผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่ม ปิโตรเคมีและสารเคมี นอกจากนี้วิคตอเรียเป็นศูนย์กลางของการเลี้ยงโคนมในออสเตรเลียคิดเป็น 60% ของโคนมของออสเตรเลีย

4) ลักษณะทางการเมือง

รัฐวิกทอเรียมีรูปแบบรัฐสภาของรัฐบาลตามระบบเวสต์มินสเตอร์อำนาจนิติบัญญัติอยู่ในรัฐสภาประกอบด้วยผู้ว่าการรัฐ (ตัวแทนของสมเด็จพระราชินี) ผู้บริหาร (รัฐบาล) และสภานิติบัญญัติ2สภารัฐสภาวิกตอเรียประกอบด้วยสภานิติบัญญัติล่าง (Legislative Assembly) จำนวน 88 ที่นั่ง และสภานิติบัญญัติบน (Legislative Council) 40 ที่นั่ง ดำรงตำแหน่งเป็นเวลา 4 ปี นอกจากนี้รัฐวิกทอเรียจะสามารถเลือกผู้แทนได้ 50 คน คือ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร 38 คน และสมาชิกวุฒิสภา 12 คน เข้าไปเป็นผู้แทนในรัฐบาลกลาง (Federal)

รัฐบาลท้องถิ่นของรัฐวิกทอเรียมีจำนวน 79 แห่ง ประกอบด้วย 39 shires 32 เมือง 7 เมืองชนบท และ 1 boroughสภาเมืองมีหน้าที่รับผิดชอบในการทำงานที่ได้รับมอบหมายจากรัฐสภาวิคตอเรีย เช่น การวางแผนเมือง โครงสร้างพื้นฐาน ถนน และการจัดการของเสีย เป็นต้น รายได้ส่วนใหญ่มาจากภาษี ทรัพย์สิน และเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล

2.1.2 ข้อมูลสุขภาพ

ในประเทศออสเตรเลีย การดูแลสุขภาพมี 3 ระดับ คือ ระดับประเทศ(Federal), ระดับรัฐ(State and Territory)และระดับท้องถิ่น (Local)

ระดับFederalมีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณและความช่วยเหลือในระดับรัฐสนับสนุนวิชาชีพ ชดเชยงบประมาณการบริการระดับปฐมภูมิผ่าน Medicare Benefit Scheme (MBS) และ Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS) ในขณะที่ไม่มีบทบาทในการจัดบริการ (Service delivery)

ระดับรัฐมีบทบทในการจัดบริการโรงพยาบาลรัฐบริการการแพทย์ฉุกเฉินบริการทันตกรรมบริการชุมชนและการดูแลสุขภาพจิตโดยร่วมสนับสนุนงบประมาณร่วมกับระดับFederal

รัฐระดับท้องถิ่น มีหน้าที่ดูแลการจัดบริการในชุมชน (Community health) และการควบคุมป้องกัน (Preventive services) เช่น การให้วัคซีน การสุขาภิบาลอาหาร เป็นต้น

ทั้งนี้รัฐบาลกลางกำหนดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับ Medicare ที่ครอบคลุม การรักษาในโรงพยาบาล การดูแลจากแพทย์และการจ่ายยาในขณะที่ระดับรัฐสนับสนุนงบประมาณเพิ่มในการครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลรัฐแบบไม่มี

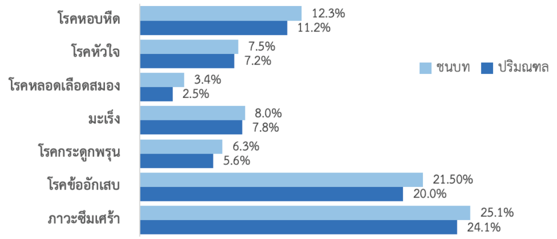
ไม่มีค่าใช้จ่าย ที่คลอบคลุมถึงการควบคุม ป้องกัน การดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลปัญหาสุขภาพจิต และบริการ "บางส่วน" ในด้านจักษุ และทันตกรรมในเด็ก สำหรับชุดสิทธิประโยชน์ทางยาผ่าน Pharmaceutical Medical Scheme โดยรายการที่ปรากฏในบัญชีต้องได้รับการรับรองจาก Pharmaceutical Benefit Advisory Committee

ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพของรัฐวิกทอเรียจะมีการจัดบริการโดยรัฐระดับท้องถิ่น ระดับรัฐ และระดับ Federal แม้ว่าโรงพยาบาลรัฐในรัฐวิกทอเรียจะได้รับงบประมาณจากรัฐและ Federal แต่จะบริหารจัดการโดยรัฐวิกทอเรีย สำหรับการให้บริการสุขภาพภาคเอกชนได้แก่โรงพยาบาลเอกชนร้านขายยาเป็นต้นโรงพยาบาลเอกชนดำเนินการบริการโดยองค์กรเอกชน ซึ่งการกำกับดูแลระบบสุขภาพของรัฐวิกทอเรียผ่านระบบบุคคล หน่วยงานและองค์กรหลายแห่งภายใต้การดูแลของรัฐบาลวิกทอเรีย

1) สถานการณ์สุขภาพ

พ.ศ. 2559 พบว่า ในพื้นที่ชนบทของรัฐวิกทอเรียมีสัดส่วนการป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงกว่าในพื้นที่ปริมณฑลเล็กน้อย

สัดส่วนการป่วยด้วยโรคเรื้อรังของในพื้นที่ชนบท ปี พ.ศ. 2559



ที่มา : Department of Health and Human Services (2019)

2) ระบบบริการสุขภาพ

ประชาชนที่ต้องการมารับบริการสุขภาพของรัฐวิกทอเรียจะต้องพบแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป (GP) ก่อน (หรือแผนกฉุกเฉินหากเป็นกรณีฉุกเฉิน) ซึ่งจะทำหน้าที่เป็น Gatekeeper ของระบบสุขภาพ แต่ถ้ามีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น X-ray ตรวจเลือด เป็นต้น แพทย์จะส่งตัวไปยังแพทย์เฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เช่นนักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เป็นต้น เมื่อแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปทำการส่งตัว ผู้ป่วยสามารถเลือกว่าจะใช้บริการระบบสุขภาพของรัฐหรือเอกชนในการรักษาถ้าเลือกรักษาในระบบสุขภาพของรัฐแพทย์จะส่งตัวไปยังแพทย์เฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำหัตถการหรือรักษาทางการแพทย์อื่นๆ ในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่อาจจะรอรับบริการนานทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเร่งด่วนของอาการและผู้ป่วยไม่สามารถเลือกแพทย์ผู้ให้การรักษาหรือทำหัตถการได้

สำหรับระบบสุขภาพเอกชน ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์ผู้ให้การรักษาหรือทำหัตถการได้ และใช้เวลาน้อยในการรอรับบริการ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องจ่ายค่าธรรมเนียมในการรับการรักษาซึ่งค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับหัตถการและการบริการสุขภาพอื่นๆ (เช่น วิสัญญีแพทย์ เภสัชกร) และความคุ้มครองของประกันสุขภาพเอกชนทั้งนี้ประชาชนหลายคนมีทีมผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพภาคเอกชนที่สามารถพบแพทย์เฉพาะทางได้เช่น อาการปวดฟันอาจไปพบทันตแพทย์ ปวดคออาจพบนักกายบำบัด เป็นต้น แม้ว่าการแพทย์ทั่วไปส่วนใหญ่ในออสเตรเลียจะถูกควบคุม แต่ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอาจแตกต่างกันไป

ในส่วนของการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่บางแห่งมีแผนกฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง การรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐจะไม่เสียค่าใช้จ่าย (ครอบคลุมโดย Medicare) แต่อาจมีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ การบริการฉุกเฉินของเอกชนจะมีค่าใช้จ่าย (ราคาขึ้นอยู่กับค่าธรรมเนียมของโรงพยาบาลหรือความคุ้มครองของประกันสุขภาพเอกชน)ในส่วนของแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการรักษาฉุกเฉินและการนำส่งผู้ป่วยไปยังแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลแม้ว่ารัฐบาลวิกทอเรียจะดูแลบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่บริการนี้ไม่ฟรีสำหรับผู้ใช้บริการทุกคนซึ่งขึ้นอยู่กับความคุ้มครองของประกันสุขภาพเอกชนที่ครอบคลุมการใช้รถพยาบาลหรือมีบัตรกิจการทหารผ่านศึก

3) โครงสร้างของระบบอภิบาล (Health system governance)

- ประเทศออสเตรเลีย

Council of Australian Government (COAG) ประกอบด้วยหลายหน่วยงานที่ทำงานประสานกันในการกำหนดนโยบายโดยมีตัวแทนจากนายกรัฐมนตรี และ ตัวแทนจากแต่ละรัฐ โดย COAG จะเน้นนโยบายที่มีความสาคัญ เช่น ระบบการเงินการคลังของกองทุนหรือบทบาทกระประสานงานกันระหว่างรัฐใน ขณะที่ COAG Health Council จะดูแลในรายละเอียดของแต่ละนโยบายหลัก และได้รับการสนับสนุนโดย Australian Health Minister’s Advisory Council

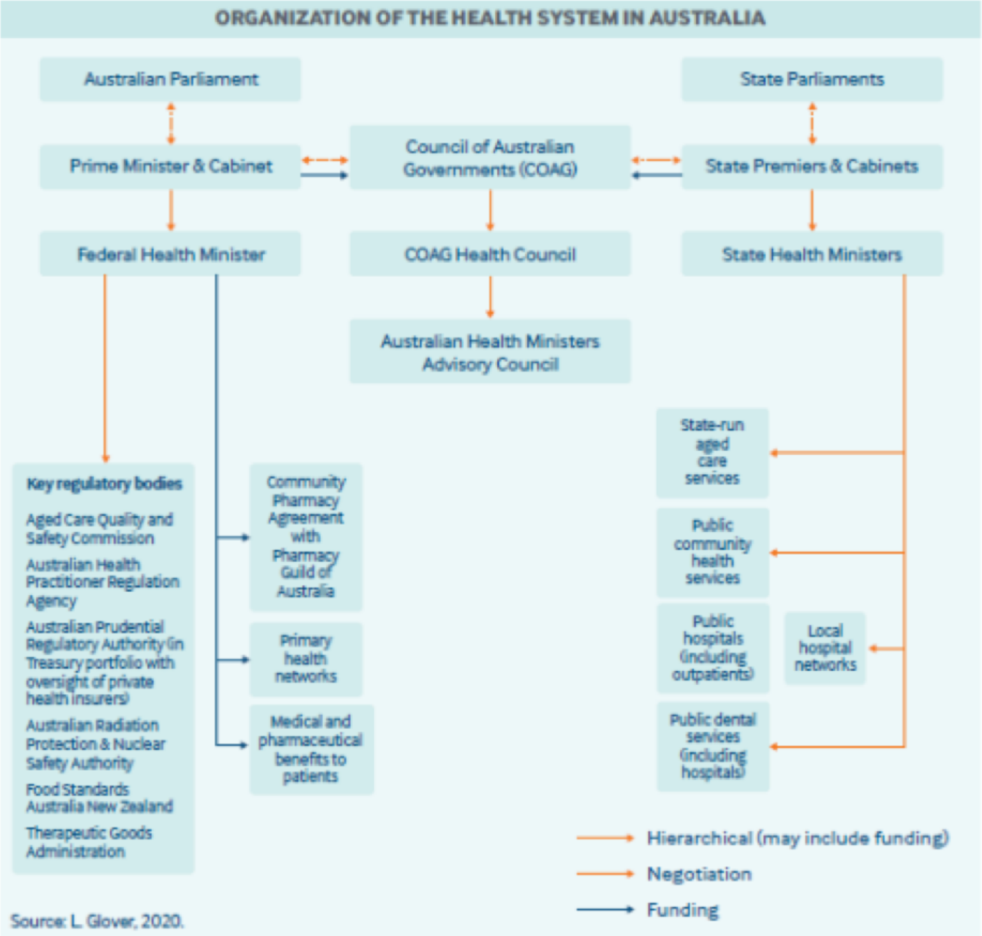
Federal Department of Health ทำหน้าที่ดูแลนโยบายระดับชาติ ดูแลโปรแกรม MBS และ PBS ในขณะที่การจ่ายเงินผ่านโปรแกรมดังกล่าวจะถูกดูแลโดย Department of Human Services

หน่วยงานในระดับชาติและระดับรัฐหลายหน่วยงานรับผิดชอบดูแลในเรื่องคุณภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ เช่น Australian Institute of Health and Welfare และ Australian Bureau of Statistics จะดูแลเรื่องภาพรวมของข้อมูลสุขภาพของประเทศ

หน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับ (Regulation) เช่น Therapeutic Goods Administration ดูการนำเข้าส่งออกสินค้าสุขภาพ, Australian Health Practitioner Regulation Agency ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพของบุคลากร

ขณะที่รัฐบาลของแต่ละรัฐ (State government) มีอิสระในการดูแลการจัดระบบสุขภาพภายใต้ Department of Health ของตัวเอง ผ่านเครือข่ายผู้ให้บริการ (LHNs)

โครงสร้างระบบอภิบาลของประเทศออสเตรเลีย

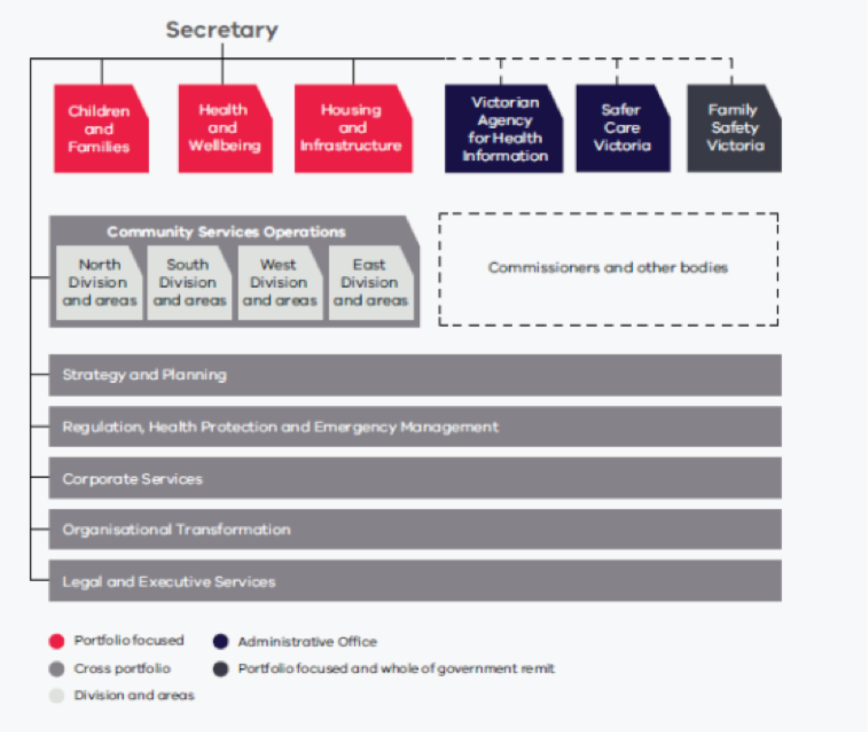


ที่มา : Roosa T., Robin O., Elias M., Ana D., and George W. (2020)

รัฐวิกทอเรีย

หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลระบบสุขภาพของรัฐวิกทอเรีย คือ Department of Health and Human Service and Human Services มีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาและมอบนโยบาย โครงการ และบริการต่างๆ ในการสนับสนุนสุขภาพ ความเป็นอยู่และความปลอดภัยของประชาชนวิกทอเรีย

โครงสร้างองค์กรของ Department of Health and Human Service and Human Services



ที่มา : Department of Health and Human Service and Human Services (2019)

นอกจากนี้ยังมีองค์กรสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของรัฐวิกทอเรีย คือ Victorian Health Promotion Foundation ซึ่งเป็นกองทุนในการส่งเสริมสุขภาพของรัฐวิกทอเรียในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะ Victorian Health Promotion Foundation โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Victorian Health Promotion Foundation

1) ข้อมูลองค์กร : The Victorian Health Promotion Foundation หรือ Vichealth เป็นกองทุนในการส่งเสริมสุขภาพแห่งแรกของโลก ก่อตั้งใน พ.ศ. 2530 (ค.ศ. 1987) เพื่อทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ มีเป้าหมาย "เพื่อทำให้ชาววิกทอเรียทุกคนมีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น" ก่อตั้งขึ้นด้วยการสนับสนุนของรัฐสภาวิกทอเรีย ด้วยวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2530 (the Tobacco Act 1987 (Vic)) พระราชบัญญัตินี้ กำหนดห้ามโฆษณายาสูบในที่สาธารณะ และใช้ภาษีบุหรี่เพื่อระดมทุนรณรงค์ต่อต้านการสนับสนุนยาสูบในภาคส่วนการกีฬาและงานศิลปะ ส่งผลให้สปอนเซอร์ยาสูบหายไปจากการแข่งขันกีฬาและศิลปะทั้งนี้การโฆษณายาสูบไม่พบในสื่อหรือกีฬา สถานที่ทำงาน และพื้นที่สาธารณะ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น smokefree การกำหนดอายุผู้ซื้อบุหรี่ตามกฎหมายให้เพิ่มขึ้นเป็น 18 ปี ผู้สูบบุหรี่ในผู้ใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งเลิกสูบบุหรี่และการสร้างแบรนด์ของผลิตภัณฑ์ยาสูบถูกยกเลิก

เป็นเวลากว่า 30 ปีที่ VicHealth เป็นผู้บุกเบิกและเป็นผู้นำระดับโลกในการส่งเสริมสุขภาพของซึ่งได้รับการยอมรับอย่างสูงในเรื่ององค์ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ทั้งนี้ VicHealth ได้ร่วมมือกับทุกภาคส่วน มีความน่าเชื่อถือและเป็นอิสระในการปฏิบัติและให้คำแนะนำตามข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีโดยสร้างและเติมเต็มการทำงานของรัฐบาลและองค์กรอื่นๆในการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถรับมือกับการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังโดยการนำแนวทางที่ดีที่สุดทั่วโลกมาสู่การทดสอบและการทดลองในวิกทอเรีย รวมทั้งยังเป็นต้นแบบในการจัดตั้งกองทุนส่งเสริม

สุขภาพในรัฐอื่นๆของออสเตรเลียไทยสวิตเซอร์แลนด์ออสเตรีย ฟิลิปปินส์ และมาเลเซีย

VicHealth มีจุดมุ่งเน้นหลักคือการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันโรคเรื้อรัง ทั้งนี้วัตถุประสงค์ของการก่อตั้ง VicHealth ตามพระราชบัญญัติ คือ

•กิจกรรมกองทุนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ความปลอดภัยหรือการป้องกันและการคัดกรองโรคในระยะเริ่มแรก

• สร้างความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนผ่านการสนับสนุนด้านกีฬา ศิลปะ และวัฒนธรรม

•ส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีในชุมชนและสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

•การวิจัยและพัฒนากองทุนเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์ข้างต้น

หน้าที่ของ VicHealth ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติคือ :

•ส่งเสริมวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติฉบับนี้

•ให้ทุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกิจกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกโครงการหรือโครงการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของ VicHealth

•ให้การสนับสนุนกิจกรรมการกีฬาหรือวัฒนธรรม

•จัดทำข้อมูลและสถิติที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของ VicHealth ให้คำแนะนำ

•ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

•ให้สินเชื่อหรือเครดิตทางการเงินสำหรับกิจกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกโครงการหรือโปรแกรมการวิจัยอื่นๆเพิ่มเติมตามวัตถุประสงค์ของ VicHealth

•ปรึกษาหารือกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานอื่น รวมทั้งประสานงานกับบุคคลและองค์กรที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

• ทำหน้าที่อื่น ๆ ของ Vichealth หรือพระราชบัญญัติอื่นๆ

VicHealth ดำเนินการโดย:

•การพัฒนาแผนกลยุทธ์รวมถึงแนวคิดบริบทและการดำเนินงาน

•ริเริ่มอำนวยความสะดวกและจัดการในการพัฒนาโครงการและโปรแกรมที่จะเติมเต็มในแผนกลยุทธ์

•สร้างความมั่นใจในมาตรฐานที่ยอดเยี่ยมของการจัดการโครงการสำหรับโครงการและโปรแกรมทั้งหมดที่ได้รับทุนจาก VicHealth

• การพัฒนาระบบประเมินผลกระทบและผลลัพธ์ของการให้ทุน

•สร้างความมั่นใจว่าองค์ความรู้ที่ได้จะถูกนำไปขยายสู่ชุมชนอื่น ๆ

พันธะสัญญา

•ความเป็นธรรม:ส่งเสริมความเป็นธรรมและโอกาสเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับชาววิกทอเรียทุกคน

•การดำเนินการตามข้อมูลเชิงประจักษ์:สร้างและใช้ข้อมูลเพื่อระบุประเด็นที่ต้องการดำเนินการข้อเสนอเชิงนโยบายและการปฏิบัติโดย VicHealth และภาคีเครือข่าย

•การทำงานร่วมกับชุมชน:ทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นการตัดสินใจและกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา

• ความร่วมมือของทุกภาคส่วน: ร่วมมือกับรัฐบาลในทุกระดับและสร้างความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นในการส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพ กีฬา การวิจัย การศึกษา และศิลปะรวมทั้งชุมชนท้องถิ่นภาคเอกชนและสื่อมวลชนเพื่อรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่มีความซับซ้อน

แหล่งเงินทุนของ VicHealth

VicHealth ได้รับเงินทุนหลักจากกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2530 นอกจากนี้ VicHealth ยังได้รับเงินทุนพิเศษจากหน่วยงานภาครัฐต่างๆ เป็นระยะๆ เพื่อจัดทำโปรแกรมเฉพาะ ทั้งนี้รูปแบบการจัดหาแหล่งเงินทุนในอดีตใช่วง 10 ปีแรก (จนถึง พ.ศ. 2540) VicHealth ได้รับเงินทุนจากภาษีเฉพาะ (หรือ or ‘hypothecated’) ภาษีประเภทนี้สร้างขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะและไม่เป็นส่วนหนึ่งของรายได้ทั่วไปของรัฐบาล

รัฐบาลรัฐวิกทอเรียใช้การจัดเก็บภาษี 5% จากค่าธรรมเนียมยาสูบ (กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติยาสูบวิคตอเรีย พ.ศ. 2530 (The Victorian Tobacco Act 1987) งบประมาณนี้ถูกจัดสรรให้ VicHealth และให้ VicHealth บริหารกองทุน ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถสร้างแรงจูงใจโดยการเพิ่มราคาของสิ่งที่ถือว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ในกรณีนี้คือการสูบบุหรี่) มีหลักฐานในรัฐวิกทอเรียก่อนที่มีพระราชบัญญัติยาสูบที่ได้รับการใน พ.ศ. 2530 ว่าการเพิ่มราคาบุหรี่จะช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีส่งผลให้ภาษีใหม่นี้ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในรัฐวิกทอเรียทั้งนี้มีหลายประเทศให้ความสนใจในการนำรูปแบบการจัดเก็บภาษีนี้ไปใช้เพื่อเป็นกองทุนส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ประเทศไทย เกาหลีใต้ ฟินแลนด์ และโปรตุเกส

โครงสร้างองค์กร VicHealth

VicHealth อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ VicHealth Board ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพและการป้องกัน การกีฬา การจัดการธุรกิจ การสื่อสาร กฎหมาย และศิลปะ องค์ประกอบของคณะกรรมการอยู่ภายใต้ข้อกำหนดของพระราชบัญญัติยาสูบ ประกอบด้วยกรรมการ 11 คน ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะที่อีก 3 คนได้รับการเลือกตั้งจากรัฐสภาวิคตอเรียจากพรรคการเมืองหลัก นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการในการกำกับดูแล VicHealth ได้แก่ Finance, Audit, Risk Committee ทำหน้าที่กำกับดูแลและติดตามกิจกรรมทางการเงิน การตรวจสอบ และการจัดการความเสี่ยงของ VicHealth ซึ่งต้องมีการรายงานต่อ VicHealth Board อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี และ Workforce and Remuneration Committee ทำหน้าที่ให้คำแนะนำด้านกลยุทธ์ด้านบุคลากรและทรัพยากรบุคคลแก่ CEO และทบทวนผลการดำเนินงานและค่าตอบแทนของ CEO ซึ่งต้องมีการรายงานต่อ Vichealth Board อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี

VicHealth มีคณะที่ปรึกษาเพื่อทำให้ภาคีเครือข่ายและชุมชนมีความมั่นใจในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดหาโครงการ การวิจัย และเงินกองทุนให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยที่ปรึกษา 3 ชุด ซึ่งจะให้คำแนะนำแก่ CEO ของ VicHealth ซึ่งที่ปรึกษาเหล่านี้จะจัดตั้งขึ้นตามความจำเป็นต่อปัญหาในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ โดยมีชุดที่ปรึกษาดังนี้

• Expert panels: ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญที่มีผลต่อเสาหลักของวาระการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ

• Taskforces: ตรวจสอบและให้คำแนะนำในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์และปัญหาสุขภาพชุมชน

• Assessment panels: กำหนดคำแนะนำกองทุน ทบทวนกองทุน เงินช่วยเหลือที่สำคัญ และข้อเสนอในการจัดซื้อจัดจ้าง

VicHealth ประกอบด้วย 5 กลุ่มงาน/หน่วยงาน ดังนี้

• Programs Group: ออกแบบและดำเนินการลงทุนเงินช่วยเหลือ เงินทุนงานวิจัยและกิจกรรมความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวาระการส่งเสริมสุขภาพของ VicHealth

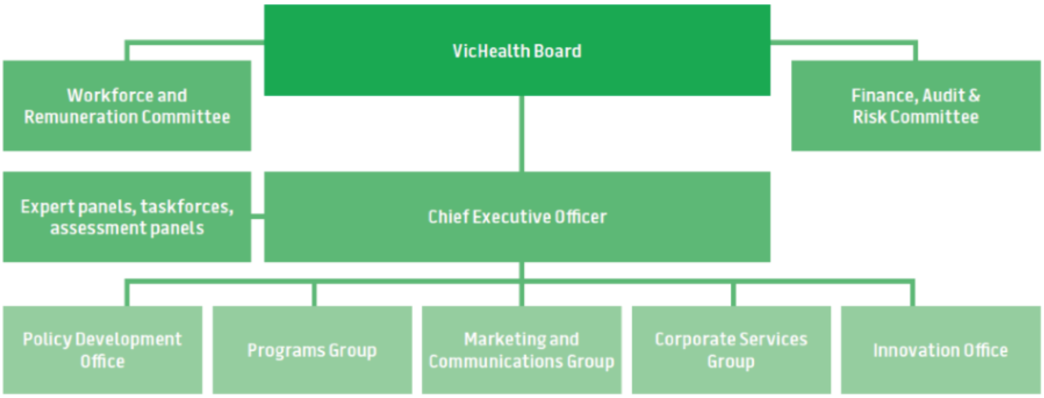
• Marketing and Communications Group: พัฒนาการตลาดขององค์กรและกลยุทธ์ด้านการสื่อสาร รวมถึงการสร้างแบรนด์ การรณรงค์ การตลาดเพื่อสังคม การสื่อสารสื่อสิ่งพิมพ์และการจัดกิจกรรมที่จะช่วยประชาสัมพันธ์ VicHealth

• Policy Development Office: ทำหน้าที่ในการนำองค์ความรู้และการดำเนินงานในส่งเสริมสุขภาพของ VicHealth ในการจัดทำโยบายสาธารณะเพื่อส่งมอบประโยชน์ด้านสุขภาพให้กับชาววิกทอเรีย อย่างยั่งยืน

• Innovation Office: ทำหน้าที่ในการทดลองใช้กลยุทธ์ วิธีการ ข้อมูลเชิงลึก และการทำงานร่วมกันที่สามารถไปสู่จุดหมายได้อย่างรวดเร็ว

• Corporate Service Group: ทำหน้าที่จัดหาเงินทุนสิ่งอำนวยความสะดวกแผนการบริหารการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล การบริหารจัดการโครงการและการบริหารจัดการแบบธรรมาภิบาลเพื่อสนับสนุนการทำงานของ VicHealth

โครงสร้างองค์กรของ VicHealth

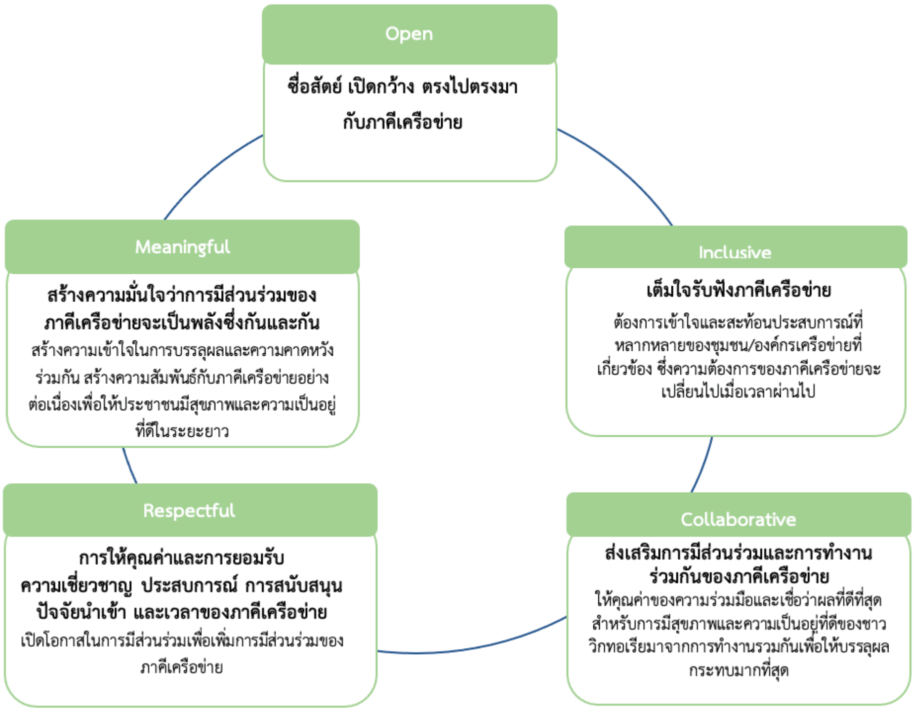


ที่มา : VicHealth (2019)

2) กรอบทำงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของ VicHealth พ.ศ. 2561 – 2566 (the VicHealth stakeholder engagement framework 2018 – 23) : การทำให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของชาววิกทอเรียดีขึ้นเป็นความรับผิดชอบร่วมกันโดย Vichealth เป็นองค์กรที่เป็นอิสระตามกฎหมาย ซึ่งจะให้ข้อมูลเชิงประจักษ์คำแนะนำและการสนับสนุนการทำงานกับภาคีเครือข่ายสามารถนำภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลายมารวมกัน เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทั้งนี้ภาคีเครือข่ายมาจากหลายภาคส่วน เช่น รัฐบาลทุกระดับ องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ การกีฬา การวิจัย สถาบันการศึกษา การสื่อสารมวลชน การศึกษา การขนส่ง ชุมชนท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งจุดแข็งที่เป็นเอกลักษณ์ของ VicHealth คือ สามารถใช้ประโยชน์จากการเชื่อมต่อและอำนวยความสะดวกให้มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรที่อาจไม่เคยมีส่วนร่วมดำเนินงานมาก่อน ทำหน้าที่เสมือนนายหน้าในการจัดการองค์ความรู้

หลักการในการสร้างการมีส่วนร่วมของ VicHealth กับภาคีเครือข่าย มีดังนี้

แนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของ VicHealth กับภาคีเครือข่าย



ที่มา : Victorian Health Promotion Foundation (2018)

แนวทางในการส่งเสริมการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและเสริมสร้างความสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายที่มีความหลากหลาย 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ 3) ให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดการทิศทางทำงานซึ่งจะถูกกำหนดให้เป็นวาระในการขับเคลื่อนงานของ VicHealth ต่อไป 4) ส่งเสริมวัฒนธรรมของนวัตกรรมและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และ 5) สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพศักยภาพและทิศทางการทำงานของภาคีเครือข่าย

รูปแบบของการมีส่วนร่วม

รูปแบบการมีส่วนร่วมมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ดำเนินการและความต้องการของภาคีเครือข่ายดังรายละเอียดต่อไปนี้

ให้ข้อมูล (Inform): แลกเปลี่ยนองค์ความรู้การทำงาน จุดมุ่งเน้น และการส่งเสริมสุขภาพ

ปรึกษา (Consult): ให้คำแนะนำและข้อมูลในพื้นที่การทำงานของ VicHealth และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนงาน

เกี่ยวข้อง (Involve): ทำงานตรงกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ทำงานร่วมกัน (Collaborate): ร่วมกับภาคเครือข่ายในการพัฒนา/ส่งมอบโครงการหรือโปรแกรมการทำงานที่ตกลงกันร่วมกัน

เพิ่มขีดความสามารถ (empower): สนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่ายเพื่อให้รัฐวิคตอเรียเป็นเมืองสุขภาพดีและเป็นที่หนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ

วิธีการการมีส่วนร่วม

วิธีการมีส่วนร่วมต่อไปนี้เป็นวิธีการที่ VicHealth ได้มีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานรวมทั้งได้มีการปรับการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเฉพาะ

วิธีการมีส่วนร่วมของ VicHealth กับภาคีเครือข่าย

Inform	Consult	Involve	Collaborate	Empower
• VicHealth website • VicHealth social media • สื่อดิจิทัลและสิ่งพิมพ์ของ VicHealth • การจัดกิจกรรมและการนำเสนอของ VicHealth • โอกาสในการแลกเปลี่ยนกับโครงการอื่น • การเผยแพร่สื่อของ VicHealth • การมีส่วนร่วมในการสอบถามข้อมูล • เป็นเจ้าภาพของคณะผู้แทนระหว่างประเทศ • แจ้งประเด็นงานวิจัยในอนาคต	• สำรวจ • ประชุม • อภิปรายอย่างไม่เป็นทางการ • ประชุมเชิงปฏิบัติการ • Roadshows • Assessment Panels • กระบวนการตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วม • การทบทวนกลยุทธ์	• ให้คำปรึกษา • ชุมชนฝึกปฏิบัติ • การประชุมโต๊ะกลม • การทำงานกับสถาบันการศึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการงานวิจัย • การมีส่วนร่วมของ VicHealth ในเครือข่ายระหว่างประเทศของกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (INHPF) และในฐานะศูนย์ความร่วมมือองค์การอนามัยโลกเพื่อเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพ	• ความร่วมมือ: รวมถึงความร่วมมือด้านการวิจัยร่วมกับผู้สนับสนุนกับองค์กรกีฬา และการระดมทุนให้กับองค์กร • ความร่วมมือกับเครือข่าย รวมถึง the George Institute for Global Health, Heart Foundation Victoria, Deakin University, Kidney Health Australia, Stroke Foundation and DHHS • การพัฒนาความเท่าเทียมทางเพศร่วมกับ DHHS • กิจกรรมรณรงค์ของ VicHealth รวมทั้ง This Girl Can – Victoria	• การสนับสนุนของ VicHealth สำหรับ The Latrobe Health Innovation Zone • ให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบวิชาชีพส่งเสริมสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนการทำงาน • แหล่งข้อมูลและเครื่องมือแนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับภาคี เช่น คู่มือตัวชี้วัด VicHealth • การพัฒนาและสร้างขีดความสามารถของวิชาชีพ

ภาคีเครือข่ายของ VicHealth

กลุ่มภาคีเครือข่ายที่หลากหลายจะมีวิธีการการมีส่วนร่วมของแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไปได้แก่ 1) รัฐบาลทั้งระดับท้องถิ่นและระดับชาติ เจ้าหน้าที่ หน่วยงานตามกฎหมาย 2) ภาคีกลุ่มสาธารณสุขและองค์กรทั้งในท้องถิ่นและระดับชาติและระดับโลก) 3) มหาวิทยาลัย นักวิจัย และผู้นำทางความคิด 4) ภาคีด้านการกีฬา 5) องค์กรชุมชน องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร เครือข่ายพันธมิตรและผู้นำ6)อุตสาหกรรมงานศิลปะ 7)ภาคีด้านนวัตกรรม 8)กลุ่มองค์กร/อุตสาหกรรม/อุตสาหกรรมและพันธมิตรธุรกิจในการส่งเสริมสุขภาพ 9) สื่อมวลชน 10) ชุมชนวิคตอเรีย

กรอบการติดตามและประเมินผล

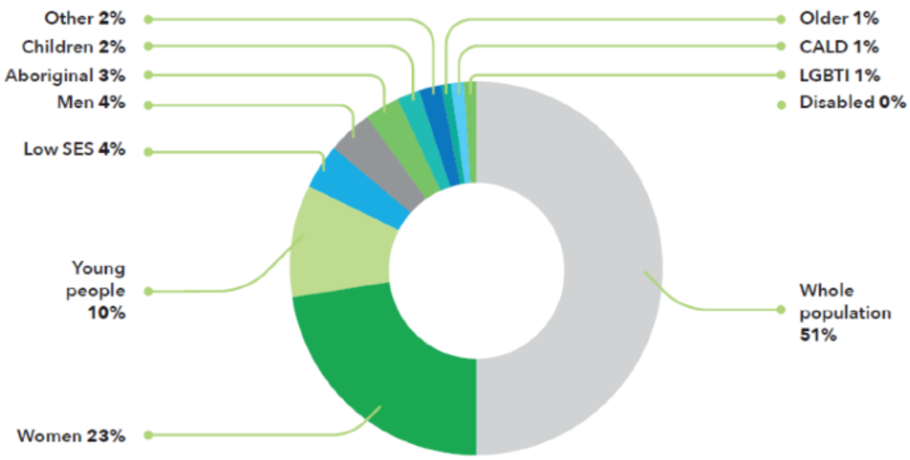
มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นประจำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ดังนี้

วิธีการมีส่วนร่วมของ VicHealth กับภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์	วัตถุประสงค์ของกรอบการทำงาน	ข้อความสำคัญ
VicHealth รักษาและเสริมสร้างความสัมพันธ์กับภาคีเครือข่าย	วัตถุประสงค์ที่ 1 2 3 4 และ 5	- แบบสำรวจของภาคีเครือข่าย - ผลตอบรับของผู้ภาคีเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ - การมีส่วนร่วมของผู้ภาคีเครือข่ายในกิจกรรมของ VicHealth
ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลทิศทางและการทำงานของ VicHealth	วัตถุประสงค์ที่ 3	- การให้คำปรึกษาของภาคีเครือข่ายในด้านกลยุทธ์และการลงทุน - ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ คณะกรรมการที่ปรึกษาและกระบวนการให้คำปรึกษาอื่น ๆ
นวัตกรรมในการส่งเสริมความสัมพันธ์ภาคีเครือข่ายของ VicHealth	วัตถุประสงค์ที่ 4	- ภาคีเครือข่ายสนับสนุนโครงการนวัตกรรม - สร้างความร่วมมือกับองค์กรใหม่ๆและภาคส่วนอื่นๆ ที่มีความหลากหลาย
VicHealth สนับสนุนศักยภาพและการทำงานของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ	วัตถุประสงค์ที่ 5	- แบบสำรวจภาคีเครือข่าย - ข้อมูลและงานวิจัยของ VicHealth ที่อ้างอิงในแผน การสนับสนุน และกลยุทธ์ - งานอีเวนท์ การอบรม และ best practice ของ VicHealth

3) ผลการดำเนินงานของ VicHealth : ใน พ.ศ. 2561 – 2562 VicHealth มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ด้านการเพิ่มการออกกำลังกายมากที่สุด 13.5 ล้านดอลลาร์ (ร้อยละ 48) รองลงมา คือ การป้องกันการสูบบุหรี่ 5 ล้านดอลลาร์ (ร้อยละ 18) การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี 4.7 ล้านดอลลาร์ (ร้อยละ 17) ส่งเสริมการกินอาหารเพื่อสุขภาพ 2.6 ล้านดอลลาร์ (ร้อยละ 9) และการป้องกันอันตรายจากการแอลกอฮอล์ 1.9 ล้านดอลลาร์ (ร้อยละ 7) ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในกลุ่มประชากรทั้งหมดมากที่สุด ร้อยละ 51 รองลงมา คือ กลุ่มผู้หญิง ร้อยละ 23 กลุ่มวัยหนุ่มสาว ร้อยละ 10 กลุ่ม Low SES กลุ่มผู้ชาย ร้อยละ 4 กลุ่มชาวอะบอริจิน ร้อยละ 3 กลุ่มเด็ก ร้อยละ 2 สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม CALA กลุ่ม LGPTI และกลุ่มผู้พิการมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายกลุ่มละ ร้อยละ 1 เท่ากัน

สัดส่วนค่าใช้จ่ายในแต่ละกลุ่มเป้าหมายของ VicHealth พ.ศ. 2561 -2562



ที่มา : Victorian Health Promotion Foundation (2019)

3) นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

3.1) วาระการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 - 2566 (Action Agenda for Health Promotion 2019 – 2023) ของ Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth)

ใน พ.ศ. 2556 VicHealth ได้จัดทำแผน 10 ปี โดยมีวิสัยทัศน์ “ประชาชนวิกทอเรียทุกคนมีสุขภาพที่ดี” ซึ่งได้กำหนดให้มีวาระการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2556 - 2566 (Action Agenda for Health Promotion 2013 – 2023) มีเป้าหมายให้ประชาชนวิกทอเรีย มากว่า 1 ล้านคนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในปี 2566 โดยผ่าน 5 กลยุทธ์ คือ 1) สนับสนุนการออกกำลังกายเป็นประจำ2)ป้องกันการใช้ยาสูบ3)ส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี4)ส่งเสริมการการกินการเพื่อสุขภาพและ5)ป้องกันอันตรายจากแอลกฮอล์ซึ่งสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของVicHealthภายใต้พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2530 และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลวิคตอเรียและทิศทางโปรแกรมรวมทั้งลำดับความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพระดับชาติและนานาชาตินโยบายเช่นกฎบัตรองค์การอนามัยโลก(WHO)และประกาศสำหรับการส่งเสริมสุขภาพต่อมาในพ.ศ.2559ได้มีการปรับปรุงวาระการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2559 -2566 ดังนี้

- ใช้ 5 กลยุทธ์ต่อจนถึง พ.ศ. 2566
- บูรณาการ 3 ธีม ได้แก่ เพศสภาพ เยาวชน และชุมชน ในทุกงาน
- การนำเรื่องความเสมอภาคด้านสุขภาพการวิจัย และศิลปะ มาประยุกต์ใช้ในการทำงาน
- การนำ 6 ข้อมูลเชิงลึกเป็นแนวทางในการทำงานของ VicHealth ในอีก 4 ปีข้างหน้า
- สอดคล้องกับลำดับความสำคัญที่ของรัฐบาลวิคตอเรียเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

วาระการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2562 - 2566 ได้เห็นความสำคัญของการนำนวัตกรรมและแนวทางการทำงานในรูปแบบใหม่มาจัดการประเด็นสุขภาพที่มีความซับซ้อนรวมทั้งให้ความสำคัญกับความร่วมมือ มีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ เพื่อทำงานร่วมกับประชาชนและภาคีเครือข่าย และมีอิทธิผลต่อนโยบายและการดำเนินงานขององค์กรต่างๆ และรัฐบาล โดยปรับปรุงกลยุทธ์ที่จำเป็น 5 กลยุทธ์ในการกำหนดโปรแกรมการทำงานไปยัง พ.ศ. 2566 นอกจากนี้ได้นำกลยุทธ์ความเสมอภาคด้านสุขภาพกลยุทธ์ด้านการวิจัยและกลยุทธ์ด้านศิลปะมาประยุกต์ใช้ในการทำงานของ VicHealth ซึ่งจะช่วยให้กลยุทธ์ที่จำเป็นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนี้

กลยุทธ์	เป้าหมาย 4 ปี	จุดมุ่งเน้น
5 กลยุทธ์ที่จำเป็น (imperative strategies)		
1. กลยุทธ์การออกกำลังกาย (Physical activity strategy)	เพิ่มระดับการออกกำลังกายของประชาชนที่มีการออกกำลังกายน้อย	1.1 ผู้หญิงมีประสบการณ์กลัวการพิพากษา - ผ่านโครงการรณรงค์ This Girl Can-Victoria อย่างต่อเนื่อง ผู้หญิงสามารถออกกำลังกายได้ที่ไหนหรือเมื่อไรก็ได้ สร้างชุมชนในการสนับสนุนและสร้างพลังให้กับผู้หญิงวิกทอเรีย - ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อปรับปรุงนโยบายและสถานที่ที่ผู้หญิงจะมีส่วนร่วมในกิจกรรม 1.2 กีฬาทางสังคม นันทนาการ และการเล่น - เพิ่มตัวเลือกสำหรับการเล่นกีฬาและการออกกำลังกายที่สนุกสนาน - ป้องกันการเลิกเล่นกีฬาและการออกกำลังกายในกลุ่มอายุ12–17 ปี และสนับสนุนโอกาสสำหรับสตรีและเด็กหญิง และกลุ่มประชากรที่เผชิญกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากขึ้น 1.3 การเดินและการท่องเที่ยว - สร้างวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมที่ทำให้การเดินทางเป็นเรื่องปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและครอบครัวที่เดิน ขี่หรือขับรถไปกลับโรงเรียน - สร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการเดินทางและทดสอบแนวทางใหม่อย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์	เป้าหมาย 4 ปี	จุดมุ่งเน้น
5 กลยุทธ์ที่จำเป็น (imperative strategies)		
2. กลยุทธ์ยาสูบ (Tobacco strategy)	ลดการใช้ยาสูบ	2.1 การป้องกันการสูบบุหรี่ในคนหนุ่มสาว - ตรวจสอบยาสูบและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการออกแบบมาเพื่อดึงดูดคนรุ่นใหม่ - การสนับสนุนผ่าน Quit Victoria ผ่านการให้การศึกษาสาธารณะเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ เพื่อเพิ่มการเลิกสูบบุหรี่และลดการสูบบุหรี่ของเยาวชน 2.2 การสนับสนุนประชาชนให้เลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ด้อยโอกาส - จัดหาเงินทุนสำหรับโครงการ Quit Victoria อย่างต่อเนื่อง และค้นหาโอกาสในการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรและชุมชนที่หลากหลายให้เข้ามามีส่วนร่วม -มีส่วนร่วมในการประสานงานและดำเนินงานร่วมกันเพื่อบูรณาการการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในสถานบริการสุขภาพ 2.3 การลดความน่าดึงดูดใจของผลิตภัณฑ์ยาสูบ - สนับสนุนการปฏิรูปประเทศด้านผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้แก่ การกำหนดราคา การควบคุมบรรจุภัณฑ์และฉลากของผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม - ทำงานร่วมกับรัฐบาลและภาคีเครือข่ายอื่น ๆ รวมถึง Quit Victoria เพื่อบ่งชี้และปิดช่องโหว่ทางกฎหมายในการโฆษณายาสูบ

กลยุทธ์	เป้าหมาย 4 ปี	จุดมุ่งเน้น
5 กลยุทธ์ที่จำเป็น (imperative strategies)		
3. กลยุทธ์สุขภาพจิตที่ดี (Mental wellbeing strategy)	**เพิ่มการมีสุขภาพจิตที่ดี**	3.1 ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวกในกลุ่มคนหนุ่มสาว - สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับความชุกและธรรมชาติของความอ้างว้างโดดเดี่ยวในกลุ่มคนหนุ่มสาววิกทอเรีย เพื่อให้องค์กรท้องถิ่นและชุมชนส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวกสำหรับคนหนุ่มสาว - ทดลอง และหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของเยาวชน - มีส่วนร่วมกับรัฐบาลในการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะสุขภาพจิตและส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีของ the Royal Commission into Victoria's Mental Health System 3.2 ความเสมอภาคทางเพศ - มีส่วนร่วมกับรัฐบาลในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ มุ่งเน้นไปที่การปฏิรูปเชิงระบบที่ระบุไว้ใน Safe and Strong และ Free from Violence - พัฒนากรอบการทำงานและทรัพยากรด้านสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนนโยบายและการปฏิบัติในความเป็นชายที่สุขภาพดี -ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาเครื่องมือและกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์การกีดกันทางเพศหรือการล่วงละเมิดทางเพศสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์	เป้าหมาย 4 ปี	จุดมุ่งเน้น
5 กลยุทธ์ที่จำเป็น (imperative strategies)		
4. กลยุทธ์การกินอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating strategy)	**เพิ่มการเข้าถึงอาหารและน้ำเพื่อสุขภาพในรัฐวิกทอเรีย**	4.1 สถานที่เล่นกีฬา - ร่วมมือกับรัฐบาลท้องถิ่นและสถานที่เล่นกีฬาเพื่อเพิ่ม ความพร้อมและการเข้าถึงอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในร้านค้า - ทำงานร่วมกับสาธารณชนและภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการกำจัด junk food marketing และการสนับสนุนจากกีฬาสำหรับเด็ก 4.2 การบริโภคผักและผลไม้ - พัฒนาข้อตกลงกับ The Victorian Fruit and Vegetable Consortium เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริโภคผักและผลไม้ - คิดค้นและเพิ่มมาตรการเพื่อเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ 4.3 วัฒนธรรมอาหาร - ทบทวนหลักฐานเกี่ยวกับวัฒนธรรมอาหารและความเชื่อและบรรทัดฐานทางสังคมต่อการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ - ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชนในการส่งเสริมการกินอาหารเพื่อสุขภาพ
5. กลยุทธ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol strategy)	**ป้องกันอันตรายจากผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์**	5.1 การเปลี่ยนวัฒนธรรมการดื่มที่มีความเสี่ยง - ปลูกฝัง VicHealth's Alcohol Culture Framework โดยเสนอทุนเพื่อช่วยเหลือชุมชนและองค์กรในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาการมาตรการในการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการดื่มที่มีความเสี่ยง - ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลไปสู่การแลกเปลี่ยนกิจกรรมและการปฏิบัติของกลุ่มหรือโลกโซเชียล 5.2 การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ - สนับสนุนชุมชนท้องถิ่นทั่วรัฐวิกทอเรีย ในการลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ - พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในด้านนโยบายทางกฎหมายอย่างต่อเนื่อง และแสวงหาแนวทางในการเพิ่มการสนับสนุนข้อบังคับสำหรับการควบคุมการตลาดและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - จัดทำวาระการวิจัยเรื่องแอลกอฮอล์โดยปรึกษาหารือกับภาคีเครือข่ายและแลกเปลี่ยนข้อค้นพบกับผู้กำหนดนโยบายและเครือข่ายมืออาชีพ

กลยุทธ์	เป้าหมาย 4 ปี	จุดมุ่งเน้น
3 กลยุทธ์ที่ประยุกต์ใช้ในการทำงานของ VicHealth (cross-imperative strategies)		
1. ความเสมอภาคทางสุขภาพ (Health equity)		- ให้ความเสมอภาคเป็นหัวใจสำคัญของการทำงาน - การสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีการส่งเสริมสุขภาพ - การมีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพผ่านภาคีเครือข่าย
2. การวิจัย (Research)		- การประยุกต์ใช้งานวิจัยสำหรับผลกระทบและขนาด - สนับสนุนการพัฒนาภาคีเครือข่ายการวิจัย - เพิ่มการนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ
3. ศิลปะ (Arts)		- เพิ่มการมีส่วนร่วมและความหลากหลายในศิลปะ - ปลูกฝังศิลปะและอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ในการทำงาน - ใช้ประโยชน์จากงานศิลปะและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม

ที่มา : Victorian Health Promotion Foundation (2019)

3.2) Victorian public health and wellbeing plan 2019–2023 (Victoria state) โดยมีวิสัยทัศน์คือ “ชาววิกตอเรียทุกคนมีสุขภาพและมีความเป็นอยู่ดีในทุกช่วงอายุ” มีลำดับความสำคัญ จุดเน้น และการดำเนินการเชิงกลยุทธ์ ใน พ.ศ. 2562-2566 ดังนี้

รับมือกับ climate change และผลกระทบต่อสุขภาพ

การลดการบาดเจ็บ

การป้องกันความรุนแรงทุกรูปแบบ

การเพิ่มการกินอาหารเพื่อสุขภาพ

การลดความเสี่ยงต่อการเชื้อดื้อยาในชุมชน

จุดเน้น

การดำเนินการเชิงกลยุทธ์

- ให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงต่อผลกระทบทางสุขภาพจาก climate change
- ส่งเสริมการปรับตัวของชุมชนต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพจากclimate change
- เข้าถึงผลประโยชน์ร่วมด้านสุขภาพของมาตรการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

จุดเน้น

การดำเนินการเชิงกลยุทธ์

- เร่งดำเนินนโยบายการจัดหาอาหารเพื่อสุขภาพ (น้ำดื่ม)ในทุกพื้นที่สาธารณะ
- ริเริ่มและสนับสนุนวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ
- สนับสนุนการกินอาหารเพื่อสุขภาพและเพิ่มการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน

การเพิ่ม active living

การปรับสุขภาพจิต

การเพิ่มอนามัยเจริญพันธุ์

การลดการสูบบุหรี่

การลดการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด

จุดเน้น

การดำเนินการเชิงกลยุทธ์

- เพิ่มสัดส่วนการเดินทางโดยระบบขนส่ง
- เพิ่มการเข้าถึงสวนสาธารณะ พื้นที่สาธารณะ ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
- บูรณาการการให้คำปรึกษาด้านไลฟ์สไตล์เพื่อการมีสุขภาพดีในระบบบริการสุขภาพแบบปกติ

จุดเน้น

การดำเนินการเชิงกลยุทธ์

- ลดอันตรายจากการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ผ่านข้อบังคับการควบคุมยาสูบของรัฐวิกตอเรีย
- สนับสนุนการเข้าถึงบริการบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่
- มีการติดตามผู้สูบบุหรี่และให้การบำบัดเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแบบปกติ

2.2 ประเทศแคนาดา

2.2.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

แคนาดา เป็นประเทศขนาดใหญ่ มีพื้นที่ประมาณ 9,093,507 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดกับสหรัฐอเมริกาทางทิศใต้และตะวันออกเฉียงเหลือ (อลาสกา) ทิศตะวันตกติดมหาสมุทรแปซิฟิก ทิศตะวันออกติดมหาสมุทรแอตแลนติก และทิศเหนือติดมหาสมุทรอาร์คติก ภูมิประเทศมีตั้งแต่เทือกเขาที่กว้างขวางไปจนถึงที่ราบทวีปขนาดใหญ่ ตั้งแต่ทะเลสาบน้ำจืดขนาดใหญ่และป่าเหนือจนถึงทุ่งทุนดาอันกว้างใหญ่ของอาร์กติก ส่วนสภาพภูมิอากาศ มีฤดูหนาวที่ยาวนานและหนาวจัดในเกือบทุกพื้นที่

2) ลักษณะประชากร

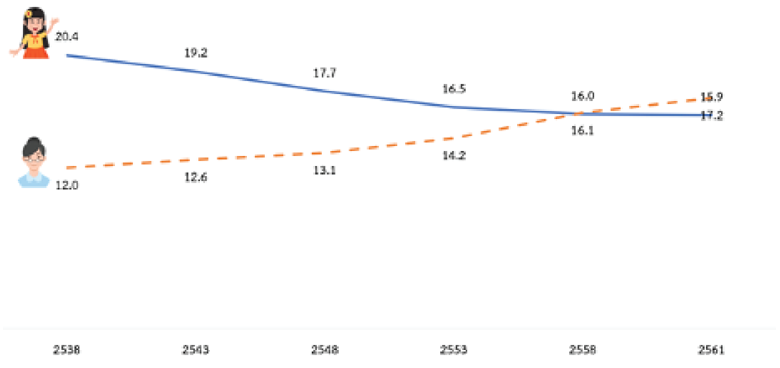
ประชากรในแคนาดามี 37.5 ล้านคนในปี 2562 เพิ่มขึ้นจาก 36.5 ล้านคนในปี 2560 โดยเมืองที่ใหญ่ที่สุดของแคนาดา 2 เมือง คือ โตรอนโตและมอนทรีออล มีประชากร 6.3 ล้านคน และ 4.1 ล้านคน ตามลำดับ อาศัยอยู่ในเมืองและพื้นที่โดยรอบและถูกกำหนดให้เป็น“เขตเมืองสำรวจสำมะโนประชากร)ในขณะที่ออตตาวา ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศ มีประชากร 1.4 ล้านคน

แม้ว่า แคนาดาจะมีความหนาแน่นของประชากรต่ำที่สุดในโลก(ประมาณ4.0คนต่อตารางกิโลเมตร)ประชากรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในใจกลางเมืองทางตอนใต้ที่ใกล้กับชายแดนสหรัฐอเมริกา ชาวแคนนาดาจำนวนค่อนข้างน้อยอาศัยอยู่ในชนบทรวมถึงภาคเหนือของประเทศโดยผู้ย้ายถิ่นฐานส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเมืองที่ใหญ่ที่สุดของแคนนาดาและระหว่างประเทศ

การย้ายถิ่นฐานเป็นตัวขับเคลื่อนหลักของการเติบโตของประชากรในเมืองซึ่งคิดเป็นเกือบร้อยละ80ของการเติบโตของประชากรในปี2559และประมาณร้อยละ6ของประชากรระบุว่าเป็นชนพื้นเมืองซึ่งอาจเป็นจำนวนที่น้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากชนพื้นเมืองบางแห่งปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการสำรวจสำมะโนประชากร

ปัจจัย4ประการที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพของแคนาดาประกอบด้วย 1) โครงสร้างอายุประชากร 2) ชุมชนและประชากรในชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล 3)ความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาษาซึ่งเป็นผลมาจากการอพยพในอัตราที่สูงและ 4) สิทธิพิเศษและการเรียกร้องที่เกี่ยวข้องกับชนพื้นเมืองและการพลัดถิ่นในอดีต

แนวโน้มประชากรอายุ 0-4 ปี และ 65 ปีขึ้นไป พ.ศ.2538-2561



ที่มา : Canada Health system review: Health Systems in Transition (2563)

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

แคนาดาเป็นประเทศเศรษฐกิจอุตสาหกรรมขั้นสูง มีฐานทรัพยากรธรรมชาติจำนวนมาก เมื่อวัดความมั่งคั่งต่อหัว (Per capita wealth) แคนาดาติดอันดับหนึ่งในประเทศที่ร่ำรวยที่สุดในโลก ในขณะที่การวัดความเหลื่อมล้ำโดยค่าสัมประสิทธิ์จีนี (Gini coefficient) ในปี 2560 พบว่า แคนาดาค่าสัมประสิทธิ์จีนีที่ 0.31 ใกล้เคียงกับสหรัฐอเมริกา (0.39) และออสเตรเลีย (0.325) แต่น้อยกว่าฝรั่งเศส (0.292) เยอรมนี (0.289) เนเธอร์แลนด์ (0.285) และสวีเดน (0.282)

ในส่วนของดัชนีการพัฒนามนุษย์(HDI)โดยรวมปี2562 ถูกจัดอันดับให้อยู่ใน 15 ประเทศชั้นนำของโลก โดยแคนาดา อยู่ในลำดับที่ 13 ในขณะที่เยอรมนี ลำดับที่ 4 ออสเตรเลีย ลำดับที่ 6 สวีเด่น ลำดับที่ 8 เนเธอร์แลนด์ ลำดับที่ 10 สหรัฐอเมริกา ลำดับที่ 15 เท่ากับสหราชอาณาจักร

จากภาวะเศรษฐกิจถดถอยทั่วโลกในปี 2551 - 2552 แคนาดาได้รับความเดือดร้อนน้อยกว่าประเทศอื่นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเป็นผู้ส่งออกน้ำมันและก๊าซรายใหญ่ในช่วงเวลานั้น โดยในช่วงปี 2557 – 2560 การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ของแคนาดาต่อหัวสูงกว่าออสเตรเลียและฝรั่งเศสเล็กน้อย แต่ต่ำกว่าเยอรมนี เนเธอร์แลนด์ สวีเดน สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกาในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพยังคงเติบโตในอัตราที่สูงกว่าการเติบโตของรายได้ของรัฐบาล แต่อัตราการเติบโตได้ชะลอตัวลงอย่างมากในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

ตัวบ่งชี้ทางเศรษฐกิจ ปี 2538-2561 (หรือปีที่ใกล้เคียง)

	2538	2543	2548	2553	2558	2561 (หรือใกล้เคียง)
GDP ต่อหัวประชากร	28,290	35,925	43,947	48,879	55,621	59,879
GDP ต่อหัว PPP	23,402	29,265	36,211	40,012	44,568	48,107
อัตราการเติบโตของ GDP	2.7	5.2	3.2	3.1	0.7	1.9
รัฐบาลขาดดุล/เกินดุล	-4	2.2	0.7	-2.2	1.0	0.8
อัตราการว่างงาน	6.3	3.5	4.4	3.5	4.3	3.8
ความไม่เท่าเทียมของรายได้ (ค่าสัมประสิทธิ์จีนีของรายได้ทั้งหมด)	0.293	0.315	0.315	0.316	0.318	0.310

ที่มา : Canada Health system review: Health Systems in Transition (2563)

4) ลักษณะทางการเมือง

แคนาดามีคำสั่งตามรัฐธรรมนูญ 2 ฉบับ คือ รัฐบาลกลางและรัฐบาลประจำจังหวัด 10 แห่ง ในขณะที่พื้นที่ทางเหนือทั้ง 3 แห่ง จะไม่ได้รับสถานะดังกล่าวด้วย แต่ก็มีนโยบายและโครงการที่รับผิดชอบเช่นเดียวกับรัฐบาลกลางและรัฐบาลประจำจังหวัด

จากเกณฑ์หลายประการรวมถึงการควบคุมรายได้และค่าใช้จ่ายระดับจังหวัดเมื่อเทียบกับรัฐบาลกลางประเทศได้มีการกระจายอำนาจมากขึ้นตั้งแต่ปี2503แนวโน้มนี้ส่วนหนึ่งได้รับแรงหนุนจากการต่อสู้ของการบริหารงานที่ต่อเนื่องกันในควิเบกเพื่อแสวงหาความเป็นอิสระที่มากขึ้นสำหรับจังหวัดของตนจากรัฐบาลกลาง ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมารัฐบาลในจังหวัดอื่น ๆ ได้เรียกร้องให้แก้ไขสิ่งที่พวกเขาเห็นว่าเป็นความไม่สมดุลทางการคลังระหว่างความรับผิดชอบด้านการใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ของจังหวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการดูแลสุขภาพเมื่อเทียบกับความสามารถในการสร้างรายได้ที่มากขึ้นของรัฐบาลกลาง ตามรูปแบบที่กำหนดโดยควิเบกรัฐบาลส่วนภูมิภาคอื่นๆบางครั้งเรียกร้องให้มีเงื่อนไขของรัฐบาลกลางน้อยลงและมีความเป็นไปได้มากขึ้นในแง่ของพระราชบัญญัติสุขภาพของแคนาดา

ในขณะที่จังหวัดและเขตการปกครองท้องถิ่นเทศบาลและเทศมณฑลไม่ได้รับการรับรองตามรัฐธรรมนูญแต่เป็นหน่วยงานทางการเมืองที่สร้างขึ้นภายใต้กฎหมายว่าด้วยการปกครองส่วนภูมิภาครัฐบาลท้องถิ่นเทศบาลและมณฑลเป็นหน่วยงานที่ได้รับมอบอำนาจและความรับผิดชอบจากจังหวัดในการจัดส่งบริการสาธารณะและโครงสร้างพื้นฐานในท้องถิ่นในอดีตรัฐบาลท้องถิ่นเทศบาลและมณฑลเหล่านี้มีบทบาทแม้ว่าจะมีความเจียมเนื้อเจียมตัวในการบริหารและการให้บริการด้านสุขภาพและเทศบาลยังคงมีบทบาทในการจัดหาเงินทุนและการจัดส่งบริการด้านสาธารณสุขในจังหวัดออนตาริโออย่างไรก็ตามแบบจำลองของรัฐSaskatchewanของโรงพยาบาลแบบจ่ายเงินรายเดียวและบริการด้านการรักษาพยาบาลที่มีระบบการชำระเงินส่วนกลางที่บริหารโดยรัฐบาลส่วนภูมิภาคได้รับการรับรองโดยจังหวัดและเขตการปกครองอื่นๆในที่สุดจึงลดบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่น ในการจัดหาเงินทุนและการบริหารของเมดิแคร์

2.2.2 สถานะสุขภาพ

อายุคาดเฉลี่ยและอัตราการตายของประชากรในแคนาดาลดลงอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ปี 2538 – 2558 อย่างไรก็ตาม อายุคาดเฉลี่ยก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นในช่วงปี 2559 – 2560 ตามการประมาณการปี 2562 จัดทำโดยสำนักงานสถิติแคนาดา สาเหตุที่อายุคาดเฉลี่ยไม่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ Opioid รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุ (การบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามในแคนาดาในปี 2560 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสี่ ในปี 2561 ดังตาราง

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพและอัตราการตาย (ต่อประชากรแสนคน) ปี 2543-2560 (หรือปีที่ใกล้เคียง)

	2543	2548	2553	2558	2561 (หรือใกล้เคียง)
อายุคาดเฉลี่ย (ปี)					
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (รวม)	79.0	80.0	81.1	81.9	82.0
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ชาย)	76.3	77.6	78.8	79.8	79.9
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (หญิง)	81.6	82.3	83.3	83.9	84.0
อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 65 ปี (ชาย)	16.5	17.5	18.4	19.2	19.3
อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 65 ปี (หญิง)	20.1	20.7	21.5	22.0	22.1
อัตราตาย (ต่อประชากรแสนคน)					
โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต	307	249.2	197.4	178.4	-
มะเร็ง/เนื้องอก	238.8	226.9	210.6	196.8	-
โรคติดต่อ	11.6	13.9	15.5	12.7	-
สาเหตุภายนอกของการตาย	45.9	26.8	46.6	46.3	-
สาเหตุทั้งหมด	852.7	787.2	701.3	675.4	-
อัตราตายทารก (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	5.3	5.4	5.0	4.5	4.5
อัตราตายมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	3.4	8.8	6.4	7.1	6.6

ที่มา : Canada Health system review: Health Systems in Transition (2563)

เมื่อเปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ยกับกลุ่มประเทศ OECD พบว่าอายุคาดเฉลี่ยของแคนาดาอยู่ในระดับสูงสุดแม้ว่าอัตราการตายของมารดาและทารก มีแนวโน้มที่จะแย่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (HALE) พบว่า อยู่ในระดับเดียวกับออสเตรเลียและฝรั่งเศส ดังตาราง

สถานะสุขภาพของแคนาดา เปรียบเทียบกับประเทศอื่น (ปี 2562 หรือปีใกล้เคียง)

	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	เนเธอร์แลนด์	สวีเดน	สหราชอาณาจักร	สหรัฐอเมริกา
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE)	82	82.6	82.6	81.1	81.8	82.5	81.3	78.6
อัตราตายทารก (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	4.5	3.3	3.8 (2561)	3.3	3.6	2.4	5.8	13.2
การตายปริกำเนิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	5.8	8.1	10.8 (2559)	5.6	4.8	4.6	6.3	5.9
อัตราตายมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	6.6	1.6	8.7 (2555)	2.9 (2559)	1.8	3.5	14.6	6.5
อายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (HALE)	73.2	73.0	73.4	71.6	72.1	72.4	71.9	68.5

ที่มา : Canada Health system review: Health Systems in Transition (2563)

สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในแคนาดาคือโรคหัวใจและมะเร็ง (มะเร็งและเนื้องอก) โดยเฉพาะมะเร็งปอด ในขณะที่ โรคหัวใจขาดเลือด(IHD)และโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งในกลุ่มเพศหญิงในแคนาดาจะสูงกว่าประเทศอื่นๆยกเว้นเนเธอร์แลนด์และสหราชอาณาจักรโดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอดในเพศหญิงโดยรวมซึ่งพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอดในผู้หญิงแคนาดาสูงกว่าฝรั่งเศสถึงสองเท่าแม้ว่าจะมีความพยายามอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรกลับพบว่ามะเร็งชนิดที่พบบ่อยที่สุดในแคนาดาได้แก่มะเร็งปอด (ร้อยละ 14 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดในปี 2560) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ 13) มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 13) และมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 10)นอกจากนี้การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการขนส่งในแคนาดายังสูงกว่าประเทศอื่นๆทั้งหมดยกเว้นสหรัฐอเมริกาซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญสำหรับทั้งชายและหญิงจากอุบัติเหตุการขนส่ง

ปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของชาวแคนาดา ได้แก่

1.การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบซึ่งการสูบบุหรี่ในแคนาดาลดลงอย่างมากในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแต่อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยยังคงที่ตลอดช่วงต้นปี2543 นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่ไฟฟ้ายังเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพใหม่ ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้คนที่อายุน้อยกว่าอย่างไม่เป็นสัดส่วน และอาจแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จก่อนหน้านี้ด้วยการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่

2. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในแคนาดา ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในช่วงต้นปี2533และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตั้งแต่ปี 2538 โดยมีอัตราค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี 2553 ในขณะเดียวกันการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ก็เพิ่มขึ้นในช่วง 20ปีที่ผ่านมาโดยเฉพาะผู้หญิงที่อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 จากปี 2544 ถึง 2560 เทียบกับผู้ชาย ร้อยละ 5 ทั้งนี้จากการศึกษาของออนแทรีโอ ได้ประมาณผลกระทบของการสูบบุหรี่การไม่ออกกำลังกายการรับประทานอาหารที่ไม่ดีและการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพต่อการเสียชีวิต พบว่าปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 นี้ คิดเป็น ร้อยละ 50 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรืออายุขัย 6 ปีที่เสียไปซึ่งการสูบบุหรี่มีความสำคัญมากที่สุด

ความลังเลใจในวัคซีนเป็นอีกหนึ่งความท้าทายด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นใหม่ในแคนาดาโดยการสำรวจความครอบคลุมของเด็ก พบว่าในขณะที่พ่อแม่ชาวแคนาดาส่วนใหญ่ยอมรับว่าวัคซีนสำหรับเด็กมีความปลอดภัย ร้อยละ 94 และมีประสิทธิผลร้อยละ96%แต่ยังมีความกังวลและช่องว่างทางความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน เช่น ร้อยละ 52 มีความกังวลเกี่ยวกับ ผลข้างเคียงของวัคซีนและร้อยละ13ยอมรับว่าแนวทางปฏิบัติอื่นสามารถทดแทนวัคซีนได้ซึ่งการสำรวจยังแสดงให้เห็นว่าแม้ว่าความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในแคนาดาจะค่อนข้างสูงแต่ปัจจุบันแคนาดายังไม่บรรลุเป้าหมายความครอบคลุมระดับชาติที่ ร้อยละ 95 สำหรับวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก

2.2.3 ระบบสาธารณสุข

แคนาดามีระบบสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากหน่วยงานภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากภาษีของรัฐบาลกลาง จังหวัด (Provincial) และ เขตการปกครอง (Territorial governments)โดยรัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการสนับสนุนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลจังหวัดและเขตการปกครองการบริหารจัดการระบบบริการที่หลากหลายสำหรับประชาชนกลุ่มชนพื้นเมือง ชาวเอสกิโม กลุ่มผู้ย้ายถิ่นฐาน ผู้ลี้ภัย และผู้ต้องขังในเรือนจำของรัฐบาลกลางนอกจากนี้ยังควบคุมความปลอดภัยและประสิทธิภาพของอุปกรณ์ทางการแพทย์ยาและเวชภัณฑ์เพื่อสุขภาพให้ทุนสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศรวมทั้งการบริหารงานด้านสาธารณสุขในระดับประเทศในขณะที่รัฐบาลจังหวัดและเขตการปกครองของแคนาดามีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดหาทุนบริหารจัดการระบบและกำกับดูแลหน่วยงานผู้ให้บริการทางการแพทย์รวมทั้งความครอบคลุมด้านประกันสุขภาพโดยได้รับเงินอุดหนุนหรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่รวมอยู่ในโครงการ UHC เช่น การครอบคลุมยาตามใบสั่งแพทย์และการดูแลระยะยาว (LTC) รวมถึงการดูแลที่บ้าน

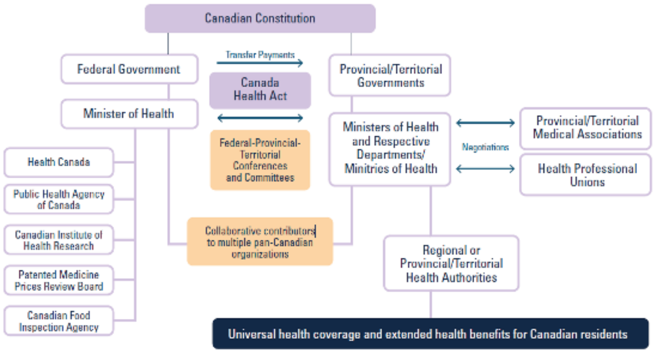
ซัสแคตเชวัน (Saskatchewan) เป็นจังหวัดแรกที่มีการดำเนินการตามแผนการประกันสุขภาพในโรงพยาบาล (universal hospital services plan) ในปี พ.ศ.2490 และในปีใกล้เคียง มีบริติชโคลัมเบียและอัลเบอร์ตา ที่มีการดำเนินงานในลักษณะเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2500 รัฐบาลกลางผ่านกฎหมายประกันสุขภาพในโรงพยาบาลและการบริการวินิจฉัยโรคในรัฐสภาปีพ.ศ.2505ซัสแคตเชวันได้ขยายความครอบคลุมไปถึงบริการด้านการแพทย์ และในปี พ.ศ. 2509 รัฐบาลกลางได้เผยแพร่พระราชบัญญัติการบริการทางการแพทย์โดยทุกจังหวัดต้องมีบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการ หรือเมดิแคร์ (Medicare) ภายในปี พ.ศ .2514ซึ่งต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตน1คนจะแบ่งเป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายสำหรับค่าแพทย์และจังหวัด

ในปีพ.ศ. 2527 รัฐบาลกลางได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารจัดการด้วยการออกกฎหมายสุขภาพของแคนาดา (Canada Health Act) ซึ่งเป็นกฎหมายที่กำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาลแพทย์และบริการทันตกรรมศัลยกรรมช่วงปีพ.ศ.2533จังหวัดต่างๆได้จัดตั้งหน่วยงานวางแผนระดับภูมิภาค (หน่วยงานด้านสุขภาพระดับภูมิภาค RHAs) ซึ่งรับผิดชอบในการจัดหาเงินทุนและการวางแผนโรงพยาบาลและบริการ LTC สำหรับประชากรในท้องถิ่น ทั้งนี้ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มไปสู่การรวมศูนย์การบริหารมากขึ้นเนื่องจากRHAถูกแทนที่ด้วยหน่วยงานในจังหวัดเดียว

แม้ว่าจังหวัดและเขตการปกครองจะมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการจัดหาเงินการส่งมอบและการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่รัฐบาลก็มีบทบาทเชิงกลยุทธ์ในการกำหนดมาตรฐานระดับประเทศสำหรับการรักษาพยาบาลการจัดหาเงินทุน การอำนวยความสะดวก การวิจัยและควบคุมยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์และการแพทย์อุปกรณ์

แคนาดาเป็นประเทศสหพันธรัฐตามรัฐธรรมนูญที่มีอำนาจอธิปไตย มีการแบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 2 ส่วน คือ รัฐบาลกลางและรัฐบาลส่วนภูมิภาค ยกเว้นเขตอำนาจศาลที่ครอบคลุมในโรงพยาบาลและสถาบันจิตเวชแม้ว่าดินแดนทางเหนือทั้งสาม (three northern territories) จะมีสถานะตามรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นหน่วยงานสาขาของรัฐบาลกลาง แต่ก็ได้รับมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางยังคงมีหน้าที่สำคัญในการกำกับการดำเนินงานในมิติที่สำคัญของเมดิแคร์ผ่านกฎหมายสุขภาพของแคนาดา (Canada Health Act) ซึ่งโดยหลักการแล้ว จังหวัดต่างๆต้องได้รับการถ่ายโอนอำนาจในการดูแลสุขภาพทั้งหมดแต่เนื่องจากการไม่มีการเก็บภาษีด้านสุขภาพจากการประกันตามการจ้างงานรัฐบาลกลางจึงยังให้เงินอุดหนุนโดยปริยายเพื่อสนับสนุนการประกันสุขภาพส่วนบุคคล (PHI) สำหรับบริการด้านสุขภาพและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

โครงสร้างระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพของแคนาดา



บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพของประเทศ เช่น

1.HealthCanada เป็นกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง มีบทบาทสำคัญในการกำกับ ดูแลด้านความปลอดภัยของอาหารและยา การกำกับอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี การรักษามาตรฐานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. Public Health Agency of Canada (PHAC) มีหน้าที่ด้านสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมและรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อและเรื้อรัง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ

2.2.4 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

แคนาดาไม่มีหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบวางแผนระดับชาติทั้งระบบ แต่มีหน่วยงานที่แตกต่างกันที่ดำเนินงานด้านต่าง ๆ เช่น โครงการแพน – แคนาดา (pan-Canadian initiatives) ดำเนินการจัดทำข้อตกลงระหว่างรัฐบาลคณะกรรมการและหน่วยงานที่ดำเนินการวางแผนเชิงกลยุทธ์ระดับสูงโดยส่วนใหญ่ดำเนินการเป็นรายประเด็นเช่นการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพบันทึกการเยียวยาทางอิเล็กทรอนิกส์ (EHRs) และการรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลการบริหาร เป็นต้น

รัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง จังหวัด (Provincial) และ เขตการปกครอง (Territorial governments) ได้มีการประชุมกันเป็นระยะ เพื่อกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานในประเด็นที่สนใจในบางครั้งรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะทำงานในประเด็นดังกล่าวอย่างไรก็ตามการวางแผนทั้งระบบส่วนใหญ่จะกระทำภายในกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัด (Provincial) และ เขตการปกครอง (Territorial governments) ซึ่งแต่ละแห่งมีนโยบายและหน่วยวางแผนของตนเองในจังหวัดที่เป็นภูมิภาคและเขตการปกครองมีการมอบหมายการวางแผนบางส่วนไปยังหน่วยงานด้านสุขภาพ

Public Health Agency of Canada (PHAC) ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ.2547 และในเดือนมิถุนายน 2555 รองหัวหน้าด้านสุขภาพของแคนาดาและหน่วยงานด้านสาธารณสุขของแคนาดาได้ลงนามในข้อตกลงกรอบความร่วมมือการบริการร่วมกันภายใต้ข้อตกลงนี้แต่ละองค์กรยังคงรับผิดชอบต่อชุดบริการภายในและหน้าที่ขององค์กรที่แตกต่างกันปัจจุบันภารกิจของ PHAC มุ่งเน้นไปที่การป้องกันโรคและการบาดเจ็บส่งเสริมสุขภาพกายและใจที่ดีและการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลให้ความสำคัญกับความเป็นเลิศทางวิทยาศาสตร์และเป็นผู้นำของประเทศในการตอบสนองต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพของประชาชนทั้งนี้ในส่วนของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบัน PHAC มีหน้าที่ในการประสานมิติการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเหตุฉุกเฉินระดับชาติตามที่ระบุไว้ในแผนการตอบสนองด้านสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง / จังหวัด / เขตการปกครอง (FPT)

แผนงานโครงการของ PHAC ปี 2562-2563 มุ่งเน้นไปที่ 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยการสนับสนุนโครงการในชุมที่จัดการกับสาเหตุของความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งการป้องกันปัญหาสำคัญต่อการป้องกันโรคเรื้อรังและการวิจัย เฝ้าระวังด้านสาธารณสุข ซึ่งแผนงานดังกล่าว จะนำไปสู่การลงนามมอบอำนาจของรัฐมนตรีในประเด็นของสถานการณ์วิกฤต opioid และสุขภาพจิต รวมถึงการพิจารณาการประเมินประสบการณ์ที่แตกต่างกันของผู้หญิงผู้ชายและคนที่ไม่ได้มีฐานสองต่อนโยบายโครงการและความคิดริเริ่มต่าง ๆ (GBA +) ทั้งนี้ แผนงานนี้ได้กำหนดผลลัพธ์เป้าหมายการดำเนินงานไว้ 3 ประการ คือ

ผลลัพธ์ที่ 1.1: ชาวแคนาดามีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้นเนื่องจากสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความเชื่อมโยงกันโดยพื้นฐาน:สุขภาพจิตที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงของสภาพร่างกายเรื้อรังและในทำนองเดียวกันภาวะทางกายเรื้อรังอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตประชากรบางกลุ่มมีแนวโน้มที่จะประสบกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดีแผนงานการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังจึงมีเป้าหมายที่จะเข้าถึงและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชากรเหล่านี้ โดยให้ความสำคัญกับผู้ที่เปราะบางที่สุด

ผลลัพธ์ที่1.2:ชาวแคนาดามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นซึ่งชาวแคนาดาควรเลือกพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวกเช่นการออกกำลังกายการลดกิจกรรมอยู่ประจำการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพการรักษาสุขภาพช่องปากที่ดีและการเลิกสูบบุหรี่เพื่อให้ชาวแคนาดาสามารถลดพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้รวมทั้งความเสี่ยงในการเป็นโรคเรื้อรังหรือปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตหากเป็นโรคเรื้อรังอยู่แล้วแผนงานการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง จึงมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกที่หลากหลายในชาวแคนาดา

ผลลัพธ์ที่ 1.3: ป้องกันโรคเรื้อรังได้ โรคเรื้อรังและการบาดเจ็บเป็นความท้าทายด้านสุขภาพสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญสำหรับแคนาดาและเชื่อมโยงกับอายุขัยที่สั้นลงและคุณภาพชีวิตที่ลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประชากรที่สูงวัยอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับการไม่ออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพรวมทั้งโรคอ้วนที่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคเรื้อรังหลายชนิดแผนงานการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังจึงมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาใหม่ๆสำหรับความท้าทายที่ซับซ้อนเหล่านี้

2.การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเพื่อปกป้องชาวแคนาดาจากโรคติดเชื้อ (เช่น Human Immuno de ficiency Virus [HIV] อีโคไลโรคหัด) โดยการทำนาย การตรวจจับ การประเมินและการตอบสนองต่อการระบาดและภัยคุกคามใหม่ๆ และมีส่วนช่วยในการป้องกันควบคุมและลดการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อในชาวแคนาดาโดยแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อจะนำไปสู่การลงนามมอบอำนาจของรัฐมนตรีในประเด็นของการเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนและการประเมินประสบการณ์ที่แตกต่างกันของผู้หญิงผู้ชายและคนที่ไม่ได้มีฐานสองต่อนโยบายโครงการและความคิดริเริ่มต่าง ๆ (GBA +) ทั้งนี้ แผนงานนี้ได้กำหนดผลลัพธ์เป้าหมายการดำเนินงานไว้ 3 ประการ คือ

ผลลัพธ์ที่ 2.1: ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อได้ เน้นการดำเนินงานใน 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1) การฉีดวัคซีน เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการปกป้องประชาชนจากภัยคุกคามของโรคต่าง ๆ โดยได้ร่วมมือกับรัฐบาลกลางรัฐบาลจังหวัด เขตการปกครอง สถาบันการศึกษาและสมาคมวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน

2)การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อในกระแสเลือด(STBBI)การป้องกันการตรวจหาและการรักษา STBBIเป็นสิ่งสำคัญในประเทศและระดับโลกและแคนาดาเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามระดับโลกในการกำจัดการติดเชื้อเหล่านี้ภายในปี 2573

3)การดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR)การดื้อยาของแบคทีเรียต่อยาปฏิชีวนะที่เพิ่มขึ้นเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลกซึ่งอยู่ระหว่างการประสานการดำเนินงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ภายใต้แนวทาง "One Health” เพื่อต่อสู้กับความท้าทายนี้

4)ข้อมูลและการแบ่งปันข้อมูลเป็นส่วนสำคัญในการแจ้งกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อตามหลักฐานโดยPHACมีบทบาทสำคัญในการประสานงานและแบ่งปันข้อมูลระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนมาตรการด้านสาธารณสุข

5)การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและโรคติดเชื้อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีแนวโน้มที่จะผลักดันให้เกิดโรคติดเชื้อที่ส่งผ่านมาจากยุงและเห็บในแคนาดาเพิ่มขึ้นPHACมีบทบาทด้านสาธารณสุขในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรครวมทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ประชาชนทราบถึงความเสี่ยงและมาตรการในการป้องกัน

ผลลัพธ์ที่ 2.2: โรคติดเชื้อการระบาดและภัยคุกคามเตรียมพร้อมสำหรับและตอบสนอง การสอบสวนโรคที่รวดเร็ว และแม่นยำถือเป็นหน้าที่หลักด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เครื่องมือความเชี่ยวชาญและมาตรการเพื่อให้สามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ซึ่ง PHAC ได้มุ่งเน้นที่ความพร้อมของทรัพยากรเพื่ออำนวยความสะดวกในการเฝ้าระวัง ป้องกันและสอบสวนโรคในระยะเริ่มต้นรวมถึงประสานงานทันเวลาและการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ เน้นการดำเนินงานใน 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1) ความเป็นผู้นำทางวิทยาศาสตร์และความสามารถในห้องปฏิบัติการโดยการเพิ่มประสิทธิภาพความสามารถในห้องปฏิบัติการระดับชาติและมอบความเป็นผู้นำด้านวิทยาศาสตร์และบริการเพื่อทดสอบเชื้อโรคใหม่ ๆ ที่เป็นปัญหาในระดับชาติและระดับนานาชาติ

2)วัณโรคยังคงส่งผลกระทบต่อบุคคลครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งชนพื้นเมืองและชาวแคนาดาที่เกิดในต่างประเทศยังคงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นสำหรับโรคนี้

3) โรคที่เกิดจากอาหาร โดยสนับสนุนการสอบสวนการระบาดของโรคที่เกิดจากอาหาร การวิเคราะห์แนวโน้มการเจ็บป่วยที่เกิดจากอาหาร เพื่อเพิ่มความปลอดภัยทางอาหารให้มากขึ้น

3. หลักประกันสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและเหตุฉุกเฉิน (เช่น น้ำท่วม ไฟป่า และการระบาด เช่น โรคไข้ซิกา และอีโบลา) การจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องการใช้เชื้อโรคและสารพิษ รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง โดยแผนหลักประกันสุขภาพ จะนำไปสู่การลงนามมอบอำนาจของรัฐมนตรี และการประเมินประสบการณ์ที่แตกต่างกันของผู้หญิงผู้ชายและคนที่ไม่ได้มีฐานสองต่อนโยบายโครงการและความคิดริเริ่มต่าง ๆ (GBA +) ทั้งนี้ แผนงานนี้ ได้กำหนดผลลัพธ์เป้าหมายการดำเนินงานไว้ 3 ประการ คือ

ผลลัพธ์ที่ 3.1: เหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและภาวะฉุกเฉินได้รับการเตรียมพร้อมและตอบสนองอย่างมีประสิทธิผล

ผลลัพธ์ที่3.2:ความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการใช้เชื้อโรคและสารพิษจะลดลง เชื้อโรคและสารพิษก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชาวแคนาดาเนื่องจากสามารถทำให้เกิดโรคหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งเชื้อโรคและสารพิษได้ถูกใช้ในภาคส่วนต่าง ๆ ของแคนาดาเพื่อวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันมากมายรวมถึงการสอนและการวิจัยในมหาวิทยาลัยการตรวจวินิจฉัยโรคที่โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขและการพัฒนาวัคซีนในอุตสาหกรรมยา PHAC จึงต้องควบคุมการใช้เชื้อโรคและสารพิษของมนุษย์และสัตว์บกเพื่อปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน

ผลลัพธ์ที่ 3.3: ความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางลดลงโดยแจ้งให้นักท่องเที่ยวทราบถึงวิธีป้องกันตนเองจากความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง ทำงานร่วมกับอุตสาหกรรมการขนส่งผู้โดยสาร เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับน้ำอาหารและสุขอนามัยรวมทั้งทำงานร่วมกับพันธมิตรชายแดนเพื่อจำกัดการแพร่กระจายความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน

ทั้งนี้ จากแผนงาน/โครงการดังกล่าว ได้กำหนดตัวชี้วัดของแต่ละผลลัพธ์ไว้ดังนี้

2.2 ประเทศแคนาดา

ตัวชี้วัดแผนงาน/โครงการ ปี พ.ศ. 2562-2563

แผนงาน/โครงการ	ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด
1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง	1.1: ชาวแคนาดามีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น	1. ร้อยละของเด็กที่มีรายได้น้อยมีสุขภาพดีหรือดีเยี่ยม 2. ร้อยละของประชากรมีสุขภาพจิตดี
	1.2: ชาวแคนาดามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น	1. ร้อยละของการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (นาที/วัน) ในผู้ใหญ่ 2. ร้อยละของการมีกิจกรรมทางกายโดยเฉพาะของเด็ก/เยาวชนเพิ่มขึ้น
	1.3: ป้องกันโรคเรื้อรังได้	1. ร้อยละของผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ของชาวแคนาดา 3. ร้อยละของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วน 4. ร้อยละของเด็กและเยาวชนที่เป็นโรคอ้วน
2. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ	2.1: ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อได้	1. ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปีที่ได้รับการฉีดวัคซีนที่แนะนำทั้งหมด 2. สัดส่วนของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในเด็กอายุ 2 ปี เป็นไปตามเป้าหมายของประเทศ 3. อัตราผู้ป่วย HIV รายใหม่ต่อประชากร 100,000 คน 4. อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่สำคัญในประชาชนในโรงพยาบาล
	2.2: โรคติดเชื้อการระบาดและภัยคุกคามเตรียมพร้อมสำหรับและตอบสนอง	1. ร้อยละของการระบาดของโรคที่เกิดจากอาหาร ได้รับการตอบสนองภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับแจ้ง 2. ร้อยละของเชื้อโรคใหม่ที่เป็นปัญหาระหว่างประเทศที่สามารถทำการทดสอบได้อย่างแม่นยำ
3. หลักประกันสุขภาพ	3.1: เหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและภาวะฉุกเฉินได้รับการเตรียมพร้อมและตอบสนองอย่างมีประสิทธิผล	1. ความพร้อมของประเทศในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและเหตุฉุกเฉินตามที่องค์กรอนามัยโลกประเมิน 2. ร้อยละของคำขอความช่วยเหลือระดับจังหวัดและเขตการปกครองที่ตอบกลับภายในระยะเวลาที่กำหนด
	3.2: ความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการใช้เชื้อโรคและสารพิษจะลดลง	1. ร้อยละของปัญหาการปฏิบัติตามข้อกำหนดในห้องปฏิบัติการ ตอบสนองได้สำเร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด
	3.3: ความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางลดลง	1. ความสามารถของประเทศในการตอบสนองด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ณ จุดที่ผ่านแดน 2. ร้อยละของผู้ประกอบการขนส่งผู้โดยสารที่ตรวจสอบแล้วว่าตรงตามข้อกำหนดด้านสาธารณสุข

2.3.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

ประเทศฟินแลนด์มีชื่อเรียกอย่างเป็นทางการว่า สาธารณรัฐฟินแลนด์ (Republic of Finland) เป็นประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป ตั้งอยู่ทางตะวันออกเฉียงเหนือของทวีปยุโรป มีพื้นที่รวม 338,145 ตร.กม. มีเขตแดนด้านตะวันตกเฉียงใต้จรดทะเลบอลติกทางด้านใต้จรดอ่าวฟินแลนด์ทางตะวันตกจรดอ่าวบอทเนีย ฟินแลนด์มีชายแดนติดกับประเทศสวีเดน นอร์เวย์ และรัสเซีย เมืองหลวงและเมืองที่ใหญ่ที่สุด คือ เฮลซิงกิ เมืองสำคัญอื่น ๆ ได้แก่ เอสโป วันตา ตัมเปเร โอวลุ และตุรกี

2) ลักษณะประชากร

สาธารณรัฐฟินแลนด์ มีประชาชนประมาณ 5.5 ล้านคน (ประมาณเดือนกรกฎาคม 2563) อยู่อันดับที่ 116 ของโลก มีความหนาแน่นของประชากรอยู่ที่ราว 17 คนต่อตารางกิโลเมตร ประชากรของฟินแลนด์กระจุกตัวอยู่ทางตอนใต้ของประเทศ ในจังหวัดอูซิมาซึ่งเป็นที่ตั้งของเมืองหลวงมีความหนาแน่น 30 คนต่อตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 – 54 ปี ร้อยละ 37.73

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ฟินแลนด์มีระบบเศรษฐกิจแบบตลาดเสรีอุตสาหกรรมสูงโดยส่วนใหญ่มี GDP ต่อหัวเกือบจะสูงเท่าของออสเตรียและเนเธอร์แลนด์และสูงกว่าเยอรมนีและเบลเยียมเล็กน้อยการค้ามีความสำคัญโดยการส่งออกคิดเป็นสัดส่วนกว่า 1 ใน 3 ของ GDP ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา รัฐบาลเปิดรับและดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อดึงดูดการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ

ในอดีตฟินแลนด์มีการแข่งขันด้านการผลิตโดยเฉพาะในอุตสาหกรรมไม้โลหะวิศวกรรมโทรคมนาคมและอิเล็กทรอนิกส์ ฟินแลนด์มีความเชี่ยวชาญในการส่งออกเทคโนโลยีรวมถึงการส่งเสริมสตาร์ทอัพในภาคเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ฟินแลนด์นำเข้าวัตถุดิบพลังงานและส่วนประกอบบางอย่างสำหรับสินค้าที่ผลิตขึ้น ยกเว้นไม้และแร่ธาตุหลายชนิด เนื่องจากสภาพอากาศที่หนาวเย็นการพัฒนาการเกษตรจึงจำกัดอยู่ที่การรักษาความพอเพียงในผลิตภัณฑ์พื้นฐาน ป่าไม้ซึ่งเป็นอุตสาหกรรมส่งออกที่สำคัญเป็นอาชีพรองสำหรับชาวชนบท

ฟินแลนด์เป็นหนึ่งในประเทศที่มีเศรษฐกิจที่มีผลการดำเนินงานดีที่สุดในสหภาพยุโรปก่อนปี 2552 ธนาคารและตลาดการเงินหลีกเลี่ยงวิกฤตการเงินโลกที่เลวร้ายที่สุดได้ อย่างไรก็ตามการชะลอตัวของโลกส่งผลกระทบต่อการส่งออกและอุปสงค์ภายในประเทศอย่างหนักในปีนั้นทำให้เศรษฐกิจของฟินแลนด์หดตัวตั้งแต่ปี 2555 ถึง 2557 ภาวะเศรษฐกิจถดถอยส่งผลกระทบต่อการเงินทั่วไปของรัฐบาลและอัตราส่วนหนี้สิน เศรษฐกิจกลับมาเติบโตในปี 2559 โดยมี GDP เพิ่มขึ้น 1.9% ก่อนที่จะเติบโตประมาณ 3.3% ในปี 2560 โดยได้รับแรงหนุนจากการลงทุนการบริโภคภาคเอกชนและการส่งออกสุทธิที่เพิ่มขึ้นอย่างแข็งแกร่ง นักเศรษฐศาสตร์ชาวฟินแลนด์คาดว่า GDP จะเติบโตในอัตรา 2-3% ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

4) ลักษณะทางการเมือง

ฟินแลนด์มีรูปแบบการปกครองแบบสาธารณรัฐระบอบประชาธิปไตยกึ่งประธานาธิบดี มีรัฐสภา และมีประธานาธิบดีเป็นประมุขของประเทศ นายกรัฐมนตรีมีหน้าที่บริหารประเทศ แบ่งการปกครองออกเป็น 6 จังหวัด ได้แก่ ฟินแลนด์ใต้ (Southern Finland) ฟินแลนด์ตะวันออก (Eastern Finland) ฟินแลนด์ตะวันตก (Western Finland) โอวลุ (Oulun) แลปแลนด์ หรือ ลัปปิ (Lapland, Lappi) และโอลันด์ (Aland) มีเมืองหลวงคือ กรุงเฮลซิงกิ (Helsinki)

2.3.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

1) ระบบสุขภาพ (health System)

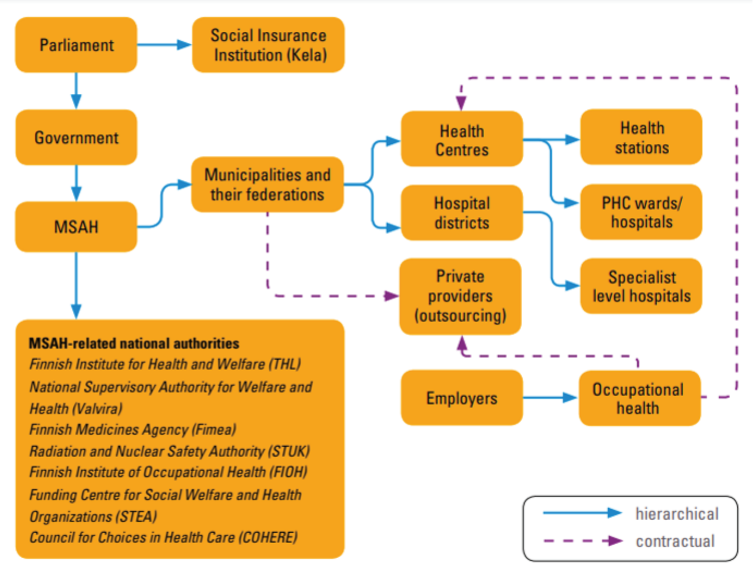
ระบบสุขภาพของฟินแลนด์ประกอบด้วยหลายภาคส่วนมีความซับซ้อนและมีการกระจายอำนาจในการดูแลพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้คนไปสู่ระดับท้องถิ่นมีแหล่งเงินทุนหลายช่องทาง เทศบาล ภาคเอกชน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance (NHI) system) และนายจ้างเป็นผู้ดำเนินการหลักในระบบสุขภาพบทบาทของรัฐคือดูแลและควบคุมการทำงานของระบบผ่านกฎหมายพระราชกฤษฎีกาและการจัดหาข้อมูลและมีองค์กรดำเนิน บทบาทของรัฐโดยกระทรวงสวัสดิการสังคมและสุขภาพ (Ministry of social affairs and health : MSAH) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ดูแลและควบคุมการทำงานของระบบผ่านกฎหมาย พระราชกฤษฎีกา และการบริหารจัดการข้อมูล ดังภาพ

เทศบาลจำนวนกว่า 300 เทศบาล (หน่วยงานท้องถิ่น) รับผิดชอบในการจัดบริการขั้นพื้นฐานเช่นการศึกษาการดูแลสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้อยู่อาศัยในท้องถิ่นกองทุนเทศบาลมีบทบาทในการจัดบริการปฐมภูมิ และจัดตั้งเขตโรงพยาบาล 20 แห่งร่วมกัน เพื่อจัดหางบประมาณในการดูแลโรงพยาบาลในระดับประเทศกระทรวงสวัสดิการสังคมและสุขภาพมีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาและดำเนินการปฏิรูปและนโยบายด้านสุขภาพโดยอาศัยเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาในการทำงานอย่างกว้างขวาง (Ministry of social affairs and health and related authorities, 2554)

เงินทุนสำหรับการดูแลสุขภาพมาจากเทศบาลที่มีสิทธิในการเสียภาษีและโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance (NHI) scheme) ตามกฎหมาย ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันประกันสังคมซึ่งขึ้นต่อรัฐสภา NHI เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดหายาค่าเดินทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและเงินช่วยเหลือกรณีเจ็บป่วยและการคลอดบุตร สำหรับผู้ป่วยนอกนอกจากนี้ยังให้เงินอุดหนุนการดูแลด้านอาชีวอนามัยอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากนายจ้างในฟินแลนด์มีหน้าที่จัดระเบียบและให้บริการด้านสุขภาพสำหรับพนักงานของตนและ NHI ครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพของนายจ้างประมาณครึ่งหนึ่งนอกจากนี้ NHI ยังชดใช้บริการบางส่วนที่จัดให้ในภาคเอกชนโดยส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้ป่วยนอก

โครงสร้างที่แตกต่างของระบบสุขภาพนี้ได้รับการยอมรับว่าสามารถปรับให้เข้ากับความต้องการของประชากรที่กระจัดกระจายและเป็นส่วนทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันและไร้ประสิทธิภาพ (Couffinhal et al., 2016) การปฏิรูปที่สำคัญกำลังอยู่ระหว่างการหารือโดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพและสังคมในเขตที่มีศูนย์กลางมากขึ้นด้วยการจัดหาเงินทุนสำหรับผู้ชำระเงินเพียงรายเดียว (State of Health in the EU Finland Country Health Profile, 2560)

ภาพรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศฟินแลนด์



ที่มา : Health Systems in Transition Finland: health system review (WHO, 2563)

การเงินด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Financing) : ประชาชนทุกคนในประเทศฟินแลนด์ได้รับบริการด้านสุขภาพในทุกกลุ่มอาชีพและทุกกลุ่มรายได้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 74 ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณะ ประมาณ 3 ใน 5 ของงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณะมาจากการจ้างงานภาคบังคับและการจัดเก็บภาษีโดยสถาบันประกันสังคม (National Health Insurance : NHI) อีกส่วนหนึ่งมาจากอำนาจในการจัดเก็บภาษีและกำหนดค่าใช้จ่ายของประชาชนในชุมชน (สูงสุดที่ระบุไว้ในระดับประเทศ) ของเทศบาล ในขณะที่อีกประมาณร้อยละ 30 ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐ การสนับสนุนเงินอุดหนุนของรัฐบาลกลางในการดูแลสุขภาพของเทศบาลจะพิจารณาจากจำนวนประชากร โครงสร้างอายุ และสถิติการเจ็บป่วย ประกอบกับปัจจัยอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศฟินแลนด์มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ9.0ของผลิตภัณฑ์มวลรวมด้านสุขภาพ (GDP) (ลดลงจากร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2558) โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายภาครัฐ ร้อยละ 7.0 ตามเกณฑ์ต่อหัวการใช้จ่ายด้านสุขภาพในฟินแลนด์สูงถึง 3,828 ยูโรต่อคนในปี 2561 (ปรับตามความแตกต่างของกำลังซื้อ)ซึ่งเป็นระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของสหภาพยุโรปเล็กน้อย (OECD Health expenditure and financing, 2020)

การประกันสุขภาพส่วนบุคคล (Private health insurance) : ประชากรในประเทศฟินแลนด์ใช้เงินทุนส่วนตัวสำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าประเทศส่วนใหญ่ในสหภาพยุโรปในปี2558ประเทศฟินแลนด์มีค่ารักษาพยาบาลที่ประชาชนจ่ายเองเฉลี่ย 718 ยูโร เพิ่มขึ้นจาก 417 ยูโรในปี พ.ศ. 2543 คิดเป็นร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการซื้อยาและใช้บริการด้านทันตกรรมในขณะที่การประกันสุขภาพแบบสมัครใจคิดเป็นร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (State of Health in the EU Finland Country Health Profile, 2560)

2) ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery system)

จุดมุ่งหมายของการดูแลสุขภาพในฟินแลนด์คือการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ ความเป็นอยู่ การทำงาน ความสามารถในการทำงานและความมั่นคงทางสังคมของประชาชนตลอดจนลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ ระบบนี้ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและดำเนินการอย่างดี

บริการปฐมภูมิ: ฟินแลนด์แบ่งออกเป็น450เทศบาล เทศบาลแต่ละแห่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้อยู่อาศัยการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้บริการโดยสถานีอนามัยที่จัดตั้งโดยเทศบาลเดียวหรือร่วมกันโดยเทศบาลใกล้เคียง ปัจจุบันมีศูนย์บริการสุขภาพ 150 แห่งที่ให้บริการด้านสุขภาพขั้นต้นเนื้อหาของบริการสาธารณสุขมูลฐานถูกกำหนดโดยกฎหมายและประกอบด้วยการให้บริการตรวจสุขภาพของประชากร

- การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพรวมถึงคำแนะนำด้านสุขภาพและการคุมกำเนิด
- คลินิกคลอดบุตรและสงเคราะห์เด็ก
- การดูแลสุขภาพโรงเรียนและนักเรียน
- การตรวจคัดกรองโรคเฉพาะและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ
- บริการสุขภาพช่องปาก
- บริการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด
- การนัดหมายของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ
- เหตุฉุกเฉินและการรักษาอุบัติเหตุ
- การดูแลผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาล
- บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การให้บริการเหล่านี้เทศบาลมีสิทธิซื้อบริการจากเทศบาลอื่นหรือจากภาคเอกชนการบริการของศูนย์สุขภาพรวมถึงการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และการดูแลทันตกรรมการดูแลเชิงป้องกันและการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมศูนย์สุขภาพมีคลินิกคลอดบุตรและเด็กและจัดบริการโรงเรียนและอาชีวอนามัย

เทศบาลของฟินแลนด์ได้เปลี่ยนจากระบบการรักษาพยาบาลหลัก เป็นระบบหมอประจำครอบครัว (Family Doctor System) แพทย์ประจำครอบครัวแต่ละคนรับผิดชอบคนไข้ประมาณ 2,000 คน จุดมุ่งหมายคือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อแพทย์ประจำตัว และมีความต้องการในการรักษาที่ประเมินภายในสามวันทำการ ระบบนี้ได้พิสูจน์แล้วว่าประสบความสำเร็จอย่างมากประโยชน์ของความสัมพันธ์ในการรักษาระยะยาว (Long-term treatment Relationship) ได้แก่การลดความจำเป็นในการตรวจในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลนอกจากนี้ยังมีการดูแลผู้ป่วยนอกโดยสถานประกอบการภาคเอกชนซึ่งนายจ้างมีภาระผูกพันที่จะต้อง

ผ่านศูนย์สุขภาพของเทศบาลหรือผู้ปฏิบัติงานเอกชน แพทย์ชาวฟินแลนด์ประมาณร้อยละ 4 ทำงานด้านอาชีวอนามัยโดยให้บริการทั้งด้านการป้องกันและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Overview of the Healthcare System in Finland, 2550)

การดูแลอาชีวอนามัย : จุดมุ่งหมายของการดูแลอาชีวอนามัยคือเพื่อส่งเสริมความพยายามร่วมกันของนายจ้างลูกจ้างและผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยที่เกี่ยวข้อง (Finnish Institute of Occupational Health) ในการดูแล (1) สุขภาพของพนักงานรวมทั้งความสามารถในการทำงานและการทำงานในช่วงต่างๆของชีวิตการทำงาน (2) ป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน (3) สุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงานและสภาพแวดล้อมในสถานประกอบการ (4) ข้อปฏิบัติของสถานประกอบการในชุมชน

ระบบบริการอาชีวอนามัย (The occupational health services : OHS) คือการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันปัญหาที่เกิดจากการทำงานที่นายจ้างมีหน้าที่จัดให้มีขึ้นตามกฎหมายพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพอาชีวอนามัยปี 2521 (Occupational Health Care Act) (ปฏิรูปในปี 2544) และพระราชกฤษฎีกาของรัฐบาลที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้หนึ่งในพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักการของการปฏิบัติงานอาชีวอนามัยที่ดี (GOHP) นายจ้างอาจจัดการดูแลรักษาโดยสมัครใจ สถานีอนามัยของเทศบาล (Municipal health centres) มีหน้าที่ให้บริการด้านอาชีวอนามัยสำหรับ บริษัท และผู้ประกอบการที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล นอกจากนี้นายจ้างอาจจัดบริการด้านอาชีวอนามัยของตนเองโดยอิสระ (integrated OHS) หรือดำเนินการร่วมกับนายจ้างรายอื่น (โดยปกติจะอยู่ในรูปแบบของสมาคม) หรือโดยการรับบริการจากหน่วยงานอื่นที่มีสิทธิ์ในการให้บริการอาชีวอนามัย (โดยปกติจะเป็นคลินิกส่วนตัว) ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาส่วนแบ่งของหน่วยอาชีวอนามัยแบบบูรณาการในกลุ่มผู้ให้บริการลดลงและคลินิกเอกชนเพิ่มขึ้น การให้บริการด้านอาชีวอนามัยที่ศูนย์บริการสาธารณสุข (Public health centres) ได้รับการจัดให้เป็นสาธารณูปโภคของเทศบาลและบริษัทมากขึ้นสถาบันประกันสังคมของฟินแลนด์ (The Finnish Social Insurance Institution: Kela) เป็นองค์กรที่ดูแลเรื่องการคืนเงินให้นายจ้างสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลอาชีวอนามัยเชิงป้องกันนอกจากนี้ยังชดใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาอายุรกรรมทั่วไปและค่าดูแลสุขภาพอื่น ๆ

การดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง: โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในฟินแลนด์เป็นของสาธารณะซึ่งเป็นของเทศบาลหรือหน่วยงานเทศบาลร่วมโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลกลางของเขตโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็น 20 เขต โรงพยาบาลแต่ละแห่งให้คำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและดูแลประชากรหน่วยงานเทศบาลในท้องถิ่นมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดหาเงินทุนสำหรับการรักษาผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ของตนโรงพยาบาลแต่ละเขตมีโรงพยาบาลกลางที่มีแผนกเฉพาะทางฟินแลนด์มีโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย 5 แห่งสิ่งเหล่านี้ให้การดูแลทางการแพทย์ขั้นสูงสุดรวมถึงการผ่าตัดเฉพาะทางและการรักษาโรคหายากโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยยังมีหน้าที่หลักในการฝึกอบรมทางคลินิกของนักศึกษาแพทย์และเพื่อการวิจัยทางการแพทย์เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในประเทศอื่น ๆ จำนวนเตียงในโรงพยาบาลในฟินแลนด์ค่อนข้างสูง

มีแนวโน้มในการลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลโดยการให้คะแนนการดูแลซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงจะได้รับการรักษาในศูนย์ดูแลผู้ป่วยนอกและศูนย์สุขภาพและผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่รุนแรงมากขึ้น วิธีอื่น ๆ ในการลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลได้แก่การแนะนำการรักษาด้วยการผ่าตัดระยะสั้นและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเช่นผู้ที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชเพื่อรับการดูแลผู้ป่วยนอกจำนวนหน่วยฉุกเฉินก็ลดลงเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายและลดภาระงานของแพทย์

2.2.3 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

เมืองเฮลซิงกิประเทศฟินแลนด์เป็นประเทศเจ้าภาพในการจัดการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 8 ระหว่างวันที่ 10-14 มิถุนายน 2556 โดยมีวาระ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (Health in al policy:HiAP)" เป็นประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพของประเทศสมาชิกสรุปเป้าหมายหลักทั้งในด้านสังคมสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) และการกระจายอำนาจของรัฐบาลทุกระดับเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศฟินแลนด์ที่มีการกระจายอำนาจการดูแลสุขภาพประชาชนไปสู่ท้องถิ่นโดยรัฐบาลเป็นผู้ดูแลและกำกับติดตามเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพคือการลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพระดับเทศบาลและท้องถิ่น

ในปีพ.ศ.2011กระทรวงสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพกำหนดทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ไว้ 3 ประเด็นดังนี้

1.ความเข้มแข็งของสวัสดิการพื้นฐาน (A strong foundation for welfare) ประกอบด้วยกลยุทธ์ ดังนี้

- ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพและสวัสดิการ (Health and welfare in all policies)

-การทำงานได้ยาวนานขึ้นด้วยความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงาน (Longer working careers through wellbeing at work)

- การสร้างสมดุลในด้านต่าง ๆ ของชีวิต (Balancing the various areas of life)

- การจัดหาเงินทุนเพื่อการคุ้มครองทางสังคมอย่างยั่งยืน (Sustainable social protection financing)

o ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

- อัตราการเกิด (Birth rate)

- อายุคาดเฉลี่ย (Life expectancy)

-การรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรวัยทำงาน (Perceived health among people of working age)

- ร้อยละของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน (Percentage of overweight people in the population)

- การบริโภคแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption)

- ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ทุกวัน (Percentage of people who smoke daily)

- ความครอบคลุมของการดูแลอาชีวอนามัย (Coverage of occupational health care)

-การขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย(Absences from work due to illness)

- อุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational accidents)

-ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของหน่วยงานท้องถิ่น(Percentage of social welfare and health care expenditure in total local authority spending)

2.การเข้าถึงสวัสดิการพื้นฐาน (Access to welfare for all)

-ลดความแตกต่างด้านสวัสดิการและสุขภาพ(Reduce differentials in welfare and health)

-การบริการที่มุ่งเน้นผู้รับบริการ(Customer-oriented services)

- ปรับปรุงรูปแบบโครงสร้างบริการและขั้นตอนการปฏิบัติงาน (New service structures and operating practices)

- ความเข้มแข็งของการรวมกันทางสังคม (Strong sense of social inclusion)

o ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

-อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ35ปีจำแนกตามระดับการศึกษา (Average life expectancy for a person aged 35, differences by educational attainment)

-ความพร้อมของการบริการ (Availability of services)

-ความครอบคลุมของบริการสาธารณะสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป

-บุคลากรด้านสวัสดิการสังคมและการบริการด้านสุขภาพ (Personal in social welfare and health care services)

-สิทธิประโยชน์และบริการสำหรับครอบครัวที่เด็ก (Benefits and services for families with children)

3. การมีสุขภาพดีและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยปลอดภัย (A healthy and safe living environment)

- การสร้างเสริมการทำงานด้านสิ่งแวดล้อม (Strengthen the viability of the environment) การปรับปรุงคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ระหว่างกระทรวง และภาคการบริหาร ความร่วมมือระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่น หน่วยงานท้องถิ่นต้องคำนึงถึงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิการที่ดีขึ้น ในการวางแผนการตัดสินใจและการตรวจสอบชุมชนความร่วมมือระหว่างเทศบาลในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีความร่วมมือระหว่างภาคส่วนและระหว่างประเทศเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนจากอากาศดินน้ำหรืออาหาร

- สร้างความมั่นใจว่าสังคมสามาถทำงานต่อเนื่องได้ภายใต้สถานการณ์พิเศษ (Ensure that society can continue to function under exceptional circumstances)

o ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

-ความพร้อมของทรัพยากรในการคุ้มครองสุขภาพของหน่วยงานท้องถิ่น (Health protection resources of local authorities)

- การเกิดอุบัติเหตุในบ้านและในเวลาว่าง (Accidents in the home and in leisure time)

-โรคระบาดและความเจ็บป่วยที่เกิดจากน้ำใช้ในครัวเรือน (Epidemics and illnesses caused by household water)

- ระดับของสารพิษจากสิ่งแวดล้อมในน้ำนมแม่ (Levels of environmental toxins in mother's milk)

เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ของนโยบายสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบรรลุสังคมที่ยั่งยืนโดยสมาชิกทุกคนได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกันทางสังคมการรวมและส่งเสริมสุขภาพและความสามารถในการทำงานซึ่งสังคมที่ยั่งยืนประกอบด้วย (1)การปฏิบัติต่อสมาชิกทุกคนอย่างยุติธรรมและเท่าเทียมกันตอกย้ำการมีส่วนร่วมและความรู้สึกของชุมชน(2)ส่งเสริมสุขภาพและความสามารถในการทำงานของประชากรและ(3)ให้ความปลอดภัยและบริการที่จำเป็น

ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ยั่งยืนในปี 2563 : ในปี พ.ศ. 2563 ฟินแลนด์จะเป็นสังคมที่เหนียวแน่น มีชีวิตชีวาและความเป็นอยู่ที่ดีอย่างยั่งยืน (A cohesive society and sustainablewellbeing)พื้นฐานการพัฒนาที่สมดุลของสังคมคือ ความเท่าเทียมกันของมนุษย์ ทั้งทางวัตถุและจิตวิญญาณ ความเป็นอยู่ที่ดี ความเสมอภาคทางเพศและความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบนิเวศ ที่สามารถพัฒนาได้อย่างยั่งยืน ในทางสังคมจำเป็นต้องมีระบบประกันสังคมจากการทำงาน เพื่อช่วยผู้คนรับมือกับสถานการณ์เสี่ยงในชีวิต ทุกคนมีสิทธิได้รับสุขภาวะทางสังคมรวมถึงสุขภาพที่ดีที่สุด สังคมสวัสดิการตอบสนองเป้าหมายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ การพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นรากฐานสำหรับสังคมสวัสดิการ ในขณะที่ประกันสังคมตอกย้ำความสมดุลระหว่างสังคมและเศรษฐกิจเมื่อให้ความสำคัญอย่างถูกต้องความมั่นคงทางสังคมเป็นส่วนสำคัญในสังคมของประเทศฟินแลนด์ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี 2563 ประกอบด้วย

1) การรวมผู้คนอย่างแข็งขัน (Active inclusion of people) โดยสร้างบุคคลที่จริงใจและมีความรับผิดชอบ การไม่เลือกปฏิบัติและความรู้สึกของชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีส่วนบุคคล

2) บูรณาการการให้บริการและผลประโยชน์ (Integrated Service and Benefit) ลดความไม่เท่าเทียมกันในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ประกันสังคมที่ครอบคลุมที่ส่งเสริมบุคคลในทุกสถานการณ์และบริการและมอบสิทธิประโยชน์ตามความต้องการ

3. สภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและการทำงานที่ปลอดภัยและมีสุขภาพดี (Safe and Healthy Living and Working Environment) ชีวิตประจำวันที่ปลอดภัยและมีความหมาย ตาข่ายนิรภัยและความปลอดภัย และชุมชนมีสถานที่ที่ดีต่อสุขภาพ

4. ความยั่งยืนทางการเงิน (Financial sustainability) อัตราการจ้างงานที่สูงและมีความยั่งยืนทางประชากร การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการดูแลสังคมและการเติบโตทางเศรษฐกิจในภายใต้ความเป็นอยู่ที่ดี

5. ความเป็นอยู่ที่ดีท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของการทำงานและการประกอบอาชีพ (Wellbeing in work transformation) ความสามารถในการทำงานและหน้าที่ดีขึ้น ประกอบอาชีพได้ยาวนานขึ้น และมีการต่ออายุทักษะในภาคสุขภาพและการดูแลสังคมอย่างต่อเนื่อง

2.2.4 ประเด็นขับเคลื่อนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศฟินแลนด์

1. ผู้สูงอายุ (Ageing)

ฟินแลนด์เป็นประเทศเก่าแก่ที่สุดแห่งหนึ่งในยุโรป และโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของฟินแลนด์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากชาวฟินแลนด์มีอายุยืนยาวขึ้นในเวลาเดียวกันกับที่อายุของมารดาที่คลอดบุตรครั้งแรกเพิ่มขึ้นและอัตราการเกิดลดลง ประชากรที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2489 ถึง พ.ศ. 2492 จะก่อให้เกิดความท้าทายเฉพาะต่อระบบบริการ ส่วนแบ่งของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 26 ภายในปี 2573 และเป็นร้อยละ 29 ภายในปี 2603 ทำให้ฟินแลนด์มีนโยบายการปฏิรูปสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพและบริการสำหรับผู้สูงอายุจะได้รับการพัฒนาใหม่เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุพร้อมกับการแก้ไขโครงสร้างการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- สร้างบริการที่เท่าเทียมกันมีการประสานงานและบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ
- สร้างความมั่นใจในการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี โดยการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ
- ปรับปรุงการจัดสรรการดูแลที่บ้านและบริการอื่น ๆ ที่สนับสนุนการใช้ชีวิตที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ
- กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อสนับสนุนสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดูแลนอกระบบและครอบครัว

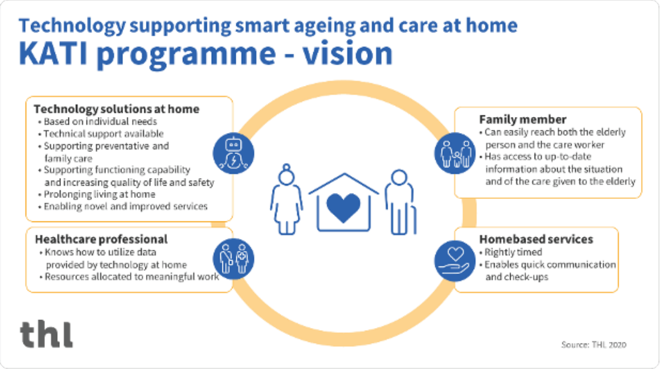
การดำเนินงานสำคัญด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) เน้นคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ โดย การผลิตองค์ความรู้ด้านการวิจัยเกี่ยวกับสถานะของบริการสำหรับผู้สูงอายุการสร้างแบบจำลองและเครื่องมือในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาประเมินและติดตามคุณภาพบริการ และสนับสนุนการปฏิรูปประเทศด้านบริการสังคมและสุขภาพ

2) จัดลำดับความสำคัญการดูแลที่บ้าน โดย ปรับพื้นที่บ้านและที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม จัดระบบจราจร การขนส่งและการจัดซื้อสินค้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ผสมผสานระหว่างการดูแลและการปรับตัวในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ปรับใช้เทคโนโลยีที่รับประกันความปลอดภัยและอำนวยกาความสะดวกในการติดต่อแก่ผู้สูงอายุบริการโทรศัพท์เคลื่อนที่และการปรึกษาทางไกลโดยแพทย์ (โดยเฉพาะพื้นที่ประชากรเบาบาง) สร้างการมีส่วนร่วมและอาสาสมัครการดูแลผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวโดยมีค่าตอบแทน เช่น ค่าตอบแทนสำหรับการดูแลครอบครัว การชำระเงินคืนสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของการดูแลครอบครัวการชดใช้ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผู้รับการดูแล สิทธิในวันหยุดและการชำระเงินคืนสำหรับการเตรียมการทดแทนในช่วงวันหยุด บริการด้านสังคมและสุขภาพที่จำเป็นที่จัดให้กับผู้รับการดูแล

ฟินแลนด์จัดทำโครงการที่รองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเพื่อสนับสนุนสุขภาพที่ดีและความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุเช่น โครงการ Wellbeing and Health AI and Robotics Program (HyteAiRo) เป็นโครงการระดับชาติร่วมกันระหว่างทุกฝ่ายด้านการสื่อสารและการพัฒนาตั้งแต่ปี 2018 และโครงการเทคโนโลยีที่รองรับโปรแกรมการชะลอวัยและการดูแลที่บ้านอย่างชาญฉลาด(KATI)เป็นโครงการของรัฐบาลและใช้มาตรการการอยู่อาศัยที่บ้านของ Hyteairo และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการคู่ขนานด้านกลุ่มวัย

กรอบการดำเนินงานของโครงการเทคโนโลยีที่รองรับโปรแกรมการชะลอวัยและการดูแลที่บ้านอย่างชาญฉลาด (KATI)



ที่มา : Finnish Institute for Health and Welfare, 2020

2. การควบคุมป้องกันการดื่มสุรา การบริโภคยาสูบ การใช้ยาเสพติด และการพนัน (Alcohol, tobacco and addictions)

การป้องกันการใช้สารเสพติดและการเสพติดอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการจัดระเบียบการป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยาสูบยาเสพติดและการพนัน(523/2015)เป้าหมายเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์การสูบบุหรี่ยาเสพติดและการพนันแผนปฏิบัติการฉบับนี้สนับสนุนงานตามกฎหมายที่ทำในเขตเทศบาลและภูมิภาคแผนดังกล่าวเน้นถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับงานป้องกันทีมีประสิทธิภาพครอบคลุมและคุ้มค่า

แนวทางสำหรับการป้องกันประกอบด้วย6ประเด็นคือ

1) กำหนดโครงสร้างการดำเนินงานการป้องกันระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับท้องถิ่น

-เทศบาลและภูมิภาคป้องกันอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ยาสูบยาเสพติดและการพนันโดยลดความต้องการและความพร้อมใช้งาน

-ความร่วมมือเกิดขึ้นในระดับท้องถิ่นระดับภูมิภาคและระดับชาติ

2)ส่งข้อมูลข่าวสารที่ถึงบุคคลและชุมชนเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนโยบายด้านสังคมและสุขภาพซึ่งมาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

-มีการเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ยาสูบยาเสพติดและการพนันรวมถึงมาตรการป้องกัน

-ข้อมูลสนับสนุนมาตรการควบคุมความต้องการและความพร้อมใช้งานและการตัดสินใจในนโยบายสังคมและสุขภาพเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ยาสูบยาเสพติดและการพนัน

3) กำหนดปัจจัยเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์และอันตราย

- ระดับความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ และอันตรายจากการพนัน ลดลงได้จากมาตรการที่เป็นระบบ

- นอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่น ๆ สำหรับการสนับสนุน/มาตรการสำหรับผู้ใช้และผู้ใกล้ชิด

- ค้นหาผู้ที่ไม่ได้เชื่อมต่อกับบริการ นโยบายแอลกอฮอล์ยาสูบและการพนันในท้องถิ่นดำเนินการอย่างเป็นระบบและผ่านความร่วมมือ

4) เพิ่มจำนวนเทศบาลและภูมิภาคที่ใช้ Pakka-model เพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ยาสูบ ยาเสพติดและการพนัน

- ความร่วมมือมีการขยายวงกว้างระหว่างหน่วยงานองค์กรธุรกิจและนักแสดงอื่น ๆ เพื่อรักษาขีดจำกัดอายุตามกฎหมายและข้อจำกัด ในการให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- มีการลดลงของผลิตภัณฑ์ที่มีการควบคุมอายุสำหรับผู้เยาว์รวมถึงอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

5) การให้ความสำคัญกับการป้องกันอันตรายในชุมชนท้องถิ่น

-งานป้องกันมุ่งเน้นไปที่สภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของกลุ่มอายุต่างๆและดำเนินการอย่างเป็นระบบและร่วมมือกัน(การศึกษาปฐมวัยสถานศึกษาสถานที่ทำงานกิจกรรมสันทนาการ)

6) ผู้เชี่ยวชาญมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานป้องกัน

- วิธีการป้องกันอันตรายรวมอยู่ในการศึกษาขั้นพื้นฐานและการศึกษาต่อเนื่อง

-ผู้เชี่ยวชาญนำวัสดุและการฝึกอบรมมาใช้ในงานประจำวัน

3. วิถีชีวิตและโภชนาการ (Lifestyles and nutrition)

การออกกำลังกาย คือกิจกรรมทางกายที่ดำเนินการเนื่องจากผลที่พึงปรารถนาหรือเพื่อเหตุผลทางสังคมอย่างไรก็ตามการออกกำลังกายทั้งหมดเช่นงานบ้านและกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเพื่อความเหมาะสมของกล้ามเนื้อการทรงตัวและความยืดหยุ่นสถาบันสุขภาพและสวัสดิการแห่งฟินแลนด์จัดทำคำแนะนำในการออกกำลังกายสำหรับคนทุกกลุ่มวัยโดยแบ่งเป็นคำแนะนำในการออกกำลังกายสำหรับเด็กอายุ 7 ถึง 18 ปี เด็กอายุต่ำกว่าวัยเรียนควรออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ เช่น เล่นไล่จับ ว่ายน้ำกระโดดและกิจกรรมกลางแจ้งที่รวดเร็วเช่นเดินหรือแกว่งชิงช้าหรือเล่นกีฬาที่เสริมสร้างกล้ามเนื้อในกลุ่มวัยรุ่น สำหรับผู้อายุ 18 – 64 ปี ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่เครียดปานกลาง เช่น เดิน วิ่งปั่นจักรยานว่ายน้ำหรือเต้นรำอย่างน้อย 2 ชั่วโมง 30 นาทีต่อสัปดาห์หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างหนักอย่างน้อย 1 ชั่วโมง 15 นาทีต่อสัปดาห์ และสำหรับผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไปควรฝึกกิจกรรมทางกายที่สนับสนุนสมรรถภาพของกล้ามเนื้อและควบคุมความต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์

2.3 ประเทศฟินแลนด์

ฟินแลนด์ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ด้านกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ปี 2563 (On the move National strategy for physical activity promoting health and wellbeing 2020) มีเป้าหมายให้ชาวฟินแลนด์ออกกำลังกายมากขึ้นและนั่งน้อยลงตลอดช่วงชีวิต ตามแนวทาง 4 ประการดังนี้

แนวทางที่ 1 ลดการนั่งในชีวิตประจำวันในวิถีชีวิต

แนวทางที่ 2 เพิ่มการออกกำลังกายในวิถีชีวิต

แนวทางที่ 3 เน้นการออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การป้องกันและการรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

แนวทางที่4การเสริมสร้างสถานะของกิจกรรมทางกายในสังคมฟินแลนด์

โรคอ้วนและน้ำหนักเกิน 17% ของเด็กหญิงฟินแลนด์อายุ 2–6 ปี และเด็กชายในวัยเดียวกัน 27% มีน้ำหนักเกิน 4% ของเด็กผู้หญิงและ 8% ของเด็กผู้ชายในกลุ่มอายุนี้เป็นโรคอ้วน ในบรรดาผู้ใหญ่อายุต่ำกว่า30ปีผู้หญิงอย่างน้อย35%และผู้ชายเกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักเกิน 19% ของผู้หญิงและ 17% ของผู้ชายในกลุ่มอายุเดียวกันเป็นโรคอ้วน ในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป 63% ของผู้หญิงและผู้ชาย 72% มีน้ำหนักเกินเป็นอย่างน้อย 28% ของผู้หญิงและ 26% ของผู้ชายเป็นโรคอ้วน ผู้ชายและผู้หญิงเกือบหนึ่งในสองมีโรคอ้วนในช่องท้อง

ฟินแลนด์ดำเนินโครงการโรคอ้วนแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2561“ ความเป็นอยู่ที่ดีด้วยโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย”และมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุแนวโน้มที่ลดลงของโรคอ้วน เพื่อปรับปรุงสุขภาพและสวัสดิการ รักษาความสามารถในการทำงานและการทำงานของประชากรนอกจากเป้าหมายหลักแล้วยังมีเป้าหมายย่อยอีกจำนวนหนึ่งสำหรับประชากรทั้งหมด หรือสำหรับกลุ่มอายุที่เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายเฉพาะกลุ่มเป้าหมายของโปรแกรมควรบรรลุโดยหลักโภชนาการและการออกกำลังกายตลอดจนการใช้ข้อมูลการสื่อสารและการทำงานร่วมกัน ดังนี้ จำนวนเด็กและวัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนน้อยลงเรื่อย ๆ ลดจำนวนผู้ใหญ่ที่มีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนลง ลดความชุกของผู้เป็นโรคอ้วน ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนจะลดน้ำหนักหรือไม่เพิ่มน้ำหนักอีก

วัดความสำเร็จของการดำเนินโครงการจาก

1. สร้างเครือข่ายและพันธมิตรที่เข้มแข็งในการป้องกันโรคอ้วน
2. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนถูกนำมาพิจารณาในการวางแผนเชิงกลยุทธ์และการตัดสินใจทั้งในระดับท้องถิ่นระดับภูมิภาคและระดับประเทศ
3. ผู้มีอำนาจตัดสินใจสามารถใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันในการตัดสินใจได้
4. มีสภาพแวดล้อมกระตุ้นให้ออกกำลังกาย
5. มีทางเลือกในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับทุกคน
6. การป้องกันโรคอ้วนเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับอาชีวศึกษาและต่อเนื่องในสาขาการดูแลสุขภาพ การศึกษาโภชนาการและการออกกำลังกาย
7. เผยแพร่และใช้งานแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการปฏิบัติทางคลินิก อย่างต่อเนื่อง
8. ประชากรทุกคนสามารถเข้าถึงแนวทางการดำเนินชีวิต และการตรวจสุขภาพที่ครอบคลุมตลอดจนการสนับสนุนทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ
9. เทศบาลบางแห่งได้จัดทำแผนปฏิบัติการของเทศบาลตามโครงการโรคอ้วนแห่งชาติตัวอย่าง เช่น โครงการเอาชนะโรคอ้วน 2013–2020

4. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic diseases)

ประเทศฟินแลนด์ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อปี2556–2563และดำเนินนโยบายควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่นโยบายควบคุมยาสูบแอลกอฮอล์และส่งเสริมการออกกำลังกายและป้องกันโรคอ้วน การศึกษาจัดการความเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคความจำเสื่อมและความพิการของผู้สูงอายุรวมถึงการดำเนินโครงการร่วมกันด้านโรคเรื้อรัง (Joint Action on Chronic Disease : CHRODIS)ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนและถ่ายโอนแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับโรคเรื้อรังระหว่างประเทศและภูมิภาคในยุโรป จุดเน้นเฉพาะคือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเบื้องต้นของภาวะเรื้อรังโรคเบาหวานและเบาหวานชนิดที่ 2

โดยความร่วมมือระหว่างประเทศพันธมิตรในภูมิภาคยุโรปที่ร่วมมือกันมากกว่า 60 หน่วยงานด้านสุขภาพ สถาบันการวิจัยระดับชาติและระดับภูมิภาคจาก 26 ประเทศสมาชิก พันธมิตรเหล่านี้ทำงานร่วมกันเพื่อระบุตรวจสอบแลกเปลี่ยนและเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับโรคเรื้อรังทั่วประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปและเพื่ออำนวยความสะดวกในการรับเชื้อข้ามพรมแดนในระดับท้องถิ่นภูมิภาคและระดับประเทศ

5. อนามัยทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (Sexual and reproductive health)

แผนปฏิบัติการเกี่ยวกับอนามัยทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2557–2563 มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรและลดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพและสังคมสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้รับการส่งเสริมโดยการให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยเสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาบริการที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างมาตรการเช่น

1)การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทุกกลุ่มอายุและประชากรทุกคนควรเข้าถึงความรู้เรื่องเพศศึกษาซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการสังคมและบริการด้านการดูแลสุขภาพ

2)สนับสนุนกระตุ้นให้ผู้หญิงและผู้ชายมีความสนใจและความรับผิดชอบต่อสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ร่วมกัน นอกจากนี้ยังมุ่งส่งเสริมให้ผู้ชายเข้าถึงบริการมากขึ้น

3)ฝึกอบรมบุคลากรที่ดูแลสุขภาพของเทศบาลให้มีความรู้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพทางเพศของประชากรที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

4)การดูแลสุขภาพตั้งแต่แรกเกิดจะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีของครอบครัวโดยการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์การวางแผนการเกิด รวมถึงการวางแผนครอบครัว

6. สุขภาพจิต (Mental health)

ฟินแลนด์ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติและวาระการป้องกันการฆ่าตัวตายปี2563-2573(National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030)จุดเริ่มต้นคือแนวทางที่ครอบคลุมของสุขภาพจิตในสังคมและภาคส่วนและระดับต่างๆเป้าหมายของยุทธศาสตร์สุขภาพจิตจัดทำขึ้นเพื่อให้งานสุขภาพจิตมีความต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมายจนถึงปี 2573 ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 5 ประการ:

- สุขภาพจิตเป็นทุนมนุษย์

- สุขภาพจิตเด็กและเยาวชน

- สิทธิด้านสุขภาพจิต

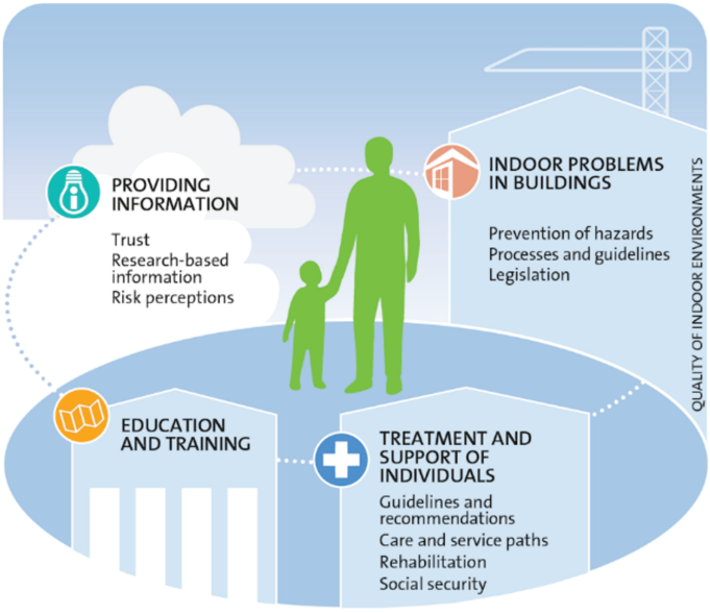
-บริการในวงกว้างที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

-การจัดการสุขภาพจิตที่ดีการดำเนินการจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาบริการการเปิดตัวโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายและการเพิ่มทักษะด้านสุขภาพจิตในสภาพแวดล้อมประจำวันของผู้คนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมความเป็นอยู่และสุขภาพที่กว้างขึ้น

7. Environmental health (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันและกำจัดอันตรายต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมการประเมินอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมเพื่อการเข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัยของประชาชนเพิ่มขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการสืบสวนโรคระบาดที่เกิดจากอาหารและน้ำการประเมินความจำเป็นในการดำเนินการเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากวัสดุนาโนตัวทำลายต่อมไร้ท่อและการสัมผัสสารเคมีหลายชนิดร่วมกัน กระชับความร่วมมือระหว่างเทศบาลในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมการมีส่วนร่วมในโครงการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในอาคารที่ดีกับกระทรวงอื่นๆสร้างความมั่นใจในการทำงานของสังคมในสถานการณ์พิเศษที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม การวิจัยและการควบคุมความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของยีนและเทคโนโลยีชีวภาพตลอดจนแนวทางเพื่อให้แน่ใจว่ามีการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ อย่างปลอดภัย สถาบันสุขภาพและสวัสดิการแห่งฟินแลนด์จัดทำโครงการ Finnish Indoor Air and Health Program 2018–2028 วัตถุประสงค์ระยะยาวของโครงการคือการลดอันตรายต่อสุขภาพและมีการเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมในร่มในฟินแลนด์เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้โปรแกรมจะมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยมีเป้าหมาย 4 ด้าน คือ

กรอบแนวคิดโครงการ Finnish Indoor Air and Health Program 2018–2028



Source: Finnish Institute for Health and Welfare 2019

1) การให้ข้อมูล (Providing Information) เพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสภาพแวดล้อมภายในอาคารที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

2) ปัญหาภายในอาคาร (Indoor problems in buildings)พัฒนาการจัดการปัญหาที่เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมภายในอาคาร

3)การรักษาและสนับสนุนของบุคคล(Treatment and support of individuals)ปรับปรุงการรักษาและความสามารถในการทำงานของผู้ที่มีอาการและความเจ็บป่วย

4) การศึกษาและฝึกอบรม (Education and training) เสริมสร้างความสามารถในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมภายในอาคาร

8. โรคติดเชื้อและการฉีดวัคซีน

ประเทศฟินแลนด์ประสบความสำเร็จในการดีในการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อและองค์กรด้านสุขภาพของฟินแลนด์เตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ โดยส่งเสริมในประเด็น

- โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
- ความต้านทานยาปฏิชีวนะ
- การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ
- การล้างมือและไอ
- การป้องกันโรคติดเชื้อในผู้ขอลี้ภัย

โครงการฉีดวัคซีนแห่งชาติประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคติดเชื้อและโรคระบาดต่างๆโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ผ่านการดำเนินงานโครงการวัคซีนแห่งชาติโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกภาคส่วน โดยกระทรวงกิจการสังคมและสุขภาพเป็นผู้กำหนดและตัดสินใจจัดสรรงบประมาณในโครงการวัคซีน เทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดเตรียมและปฏิบัติการฉีดวัคซีนตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ปี 2559 และสถาบันสุขภาพและสวัสดิการแห่งฟินแลนด์ (The Finnish Institute for Health and Welfare) ให้คำแนะนำแก่บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพในการดำเนินโครงการฉีดวัคซีนพร้อมติดตามการดำเนินงานและประสิทธิผลของโครงการวัคซีนแห่งชาติกลุ่มเป้าหมายของการได้รับวัคซีนครอบคลุมทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ผ่านโปรแกรมการฉีดวัคซีนตามอายุตั้งแต่อายุ 2 เดือนจนถึง 65 ปี รวมทั้งกลุ่มผู้อพยพ (เด็กที่ขอลี้ภัยและสตรีมีครรภ์คนที่ได้รับอนุญาตให้ลี้ภัยบุตรบุญธรรม นักเรียนต่างชาติที่ใช้การดูแลสุขภาพนักเรียนคนอื่นๆที่อพยพไปฟินแลนด์อย่างถาวร)โดยวัคซีนที่รวมอยู่ในโครงการฉีดวัคซีนแห่งชาติประกอบด้วย

1) วัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ และฮิบหรือวัคซีน 5-in-1 สำหรับเด็ก (DTaP-IPV-Hib)

2) วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน หรือวัคซีน DTaP สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่

3) วัคซีนป้องกันคอตีบ และบาดทะยักหรือวัคซีน DT สำหรับผู้ใหญ่

4) วัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ หรือวัคซีน 4-in-1 สำหรับเด็ก (DTaP-IPV)]

5) วัคซีน Varicella

6) HPV หรือวัคซีน human papillomavirus

7) วัคซีนโรตาไวรัส

8) วัคซีนนิวโมคอคคัส

9) MMR หรือวัคซีนหัดคางทูมและหัดเยอรมัน

10) MMRV หรือ MMR และวัคซีน varicella

11) วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (“ flu shot”)

12) วัคซีน TBE หรือ 'วัคซีนเห็บ'

13) วัคซีนโปลิโอ

14) วัคซีน BCG

15) วัคซีนฮิบ

16) วัคซีนตับอักเสบ

9. ความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ (Health inequalities)

ระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชาวฟินแลนด์โดยทั่วไปดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การกระจายของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรกลับไม่เท่าเทียมกันมากขึ้น ความไม่เท่าเทียมกันเกิดขึ้นระหว่างกลุ่มทางเศรษฐกิจและสังคมในเกือบทุกด้านของสุขภาพและสวัสดิการความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเป็นผลมาจากความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการกับปัจจัยทางสังคมทั้งหมดประเทศฟินแลนด์ขับเคลื่อนการลดความเหลื่อมล้ำผ่านโครงการระดับชาติหลายประเด็นมาตั้งแต่ปี 2551 ดังนี้

1) แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ พ.ศ. 2551-2554 (National action plan to reduce health inequalities 2008-2011) : แผนปฏิบัติการแห่งชาติเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพพ.ศ.2551-2554เป็นโครงการแรกที่วางแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจและสังคม แผนปฏิบัติการถือเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันยังคงมีอยู่แม้ว่าจะมีความพยายามดำเนินการผ่านนโยบายด้านสุขภาพและสังคมก็ตาม การลดช่องว่างด้านสุขภาพเป็นวัตถุประสงค์ของนโยบายด้านสุขภาพของฟินแลนด์ตั้งแต่ทศวรรษ 1980 แผนปฏิบัติการแห่งชาติเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ พ.ศ. 2551-2554 มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับโครงการนโยบายส่งเสริมสุขภาพของรัฐบาล แผนปฏิบัติการดำเนินการตามเป้าหมายของโครงการ "สุขภาพปี 2015" แห่งชาติเพื่อลดความแตกต่างของการตายลงหนึ่งในห้าภายในปี 2558 แผนปฏิบัติการส่วนใหญ่ดำเนินการในสามประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

- มาตรการด้านนโยบายสังคม: การปรับปรุงความมั่นคงด้านรายได้ การศึกษา การลดการว่างงาน และที่อยู่อาศัยที่ยากจน

- การเสริมสร้างข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี:มาตรการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพของประชากรทั้งหมดโดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

- การปรับปรุงความพร้อมและคุณภาพที่ดีของบริการด้านสังคมและสุขภาพสำหรับทุกคน

2)โครงการพัฒนาแห่งชาติเพื่อสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพโปรแกรม Kaste (Kaste programme will reduce inequality and reform social welfare and health care services) : เป้าหมายของโครงการ Kaste คือ (1) ความไม่เท่าเทียมกันในความเป็นอยู่และสุขภาพจะลดลง และ (2) โครงสร้างและบริการด้านสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพจะจัดในรูปแบบที่มุ่งเน้นลูกค้าเป็นสำคัญและมีปรับเปลี่ยนจุดมุ่งเน้นจากการแก้ไขปัญหาด้านการรักษาการเจ็บป่วย เป็นการส่งเสริมสุขภาพร่างกายจิตใจ และสังคมและป้องกันปัญหาของประชากรทุกกลุ่ม

โครงการ Kaste ประกอบด้วย 6 โปรแกรมย่อยและการปฏิรูปด้านกฎหมายและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องโปรแกรมย่อยมีดังต่อไปนี้

- การปรับปรุงโอกาสของกลุ่มเสี่ยงในเรื่องความเป็นอยู่และสุขภาพ

- การปฏิรูปบริการสำหรับเด็กเยาวชนและครอบครัวที่มีบุตร

- การปฏิรูปโครงสร้างและปนวทางการบริการสำหรับผู้สูงอายุ

- การปฏิรูปโครงสร้างการบริการและบริการสาธารณะขั้นพื้นฐาน

- การปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อรองรับลูกค้าและผู้เชี่ยวชาญ

- สนับสนุนการปรับโครงสร้างการบริการและความเป็นอยู่ที่ดีในการทำงานด้วยวิธีการจัดการ

วัตถุประสงค์ของโครงการ Kaste เกิดขึ้นได้จากความร่วมมือของหน่วยงานท้องถิ่นและคณะกรรมการเทศบาลร่วมหน่วยงานรัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน ตำบล บริษัท หน่วยการศึกษา และหน่วยวิจัยและพัฒนาระดับชาติและระดับภูมิภาค กระทรวงกิจการสังคมและสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการเชิงกลยุทธ์ของโครงการ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการร่างกฎหมายและการดำเนินโครงการในรูปแบบต่างๆ มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการและเป้าหมายเป็นประจำทำให้รัฐบาลตัดสินใจด้วยความรอบคอบในการโอนโครงการพัฒนาด้านการดูแลสุขภาพไปยังรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อจัดสวัสดิการสังคม การดำเนินการตามเป้าหมายของโครงการ Kaste ได้รับการจัดสรรเงินจำนวน 17.5 ล้านยูโรสำหรับการจัดหาเงินทุนโครงการต่อปีรวมเป็นเงินประมาณ 70 ล้านยูโรในปี 2555-2558

2.4 ประเทศสวีเดน

2.4.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

สวีเดนเป็นหนึ่งในประเทศที่อยู่เหนือสุดของโลกทางด้านตะวันออกของสแกนดิเนเวียทางด้านทิศตะวันตกมีพรมแดนติดกับประเทศนอร์เว ทางภาคเหนือติดกับประเทศฟินแลนด์ และทางทิศใต้ติดกับประเทศเดนมาร์ก และ มีสะพาน เออเรซู้นบรูน (Öresundsbron) เชื่อมติดต่อระหว่างประเทศ มีขนาดพื้นที่ใกล้เคียงกับประเทศไทย สวีเดนมีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่ 4 ในทวีปยุโรป มีพื้นที่ 450,000 ตารางกิโลเมตร (ความกว้าง 500 กิโลเมตร และความยาว 1,600 กิโลเมตร) สวีเดนมีชายฝั่งที่ค่อนข้างยาว จรดทะเลบอลติกและอ่าวบอทเนีย ทางตะวันตกมีเทือกเขาสแกนดิเนเวีย ทอดตามแนวพรมแดนกับประเทศนอร์เวย์

ทางทิศตะวันตกของสวีเดนมีทะเลบอร์ติก และ ชายฝั่งทะเลบอทเนียที่ส่งผลกระทบต่อภูมิอากาศ ทางทิศตะวันออก มีเทือกเขาสแกนดิเนเวียซึ่งเป็นเทือกเขาอย่างเช่น Skanderna ที่เรียกอีกว่า Kölen ที่แบ่งชายแดนประเทศสวีเดน และนอร์เวอาณาเขตแบ่งที่เมื่อครั้งปี ค.ศ 1700 ตรงที่บริเวณลุ่มน้ำในเทือกเขานั้น ธารน้ำทางภาคเหนือ ของสวีเดนไหลจากเทือกเขามาทางตะวันตก และ ไหลออกมาเป็นบริเวณกว้าง ที่เรียกว่า แม่น้ำภาคเหนือ (norrlandsälvarna) ทางตอนใต้ของประเทศสวีเดนพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นทำการเกษตร และ มีป่าไม้ปกคลุมในเนื้อที่ส่วนใหญ่ของประเทศ ประชากรหนาแน่นในภาคใต้ มีศูนย์กลางอยู่บริเวณ Mälardalen Öresund และ Göteborg ตอนใต้ของ Götaland

สวีเดนมีเมืองหลวงคือสตอกโฮล์มแบ่งออกเป็นสามภาคหลักๆ ได้แก่ โยตตาลันด์ ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของประเทศ เป็นที่ราบและมีป่าไม้ สเวียลันด์ เป็นที่ราบอุดมสมบูรณ์ และมีทะเลสาบจำนวนมาก และ นอร์ลันด์ เป็นภูมิภาคตอนเหนือของสวีเดน มีภูเขา ป่าไม้ และแร่ธาตุมาก ประมาณร้อยละสิบห้าของพื้นที่ทั้งหมดของประเทศตั้งอยู่เหนือขึ้นไปจากอาร์กติกเซอร์เคิล ถึงแม้ว่าสวีเดนจะตั้งอยู่ทางตอนเหนือมากแต่กลับมีภูมิอากาศแบบอบอุ่น เนื่องจากอิทธิพลของกระแสน้ำอุ่นกัลฟ์สตรีม ทางตอนเหนือของอาร์กติกเซอร์เคิล พระอาทิตย์ไม่ตกดินเลยในบางช่วงของฤดูร้อนและแทบไม่สามารถเห็นได้ในฤดูหนาวสวีเดนจึงเป็นหนึ่งในประเทศที่มีปรากฏการณ์พระอาทิตย์เที่ยงคืน

สวีเดนแบ่งการปกครองออกเป็น 21 มณฑล (Län) ซึ่งแต่ละมณฑลไม่มีอำนาจอิสระในการปกครองตนเอง นอกจากนั้นยังมีการแบ่งการปกครองในระดับเทศบาล(Landsting)โดยในแต่ละมณฑลประกอบไปด้วยหลายเทศบาลซึ่งปัจจุบันมีเขตเทศบาลรวมทั่วประเทศ 290 เขต สมาชิกของเทศบาลได้มาจากการเลือกตั้งและมีความรับผิดชอบหลักเกี่ยวกับการให้บริการประชาชนในด้านต่างๆที่สำคัญคือด้านการรักษาพยาบาลดังนั้นหากประเทศไทยต้องการขยายบริการด้านการรักษาพยาบาลไปสู่ชาวสวีเดน จึงจำเป็นต้องดำเนินการผ่านเทศบาลเป็นหลัก

2) ลักษณะประชากร

ปี 2563 สวีเดนมีประชากรประมาณ 10.34 ล้านคน มีชนชาติหลักได้แก่ Swedes ที่เหลือเป็นชนกลุ่มน้อย ที่ส้าคัญได้แก่ Finnish, Finns, Yugoslavs, Danes, Norwegians, Greeks, Turks จำนวนประชากรที่เกิดในต่างประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมากในคริสต์ศตวรรษที่ 20 ซึ่งเป็นผลมาจากการย้ายถิ่นฐานภายในกลุ่มนอร์ดิกการอพยพของแรงงานและผู้ลี้ภัยสวีเดนจึงเป็นประเทศที่มีผู้ย้ายกลับเข้ามาจำนวนมากภายหลังสงครามโลกครั้งที่สองกลุ่มที่ย้ายถิ่นฐานมาจากต่างประเทศที่ใหญ่ที่สุดมาจากฟินแลนด์ รองลงมาคือตุรกี เยอรมนี เดนมาร์ก นอร์เวย์ โปแลนด์ อิรัก อิหร่าน และอดีตยูโกสลาเวีย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เกิดในสวีเดนย้ายกลับเข้ามา

ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 99 ของประชากรทั้งหมด ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์นิกายลูเทอแรน คิดเป็นร้อยละ 60.2 นับถือศาสนาอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 8.1 (คริสต์นิกายอื่น ๆ อิสลาม ยูดาย และพุทธ) ขณะที่มีผู้ไม่นับถือศาสนาหรือไม่ระบุ คิดเป็นร้อยละ 28.4

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจของสวีเดนมีลักษณะผสมผสานระหว่างระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีที่มีความก้าวหน้ากับระบบการจัดรัฐสวัสดิการแรงงานมีทักษะสูงระบบเศรษฐกิจขับเคลื่อนโดยภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการและเนื่องจากสวีเดนเป็นประเทศที่มีพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับ 4 ของยุโรป แต่มีประชากรเพียง

10.34 ล้านคน จึงทำให้สวีเดนมีตลาดภายในขนาดเล็กและมีระบบเศรษฐกิจแบบพึ่งพาการส่งออก คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 98.4 ของ GDP ในขณะที่ ภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนร้อยละ 1.6 ของ GDP และการจ้างงานทั้งหมด ผลผลิตการเกษตรสำคัญ ได้แก่ ข้าวบาร์เลย์ ข้าวสาลี เนื้อสัตว์ และนม อุตสาหกรรมหลัก ได้แก่ เหล็กและเหล็กกล้า ชิ้นส่วนและอุปกรณ์ในการผลิตวิทยุโทรศัพท์และอาวุธ ผลิตภัณฑ์จากเยื่อไม้ เยื่อกระดาษ อาหารแปรรูป อุตสาหกรรมผลิตรถยนต์ อากาศยาน โทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศ การผลิตอาวุธ/ยุทโธปกรณ์ทางทหาร และการผลิตเวชภัณฑ์ ตลาดสินค้าส่งออกสำคัญที่สุดของสวีเดนอยู่ในยุโรปตะวันตก โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของสินค้าถูกส่งออกไปยังสหภาพยุโรป อาทิ กลุ่มประเทศเพื่อนบ้านนอร์ดิก (เดนมาร์ก ไอซ์แลนด์ ฟินแลนด์ และนอร์เวย์) เยอรมนี สหราชอาณาจักร และฝรั่งเศส สำหรับตลาดส่งออกนอกภูมิภาคยุโรปที่สำคัญของสวีเดน ได้แก่ สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น สำหรับในด้านการนำเข้า ประเทศคู่ค้าของสวีเดนที่สำคัญที่สุด คือ สหภาพยุโรป นอร์เวย์ และสหรัฐอเมริกา ทรัพยากรธรรมชาติสำคัญ ได้แก่ ไม้สัก ทองแดง เหล็ก ตะกั่ว สังกะสี ทองคำ เงิน ทังสเตน และยูเรเนียม

ในด้านนโยบายการเงินและอัตราแลกเปลี่ยนแต่เดิมค่าเงินโครนสวีเดนถูกกำหนดไว้คงที่เมื่อเทียบกับเงินสกุลสำคัญแต่เมื่อปี พ.ศ.2535ธนาคารแห่งชาติของสวีเดนได้ยกเลิกระบบดังกล่าวและปล่อยให้ค่าเงินโครนสวีเดนลอยตัวแต่ควบคุมอัตราเงินเฟ้อไว้ไม่ให้เกินร้อยละ 2 ต่อปี แม้ว่าสวีเดนเข้าเป็นสมาชิกอียู เมื่อปี พ.ศ. 2538แต่ยังไม่ยอมรับนโยบายเงินสกุลเดียวโดยได้ตัดสินใจไม่เข้าร่วมสหภาพเศรษฐกิจและการเงิน (Economic and Monetary Union–EMU)แม้ว่าระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะผ่านเกณฑ์ (convergencecriteria)ที่สหภาพยุโรปกำหนดไว้ก็ตามและเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2546 ทางการสวีเดนได้ทำประชามติพบว่าประชาชนกว่าร้อยละ56.1ไม่สนับสนุนให้สวีเดนเข้าร่วมการใช้เงินสกุลยูโร

ในส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) มีมูลค่าอยู่ที่ 536,910 ล้านดอลลาร์สหรัฐ อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ คิดเป็นร้อยละ 2.4 รายได้เฉลี่ยต่อหัวต่อปี คิดเป็น 52,725 ดอลลาร์สหรัฐ มีจำนวนแรงงาน 5.398 ล้านคน อัตราการว่างงานคิดเป็นร้อยละ 6.3 อัตราเงินเฟ้อ ร้อยละ 2 (ข้อมูล ณ ปี พ.ศ. 2561)

4) ลักษณะทางการเมือง

สวีเดนมีการปกครองระบอบประชาธิปไตยมีกษัตริย์เป็นประมุข

ฝ่ายบริหาร : สมเด็จพระราชาธิบดีคาร์ลที่ 16 กุสตาฟ (King Carl XVI Gustaf) เป็นประมุขแห่งรัฐ (ระบอบกษัตริย์ใช้การสืบราชสันตติวงศ์ รัชทายาทองค์ปัจจุบัน ได้แก่ เจ้าหญิง Victoria Ingrid Alice Desiree พระราชธิดาในสมเด็จพระราชาธิบดีคาร์ล กุสตาฟ)

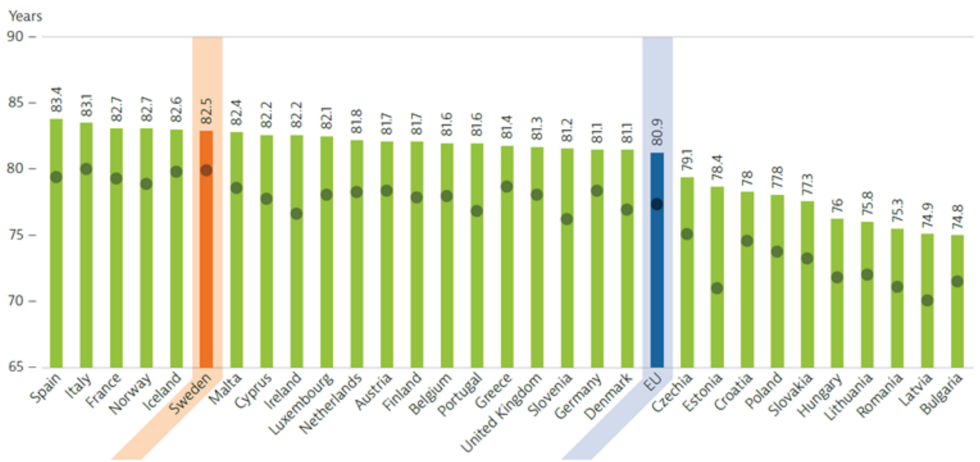
นายกรัฐมนตรีคนปัจจุบัน ได้แก่ นาย Stefan Löfven หัวหน้าพรรค Social Democratic Party (SAP) โดยพรรคการเมืองที่สำคัญ แบ่งเป็นพรรคการเมืองแนวคิดฝ่ายซ้าย ได้แก่ พรรค Social Democratic Party (SAP) พรรค Green Party (MP) และพรรค Left Party (V) ส่วนพรรคการเมืองแนวคิดฝ่ายขวา ได้แก่ พรรค Moderate Party (M) พรรค Liberal Party (L) พรรค Center Party (C) พรรค Christian Democrats (KD) และพรรค Sweden Democrats (SD)

ฝ่ายนิติบัญญัติหรือรัฐสภา ใช้ระบบสภาเดียว จำนวนผู้แทน 349 ที่นั่ง มาจากการเลือกตั้งแบบสัดส่วนทั่วประเทศ มีวาระ 4 ปี

ฝ่ายตุลาการ มีศาลสูงสุดหรือ Hogsta Domstolen ซึ่งผู้พิพากษาได้รับการแต่งตั้งโดย นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรี

2.4.2 สถานะสุขภาพ

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) ของชาวสวีเดนเทียบกับ EU



ที่มา : Sweden Country Health Profile 2019

1) ปี 2561 พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) ของชาวสวีเดนอยู่ที่ 82.5 ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกลุ่ม EU (80.9 ปี) 1.5 ปี แต่หากเปรียบเทียบในระหว่าง 15 ปีที่ผ่านมาถือว่าค่าเลี่ยการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของชาวสวีเดน น้อยที่สุดในประเทศกลุ่ม EU

2) ปี 2560 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของชาวสวีเดนคือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยคิดเป็นร้อยละ 15 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดแต่มีการลดลงอย่างต่อเนื่องในระหว่างปี 2543 – 2560 ซึ่งเป็นผลมาจากการบริโภคบุหรี่ที่ลดลง ในส่วนของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งยังคงเป็นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของชาวสวีเดน หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ในขณะเดียวกัน อัตราป่วยจากโรคอัลไซเมอร์เพิ่มสูงขึ้นมาตั้งแต่ปี 2543 จึงทำให้เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของชาวสวีเดนเช่นกัน

3)ในส่วนของสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่สูงที่สุดของชาวสวีเดน ได้แก่ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ ซึ่งอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวอยู่ในระดับคงที่มาตั้งแต่ปี 2543 จนถึงปัจจุบัน แต่ยังถือว่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ EU

4) ในปี 2560 ประชากร 1 ใน 5 (ร้อยละ 20) ของประชากรสวีเดน จะมีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 จากปี 2523 และจะเพิ่มเป็น 1 ใน 4 (ร้อยละ 25) ของประชากรสวีเดน ในปี 2593 ทั้งนี้ อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ประชากรสวีเดนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ 20.4 ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่ม EU โดยอยู่ที่ 19.9 ปี แต่อย่างไรก็ตาม เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรสวีเดนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีโรคเรื้องรังอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งไม่ได้ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการทำกิจกรรมประจำวันในวัยชรามากนักมีเพียงแค่ 1 ใน 10 ของประชากรสวีเดนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่านั้น ที่โรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

5) ในปี 2560 จากการประมาณการพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของประชากรสวีเดน ได้แก่ ความเสี่ยงจากพฤติกรรมการกิน การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการทำกิจกรรมทางกายน้อย โดยมากกว่า 1 ใน 6 ของผู้เสียชีวิตจากพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (17,000 ราย) มาจากความเสี่ยงจากพฤติกรรมการกิน (ประกอบด้วยการรับประทานผักและผลไม้น้อย และการรับประทานอาหารที่หวานและเค็มมากเกินไป) การสูบบุหรี่ (ทั้งการสูบโดยตรงและมือสอง) คิดเป็นร้อยละ 15 (มากกว่า 14,000 ราย) ร้อยละ 3 (ประมาณ 2,900 ราย) มาจากสาเหตุการทำกิจกรรมทางกายน้อย และอีกร้อยละ 3 (ประมาณ 2,800 ราย) มาจากสาเหตุการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6) การบริโภคบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ลดลงแต่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับยังคงน่าเป็นห่วงโดยร้อยละ 10 ของวัยผู้ใหญ่ในสวีเดนที่ผู้บริโภคบุหรี่ทุกวัน ในปี 2560 ลดลงจากร้อยละ 14 ในปี 2553 ซึ่งสัดส่วนของวัยผู้ใหญ่ในสวีเดนที่บริโภคบุหรี่ทุกวันนั้นถือว่าต่ำที่สุดในกลุ่มประเทศ EU ทั้งนี้ไม่รวมการบริโภคยาสูบประเภทอื่น ๆ ในส่วนของการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าลดลงจาก 10 ปีที่ผ่านมา แต่กลับพบรายงานว่า 1 ใน 5 ของวัยผู้ใหญ่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูงต่อครั้งเป็นปกติ โดยในปี 2557 มีสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มประเทศ EU

7) ปี 2560 มากกว่า 1 ใน 8 ของวัยผู้ใหญ่ในสวีเดน (ร้อยละ 13) มีภาวะอ้วน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี แต่ยังคงต่ำสุดในกลุ่มประเทศ EU ในส่วนของภาวะน้ำหนักเกินในเด็กและโรคอ้วนก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเกือบร้อยละ 20 ของผู้มีอายุ 15 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ EU ที่ร้อยละ 17

8) จากพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ได้กล่าวไปข้างต้นนั้น เป็นพฤติกรรมที่เกิดในกลุ่มผู้มีการศึกษาน้อยหรือผู้มีรายได้น้อยเป็นส่วนใหญ่ โดย 1 ใน 7 ของวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 14) ที่เรียนไม่จบระดับมัธยมศึกษาสูบบุหรี่ทุกวันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษามีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่สูบบุหรี่ทุกวัน เช่นเดียวกับร้อยละ 65 ของวัยผู้ใหญ่ที่เรียนไม่จบระดับมัธยมศึกษามีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จึงจะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาและรายได้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2.4.3 ระบบสาธารณสุข

1) เนื่องมาจากการแบ่งเขตการปกครองของสวีเดนที่เน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยแบ่งเป็น 21 counties (มณฑล, เขต) และ 290 municipality (เทศบาล) ทำให้ในการบริการด้านสาธารณสุขในแต่ละระดับ มีการแบ่งหน้าที่กันดังนี้

- ระดับประเทศ ดำเนินงานโดย Ministry of Health and Social Affairs หรือกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยกระทรวงจะทำหน้าที่กำหนดนโยบายและดำเนินการควบคุมผ่านหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวง

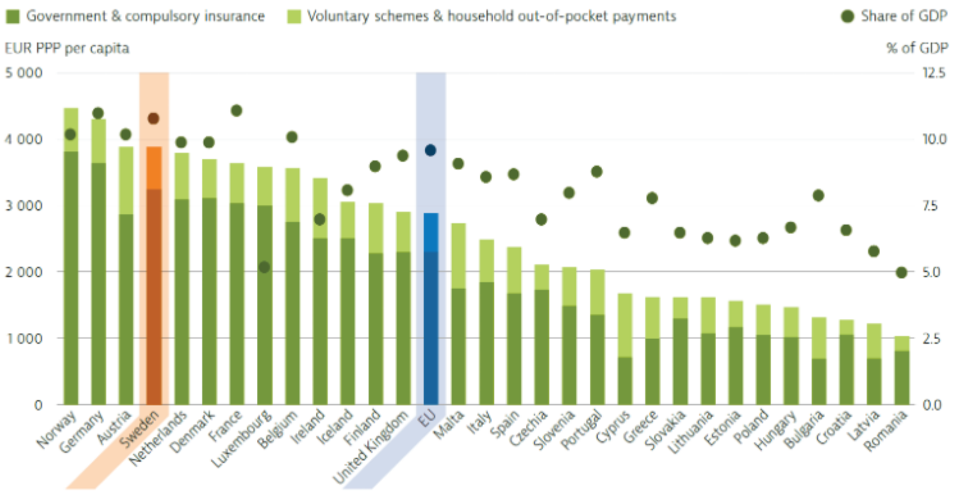
- ระดับภูมิภาค ดำเนินงานโดย County Councils เป็นตัวหลักในการให้บริการประชาชน มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการเงิน การใช้จ่าย และบริการสาธารณสุขมาสู่ประชาชนในภูมิภาค ในระยะหลังมีการจับกลุ่ม county council เป็น 6 เขตสุขภาพเพื่อดำเนินงานในระดับภูมิภาคโดยเน้นการบริการระดับปฐมภูมิ การบริการด้านสาธารณสุขแบบเฉพาะทาง กลุ่มโรคทางจิตเวช

- ระดับท้องถิ่น ดำเนินงานโดย Municipalities (เทศบาลเมือง) เน้นการดูแลผู้สูงอายุและสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทั้งทางร่างกายและทางจิตเวช บริการฟื้นฟูด้านสมรรถภาพ บริการด้านสุขภาพในโรงเรียน ที่บ้าน และในชุมชน

โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ร้อยละ 84 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (total health care expenditure) มาจากภาษีท้องถิ่นรวมกับการสมทบจากรัฐส่วนกลางสำหรับอุดหนุนท้องถิ่น เรียกได้ว่าระบบบริการสุขภาพของสวีเดนเป็นการผูกขาดโดยรัฐก็ว่าได้ แบ่งเป็นร้อยละ 57 มาจากรายได้ของ County councils ร้อยละ 25 มาจาภาษีท้องถิ่นและร้อยละ 2 มาจากรัฐบาลกลาง โดยในปี 2561 รัฐบาลได้ลงทุนถึง 100 ล้านยูโรเพื่อพัฒนาการเข้าถึงระบบสุขภาพใน 2 เป้าหมายหลักคือการนำไปสู่การได้รับบริการปฐมภูมิระดับดีเยี่ยมและการพัฒนาการติดตามผู้ป่วยและในปี 2562 รัฐบาลได้ประกาศว่ามีแผนที่จะลดเวลาการรอคอยการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนซึ่งเตรียมการร่วมกับ County council ทั้ง 6 เขตสุขภาพ รวมทั้งรัฐบาลจะปฏิรูปการรักษาระดับปฐมภูมิพัฒนาปัจจัยในการทำงานในการให้บริการระดับปฐมภูมิและให้ความสำคัญในการเข้าถึงการบริการปฐมภูมิในชนบท

2) ในปี 2560 สวีเดนจัดสรรร้อยละ 11 ของ GDP เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สูงเป็นอันดับต้น ๆ ในกลุ่มประเทศ EU และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ EU ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 9.8 อีกทั้งสวีเดนยังมีค่าใชจ่ายด้านสุขภาพต่อคน สูงเป็นอันดับ 4 ในกลุ่มประเทศ EU อยู่ที่ 3,872 ยูโรต่อคน

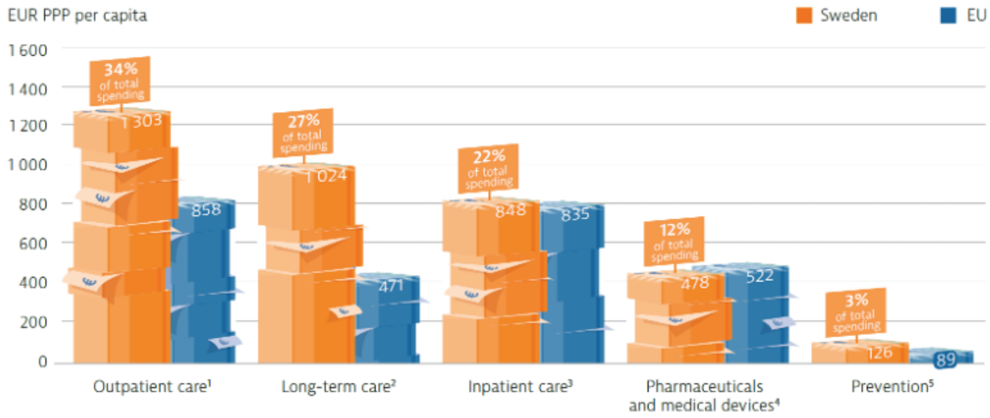
การจัดสรรค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสวีเดนจาก GDP เทียบกับ EU



Source: OECD Health Statistics 2019 (data refer to 2017).

3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงที่สุดของสวีเดน คือค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก (รวมถึงบริการสุขภาพที่บ้าน) โดยคิดเป็นร้อยละ 34 หรือมากกว่า 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความพยายามของรัฐบาลสวีเดนกว่า20ปีที่ผ่านมาของการจำกัดค่าใช้จ่ายการรักษาในโรงพยาบาลไปพร้อมกับการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยนอกด้วยในส่วนของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Long-Term Care) คิดเป็นร้อยละ 27 หรือมากกว่า 1 ใน 4 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ EU ทั้งสองรายการในส่วนของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ22ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในส่วนของค่าใช้จ่ายด้านเภสัชกรรมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 12 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถือเป็นสัดส่วนน้อยที่สุดของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศและยังน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่มEUอีกด้วย ซึ่งนับเฉพาะการซื้อยาหรืออุปรณ์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลเท่านั้นไม่รวมการจ่ายยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงที่สุดของสวีเดน



ที่มา : Sweden Country Health Profile 2019

4) บริการปฐมภูมิ เป็นบริการที่ครองสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสวีเดนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20 และร้อยละ 16 ของแพทย์ทั้งหมดก็เป็นแพทย์ที่ทำงานอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉลี่ยแล้วจะมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป(General Practitioner : GP) 4 คนต่อ 1 คลินิกปฐมภูมิ ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาลท้องถิ่น,นักกายภาพบำบัด,นักกิจกรรมบำบัด,นักจิตวิทยา ,นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ โดยในแต่ละปีมีประชาชนประมาณ 13 - 14 ล้านคนเข้ารับการรักษาในคลินิกปฐมภูมิ และมีการโทรศัพท์ปรึกษาประมาณ 30 ล้านครั้งซึ่งคลิกนิกปฐมภูมินั้นมีให้บริการทั้งของรัฐบาลและเอกชนแต่ไม่มีความแตกต่างในเรื่องของอัตราค่าบริการ

ตั้งแต่ปี 2553 ประชาชนสามารถลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลที่จะเป็น primary care ของตนเองได้ หากไม่เลือกก็มักจะจัดให้เป็นสถานพยาบาลที่พบแพทย์ครั้งล่าสุดหรืออยู่ใกล้ที่สุด แต่ไม่จำเป็นต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่ตนลงทะเบียนไว้ หรือสามารถข้ามไปรักษาในคลินิกเฉพาะทางได้เลย อย่างไรก็ตามสวีเดนเผชิญกับปัญหาระยะเวลารอการรักษานานมากจนทำให้เกิดนโยบาย การประกันเวลารอการรักษา 0–3–90–90 คือ ภายในวันเดียวกันนั้น คนไข้ต้องสามารถติดต่อ primary care ได้ไม่ว่าทางโทรศัพท์หรือการไปที่คลินิก ภายใน 3 วัน ต้องได้รับการประเมินการรักษาหรือพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปคนไข้ต้องได้พบแพทย์เฉพาะทางหากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำเรื่องส่งต่อ และภายใน 90 วันคนไข้ต้องได้รับการรักษาหลังพบแพทย์เฉพาะทาง เช่น การผ่าตัด หากเกินเวลาตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น ผู้ป่วยจะได้รับการเสนอให้สามารถเข้ารับการรักษาที่ไหนก็ได้ และภูมิภาคนั้นๆ จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษา แต่ถึงอย่างไรทั้งกระบวนการก็ยังคงกินเวลานานเกิน 6 เดือนและเคสที่เกินกำหนดเวลาก็ยังคงมีเยอะพอสมควร

ในส่วนของการบริการของ Primary Care ในสวีเดนจะไม่เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ แต่จะมี Local Emergency Ward (Närakut) ให้บริการนอกเวลาราชการสำหรับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเล็กน้อยและจะมีบริการ Emergency Care ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (Tertiary care) 7 แห่ง ที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง

5) ค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านสุขภาพในสวีเดน สำหรับบุคคลทั่วไปเป็นระบบ cost-sharing คือประชาชนจ่ายค่าบริการส่วนหนึ่งและรัฐบาลอุดหนุนส่วนหนึ่ง หลักการคือเก็บค่ารักษาบ้างเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อระบบ แต่ไม่แพงเกินไปจนทำให้ประชาชนล้มละลายจากการรักษา โดยค่าใช้จ่ายในการรับบริการต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

ค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านสุขภาพในสวีเดน

TYPICAL PATIENT COPAYMENTS AND SAFETY NETS

SERVICE	FEES PER ENCOUNTER/SERVICE[7]	MAXIMUM OUT-OF-POCKET COSTS PER YEAR (SAFETY NET)
Primary care visit	SEK 150–300 (USD 16–33)*	
Specialist consultation	SEK 200–400 (USD 22–44) without referral from primary care SEK 0–400 (USD 0–33) with referral from primary care	Maximum out-of-pocket for health care visits: SEK 1,100 (USD 120)
Hospitalization (per day or visit) including pharmaceuticals	SEK 50–100 (USD 5.5–11.0) per day (adults)	Exempt from copayments for outpatient visits: children/youth under age 20 and adults over age 85
Prescription drugs (outpatient)	Drugs covered by National Drug Benefits Scheme: Individuals pay full cost up to annual maximum of SEK 1,125 (USD 123), after which subsidy gradually increases to 100% Prescription drugs and medical products not reimbursed under the National Drug Benefits Scheme: Patients pay full price	Maximum out-of-pocket for outpatient drugs: SEK 2,250 (USD 246); children under age 18 exempt from copayments
Dental Care	Adults receive fixed annual subsidies of SEK 300–600 (USD 33–66) to help pay for preventive dental care, depending on age	Free dental care for children/youth under age 23 No cap on adult user charges for dental care

Source: SALAR (Swedish Association of Local Authorities and Regions). Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2018.

*One region (Sörmland) does not charge for primary care visits.

-ค่าใช้จ่ายจะแตกต่างกันไปตามแต่ละcounty โดยการไปหาหมอ Primary Care จะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 16 – 33 USD ต่อครั้ง หากไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก็จะมีราคาสูงขึ้นอีก ส่วนการนอนโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 5.5 - 11 USDต่อคืนซึ่งเป็นราคาที่ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับค่าแรงขั้นต่ำและค่าครองชีพของชาวสวีเดนในส่วนของเยาวชนอายุน้อยกว่า18ปี และน้อยกว่า20ปีในบางcountyไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมในการพบแพทย์ทั้งนี้จะมีเพดานสูงสุดค่าใช้จ่ายในแต่ละบริการต่อปีอยู่ด้วย เช่น ประชาชนจะเสียค่าธรรมเนียมในการพบแพทย์ ไม่เกินปีละ 120 USD หากเกินจากนั้นรัฐจะเป็นผู้อุดหนุนแทน

- ค่าทำฟัน ในผู้อายุน้อยกว่า 23 ปี สามารถทำฟันได้ฟรีทั้งหมด หากอายุมากกว่า 23 ปี สำหรับ preventive dental care รัฐบาลจะมีงบทำฟันให้ 33 - 66 USD ต่อปี ขึ้นอยู่กับอายุ

- ค่ายาและเวชภัณฑ์ สำหรับผู้ใหญ่ ถ้าค่ายาไม่เกินปีละ 123 USD คนไข้เป็นผู้จ่ายเองทั้งหมด หลังจากนั้นรัฐจะค่อย ๆ อุดหนุนในอัตราส่วนต่าง ๆ โดยมีเพดานค่ายาอยู่ที่ไม่เกิน 246 USD ต่อหัว สำหรับยาบางตัวที่ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลัก คนไข้ต้องจ่ายเองทั้งหมด

6) การให้บริการผู้ป่วยระยะยาว หรือ Long-term Careของสวีเดนนั้นเป็นความรับผิดชอบของระดับท้องถิ่นหรือเทศบาล โดยผู้สูงอายุมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น home care aids, home help, meal deliveries, end-of-life care เป็นต้น โดยรูปแบบการให้บริการแบ่งเป็น 2 แบบหลัก ๆ คือ Nursing Home และ Home Care โดยทั้งสองแบบมีผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนโดยร้อยละ 14เป็นภาคเอกชน ให้บริการในลักษณะมาประกวดราคากับเทศบาล

7)ในปี2559สวีเดนมีจำนวนแพทย์อยู่ที่4.1คนต่อพันประชากร และพยาบาลอยู่ที่ 10.9 คนต่อพันประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของ EU (แพทย์ 3.6 คนต่อพันประชากร และพยาบาล8.5คนต่อพันประชากร)แต่อย่างไรก็ตามในจำนวนแพทย์ทั้งหมดมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner: GP) เพียงแค่ 1 ใน 7 เท่านั้น คิดเป็น 0.6 คนต่อพันประชากร ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ EU (1 คนต่อแสนประชากร)

2.4.4 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

1) ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา รัฐบาลสวีเดนได้มีการประกาศนโยบายด้านสาธารณสุขโดยปรับปรุงจากนโยบายเดิมให้มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ดีและเท่าเทียมอย่างทั่วถึง ซึ่งงานด้านสาธารณสุขนั้นมีผู้รับผิดชอบหลายภาคส่วนและจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลากหลายหน่วยงานหลายระดับทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งในส่วนของกระทรวงสาธาณสุขและสวัสดิการสังคมเองด้วยร่วมกันบูรณาการการทำงานเพื่อลดความไม่เท่าเทียมในการได้รับบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนในทุกระดับ โดยเป้าหมายหลักสำคัญที่จะทำให้บังเกิดผลดังกล่าว 8 ข้อ ประกอบด้วย

(1) Conditions in early life

(2) Knowledge, skills and education/ training

(3) Work, working conditions and work environment

(4) Income and opportunities to earn a living

(5) Accommodation and neighborhood

(6) Living habits

(7) Control, influence and participation

(8) Equitable and health-promoting health and medical services

โดยแต่ละเป้าหมายหลักนั้นสื่อให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนและมุ่งประเด็นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพและความเท่าเทียมของระบบสุขภาพเป็นหลัก

ในส่วนของการเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังทางกายของประชาชนในระยะยาวก็เป็นอีกหนึ่งนโยบายที่รัฐบาลสวีเดนพยายามจะให้ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ดีและส่งเสริมการอกกำลังทางกายเพิ่มขึ้น

2) สวีเดนได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ eHealth มาตั้งแต่ปี 2549 ต่อมาในปี 2553 ก็ได้มีการปรับปรุงวิสัยทัศน์ และล่าสุดในปี 2559 จนถึงปัจจุบันวิสัยทัศน์ eHealth ของสวีเดนได้ตั้งเป้าไว้ว่าจะทำให้สำเร็จภายในปี2568(ค.ศ.2030)โดยได้กำหนดไว้ว่า “ในปี2030สวีเดนจะเป็นประเทศที่ดีที่สุดด้านการใช้โอกาสในการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสู่ระบบดิจิทัลและeHealthเพื่อทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพและสวัสดิการที่ดีและเท่าเทียมได้อย่างง่ายดายและเพื่อพัฒนาแหล่งข้อมูลให้มีความมั่นคงเพื่อเพิ่มอิสระในการเข้าถึงและเข้ากับการใช้ชีวิตของประชาชนมากที่สุด”

โดยโปรเจคท์ภายใต้ eHealth มีอยู่หลากหลาย ที่โดดเด่น คือ eService สำหรับประชาชนที่ค่อนข้างครอบคลุม ระบบ care coordination ระหว่างสถานพยาบาล ทั้งหมดนี้ทำงานอยู่บน eHealth infrastructure และ interoperability standard โดยปฏิบัติตาม Patient Data Act ซึ่งในระดับประเทศ มี หน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการทำ eHealth ได้แก่

(1) The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) เป็นหน่วยงานรัฐภายใต้ Ministry of Health and Social Affairs มีหน้าที่หลัก ๆ ในการกำกับดูแลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของทั้งประเทศ หน้าที่อื่น ๆ เช่น การออกใบประกอบโรคศิลป์สำหรับอาชีพต่าง ๆ ออก guideline สำหรับโรคต่างๆ เก็บรวบรวมสถิติด้านสาธารณสุข ฯลฯ หน้าที่ที่เกี่ยวกับ eHealth คือทำหน้าที่พัฒนา National information standard 2 ระบบ คือ National Information Structure (NI) และ National Interdisciplinary Terminology for health and social care (NF)

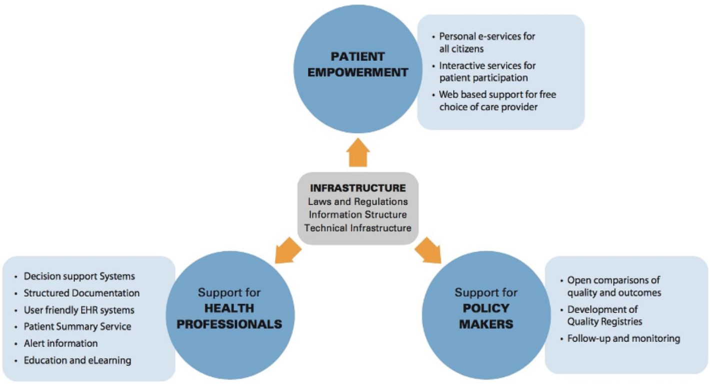
(2) The Swedish eHealth Agency (eHälsomyndigheten)เป็นหน่วยงานรัฐที่เพิ่งก่อตั้งเมื่อปี2557 เกิดตามมาจากการแปรรูปรัฐวิสาหกิจร้านขายยา Apoteket ออกไปเป็นบริษัทเอกชน ดังนั้นเรื่อง ePrescription ที่เดิม Apoteket ดูแลอยู่จึงต้องหาคนดูแลต่อ เลยรวมกับงานด้าน national eHealth อื่น ๆ ตั้งเป็น eHealth Agency นี้ โดยหน้าที่กำกับดูแลประสานงานการพัฒนาeHealthของประเทศในภาพรวม, National drug statistics, และพัฒนา eService ของตนเองหลาย ๆ อย่าง เช่น ePrescription, Health for Me ฯลฯ รวมไปถึงการเชื่อมต่อกับต่างประเทศ

(3) The Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) เนื่องจากการปกครองของสวีเดนเน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพราะฉะนั้นการดำเนินนโยบายหลัก ๆ จะผ่าน county councils ทั้ง 21 แห่ง รวมถึงนโยบายด้านสุขภาพด้วยเช่นกันดังนั้นองค์กรหลักที่จ่ายเงินในการพัฒนาระบบ eHealth เพื่อใช้ใน county นั้น ๆ ก็คือ county council นั่นเอง และเพื่อให้การประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนภูมิภาคทำได้ราบรื่นมากขึ้นจึงมีการรวมตัวกันเป็นองค์กร SALAR นี้ขึ้นมาเพื่ออำนวยความสะดวกในเรื่องการประสานงานเหล่านี้

(4) บริษัท Inera AB เป็นบริษัทที่ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 2541 แล้ว ปัจจุบัน SALAR เป็นเจ้าของ โดยมีนักการเมืองจากแต่ละ healthcare region มาเป็นกรรมการบริหาร region ละ 2 คน หน้าที่หลัก ๆ คือการพัฒนา soft infrastructure และ eService ต่าง ๆ ให้สถานพยาบาลในประเทศใช้ ปัจจุบันมี service ที่ดูแลอยู่กว่า 40 services

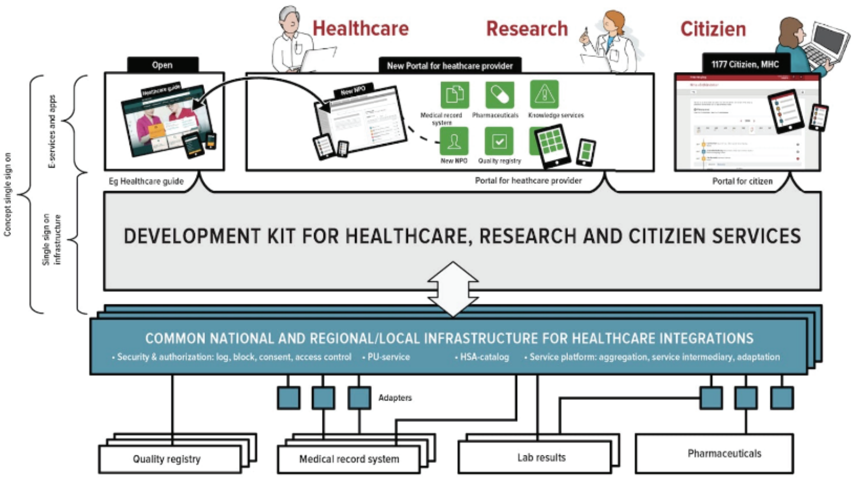
เป้าหมายหลักในการพัฒนา eHealth แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ประชาชน (The individual) 2) บุคลากรทางการแพทย์ (Health and social care staff) และ 3) ผู้มีอำนาจตัดสินใจ (Decision-makers in all care services) ดังภาพ

กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้ระบบ eHealth ของสวีเดน



ใน platform การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับ eHealth เริ่มจากมีระบบ IT ต่าง ๆ ที่รันอยู่ในสถานพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ อยู่ในชั้นล่างสุด ระบบเหล่านี้จะเชื่อมกับ National infrastructure platform (NI) ซึ่งจะมี development kit, eService ต่าง ๆ ให้กับ end-users กลุ่มต่าง ๆ ตามที่กล่าวไปข้างต้น เช่น บุคลากรสาธารณสุข นักวิจัย ประชาชนทั่วไป โดยข้อมูลทางสุขภาพส่วนหนึ่งก็จะเปิดเป็น open data ให้นักพัฒนาเข้าถึงได้เช่นกัน ตามรูป

Platform eHealth ของสวีเดน



สำหรับโปรเจคท์ที่น่าสนใจใน platform ของ eHealth มีดังนี้

(1) eService สำหรับประชาชน ประกอบไปด้วยหลาย portal ไม่ว่าจะเป็น 1177.se ซึ่งภายในเว็บไซต์จะมีคำแนะนำสำหรับโรคต่าง ๆ คำแนะนำเมื่อต้องการพบแพทย์ มีระบบ search หาสถานพยาบาลประเภทต่างๆ (มีเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้าน quality ในแต่ละสถานพยาบาล) ถามคำถามเบื้องต้นได้ (anonymous) ฯลฯ และเมื่อ log in แล้วก็จะเข้าถึงบริการอื่น ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็น

- Medical Record Online ซึ่งถือได้ว่าเป็น Personal Health Records ใช้ infrastructure เดียวกันกับ eService สำหรับสถานพยาบาล ดังนั้นจึงดึงข้อมูลมาแสดงให้ประชาชนเห็นได้ด้วย ก็มีตั้งแต่ Diagnosis, ยาที่กินทั้งหมด, ผลแล็บ, ผล x-ray, ประวัติการฝากครรภ์, ฯลฯ

- My Healthcare Contacts เป็นระบบบริการสำหรับประชาชนต่าง ๆ เช่น ระบบนัดแพทย์ ระบบปรึกษาแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา

(2) eService สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

- The National Patient Summary (NPÖ) ที่ทำให้สถานพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลคนไข้ที่สำคัญ ๆ ได้ ไม่ว่าคนไข้คนนั้นจะเคยรักษาที่ไหนมาก่อน (ทั้งโรงพยาบาลและคลินิก) ปัจจุบันโรงพยาบาลทุก county เชื่อมต่อกับ NPÖ หมดแล้ว แต่ยังไม่สามารถเชื่อมต่อกับคลินิกทุกแห่งได้

- ePrescription ซึ่งเป็นการสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์ หากประชาชนไปตรวจที่สถานพยาบาลไหนก็สามารถไปรับยาที่ร้านยาไหนก็ได้ เพราะระบบจะเชื่อมต่อกันเอง ปัจจุบันร้อยละ 95ของการสั่งยาในสวีเดน ทำผ่าน ePrescription

- National Prescription Database (NOD)เป็นdatabaseที่รวบรวมรายละเอียดการสั่งยาทั้งหมดในประเทศ จุดประสงค์ก็คือเรื่องความต่อเนื่องในการรักษา ไม่ว่าคนไข้มีภูมิลำเนาที่ไหน ไม่ว่าไปรักษาที่โรงพยาบาลไหนก็ตาม แพทย์ก็สามารถเข้าถึงรายการยาที่คนไข้นั้น ๆ ใช้อยู่ได้ ซึ่งข้อมูลยาใน NPÖ มาจาก NOD นั่นเอง

2.5 สหราชอาณาจักร

2.5.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

สหราชอาณาจักร หรือ United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (UK) Great Britain หมายถึงเกาะใหญ่ซึ่งประกอบไปด้วย ประเทศอังกฤษ (England) เวลส์ (Wales)และสก๊อตแลนด์(Scotland)ซึ่งรวมกันเป็นบริเตนใหญ่ และแคว้นไอร์แลนด์เหนือ (Northern Ireland) พื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศอังกฤษจะเป็นพื้นที่ราบต่ำ ซึ่งในทางตอนเหนือและตะวันตกจะเป็นพื้นที่ราบสูง พื้นที่ทั้งหมดของสหราชอาณาจักรประมาณ 241,930 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่ของหมู่เกาะอังกฤษ รวมถึง เกาะบริเตนใหญ่ เกาะไอร์แลนด์ และหมู่เกาะขนาดเล็กรอบๆ ประเทศของประเทศอังกฤษมีลักษณะเป็นเกาะจึงมีอากาศเปลี่ยนแปลงมาก เนื่องจากกระแสน้ำอุ่นและน้ำไหลผ่านทำให้เกิดหมอกหนาแน่นปกคลุมในบางครั้ง โดยส่วนใหญ่แล้วสภาพภูมิอากาศทางตอนเหนือจะเย็นหนาวมากกว่าทางตอนใต้ และทางภาคตะวันตกจะมีฝนชุ่มกว่าทางภาคตะวันออก

2) ลักษณะประชากร

สหราชอาณาจักร มีประชาชนประมาณ 67,008,459 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2562) คิดเป็น 0.87% ของประชากรโลกความหนาแน่นของประชากรคิดเป็น277คนต่อตารางกิโลเมตร ประชากร 81.4% อยู่ในเขตเมือง (54,511,753 คน ข้อมูล ณ ปี พ.ศ. 2562) อายุเฉลี่ยประชากรประมาณ 40.3 ปี

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

สหราชอาณาจักรมีระบบเศรษฐกิจแบบตลาดเสรีโดยมีขนาดเศรษฐกิจสูงเป็นอันดับที่ 6 ของโลก และสูงเป็นอันดับที่ 3 รองจากเยอรมนีและฝรั่งเศสในยุโรปโดยวัดจากGDPโดยสหราชอาณาจักรมีธนาคารกลางที่ชื่อว่า ธนาคารแห่งประเทศอังกฤษ ซึ่งมีหน้าที่ในการออกธนบัตรและเหรียญในสกุลปอนด์สเตอร์ลิง ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติประจำสหราชอาณาจักรกล่าวว่า ภาคบริการของสหราชอาณาจักรมีสัดส่วนใน GDP สูงถึง 73 % โดยมีกรุงลอนดอนเป็นศูนย์กลางการเงินโลกขนาดใหญ่ และมีการท่องเที่ยวเป็นส่วนสำคัญในเศรษฐกิจ

4) ลักษณะทางการเมือง

ระบบการปกครองของสหราชอาณาจักรเป็นประชาธิปไตยแบบรัฐสภา มีพระบรมราชินีนาถ อลิซาเบธที่ 2 เป็นประมุขของประเทศสภาของอังกฤษแบ่งเป็นเปนระบบสองสภา (Bicameral Parliament) ประกอบดวย สภาสามัญและสภาขุนนางทั้งสองสภามีภารกิจที่คลายคลึงกันคือการตรากฎหมาย ตรวจสอบ การทางานของรัฐบาลและอภิปรายเรื่องตางๆที่มีความสาคัญตอประเทศโดยปกติเมื่อมติออกจากสภาใดอีก สภาหนึ่งจะทาหน้าที่ใหความเห็นชอบ จึงเปนลักษณะของการตรวจสอบและคานอานาจซึ่งกันและกัน (check and balance)

2.5.2 ข้อมูลสุขภาพ

1) ระบบประกันสุขภาพ

การดูแลเรื่องสุขภาพของประเทศอังกฤษขึ้นกับรัฐสภา (Secretary of State for Health และ Department of health) ภายหลัง Health Act ใน พ.ศ. 2549 (ค.ศ. 2006) Secretary of State มีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการที่บูรณาการ ที่ประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่าย โดย National Health Service (NHS) Constitute กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยไม่มีการกีดกัน ภายใต้เวลาที่กำหนดของแต่ละบริการ NHS มีหน้าที่ดูแลงบประมาณ และ Local Clinical Commission Groups (CCGs) จำนวน 209 แห่งทั่วประเทศ เพื่อที่จะบรรลุเป้าประสงค์ทั้งในเรื่องสุขภาพและประสิทธิภาพการบริการ โดยงบประมารด้านสาธารณสุข (Public Health) ดูแลโดยท้องถิ่น ภายใต้ Health and Well-Being Boards เพื่อที่จัดการประสิทธิภาพในการประสานงานในหน่วยบริการในพื้นที่และลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ (Elias M et al, 2017)

Healthcare Financing : ใน พ.ศ. 2557 ประเทศอังกฤษใช้งบประมาณด้านสุขภาพร้อยละ 9.9 ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายในภาครัฐร้อยละ 79.5 ภายใต้ NHS โดย NHS ได้รับเงินส่วนใหญ่มาจากภาษี (General tax) และบางส่วนมาจาก Payroll tax ในขณะที่บางส่วนได้รับเงินจากการจ่ายร่วม (Co-payment) โดยเฉพาะจากผู้ป่วยภาคเอกชน

การบริการภายใต้NHSครอบคลุมประชาชนชาวอังกฤษทุกคนโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ณ จุดให้บริการ (Free at point of use) เช่นเดียวกับประชาชนที่ถือ European Health Insurance Card ในขณะที่ประชาชนนอก European Countries และ Immigrant จะได้รับบริการแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายในกรณี "ฉุกเฉิน" และโรคติดต่อบางโรคเท่านั้น

Private health insurance : ใน พ.ศ. 2558 ประมาณการว่าคนอังกฤษ 3.94 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.5มีประกันสุขภาพภาคเอกชนโดยสมัครใจโดยประกันภาคเอกชนจะมีข้อเสนอในการรับบริการที่รวดเร็วและสะดวกสบายมากกว่าระบบNHSโดยเฉพาะอย่างยิ่งElective procedures ในขณะที่ส่วนใหญ่ในบริการ mental health, maternal services, emergency services และ primary care มักจะไม่ค่อยมีความแตกต่าง

Benefit Packages :แม้ว่าสิทธิประโยชน์ในประเภทของการได้รับบริการจะไม่ได้ถูกชี้แจงไว้อย่างชัดเจนในทางกฎหมาย แต่หน้าที่หลักของ the Secretary for Health คือการจัดบริการที่ครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น NHS มีบริการในเรื่อง preventive services ตั้งแต่

- การคัดกรอง
- การให้วัคซีน และภูมิคุ้มกัน
- การบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่รวมถึงการบริการจากแพทย์ การจ่ายยา
- การดูแลสุขภาพช่องปากที่สำคัญ
- การดูแลสุขภาพจิต ที่ครอบคลุม Learning disabilities บางประเภท
- Palliative care
- Long term care ในบางประเภท
- Home visit โดยพยาบาลชุมชน

NHSกำหนดขอบเขตในการให้บริการในเรื่องของยาและเทคโนโลยีในการรักษาภายใต้การยืนยันโดยInstitute of Health and Clinical Excellent (NICE) ซึ่งแต่ละ CCGs จำเป็นต้องจัดให้มียาและบริการดังกล่าว

2) สถานการณ์การสุขภาพ

ใน พ.ศ. 2558 สาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในเพศชาย คือ โรคหัวใจ ร้อยละ 14.2 รองลงมา คือ โรคสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ ร้อยละ 8 มะเร็งปอด ร้อยละ 6.5 ในขณะที่การเสียชีวิตมากที่สุดของเพศหญิงมีสาเหตุมาจากโรคสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ ร้อยละ 15.3% รองลงมา คือ โรคหัวใจ ร้อยละ 8.8 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.5

สาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประเทศอังกฤษ พ.ศ. 2558

ที่	Males (% of all male deaths)		Females (% of all male deaths)	
1	โรคหัวใจ (Heart disease)	14.2%	สมองเสื่อม และอัลไซเมอร์ (Dementia and Alzheimer's disease)	15.3%
2	สมองเสื่อม และอัลไซเมอร์ (Dementia and Alzheimer's disease)	8.0%	โรคหัวใจ (Heart disease)	8.8%
3	มะเร็งปอด (Lung cancer)	6.5%	โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	7.5%
4	โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (Chronic lower respiratory diseases)	6.2%	ไข้หวัดใหญ่และปอดบวม (Influenza and pneumonia)	6.0%
5	โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	5.6%	โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (Chronic lower respiratory diseases)	6.0%
6	ไข้หวัดใหญ่และปอดบวม (Influenza and pneumonia)	5.1%	มะเร็งปอด (Lung cancer)	5.1%
7	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer	4.2%	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)	3.7%
8	มะเร็งลำไส้ (Colorectal cancer)	3%	มะเร็งลำไส้ (Colorectal cancer)	2.4%
9	มะเร็งเม็ดเลือดและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (leukemia and lymphomas)	2.6%	โรคไตและโรคที่เกี่ยวกับระบบขับถ่ายปัสสาวะ (kidney disease and other disease of urinary system)	1.9%
10	ตับแข็งและโรคตับอื่นๆ (cirrhosis and other liver disease)	1.9%	มะเร็งเม็ดเลือดและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (leukemia and lymphomas)	1.9%

ที่มา : Public Health England(2017)

3) **ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery system)**

บริการปฐมภูมิ :การบริการปฐมภูมิในอังกฤษดำเนินการโดยแพทย์ทั่วไป (General practitioners – GPs) โดยมีบทบาทเป็น Gatekeeper ในระบบบริการทุติยภูมิ ใน พ.ศ. 2558 มีจำนวน 34,592 GPs ใน 7,647 practices โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7,450 คนต่อ 1 practice และ ผู้ป่วย 1,530 คนต่อ 1 GP ในขณะที่มีจำนวนแพทย์เฉพาะทางเท่ากับ 43,632 คนและอยู่ในระหว่างการฝึกอบรมเฉพาะทางอยู่51,460คนพบว่ามีแพทย์ GP ที่ทำคลินิกเดี่ยวอยู่ 843 คน (ในปี 2557) ในขณะที่ 3,589 practices มีแพทย์อยู่ 5 หรือมากกว่า 5 คน ในระบบปกติแพทย์ GP จะเป็นจุดแรก (First point of contact) ที่พบกับผู้ป่วยดังนั้นผู้ป่วยแต่ละคนจำเป็นต้องลงทะเบียน(Register) กับแพทย์ GP อย่างไรก็ตามแพทย์ GP ที่จะต้องลงทะเบียนมีจำกัดดังนั้นในบางหน่วยบริการแบบWalk-inสามารถให้บริการปฐมภูมิกับผู้ป่วยที่ไม่ต้องลงทะเบียนได้

ร้อยละ 66 ของ GP อยู่ในระบบภาคเอกชน (Private contractors) และ ร้อยละ 56 อยู่ในระบบ National General Medical Services Contract โดยร้อยละ 60 ของรายได้ของ GP มาจากระบบ capitation ที่ครอบคลุมบริการที่จำเป็น (Essential services) รายได้ร้อยละ 15 มาจากระบบ Fee for Services ในบริการพิเศษบางอย่าง เช่น การฉีดวัคซีนในบางกลุ่มเสี่ยง และรายได้ประมาณร้อยละ 10 มาจาก ระบบ Performance-related scheme

ค่าใช้จ่ายรายหัวของ NHS ปรับจากอายุและเพศ อัตราการป่วยและตาย จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล ค่าแรงของเจ้าหน้าที่เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการอื่นๆ

การดูแลแบบผู้ป่วยนอกโดยแพทย์เฉพาะทาง: แพทย์เฉพาะทางเกือบทั้งหมดอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดNHSโดยสามารถไปทำงานในหน่วยบริการของเอกชนได้ จากการสำรวจในพ.ศ.2549พบว่าแพทย์เฉพาะทางร้อยละ55 ทำงานในภาคเอกชน โดยสัดส่วนการทำงานในภาคเอกชนมีแนวโน้มค่อยๆลดลงเนื่องอัตราค่าตอบแทนในภาครัฐและเอกชนต่างกันไม่มากนักในส่วนการให้คำปรึกษาโดยแพทย์เฉพาะทางส่วนมากทำอยู่ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์เฉพาะทางที่ให้การรักษาได้ภายในโรงพยาบาลนั้นๆอย่างไรก็ตาม แพทย์GPสามารถให้คำปรึกษาในบทบาทแพทย์เฉพาะทางใน CCGs ได้ โดยสามารถเก็บค่าให้คำปรึกษาเป็นแบบ fee for Services

โดยปกติแพทย์ GPs ใน CCGs ไม่มีความจำเป็นต้องให้บริการนอกเวลาปกติ อย่างไรก็ตามต้องมีการจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยในเวลาทำการในกรณีฉุกเฉินผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาลได้ตลอดเวลา

การดูแลแบบผู้ป่วยใน(Hospitalization) : รูปแบบโรงพยาบาลรัฐมีทั้งอยู่ภายใต้ NHS trust (บริหารจัดการโดย Department of Health) และอยู่ภายใต้ Foundation trust (ถูกควบคุมโดย NHS Improvement) โดยโรงพยาบาลทั้ง 2 รูปแบบ ทำงานร่วมกับ CCGs ในการจัดบริการและระบบการจ่ายใช้ระบบ Diagnosis-related group (DRG) ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชน มีจำนวน 548 แห่ง และ คลินิคเอกชนจำนวน5-600แห่งมีการจัดบริการที่ไม่อยู่ในขอบเขตของNHSหรือบริการบางอย่างที่มีระยะเวลาในการรอคอยนาน เช่นFertility treatment โดยทั่วไปโรงพยาบาลเอกชนจะไม่มีบริการฉุกเฉิน อุบัติเหตุ และการดูแลแบบ Intensive care ผู้ให้บริการภาคเอกชน จะต้องลงทะเบียนกับ Care Quality Commission และ NHS Improvement อย่างไรก็ตามการเก็บค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ถูกควบคุมและค่าใช้จ่ายดังกล่าว ไม่มีการชดเชยโดยภาครัฐแต่อย่างใด

4) โครงสร้างของระบบอภิบาล (Health system governance)

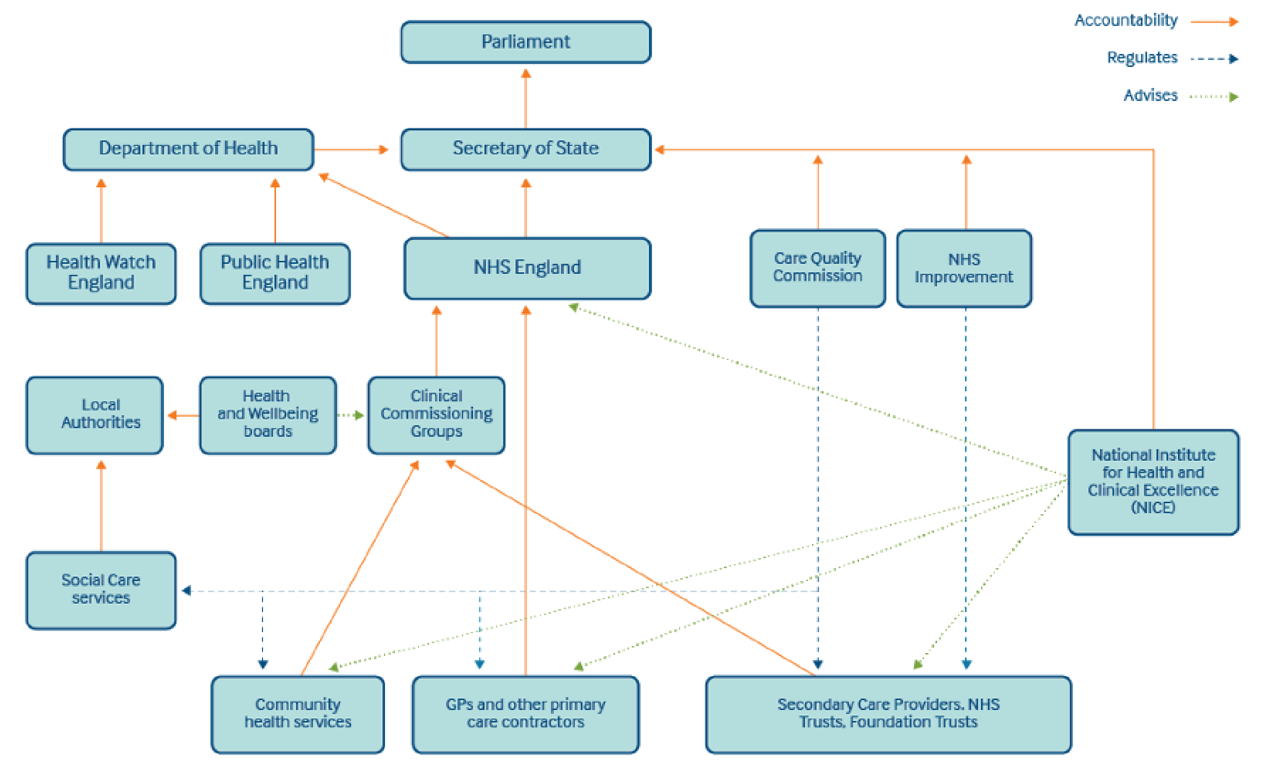
Department of Health และ Secretary State for Health มีหน้าที่ในการดูแลระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ ใน พ.ศ. 2555 Health and Social care Act ได้มีการปรับบทบาท NHS ให้มาควบคุมการใช้จ่ายทางการเงิน การควบคุมคุณภาพของ CCGs และการจัดทำ DRG นอกจากนี้ NHS ยังดูแลในเรื่องการรักษาพยาบาลที่มีความสำคัญแต่จำนวนบริการไม่มากการจัดทำวัคซีนแห่งชาติระบบการคัดกรองระบบปฐมภูมิ ตลอดจนการพัฒนามาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของประเทศอังกฤษ

National Institute of Health and Clinical excellent (NICE) มีหน้าที่ในการจัดทำมาตรฐานการรักษาพยาบาล และการรับรองเทคโนโลยีการรักษาแบบใหม่ ที่มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

Care Quality Commission (CQC) มีหน้าที่ตรวจสอบและรับรองคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการที่มาขึ้นทะเบียนและมีอำนาจในการปิดสถานบริการหากไม่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

Public Health England (PHE) เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาเพื่อการปกป้องและทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นรวมทั้งลดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ

Organization of the Health System in England



Source: R. Thorlby and S. Arora, Nuffield Trust, 2014.

ที่มา : Elias Mossialos and Ana Djordjevic (2017)

2.5.3 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

1) The Nation Health Service Long Term Plan (The NHS Long Term Plan)

หน่วยงานหลักด้านสุขภาพได้ร่วมกันพัฒนาแผนสุขภาพระยะยาวเพื่อให้การบริการสุขภาพมีความเหมาะสมบริบทในอนาคตและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากภาษีที่จ่ายทุกปอนด์แผนฉบับนี้ได้จัดทำร่างขึ้นจากการรับฟังความคิดเห็นจากหลายภาคส่วนทั้งจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งจากบุคคลและกลุ่มต่างๆ ที่แสดงความคิดเห็นและให้ความสนใจกว่า 3.5 ล้านคน ซึ่งสิ่งสำคัญที่คาดหวังว่าจะเห็น คือ หน่วยงาน NHS ในระดับพื้นที่ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ในการวางแผนเพื่อปรับปรุงระบบบริการในทุกพื้นที่ของประเทศอังกฤษ โดยมีแนวทางที่ต้องการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในอีก 10 ปีข้างหน้าดังนี้

Making sure everyone gets the best start in life :ทำให้แน่ใจว่าทุกคนได้รับจุดเริ่มต้นที่ดีที่สุดในชีวิต	• ลดการเสียชีวิตของแม่และเด็กในระหว่างการเกิดร้อยละ 50 • สร้างความมั่นใจว่าผู้หญิงส่วนใหญ่จะได้รับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ • ให้การสนับสนุนพิเศษสำหรับสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด • ขยายการสนับสนุนสำหรับภาวะสุขภาพจิตปริกำเนิด • ดำเนินการเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคอ้วนในวัยเด็ก • เพิ่มเงินกองทุนในการดูแลสุขภาพจิตของเด็กและคนหนุ่มสาว • ลดเวลารอการประเมินภาวะออทิสติก • ให้การดูแลที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง รวมถึง CAR-T และการรักษาด้วยลำแสงโปรตอน
Delivering world-class care for major health problems:ให้การดูแลสุขภาพในระดับสากลสำหรับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	• ป้องกันโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคสมองเสื่อม 150,000 ราย • จัดหาโปรแกรมการศึกษาและการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจมากกว่าหนึ่งหมื่นคน ซึ่งช่วยป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 14,000 คน • ช่วยชีวิต 55,000 คนต่อปี โดยการวินิจฉัยโรคมะเร็งให้เร็วขึ้น •การลงทุนในการรักษาปอดในภาวะเบื้องต้นเพื่อป้องกันการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 80,000 คน • ใช้จ่ายอย่างน้อยปีละ 2.3 พันล้านปอนด์ในการดูแลสุขภาพจิต •ช่วยให้ผู้ป่วยอีก380,000คนได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลภายในปี 2566 - 2567 • ดูแลร่างกายและจิตใจผู้ป่วยโรคทางจิตอย่างรุนแรงในชุมชน 370,000 คน ภายในปี 2566 - 2567

Supporting people to age well: สนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	• เพิ่มเงินกองทุนสำหรับการดูแลในระดับชุมชนและระดับปฐมภูมิอย่างน้อย 4.5 พันล้านปอนด์ •ประสานความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น • ให้ความช่วยเหลือประชาชนที่อาศัยอยู่ในบ้านเพียงลำพัง • พัฒนาทีม rapid community response ที่รวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อลดการเข้าโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นของประชาชน และสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น •ยกระดับขีดความสามารถของบุคลากรNHSเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน •ยกระดับการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและสนับสนุนสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องได้รับ

ที่มา : Public Health England (2017)

นอกจากนี้ the NHS long term plan ได้มุ่งเน้น 10 ประเด็นสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

(1) Prevention : มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีอายุยืนยาวโดยตระหนักดีว่าสุขภาพที่ดีนั้นเป็นเรื่องที่มากกว่าการดูแลสุขภาพเพียงอย่างเดียวและการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพนั้น NHS ต้องทำงานร่วมกับรัฐบาลท้องถิ่น

(2) Smoking :

- ผู้สูบบุหรี่ทุกคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ ตาม Ottawa Model

- การบำบัดการสูบบุหรี่ของสตรีมีครรภ์คู่สมรสรวมทั้งคนในครอบครัวให้เลิกสูบบุหรี่เพื่อการตั้งครรภ์ที่ปลอดควันบุหรี่

- ข้อเสนอในการเลิกสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง รวมถึงการมีทางเลือกให้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าขณะเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล

`(3) Obesity and type 2 diabetes :

-โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานจะเพิ่มเป็นสองเท่าในอีก 5 ปีข้างหน้าและจะรวมตัวเลือกป้องกันโดยใช้ระบบดิจิตอล เพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วย

- ภายใน พ.ศ. 2565-2566 NSH Englandคาดว่าจะรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน อีก 1,000 คนต่อปี ซึ่งจะเป็นการป้องกันเด็ก ๆ ที่ต้องมารักษาในอาการรุนแรงระยะต่อไป

- การเข้าถึงบริการการควบคุมน้ำหนักในการดูแลเบื้องต้น สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานประเภท 2 หรือความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30

(4) Diet and alcohol :

- ในต้น พ.ศ. 2562 รัฐบาลหารือเกี่ยวกับการเสริมอาหารด้วยกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความผิดปกติของทารกในครรภ์

- ในวันอีสเตอร์ พ.ศ. 2562 รัฐบาลจะกำหนดรายละเอียดเป้าหมายของโปรแกรมการลดเกลือว่าจะบรรลุเป้าหมายได้อย่างไร

- โรงพยาบาลที่มีอัตราการเข้ารับการติดสุราที่สูงที่สุดจะจัดตั้งAlcohol Care Teamซึ่งสามารถป้องกันผู้ป่วยที่รับเข้ามารักษาได้ 50,000 ราย (มากกว่า 5 ปี)

(5) Antimicrobial resistance and vaccines

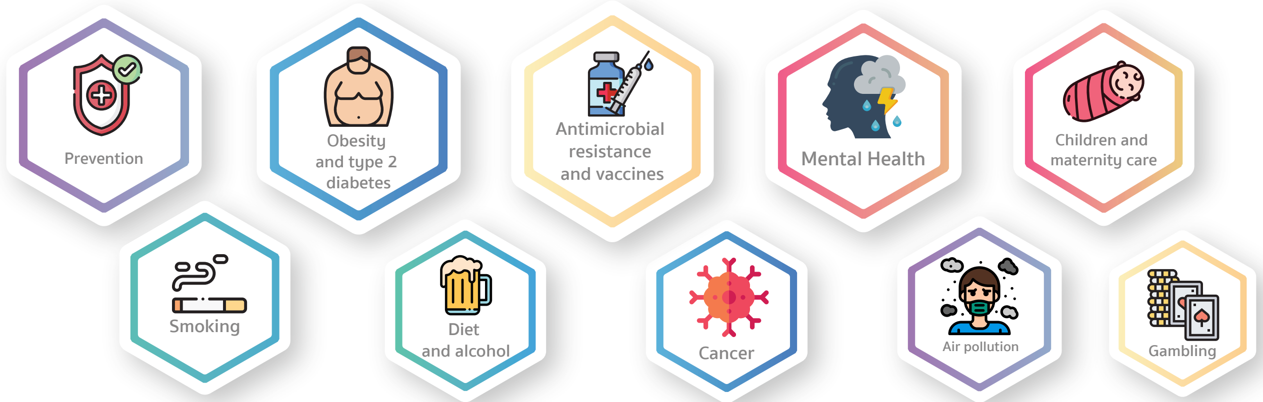
- การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และสนับสนุนการพัฒนายาปฏิชีวนะตัวใหม่

- ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาทั้งแบบเก่าและใหม่โดยมาตรการการป้องกัน (รวมทั้งวัคซีน)และเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เหมาะสม(รวมการวินิจฉัยและการสั่งจ่ายยาทางอิเล็กทรอนิกส์)

- จัดลำดับความสำคัญการปรับปรุงการสร้างภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กอย่างน้อยให้เป็นไปตามมาตรฐานตามข้อตกลงใน NHS

2.5 สหราชอาณาจักร

the NHS long term plan, 10 key public health points



ที่มา : https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2019/01/08/ the-nhs-long-term-plan-10-key-public-health-points/

(6) Cancer :

- สัดส่วนของการวินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะ 1 และ 2 จะเพิ่มขึ้นจากครึ่งหนึ่งเป็น 3 ใน 4 ภายในปี 2571

- ใน พ.ศ. 2563 มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV เบื้องต้นทั่วประเทศอังกฤษ

- การคัดกรองมะเร็งในสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยมะเร็ง

(7) Mental Health :

- ใน พ.ศ. 2566 และ 2567 ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรง 110,000 คนจะได้รับการตรวจสุขภาพจิตในแต่ละปี รวมการตรวจทั้งสิ้น 390,000 ครั้ง โดยมีการตรวจสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับคนออทิสซึมและหากประสบความสำเร็จจะนำไปขยายต่อไป

(8) Air pollution :

- ลดการปลดปล่อยมลพิษทางอากาศจากภาคธุรกิจให้ได้ 20% ในพ.ศ. 2566 - 2567

- NHS ใช้เครื่องยนต์ที่มีการปล่อยไอเสียต่ำอย่างน้อย 90% ภายในปี 2571 และยกเลิกการทำความร้อนเบื้องต้นจากถ่านหินและน้ำมันเชื้อเพลิงอย่างสมบูรณ์

- ออกแบบวิธีการพบแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

(9) Children and maternity care :

- พ.ศ. 2566 - 2567 เด็กและเยาวชนอายุ 0-25 ปี จำนวน 345,000 คน จะสามารถเข้ารับบริการผ่านบริการสุขภาพจิตจากการสนับสนุนของกองทุน NHS และทีมงาน Mental Health Support Teams ในโรงเรียนหรือวิทยาลัย

- เร่งการดำเนินการเพื่อให้บรรลุการลดการตายก่อนคลอดการตายของมารดาการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดและการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง 50% ภายในปี 2568

- ภายใน พ.ศ. 2567 75% ของผู้หญิงจากชุมชนBAMEและผู้หญิงที่คล้ายกันจากกลุ่มที่ถูกกีดกันมากที่สุดจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์ตั้งแต่ตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและระยะหลังคลอด

(10) Gambling :

- ขยายคลินิกเฉพาะทางเพื่อช่วยเหลือประชาชนที่ติดการพนันซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้มากกว่าผ่านคลินิกแห่งชาติเพียงทีเดียว

2) Public Health England Strategy 2020-2025 (PHE Strategy 2020-2025)

PHE Strategy ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อกำหนดทิศทางและกำหนดบทบาทของหน่วยงาน Public Health England ในอีก 5 ปีข้างหน้าซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของประเทศอังกฤษที่มีหน้าที่ในการปกป้องและทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นทั้งนี้ PHE Strategy เกิดขึ้นจากความร่วมมือในทุกกระบวนการของทุกภาคส่วนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของอังกฤษ มีเป้าประสงค์เพื่อปกป้องกันและทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นรวมทั้งลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาความปลอดภัยของประชาชน ปกป้องสุขภาพของประชาชนลดช่องว่างด้านสุขภาพและสนับสนุนความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจ

10 อันดับประเด็นสำคัญใน PHE Strategy

ในอีก 5 ปีข้างหน้า PHE มุ่งเน้นการปกป้องสุขภาพของประชาชนและช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีมีชีวิตที่ยืนยาว

2.5 สหราชอาณาจักร

10 อันดับประเด็นสำคัญใน PHE Strategy

Healthier	**1. Smoke-free society:** สู่การเป็นสังคมปลอดบุหรี่ภายในปี 2030
	2. Healthier diets, Healthier weight: ช่วยทำให้สุขภาพดีในทางเลือกที่ง่ายในการปรับปรุงอาหารสุขภาพและลดอัตราภาวะโรคอ้วนในเด็ก
	3. Creating Cleaner air: พัฒนาและร่วมให้คำแนะนำวิธีการที่ดีที่สุดในการลดระดับมลพิษทางอากาศและการสัมผัสมลพิษทางอากาศของประชาชน
	4. Better mental health: ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและสนับสนุนการป้องกันการป่วยทางจิต
Fairer	**5. Best start in life**: ให้เด็กมีสุขภาพที่ดีซึ่งเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดีในวัยผู้ใหญ่ โดยลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพของเด็กและครอบครัว ให้แม่มีสุขภาพดีตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์และหลังการตั้งครรภ์ และเด็กทุกคนมีความสุขและมีสุขภาพที่ดี
Safer	**6. Effective response to major incidents:** เพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อเหตุการณ์สำคัญ (รวมถึงการระบาดไข้หวัดใหญ่) โดยเสริมสร้างระบบการคุ้มครองสุขภาพให้เข้มแข็ง
	7. Reduce risk from antimicrobial resistance: ควบคุมและจำกัดความเสี่ยงจากการดื้อยาต้านจุลชีพ
Stronger	**8. Predictive prevention:** ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี เพื่อพัฒนาคำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติงาน และสนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับบุคคล
	9. Enhanced data and surveillance capabilities: ปรับปรุงข้อมูลและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังโรคโดยใช้เครื่องมือและเทคนิคสมัยใหม่
	10. New national science campus: จัดตั้งวิทยาเขตวิทศาสตร์แห่งชาติแห่งใหม่ที่ PHE Harlow

เป้าหมายของยุทธศาสตร์นี้คือการให้ความสำคัญและเป็นรากฐานสำหรับการทำงานของPHEในอีกห้าปีข้างหน้าซึ่งช่วยสนับสนุนความก้าวหน้าของระบบสุขภาพต่างในแต่ละเป้าหมาย รวมทั้งการพัฒนาองค์กรใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) พัฒนาทักษะและความรู้ที่บุคลากรต้องการ และจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ 2) ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดีขึ้นและ 3)ใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและผลิตวิธีการใหม่ๆในการเข้าถึงปัญหาสุขภาพของประชาชน

2.6 รัฐนิวยอร์ก

2.6.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

รัฐนิวยอร์กตั้งอยู่บริเวณชายฝั่งมหาสมุทรแอตแลนติกทางตะวันออกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกา มีพื้นที่ 790 ตร.กม. (305 ตร.ไมล์) ประกอบด้วย 5 เขตปกครองที่เรียกว่า โบโรฮ์ (Borough) คือ เดอะบรองซ์ บรูคลิน แมนแฮตตัน ควีนส์ และสแตตัน ไอส์แลนด์ โดยในแต่ละโบโรฮ์ก็จะแบ่งย่อยออกเป็นอีกหลายเขตชุมชนย่อย(Neighborhoods)โดยที่โบโรฮ์จะขึ้นอยู่กับเทศมณฑล หรือ เคาน์ตี้ (County) โดยเป็นเขตการปกครองของรัฐนิวยอร์ก ศูนย์กลางของมหานครนิวยอร์ก คือ แมนแฮตตัน ซึ่งเป็นศูนย์กลางความเจริญของทั้งเมือง

2) ลักษณะประชากร

รัฐนิวยอร์กเป็นเมืองที่มีประชากรมากที่สุดในสหรัฐอเมริกา โดยมีผู้อยู่อาศัยราว 8,336,817 คน (ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562) รวมการอพยพเข้าเมืองซึ่งมากกว่าการอพยพตั้งแต่ พ.ศ. 2553 จากข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรของสหรัฐพบว่าประชาชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในนิวยอร์ก สัดส่วนประชากรต่อพื้นที่ยังถือว่าหนาแน่นที่สุดในสหรัฐอเมริกาเมื่อเทียบกับลอสแองเจลิสซึ่งเป็นเมืองที่มีประชากรมากเป็นอันดับสองของสหรัฐอเมริกา และอยู่ในพื้นที่ขนาดเล็กกว่า รัฐนิวยอร์กมีผู้อยู่อาศัยเพิ่มขึ้นระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2557 (316,000 คน) มากกว่าเมืองอื่น ๆ ในสหรัฐอเมริกา ประชากรของนครนิวยอร์กประมาณ 43% ของประชากรของรัฐนิวยอร์ก และ 36% ของประชากรในพื้นที่นครนิวยอร์ก

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

รัฐนิวยอร์กเป็นศูนย์กลางธุรกิจและการพาณิชย์ระดับโลกในฐานะศูนย์กลางการธนาคารและการเงินการค้าปลีก การขนส่ง การท่องเที่ยว อสังหาริมทรัพย์ การสื่อสาร การโฆษณา บริการทางกฎหมาย การบัญชี การประกันภัย โรงละคร แฟชั่น และศิลปะของสหรัฐอเมริกานอกจากนี้ท่าเรือแห่งนิวยอร์กและนิวเจอร์ซีย์ยังเป็นตัวขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจที่สำคัญ ซึ่งมีปริมาณการขนส่งสินค้าที่สูงเป็นประวัติการณ์ใน พ.ศ. 2560 มากกว่า 6.7 ล้าน TEUs และรัฐนิวยอร์กมีอัตราการว่างงานลดลงสู่ระดับต่ำสุดที่ 4.0% ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ทั้งนี้มีกว่า 500 บริษัทที่มีสำนักงานใหญ่อยู่ในรัฐนิวยอร์ซึ่งรัฐนิวยอร์กถูกจัดอันดับให้เป็นที่หนึ่งในบรรดาเมืองต่างๆ ทั่วโลก ในการดึงดูดเงินทุนธุรกิจและนักท่องเที่ยว

4) ลักษณะการปกครอง

รัฐนิวยอร์กเป็นรัฐที่มีรูปแบบการปกครองของนายกเทศมนตรี นับตั้งแต่การรวมตัวกันในปี พ.ศ. 2441 รัฐบาลของเมืองมีหน้าที่รับผิดชอบทั้งด้านการศึกษาความปลอดภัยสถานที่พักผ่อนหย่อนใจระบบการสุขาภิบาล ระบบน้ำประปา และบริการสวัสดิการต่างๆซึ่งนายกเทศมนตรีและสมาชิกสภาจะได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งสี่ปีสภาเทศบาลเมืองเป็นหน่วยงานเดียวซึ่งประกอบด้วยสมาชิกสภา 51 คนตามขอบเขตประชากรทางภูมิศาสตร์วาระสำหรับนายกเทศมนตรีและสมาชิกสภามีระยะเวลาสี่ปีและมีการจำกัดระยะเวลาการเป็นนายกเทศมนตรีและสมาชิกสภาติดต่อกันสามครั้ง ซึ่งจะถูกให้หยุดพัก 4 ปี The New York City Administrative Code, The New York City Rules และ City Record เป็นหน่วยงานกำหนดกฎหมายในระดับท้องถิ่นรวบรวมข้อบังคับและเอกสารทางการตามลำดับ

2.6.2 ระบบประกันสุขภาพ

1) ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

Medicaid เป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ที่มีรายได้น้อยนอกจากนี้ยังอาจให้ความคุ้มครองย้อนหลังได้ถึง 90 วันสำหรับค่ารักษาพยาบาลที่ยังไม่ได้ชำระ ถ้ามีการร้องขอ

Child Health Plus ให้การประกันสุขภาพฟรีหรือการบริการที่มีต้นทุนต่ำแก่เด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ที่ไม่ผ่านการรับรอง Medicaid และไม่มีประกันสุขภาพอื่น ๆ

Essential plan เป็นแผนประกันสุขภาพให้กับผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ต่ำซึ่งไม่มีคุณสมบัติรับ Medicaid

Medicare เป็นโปรแกรมประกันสุขภาพทั่วประเทศที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลางประชาชนสามารถมีสิทธิ์ได้รับ Medicare หากอายุ 65 ปีขึ้นไปและ/หรือผู้มีความพิการหรือโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ERSD)

Family Planning Benefit Program หรือ FPBP เป็นโปรแกรมประกันสุขภาพของรัฐนิวยอร์กให้บริการฟรีและเป็นความลับในการให้บริการวางแผนครอบครัวแก่วัยรุ่นทั้งหญิงและชายที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดบางประการและไม่ได้ลงทะเบียนใน Medicaid และสำหรับบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพแต่มีประกันสุขภาพส่วนตัวหรือลงทะเบียน

ในโปรแกรม Child Health Plus ก็สามารถใช้บริการโปรแกรมนี้ได้ทั้งนี้บุคคลที่มีประกันสุขภาพของรัฐบาลอยู่แล้วจะไม่ได้รับสิทธิ์ เนื่องจากได้รับความคุ้มครองอยู่แล้ว

The Family Planning Extension Program (FPEP) ให้บริการการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้หญิง ซึ่งครอบคลุมระยะเวลามากถึง 26 เดือน โดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมืองและอยู่ในโครงการประกันสุขภาพในขณะตั้งครรภ์แต่ประกันสุขภาพได้หมดลงไปเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง

COBRA (Consolidated Omnibus Reconciliation Act of 1986) เป็นกฎหมายของรัฐบาลกลางที่อนุญาตให้ประชาชนทำประกันสุขภาพหลังจากออกจากงาน โดยจ่ายค่าประกันเต็มจำนวน

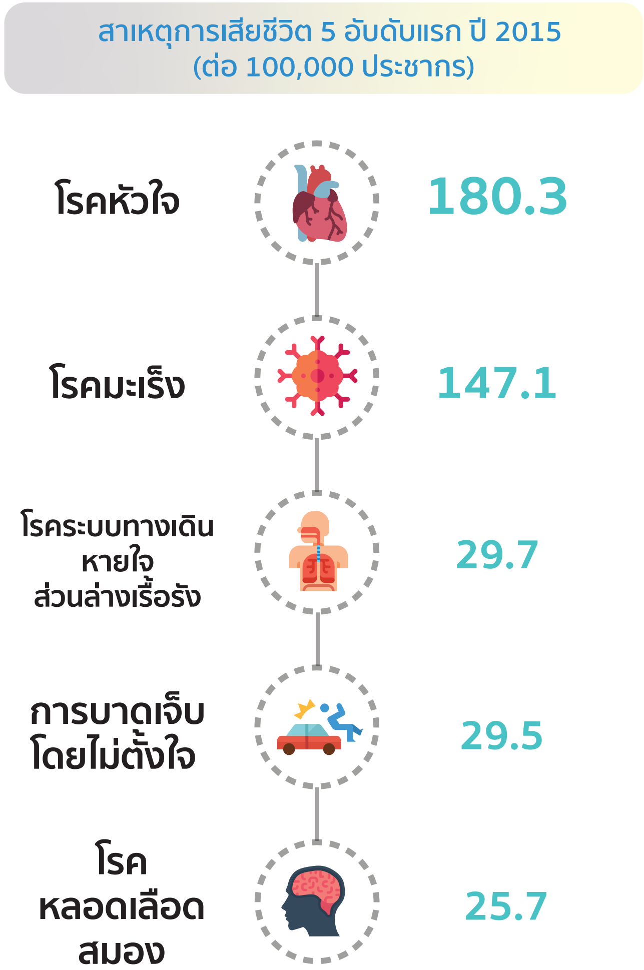
2) ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน

Private Insurance หรือ Qualified Health Plans เป็นประกันสุขภาพส่วนบุคคล โดยประชาชนสามารถซื้อประกันเอกชนที่เรียกว่าแผนสุขภาพที่ผ่านการรับรองโดยรัฐนิวยอร์ก

โปรแกรมประกันสุขภาพสำหรับธุรกิจขนาดเล็กที่เสนอให้กับพนักงานโดยไม่จำเป็นต้องเสนอประกันสุขภาพภายใต้ the Affordable Care Act

2.6.3 สถานการณ์สุขภาพ

อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ใน พ.ศ. 2558 ของรัฐนิวยอร์ก เท่ากับ 644.0 ต่อ ประชากร 100,000 คน โดยสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ 180.3 ต่อประชากร 100,000 คน รองลงมา คือ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง การบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ โดยมีอัตราการชีวิตอยู่ที่ 147.1 29.7 29.5 และ 25.7 ต่อประชากร 100,000 คน



2.6.4 ระบบบริการสุขภาพ

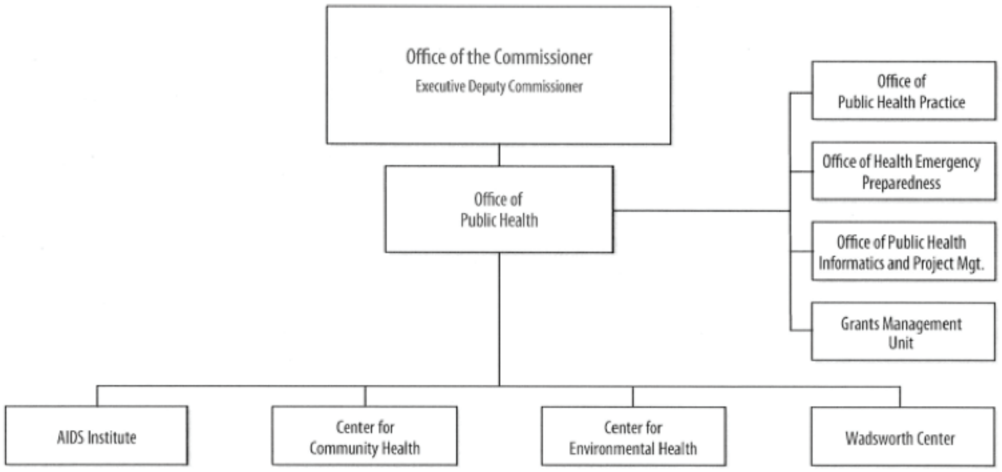
ระบบบริการสุขภาพของรัฐนิวยอร์ก ประกอบด้วย 1) การบริการปฐมภูมิ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกตรวจกับแพทย์ได้อย่างอิสระ อย่างน้อยในเครือข่ายบริการเดียวกัน สำหรับผู้ป่วยที่มีการประกันสุขภาพจะต้องร่วมจ่ายในการบริการบางส่วนในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด และ 2) การบริการผู้ป่วยนอกโดยแพทย์เฉพาะทาง (Out-patient specialist care) ในบางโปรแกรมประกันสุขภาพ การบริการโดยแพทย์เฉพาะทางจะระบุให้มีการส่งตัวจากแพทย์ปฐมภูมิก่อนและขณะที่บางโปรแกรมจะอนุญาตให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางได้อย่างอิสระ

ในโปรแกรม Medicaid หรือผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ การไปพบแพทย์เฉพาะทางจะมีความยากลำบากเนื่องจากแพทย์อาจจะปฏิเสธการรักษาเนื่องจากอัตราการจ่ายของ Medicaid ต่ำ

ระบบการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของรัฐนิวยอร์กมีความแตกต่างจากสหรัฐอเมริกาโดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐนิวยอร์กมีระบบโรงพยาบาลของรัฐที่ใหญ่ที่สุดในสหรัฐอเมริกา The NYC Health and Hospitals Corporation (HHC) ก่อตั้งขึ้นใน พ.ศ.2512 เพื่อสาธารณะประโยชน์ HHC รับผิดชอบโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน 11 แห่ง จาก จำนวน 60 แห่ง (โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหลืออยู่เป็นของเอกชนและที่ไม่หวังผลกำไร)และรับผิดชอบเกือบ20เปอร์เซ็นต์ของเตียงทั้งหมดHHCให้บริการเครือข่ายการดูแลปฐมภูมิที่ครอบคลุมถึงบริการเฉพาะทางทั้งแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลและศูนย์ดูแลชุมชน (ศูนย์วินิจฉัยและการรักษา 6 แห่ง ระบบบริการปฐมภูมิมากว่า 70 แห่ง)

2.6.5 โครงสร้างองค์กร (Organization structure)

Organization of Public Health Programs, New York State Department of Health



ที่มา : United States Nuclear Regulatory Commission (2014)

2.6.6 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

1) The New York State Prevention Agenda 2019 – 2024

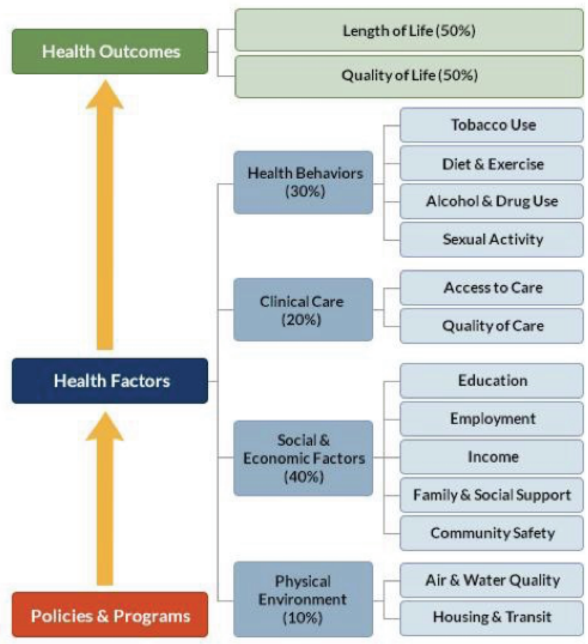
เป็นแผนการยกระดับสุขภาพของรัฐนิวยอกร์กให้ดีขึ้นซึ่งเป็นพิมพ์เขียวสำหรับการดำเนินงานในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชาวนิวยอร์กทุกคนและส่งเสริมความเสมอภาคด้านสุขภาพโดยมีภาคีเครือข่ายกว่า100องค์กรในรัฐเข้าร่วมซึ่ง PreventAgendaฉบับนี้ถูกปรับปรุงโดยสภาการวางแผนสุขภาพและสาธารณสุขรัฐนิวยอร์ก ตามข้อร้องขอของกรมอนามัย ซึ่งเป็นครั้งที่ 3 โดยเริ่มครั้วแรกเมื่อ พ.ศ. 2551 โดยมีวิสัยทัศน์คือ “รัฐนิวยอร์กเป็นรัฐที่ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดีที่สุดของประเทศ” ทั้งนี้รัฐนิวยอร์กสามารถยกอันดับจากอันดับที่ 28 เป็นอันดับที่ 10 ของรัฐที่มีสุขภาพดีที่สุดในการจัดอันดับของประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อพ.ศ.2551ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการบรรลุวิสัยทัศน์

Prevention Agenda ครอบคลุมการประเมินสถานะสุขภาพและความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสาเหตุพื้นฐานของการเสียชีวิตและการเกิดโรค ทั้งนี้รัฐนิวยอร์กใช้โมเดลการจัดอันดับสุขภาพของประเทศเป็นกรอบในการทำความเข้าใจกับปัจจัยกาหนดสุขภาพ PreventionAgendaฉบับนี้เรียกร้องให้หน่วยงานของรัฐทุกแห่งเสริมสร้างความเข้มแข็งนโยบายและ โปรแกรมที่สามารถให้ผลกระทบเชิงบวกด้านสุขภาพสนับสนุนให้รัฐนิวยอร์กเป็นรัฐที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุรัฐแรก รวมทั้งความสำเร็จและความท้าทายของรัฐท้องถิ่นในการรวมตัวกันจากทั่วรัฐซึ่งก่อตั้งขึ้นก่อนหน้าของ

Agenda ฉบับนี้เพื่อระบุและจัดการกับลำดับความสาคัญด้านสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น

กลยุทธ์ของ Prevent Agenda คือการใช้วิธีปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่จะทำให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของประชากรดีขึ้นและบรรลุความเท่าเทียมทางสุขภาพกลยุทธ์นี้รวมถึงการเน้นปัจจัยสุขภาพด้านสังคมให้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

รูปแสดง Country Health Ranking Model



ที่มา : Department of Health, New York state (2020)

ตัวอย่างของปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม

- ความพร้อมของทรัพยากรเพื่อตอบสนองความต้องการในแต่ละวัน (เช่นที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและตลาดอาหารของท้องถิ่น
- เข้าถึงโอกาสทางการศึกษา เศรษฐกิจ และอาชีพ
- การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
- คุณภาพการศึกษาและการฝึกอบรมงาน
- ความพร้อมของทรัพยากรในชุมชนที่สนับสนุนวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและโอกาสสำหรับกิจกรรมสันทนาการและเวลาว่าง
- ระบบการขนส่ง
- ความปลอดภัย
- การสนับสนุนทางสังคม
- บรรทัดฐานและทัศนคติทางสังคม (เช่นการเลือกปฏิบัติการเหยียดเชื้อชาติและความไม่ไว้วางใจของรัฐบาล)
- อาชญากรรมความรุนแรงและความผิดปกติทางสังคม (เช่นการปรากฏตัวของขยะ การขาดความร่วมมือในชุมชน)
- เงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคม (เช่นความยากจนและสภาวะเครียด)
- การแยกที่อยู่อาศัย
- ภาษาและความรอบรู้
- การเข้าถึงสื่อมวลชนและเทคโนโลยีใหม่ ๆ (เช่นโทรศัพท์มือถืออินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์)
- วัฒนธรรม
- สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ เช่น พื้นที่สีเขียว (เช่นต้นไม้และหญ้า) หรือสภาพอากาศ (เช่นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ)
- สภาพแวดล้อมที่สร้างขึ้น เช่น อาคาร ทางเท้า เลนจักรยาน และถนน
- สถานที่ทำงานโรงเรียนและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ
- การออกแบบที่อยู่อาศัยและชุมชน
- การสัมผัสสารพิษและอันตรายทางกายภาพอื่น ๆ
- อุปสรรคทางกายภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนพิการ
- สุนทรียภาพ (เช่น แสงที่ดี ต้นไม้ และม้านั่ง)

การบรรลุวิสัยทัศน์ในวาระการป้องกันนี้เรียกร้องให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย (เช่น ภาคสาธารณสุข การศึกษา และการบริการทางสังคม ฯลฯ) เพื่อกำหนดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมใน 5 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. เสถียรภาพทางเศรษฐกิจ
2. การศึกษา
3. บริบททางสังคมและชุมชน
4. สุขภาพและการดูแลสุขภาพ
5. สภาพแวดล้อม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้มีการลงทุนในการป้องกันเบื้องต้นและการใช้ชุมชนและมาตรการทางนโยบายเพื่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพเชิงบวกอย่างกว้างขวางและยั่งยืน

รูปแสดง ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม

ที่มา : Department of Health, New York state (2020)

รูปแสดง แบบจำลองนิเวศวิทยาทางสังคม

ที่มา : Department of Health, New York state (2020)

หลักการภาคตัดขวาง

เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพเปิดใช้ความเป็นอยู่ที่ดีและส่งเสริมความเสมอภาคตลอดอายุ

Prevention Agenda :

- มุ่งเน้นไปที่การกำหนดปัจจัยทางสังคมของสุขภาพและลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ
- บูรณาการนโยบายเพื่อสุขภาพ
- เน้นการมีสุขภาพดีตลอดอายุขัย
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาและการดำเนินการตามแผนท้องถิ่น
- ใช้มาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการดำเนินงานของรัฐและท้องถิ่น
- สนับสนุนการเพิ่มการลงทุนในการป้องกันสุขภาพจากทุกแหล่ง
- มุ่งเน้นที่การป้องกันในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมากกว่าการออกแบบการดูแลสุขภาพหรือการทดแทน

2) The New York State Prevention Agenda 2019-2024

มีแผนปฏิบัติการ 5 ลำดับแรก ในการพัฒนาความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ดังนี้

ประเด็นสำคัญ	จุดเน้น/เป้าหมาย
การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	**จุดเน้นที่ 1: การบริโภคเพื่อสุขภาพและความมั่นคงด้านอาหาร** **เป้าหมายที่ครอบคลุม: ลดความอ้วนและความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง** เป้าหมายที่ 1.1 เพิ่มการเข้าถึงอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพที่ราคาไม่แพง เป้าหมายที่ 1.2 เพิ่มทักษะและองค์ความรู้ในการสนับสนุนทางเลือกอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เป้าหมายที่ 1.3 เพิ่มความมั่นคงทางอาหาร
	จุดเน้นที่ 2: การออกกำลังกาย **เป้าหมายที่คลอบคลุม: ลดโรคอ้วนและความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** เป้าหมายที่ 2.1 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของชุมชนเพื่อให้เอื้อต่อการขนส่งและการออกกำลังกายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยและทุกสถานะทางสุขภาพ เป้าหมายที่ 2.2 ส่งเสริมโรงเรียน ศูนย์ดูแลเด็ก และสภาพแวดล้อมการทำงานให้เอื้อต่อการสนับสนุนกิจกรรมทางกายสำหรับคนทุกวัยและทุกสถานะทางสุขภาพ เป้าหมายที่ 2.3 เพิ่มการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายทั้งในร่มและกลางแจ้งสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยและทุกสถานะทางสุขภาพ
	จุดเน้นที่ 3 การป้องกันการสูบบุหรี่ เป้าหมายที่ 3.1 ป้องกันไม่ให้เยาวชนและคนหนุ่มสาวเริ่มใช้บุหรี่และผลิตภัณฑ์สูบไอไฟฟ้า (บุหรี่ไฟฟ้าและอุปกรณ์ที่คล้ายกัน) เป้าหมายที่ 3.2 ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการใช้บุหรี่ เช่น ความผิดปกติทางจิต โรคทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้สุรา สารเสพติด LGBT; และผู้พิการ เป้าหมายที่ 3.3 กำจัดการสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองและการสัมผัสละอองลอย / การปล่อยมลพิษจากผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า
	จุดเน้นที่ 4 การจัดการและการดูแลป้องกัน เป้าหมายที่ 4.1 เพิ่มการคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป้าหมายที่ 4.2 เพิ่มการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวานและโรคอ้วน เป้าหมายที่ 4.3 ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดการโรคเรื้อรัง เป้าหมายที่ 4.4 พัฒนาทักษะการจัดการตนเองสำหรับบุคคลที่มีอาการป่วยเรื้อรัง
ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	**จุดเน้นที่ 1 การบาดเจ็บ ความรุนแรง และการเจ็บป่วยจากการทำงาน** เป้าหมายที่ 1.1 ลดการหกล้มของผู้ที่เปราะบาง เป้าหมายที่ 1.2 ลดความรุนแรงโดยโปรแกรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง เป้าหมายที่ 1.3 ลดการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ เป้าหมายที่ 1.4 ลดการบาดเจ็บจากการจราจรที่สำหรับผู้ใช้ทางเท้าและผู้ใช้จักรยาน
	จุดเน้นที่ 2 คุณภาพอากาศ เป้าหมายที่ 2.1 ลดการสัมผัสมลพิษทางอากาศนอกอาคาร

ประเด็นสำคัญ	จุดเน้น/เป้าหมาย
ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (ต่อ)	**จุดเน้นที่ 3 สร้างสภาพแวดล้อมภายในอาคาร** เป้าหมายที่ 3.1 ปรับปรุงรูปแบบและการบำรุงรักษาของสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เป้าหมายที่ 3.2 ส่งเสริมสภาพแวดล้อมภายในบ้านและโรงเรียนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
	จุดเน้นที่ 4: คุณภาพน้ำ เป้าหมายที่ 4.1 ปกป้องแหล่งน้ำและสร้างความมั่นใจในคุณภาพน้ำดื่ม เป้าหมายที่ 4.2 ปกป้องแหล่งน้ำเพื่อลดเสี่ยงด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับแหล่งน้ำเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ
	จุดเน้นที่ 5: อาหารและสินค้าอุปโภคบริโภค เป้าหมายที่ 5.1 สร้างความตระหนักเกี่ยวกับการสารเคมีที่ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์และส่งเสริม กลยุทธ์เพื่อลดการสัมผัส เป้าหมายที่ 5.2 ปรับปรุงความปลอดภัยทางอาหาร
ส่งเสริมสุขภาพของสตรี ทารก และเด็ก	**จุดเน้นที่ 1: สุขภาพแม่และเด็ก** เป้าหมายที่ 1.1 เพิ่มการใช้บริการดูแลและป้องกันสุขภาพระดับปฐมภูมิในสตรีทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีวัยเจริญพันธุ์ เป้าหมายที่ 1.2 ลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยของมารดา
	จุดเน้นที่ 2: สุขภาพของทารกปริกำเนิดและทารก เป้าหมายที่ 2.1 ลดการตายและการเจ็บป่วยของทารก เป้าหมายที่ 2.2 เพิ่มการให้นมบุตร
	จุดเน้นที่ 3: สุขภาพเด็กและวัยรุ่น เป้าหมายที่ 3.1 สนับสนุนและยกระดับการพัฒนาทางอารมณ์และความสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กและวัยรุ่น เป้าหมายที่ 3.2 เพิ่มการสนับสนุนสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เป้าหมายที่ 3.3 ลดฟันผุในเด็ก
	จุดเน้นที่ 4: สตรี ทารก และเด็กมีสุขภาพดี เป้าหมายที่ 4.1 ลดความแตกต่างด้านเชื้อชาติ เศรษฐกิจและภูมิศาสตร์ในผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแม่และเด็กและส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางสุขภาพสำหรับแม่และเด็ก

ประเด็นสำคัญ	จุดเน้น/เป้าหมาย
ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและป้องกันโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด	**จุดเน้นที่ 1: ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี** เป้าหมายที่ 1.1 เสริมสร้างโอกาสในการสร้างความเป็นอยู่ที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตลอดช่วงชีวิต เป้าหมายที่ 1.2 อำนวยความสะดวกในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเคารพและให้เกียรติกับทุกวัย
	จุดเน้นที่ 2: ป้องกันโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เป้าหมายที่ 2.1 ป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ไม่บรรลุนิติภาวะ และการดื่มแอลกอฮอล์มากเกิดไปของผู้ใหญ่ เป้าหมายที่ 2.2 ป้องกันการเสียชีวิตและป้องการการใช้ opioid และสารอื่นๆ ที่ผิด เป้าหมายที่ 2.3 ป้องกันและจัดการกับประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ (ACE) เป้าหมายที่ 2.4 ลดความชุกของโรคซึมเศร้า เป้าหมายที่ 2.5 ป้องกันการฆ่าตัวตาย เป้าหมายที่ 2.6 ลดช่องว่างการเสียชีวิตระหว่างผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและในประชาชนทั่วไป
ป้องกันโรคติดต่อ	**จุดเน้นที่ 1: โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน** เป้าหมายที่ 1.1 เพิ่มอัตราการฉีดวัคซีน เป้าหมายที่ 1.2 ลดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงวัคซีน
	จุดเน้นที่ 2: ไวรัสโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องของมนุษย์ เป้าหมายที่ 2.1 ลดการตายจาก HIV (การวินิจฉัย HIV แบบใหม่) เป้าหมายที่ 2.2 เพิ่มการควบคุมไวรัส
	จุดเน้นที่ 3: การติดเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) เป้าหมายที่ 3.1 ลดอัตราการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์รายปี
	จุดเน้นที่ 4: ไวรัสตับอักเสพซี เป้าหมายที่ 4.1 เพิ่มจำนวนประชาชนในการรักษาไวรัสตับอักเสบซี เป้าหมายที่ 4.2 ลดจำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีรายใหม่ในกลุ่มคนที่ฉีดยา
	จุดเน้นที่ 5: การดื้อยาปฏิชีวนะและการติดเชื้อ เป้าหมายที่ 5.1 เพิ่มการควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข เป้าหมายที่ 5.2 ลดการติดเชื้อที่เกิดจากจุลินทรีย์ที่ดื้อยาและ C. difficile เป้าหมายที่ 5.3 ลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม

แผนฉบับนี้เน้นการออกแบบกระบวนการทำงานในการกำหนดปัจจัยสุขภาพทางสังคมส่งเสริมความเสมอภาคด้านสุขภาพภายในชุมชนและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีโดยการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเฉพาะ 5 ประเด็นหลักที่สำคัญใน Prevention Agenda 2019-2024 จะช่วยยกระดับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญและลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพซึ่งวัดโดยตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด Prevent Agenda		ข้อมูลพื้นฐาน	วัตถุประสงค์ของ Prevent Agenda 2024	ร้อยละของการเพิ่มขึ้นจากข้อมูลพื้นฐาน
วัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นและลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ				
Percentage of premature deaths (before age 65 year)	2559	24	22.8	-5%
- Difference in percentage (Black non-Hispanic and White non-Hispanic) of premature deaths	2559	18.2	17.3	-5%
- Difference in percentage (Hispanic and White non-Hispanic) of premature deaths	2559	17.1	16.2	-5%
Preventable hospitalizations among adults, age-adjusted rate per 10,000	2559	**121.1**	**115.0**	**-5%**
- Preventable hospitalizations among adults, difference in age-adjusted rates per 10,000 between Black non-Hispanics and White non-Hispanics	2559	**98.9**	**94.0**	**-5%**
- Preventable hospitalizations among adults, difference in age-adjusted rates per 10,000 between Hispanics and White non-Hispanics	2559	**25.2**	**23.9**	**-5%**
Percentage of adults (age 16-64) with health insurance	2559	**91.4**	**97.0**	**+6%**
Age-adjusted percentage of adults who have a regular health care provider Aged 18+ years	2559	**82.6**	**86.7**	**+5%**

2.7 ประเทศสิงคโปร์

2.7.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

ประเทศสิงคโปร์เป็นเกาะตั้งอยู่ปลายสุดของคาบสมุทรมลายูบริเวณช่องแคบมะละกาขนาดพื้นที่ดังกล่าวคาดว่าจะใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ ด้วยนโยบาย ซื้อทรายมาใช้ถมทะเล เพื่อเพิ่มเนื้อที่ของแผ่นดินให้มากขึ้นออกไปอีกหลายตารางกิโลเมตรและรัฐบาลสิงคโปร์มีเป้าหมายที่จะถมเพิ่มเติมให้ ถึง 100 ตารางกิโลเมตร ภายในพ.ศ.2573พื้นที่ส่วนใหญ่บนเกาะสิงคโปร์มีลักษณะเป็นกลุ่มภูเขาหินที่มีแนวป่าโกงกางอยู่รอบชายฝั่งรวมถึงมีป่าชายเลนที่อยู่ตามแนวป่าลึก ลักษณะ ดังกล่าวทำ ให้เกิดการแบ่งเขตเป็นภาคตะวันออก ภาคกลาง และภาคตะวันตก

สภาพภูมิอากาศ อยู่ในเขตมรสุม มีอากาศอบอุ่น เกือบตลอดปีมีอุณหภูมิสม่ำ เสมออยู่ที่ประมาณ 25-32 องศาเซลเซียส มีฝนตกชุก และมีฤดูกาล 4 ฤดู ด้วยความที่ประเทศสิงคโปร์ตั้งอยู่ใกล้เส้นศูนย์สูตรทำให้ภูมิอากาศมีความคงที่อยู่ตลอดทั้งปีซึ่งสภาพภูมิอากาศมักมีส่วนสำคัญที่ตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวได้ดีที่สุดบางคนไม่ชอบอากาศชื้นในเดือนพฤศจิกายนและธันวาคมแต่10เดือนที่เหลือก็ยังมีสภาพอากาศที่ดีให้กับนักท่องเที่ยวได้

2) ลักษณะประชากร

ประชากรสิงคโปร์ มีจำนวน 5.7 ล้านคน ในเดือนมิถุนายน 2562 โดยมีประชากรเพิ่มขึ้น 1.2% จากเดือนเดียวกันในปี 2561 โดยประชากรในเมืองมีจำนวนเพิ่มขึ้น 0.8% หรือประมาณ 3.5 ล้านคน ในขณะที่ประชากรที่ไม่มีที่พักอาศัย เพิ่มขึ้น 2% หรือประมาณ 1.68 ล้านคน สาเหตุหลักมาจากการเติบโตของการจ้างงานอย่างต่อเนื่องของภาคบริการและการฟื้นตัวของภาคการก่อสร้าง

การเกิดของประชากรสิงคโปร์ ในปี 2561 มีจำนวน 32,413 คน โดยอัตราการเกิดโดยรวมลดลงจาก 1.16 ในปี 2560 เหลือ 1.14 ในปี 2561

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีขนาดเล็ก จึงไม่มีพื้นที่เพียงพอสำหรับ การทำเกษตรกรรม ดังนั้นสิงคโปร์จึงเน้นไปทางด้านการค้าและอุตสาหกรรมโดยมีท่าเรือน้ำลึกและเป็นท่าเรือปลอดภาษีจึงเหมาะแก่การจอดเรือรับ-ส่งสินค้าจากประเทศต่าง ๆ เพื่อส่งไปขายต่อยังประเทศเพื่อนบ้าน นอกจากนี้สิงคโปร์ยังมีกิจการกลั่นน้ำมัน ซึ่งใหญ่เป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากสหรัฐอเมริกาและเป็นผู้สร้างแท่นขุดเจาะ น้ำมันรายใหญ่ ด้วยเหตุนี้จึงทำ ให้สิงคโปร์มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีและมั่นคงสินค้าส่งออกน้ำมันสำเร็จรูป แผงวงจรไฟฟ้าเครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์และส่วนประกอบเคมีภัณฑ์ส่วนประกอบอากาศยานและอุปกรณ์การบินส่วนสินค้านำเข้า เครื่องคอมพิวเตอร์สินค้าเกษตรและอาหารน้ำมันสำเร็จรูป เครื่องใช้ไฟฟ้า เหล็กกล้า ส่วนประกอบรถยนต์และอุปกรณ์อื่น ๆ

4) ลักษณะทางการเมือง

ประเทศสิงคโปร์แม้ว่าเป็นประเทศขนาดเล็กแต่ยังคงมีการแบ่งเขตการปกครองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งในปัจจุบันสิงคโปร์แบ่งเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น 5 ภาค ด้วยกันดังนี้

1) ภาคกลาง (Central Region) มีพื้นที่ 130.5 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย Central Area ซึ่งเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจและ การเงินของสิงคโปร์และ 11 เขตรอบนอก โดยภายใน Central Area ยังแบ่งออกเป็น 11 เขตย่อย ซึ่งเขตที่สำคัญได้แก่ Downtown Core เป็นศูนย์กลางทางธุรกิจสำคัญ Singapore River เป็นที่อยู่สำนักงานห้างร้านขนาดใหญ่และ Orchard เป็นแหล่งการค้าและศูนย์กลางของธุรกิจโรงแรม

2) ภาคตะวันตก (West Region) มีประชากรมากกว่า 7.4 แสนคน มีพื้นที่ 201 ตารางกิโลเมตร ใหญ่ที่สุดใน 5 ภาค แบ่งเป็น 12 เขต โดยเขตสำคัญ ได้แก่ Western Water Catchment ซึ่งเป็นพื้นที่กักเก็บน้ำขนาดใหญ่ครอบคลุมพื้นที่กว่า 1 ใน 3 ของภาค

3) ภาคเหนือ (North Region) มีประชากรกว่า 4 แสนคน อาศัย ในพื้นที่ 97 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็น 8 เขต รวม Central Water Catchment (หรือ Central Catchment Nature Reserve: CCNR) ซึ่งเป็นพื้นที่กักเก็บน้ำ สำหรับการอุปโภคบริโภคในตอนกลางของเกาะสิงคโปร์

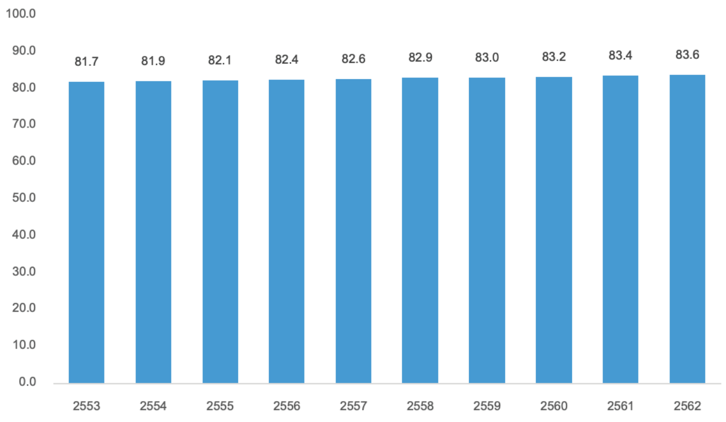
4) ภาคตะวันออก (East Region) แบ่งเป็น 6 เขตโดยเขต Changi เป็นที่อยู่ของสนามบินนานาชาติแห่งสิงคโปร์ (Changi International Airport)

5) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (North-East Region) แบ่งเป็น 7 เขตมีพื้นที่ครอบคลุมหมู่เกาะในเขตตะวันออกเฉียงเหนือเกาะสำคัญได้แก่ Pulau-tekong เป็นที่อยู่ทางทหารของสิงคโปร์และ Pulau-ubin เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ

2.7.2 สถานะสุขภาพ

ในปี พ.ศ.2562 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในสิงคโปร์คือ 83.6ปีซึ่งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชาวสิงคโปร์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆในช่วง 10 ปีที่ป่าน สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นของประเทศ ในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดี ในปี พ.ศ.2560 สิงคโปร์มีอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดี เพศชาย 72.6 ปี และเพศหญิง 65.8 ปี แสดงให้เห็นว่า ประชาชนสิงคโปร์จะมีสุขภาพไม่ดีประมาณ 10 ปี เมื่อเทียบจากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด83.2ปี(พ.ศ.2560)ซึ่งเป็นประเด็นที่น่ากังวลสำหรับสิงคโปร์ที่ทรัพยากรสำคัญที่สุดคือ ประชาชน โดยภายใน พ.ศ .2593ประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศจะมีอายุ65ปีขึ้นไปดังนั้นการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดี จึงเป็นเรื่องสำคัญ ทั้งนี้ จากการสำรวจประชากรสิงคโปร์ในเดือนมีนาคมม 2561 พบว่า มีเพียงร้อยละ 23 ของผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุว่ามีความพร้อมสำหรับวัยเกษียณหรือการเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี

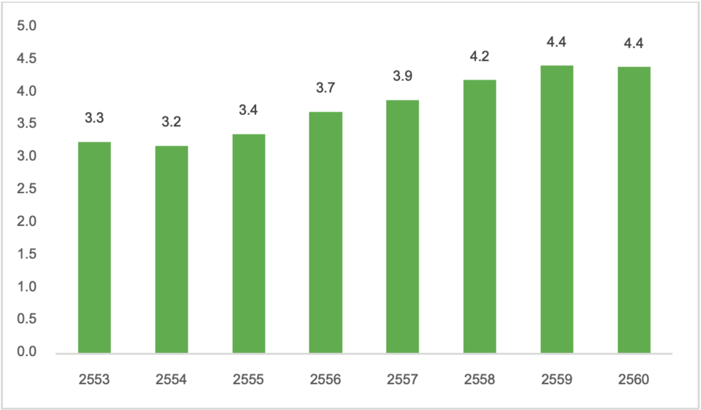
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ.2553-2562



ที่มา : www.statista.com

การลงทุนด้านสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสิงคโปร์คิดเป็นร้อยละของ GDP มีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประเทศ โดยในปี 2560 สิงคโปร์ได้ใช้งบประมาณ 1,740ดอลลาร์สิงคโปร์ต่อการดูแลสุขภาพประชากรหรือมีมูลค่าประมาณ ร้อยละ 4.4 ของ GDP ของประเทศ ซึ่งการลงทุนด้านสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาด้านการดูแลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ตลอดจนการเข้าถึงสุขอนามัยการลดความเสี่ยงของโรคติดเชื้อเพื่อช่วยให้ประชากรในประเทศมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ.2553-2562



ที่มา : www.statista.com

2.7.3 ระบบสาธารณสุข

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขคือการส่งเสริมสุขภาพที่ดีลดความเจ็บป่วยและสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพที่ดีราคาไม่แพงและได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศโดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ควบคุมระบบสาธารณสุขและระบบการดูแลสุขภาพโดยรวมทั้งนี้รัฐบาลได้อาศัยกลไกทางการตลาดในการปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และเข้าแทรกแซงโดยตรงเมื่อตลาดมีปัญหาเพื่อรักษาต้นทุนการดูแลสุขภาพให้ลดลง

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการบางอย่างโดยมีหน่วยงานระดับประเทศที่ปฏิบัติหน้าที่สำคัญด้านสุขภาพ ดังนี้

1) MOH Holdings เป็นบริษัทที่รับผิดชอบในการดูแลสถาบันด้านการดูแลสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ นอกจากนี้ ยังดำเนินการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและประสานงานด้านกำลังคน การพัฒนาคนเก่ง สำหรับระบบสุขภาพในระดับชาติ โดย MOH Holdings มีหน่วยงานย่อย ดังนี้

1.1) Integrated Health Information Services เป็นหน่วยงานที่รวบรวม ส่งมอบ และบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของสถาบันด้านการดูแลสุขภาพทุกแห่งของหน่วยงานภาครัฐ

1.2) The Agency for Integrated Care เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานงาน อำนวยความสะดวกในการจัดสรรตำแหน่งให้กับหน่วยบริการในชุมชนเพื่อให้หน่วยบริการในชุมชนได้รับการพัฒนาระบบบริการและเสริมสร้างขีดความสามารถ รวมทั้งการสนับสนุนเงินอุดหนุนบางส่วน ทั้งนี้ ในปี พ.ศ.2561 หน่วยงานยังได้รับหน้าที่ในการประสานงานการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพและสังคม

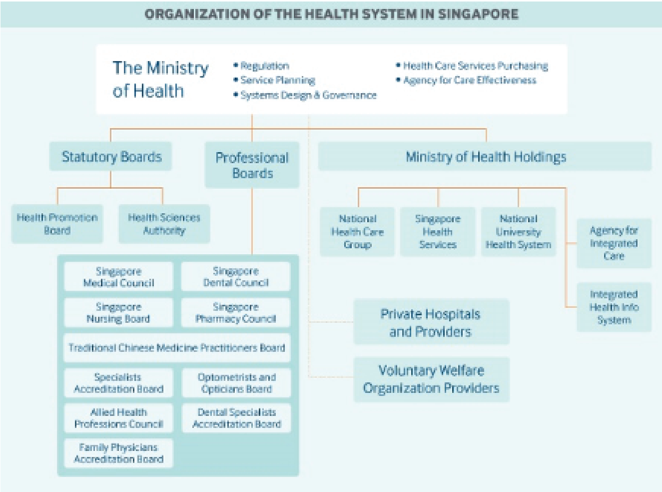
2) Agency for Care Effectiveness เป็นหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพแห่งชาติของสิงคโปร์ซึ่งให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาและการรักษาที่คุ้มค่า

3) The Health Sciences Authority เป็นหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำหน้าที่ควบคุมการผลิต การนำเข้า การจัดหา การจัดเก็บ การนำเสนอและการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านความปลอดภัยคุณภาพและประสิทธิภาพที่เหมาะสม

4) The Health Promotion Board คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีในสิงคโปร์คณะกรรมการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(เช่นสุขภาพในโรงเรียนและอนามัยในที่ทำงาน)และทำงานร่วมกับพันธมิตรในอุตสาหกรรมสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารที่ดีต่อสุขภาพ

5) The Central Provident Fund Board คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง มีหน้าที่ในการบริหารแผน MediSave และ MediShield Life ในนามของกระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างการบริหารงานด้านสุขภาพของสิงคโปร์



2.7 ประเทศสิงคโปร์

สิงคโปร์จัดระบบสาธารณสุขในด้านการรักษาให้สอดรับกับการประกันสังคมโดยรัฐบาลสิงคโปร์จัดตั้งระบบประกันสังคมเพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่ประชาชนในการดูแลด้านสุขภาพและเป็นกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุโดยระบบประกันสังคมของสิงคโปร์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1) การใช้บัญชีออมสุขภาพ (Medisave) ซึ่งเป็นภาคบังคับ ที่ประชาชนใช้เงินออมในบัญชีของตนเอง

2) ระบบประกันสุขภาพสมัครใจ (Medishield) เป็นระบบที่ครอบคลุมโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยจะสามารถหักเงินจากบัญชีออม เพื่อสุขภาพมาซื้อประกันในส่วนนี้ได้

3)ระบบสังคมสงเคราะห์(Medifund)เป็นระบบบริการของรัฐบาลในกรณีที่ประชาชนไม่มีเงินพอเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆประชาชนก็จะนำเงินจากบัญชีเงินออมสุขภาพมาจ่ายให้กับโรงพยาบาลในกรณีที่เจ็บป่วยด้วยโรคค่าใช้จ่ายสูงหากซื้อประกันแบบสมัครใจไว้ประกันสุขภาพสมัครใจก็จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดแต่หากค่ารักษาพยาบาลสูงมากไม่สามารถจ่ายได้ก็จะสามารถขอสังคมสงเคราะห์ได้ตามลำดับ

ในช่วงปลายปีพ.ศ.2560กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดตัวกลยุทธ์ Beyond Healthcare 2020 เพื่อผลักดันการดูแลชุมชนให้มากขึ้นส่งเสริมการส่งเสริมสุขภาพและรับรองคุณค่าและในปี พ.ศ.2561 ได้เปิดตัวโครงการทดลองและการพัฒนาการออกใบอนุญาต ซึ่งเป็น "Sandbox" สำหรับการระบุและทำความเข้าใจนวัตกรรมการดูแลสุขภาพใหม่ ๆ เช่น การแพทย์ทางไกลและการแพทย์เคลื่อนที่ ผ่านความร่วมมือในอุตสาหกรรม ได้มีความพยายามพัฒนาแนวทางการกำกับดูแลที่เหมาะสม เพื่ออำนวยความสะดวกในการสร้างสรรค์นวัตกรรมดังกล่าว ในขณะที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ป่วย

นอกจากนี้เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการ CareShield Life ซึ่งเป็นโครงการทดแทนโครงการElderShieldมีกำหนดการเปิดโครงการในปีพ.ศ.2563โดยโครงการใหม่นี้จะมีการจ่ายเงินประกันสุขภาพที่สูงขึ้นโดยเริ่มต้นที่ 600 ดอลลาร์สิงคโปร์ (438 ดอลลาร์สหรัฐ)และเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปแบบไม่กำหนดกรอบระยะเวลาการชำระเงินตราบเท่าที่ยังถือครองกรมธรรม์ ทั้งนี้ ครอบคลุมถึงกรณีเกิดความพิการ ซึ่งโครงการ CareShield Life จะบังคับใช้สำหรับพลเมืองและผู้อยู่อาศัยถาวรที่เกิดในหรือหลังปีพ.ศ.2523 นอกจากนี้ผู้พิการสามารถถอนเงินได้สูงถึง2,400ดอลลาร์สิงคโปร์ (1,752 ดอลลาร์สหรัฐ) ต่อปีหรือ 200 ดอลลาร์สิงคโปร์ (146 ดอลลาร์สหรัฐ) ต่อเดือนจากกรมธรรม์ของตนเอง และบัญชี MediSave ของคู่สมรส สำหรับความต้องการการดูแลระยะยาวหลังจากจัดสรรจำนวนเงินขั้นต่ำสำหรับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ

รวมทั้ง ยังมีโครงการ ElderFund เพื่อให้ความช่วยเหลือตามดุลยพินิจสูงถึง 250 ดอลลาร์สิงคโปร์ (183 ดอลลาร์สหรัฐ)ต่อเดือนสำหรับผู้พิการและผู้ยากไร้ที่ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว

ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลของรัฐได้มีการดำเนินงานขับเคลื่อนด้วยการเน้นคุณค่าของผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อลดรูปแบบที่ไม่จำเป็นและส่งเสริมแนวทางการปฏิบัติที่ดีซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังได้เริ่มรวบรวมการจ่ายเงินเพื่อพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆและการให้รางวัลอย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้กรอบการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานเพื่อให้รางวัลแก่กลุ่มที่ดูแลสุขภาพที่สามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดีเช่นการลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลการจัดการเรื่องการครองเตียงและการลดระยะเวลาในการรอการนัดหมายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์ได้จัดทำHealthHubเป็นพอร์ทัลและแอพมือถือแบบครบวงจรสำหรับชาวสิงคโปร์ในการเข้าถึงเนื้อหาด้านสุขภาพและบริการอิเล็กทรอนิกส์ที่หลากหลายโดยระบบได้ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ชาวสิงคโปร์สามารถเป็นเจ้าของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองได้มากขึ้นผ่านการเข้าถึงบันทึกสุขภาพส่วนบุคคลทางออนไลน์ ความรู้ด้านสุขภาพ
ที่ดีขึ้นและการนำแนวทางการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพมาใช้ ทั้งนี้HealthHubเป็นโครงการริเริ่มของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก Integrated Health Information Systems (IHiS) Pte. Ltd. และสถาบันด้านการดูแลสุขภาพของรัฐ ได้แก่ : 1) Agency for Integrated Care 2) Health Promotion Board 3) Health Science Authority 4) National Healthcare Group 5) National University Health System และ 6) Singapore Health Services (SingHealth)

2.7.4 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

Health Promotion Board (HPB) ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2544 เป็นองค์กรของรัฐบาลที่รับผิดชอบในการส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีในสิงคโปร์HPBเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพตามหลักฐานที่เชื่อถือได้และพยายามช่วยให้ประชาชนสิงคโปร์มีความรู้และทักษะในการเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเองและดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี โดย HPB ได้ดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนชาวสิงคโปร์ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ผ่านโครงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่หลากหลายรวมถึงบริการด้านสุขภาพและทันตกรรมสำหรับเด็กนักเรียนโปรแกรมสุขภาพในสถานที่ทำงานและโปรแกรมกิจกรรมทางกายนอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับชุมชนและริเริ่มโครงการใหม่ๆเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่โดยมีความเชื่อว่าการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพระดับประเทศให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานทั้งระดับบุคคล ภาคเอกชน ชุมชน ตลอดจนโรงเรียนและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ

ทั้งนี้เป้าหมายของHPBคือการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีรวมทั้งการป้องกันการเจ็บป่วยความพิการการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภายในปี พ.ศ.2563ได้ตั้งเป้าหมายที่จะให้ประชาชนชาวสิงคโปร์สามารถเข้าถึงการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีได้ที่หน้าบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน หรือทุกแห่งที่ผ่าน

วิสัยทัศน์ของ HPB คือ การเห็นประชาชนในประเทศสุขภาพดี

พันธกิจของ HPB คือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการดำเนินการจะบรรลุเป้าหมายได้ โดย

1)การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

2)การสร้างการมีส่วนร่วมและสนับสนุความร่วมมือทั้งในและต่างประเทศ

3)การเป็นองค์กรที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งสร้างแรงบันดาลใจและทำให้บุคลากรตระหนักถึงศักยภาพสูงสุด

ค่านิยมของ HPB ประกอบด้วย People-Centricity การยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางโดยเน้นการดูแลผู้คนและการสร้างแรงบันดาลใจในการใช้ชีวิตแบบมีสุขภาพดีInnovationเน้นการกล้าลอง และการเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว และ Excellence เน้นการทำให้ดีที่สุด และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ

ประเทศสิงคโปร์ได้จัดทำแผนแม่บทด้านสุขภาพที่มีชื่อว่า“HealthyLivingMasterPlan”โดยคณะทำงานจัดทำแผนแม่บทด้านสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นเมื่อเดือนกันยายน2555มีแนวคิดในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการมีสุขภาพที่ดีรวมถึงความพร้อมและการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่อยู่ใกล้บ้านได้อย่างอิสระและมีทางเลือกในการใช้ชีวิตที่มีสุขาภาพดีให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

แผนแม่บทดังกล่าวได้กำหนดวิสัยทัศน์ปี 2020 ว่า Healthy Living Every Day: Making the Connection คือ การมีสุขภาพที่ดีในทุกวัน: การสร้างการเชื่อมต่อกัน ภายใต้แนวคิดหลักในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน คือ การเชื่อมต่อทุกด้านกันอย่างไรรอยต่อประกอบด้วยหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Ps ได้แก่

1. Place หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี

2. People หมายถึง สังคมที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ หรือเป็นต้นแบบในการมีสุขภาพที่ดี

3.Priceหมายถึงทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับการมีสุขภาพที่ดีที่ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงได้

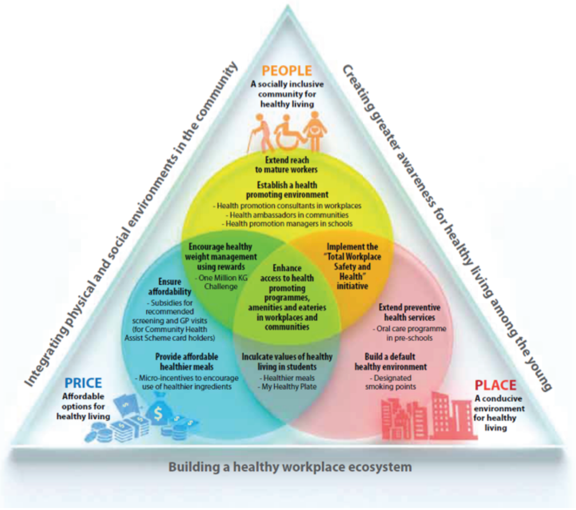
ความท้าทายด้านสุขภาพของประเทศสิงคโปร์คือการต่อสู้กับพฤติกรรมในวิถีการใช้ชีวิตที่ตอบสนองตามความต้องการในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะในวัยทำงานที่มีความมุ่งมั่นและแรงบันดาลใจในการทำให้บรรลุเป้าหมายในหน้าที่การงาน ทำให้ชาวสิงคโปร์ให้ความสำคัญต่อเวลาในการทำงานมากกว่าการดูแลสุขภาพตนเองดังนั้นวิถีการใช้ชีวิตประจำวันจึงเป็นปัจจัยสำคัญส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายจากการสำรวจโภชนาการแห่งชาติประจำปี พ.ศ.2553 พบว่าร้อยละ 70 ของชาวสิงคโปร์มีพฤติกรรมการกินแคลารี่มากกว่าปกติในปริมาณที่ควรได้รับต่อวันรวมทั้งชาวสิงคโปร์อายุ 18-69 ปีร้อยละ 26 ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสอดคล้องกับอัตราโรคอ้วนในสิงคโปร์ที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.9 เป็น 8.6 (ปี พ.ศ.2547-2561) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

หลักสำคัญของการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของสิงคโปร์เกิดจากการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งการรับฟังผ่านทางออนไลน์และแบบการสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่อทำให้ทราบถึงปัญหา ข้อเสนอแนะ มุมมอง แนวคิด รวมไปถึงความต้องการต่อการมีสุขภาพที่ดีของชาวสิงคโปร์ เพื่อนำมาออกแบบมาตรการสำหรับการส่งเสริมสุขภาพของชาวสิงคโปร์ โดยใช้หลัก 3Ps ดังนี้

1.Placeการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีซึ่งได้รับแนวคิดและมุมมองจากการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนโดยภาครัฐได้ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพให้สอดคล้องต่อความต้องการของประชาชนเพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการมีสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนนั้นสามารถเข้าถึงได้ง่ายทั้งภายนอกและภายในบริเวณที่อยู่อาศัยและสถานที่ทำงานโดยกำหนดให้สถานที่ออกกำลังกายห่างจากบริเวณที่อยู่อาศัยไม่เกิน 200 เมตร โดยคำนึงถึงความเชื่อมโยงกิจกรรมระหว่างโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกภายในชุมชนมากที่สุด

2.Peopleการสนับสนุนทางด้านสังคมโดยการมีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในชุมชนชาวสิงคโปร์เชื่อว่าความสัมพันธ์ทางสังคมสามารถเพิ่มแรงจูงใจ กระตุ้น และสร้างความตระหนักด้านสุขภาพตั้งแต่เด็กจนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น แบ่งปันเรื่องราว

หลัก 3Ps ในแผนแม่บทด้านสุขภาพ
"Healthy Living Master Plan"



ของบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลือกมีวิถีชีวิตที่สอดคล้องต่อสุขภาพ โดยได้จัดทำโครงสร้างเครือข่ายทูตด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมสำหรับกลุ่มคนที่สนใจด้านสุขภาพประกอบด้วย การสร้างความตระหนักและการให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดีรวมไปถึงการเสริมสร้างทักษะด้านการวางแผนการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่นด้วย

3.Priceความต้องการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ เพื่อทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีในราคาที่ไม่แพงราคาจะไม่ควรเป็นอุปสรรคต่อการมีสุขภาพที่ดีโดยเน้นเรื่องอาหารและการบริการด้านการแพทย์ชาวสิงคโปร์พบปัญหาอาหารขยะสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกมากกว่าอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องราคาของอาหารที่อาหารขยะมักมีราคาถูกกว่ารัฐบาลจึงสร้างตัวช่วยสำหรับการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพโดยการทำเครื่องหมาย Healthier Choice Symbolในผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อแสดงให้เห็นว่าส่วนผสมของสินค้าเหล่านั้นมีไขมันต่ำและเป็นไขมันประเภทSaturated มีโซเดียมและน้ำตาลในระดับต่ำรวมถึงปริมาณใยอาหารในระดับสูงเพื่อง่ายต่อผู้บริโภคในการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพซึ่งสัญลักษณ์นี้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์อาหารมากกว่า60 ประเภท กว่า 20,000 รายการที่ได้รับอนุญาตให้ใช้สัญลักษณ์

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนผ่านมาตรการการส่งเสริมสุขภาพ (3Ps) จำนวน 3 กลยุทธ์ ประกอบด้วย

1.การสร้างระบบนิเวศในสถานที่ทำงานที่ดีต่อสุขภาพ โดยยึดคนทำงานเป็นศูนย์กลาง และมีภาคส่วนต่าง ๆ เป็นศูนย์กลางในการอำนวยความสะดวก ทั้งนี้ การดำเนินการเป็นลักษณะของความร่วมมือแบบไตรภาคี

2.การบูรณาการสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมในชุมชนโดยการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่กำกับดูแลกับชุมชน

3.การสร้างความตระหนักรู้ในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีในกลุ่มเยาวชน

2.8.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

เกาหลีใต้ตั้งอยู่ทางใต้ของคาบสมุทรเกาหลีทิศเหนือติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี (เกาหลีเหนือ) ทิศตะวันออกติดกับทะเลตะวันออก(ทะเลญี่ปุ่น)ทิศตะวันตกติดกับทะเลเหลือง และทิศใต้ติดกับช่องแคบเกาหลี (Korea Strait) มีพื้นที่ 99,392 ตารางกิโลเมตร (ร้อยละ 45 ของพื้นที่คาบสมุทรเกาหลี) หรือประมาณ 1 ใน 5 ของประเทศไทย พื้นที่ร้อยละ 70 ของประเทศเป็นเทือกเขา

สำหรับภูมิอากาศ เกาหลีใต้มี 4 ฤดู คือ ฤดูใบไม้ผลิ ฤดูร้อน ฤดูใบไม้ร่วง และฤดูหนาว โดยฤดูใบไม้ผลิในเดือนเมษายน–พฤษภาคมส่วนในฤดูร้อนระหว่างเดือนมิถุนายน–สิงหาคมเป็นช่วงที่ฝนตกชุกฤดูใบไม้ร่วมในช่วงเดือนกันยายน–ตุลาคมสำหรับฤดูหนาวครอบคลุมประมาณ 5 เดือนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน – มีนาคม อุณหภูมิโดยเฉลี่ย -20 องศา ในฤดูหนาวและ 34 องศาในฤดูร้อน

2) ลักษณะประชากร

ประชากรเกาหลีใต้ มีจำนวนประมาณ 51,845,612 คน (ข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2562)โดยประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตกรุงโซล ส่วนเมืองที่มีประชากรหนาแน่นมากกว่าเมืองอื่น ๆ ในเกาหลีใต้จะเป็นเมืองใหญ่และมีเศรษฐกิจระดับสูง เช่น ปูซาน แดกู อินชอน แดจอน กวางจูและอูลซาน

อัตราการเจริญพันธุ์ของเกาหลีต่ำที่สุดในโลกที่ 0.9 ในไตรมาสแรกของปี 2563 และ 0.85 ในไตรมาสที่ 4 ของปี 2562 ซึ่งเป็นสัญญาณเข้าสู่ยุคของการสูญเสียอย่างต่อเนื่องของประชากรและกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาด้านประชากร

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ในปี2555เกาหลีใต้มีผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) 1,538,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ สูงเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และอันดับ 15 ของโลก มีรายได้ประชากรต่อหัวอยู่ที่ 29,833ดอลลาร์สหรัฐเศรษฐกิจขยายตัวร้อยละ2ลดลงจากร้อยละ 3.6 ในปี 2554 โดยมีปัจจัยสำคัญมาจากวิกฤติเศรษฐกิจเขตยูโรสถานการณ์เศรษฐกิจในสหรัฐฯและจีนการอ่อนตัวของค่าเงินเยนที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสินค้าส่งออกของเกาหลีใต้และการชะลอตัวลงของอุปสงค์ภายในประเทศจากปัญหาหนี้ในครัวเรือนและการออมที่ลดลง ทั้งนี้ ภาคการส่งออกของเกาหลีใต้ซึ่งมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 57 ของ GDP ถือเป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ

ในปี 2556 เศรษฐกิจเกาหลีใต้คาดว่าจะฟื้นตัวอย่างช้าๆและขยายตัวร้อยละ 2.8 ในช่วงครึ่งปีแรกจะขยายตัวร้อยละ 1.9 ก่อนจะกลับสู่ภาวะปกติและขยายตัวร้อยละ 3.5 ในช่วงครึ่งปีหลังปัจจัยขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่สำคัญมาจากภาคการส่งออก (มากกว่าอุปสงค์ภายในประเทศ) โดยยังคงมีปัจจัยเสี่ยงจากผลกระทบจากการชะลอตัวทางเศรษฐกิจในยุโรปสหรัฐฯจีนและค่าเงินเยนที่อ่อนตัวลงของญี่ปุ่น ทั้งนี้ในปี2557เศรษฐกิจเกาหลีใต้คาดว่าจะขยายตัวที่ร้อยละ 3.8

ทรัพยากรที่สำคัญของเกาหลีใต้ ได้แก่ ถ่านหิน ทังสเตน กราไฟต์ ตะกั่ว อุตสาหกรรมหลักได้แก่การผลิตชิ้นส่วนประกอบ รถยนต์ การต่อเรือ และปิโตรเคมี

4) ลักษณะทางการเมือง

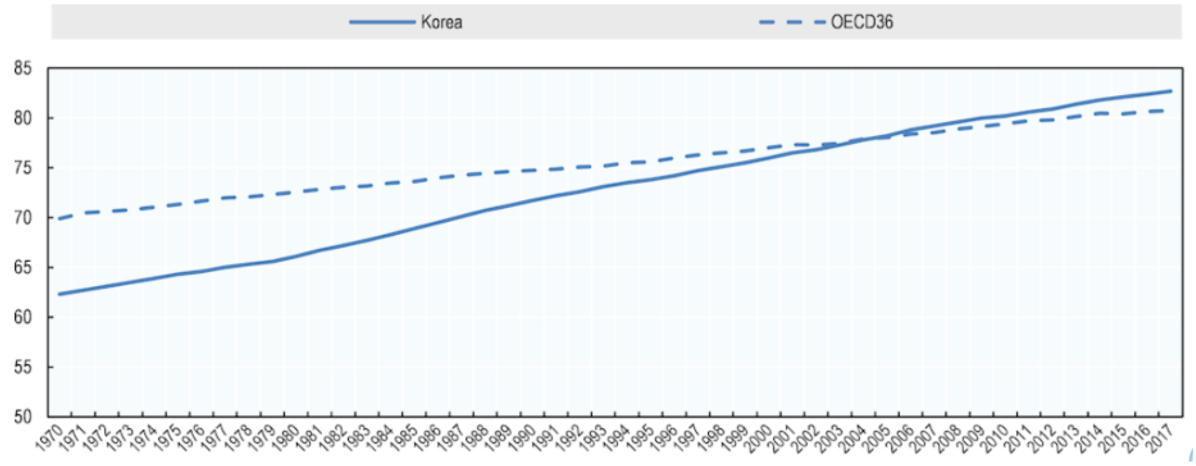
เกาหลีใต้ปกครองแบบประชาธิปไตยระบบรัฐสภา (สภาเดียว) มีระบอบการปกครองแบบสาธารณรัฐ มีประธานาธิบดีเป็นผู้นำสูงสุด ดำรงตำแหน่งประมุขของรัฐหัวหน้ารัฐบาล และผู้บัญชาการทหารสูงสุด

เกาหลีใต้แบ่งเขตการปกครองท้องถิ่นออกเป็น9จังหวัด (ได้แก่คยองกีคังวอนชุงชองเหนือชุงชองใต้ชอลลาเหนือชอลลาใต้ คยองซังเหนือ คยองซังใต้ และ 1 เขตการปกครองพิเศษคือเกาะเชจู) และ 6 เมืองมหานคร (ได้แก่ ปูซาน แดกู อินชอน แดจอน กวางจูและอูลซาน) 1 นครพิเศษคือกรุงโซลและ 1 นครปกครองตนเองพิเศษคือเซจอง

2.8.2 สถานะสุขภาพ

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในเกาหลีใต้เมื่อปีพ.ศ.2561 อยู่ที่ 82.7 ปี สูงกว่าค่าเฉลี่ย OECD ที่ 80.8 ปี อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและหญิงโดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในเพศชาย คือ 79.7 ปี เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ OECD 78.1 ปี และในเพศหญิง คือ 85.7 ปี เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ 83.4 ปี แม้ว่าในปี พ.ศ.2513 เกาหลีใต้จะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD อยู่มาก แต่ในปี พ.ศ.2548 เกาหลีใต้ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องจนอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเทียบเท่ากับประเทศอื่น ๆ และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD ในที่สุด อย่างไรก็ตาม อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่ได้บ่งบอกถึงสถานะสุขภาพที่ดีเพียงอย่างเดียว จากการสำรวจพบว่าประชาชนเกาหลีใต้เพียงหนึ่งในสามที่เห็นว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือดีมาก

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของ OECD ปี พ.ศ.2513-2560

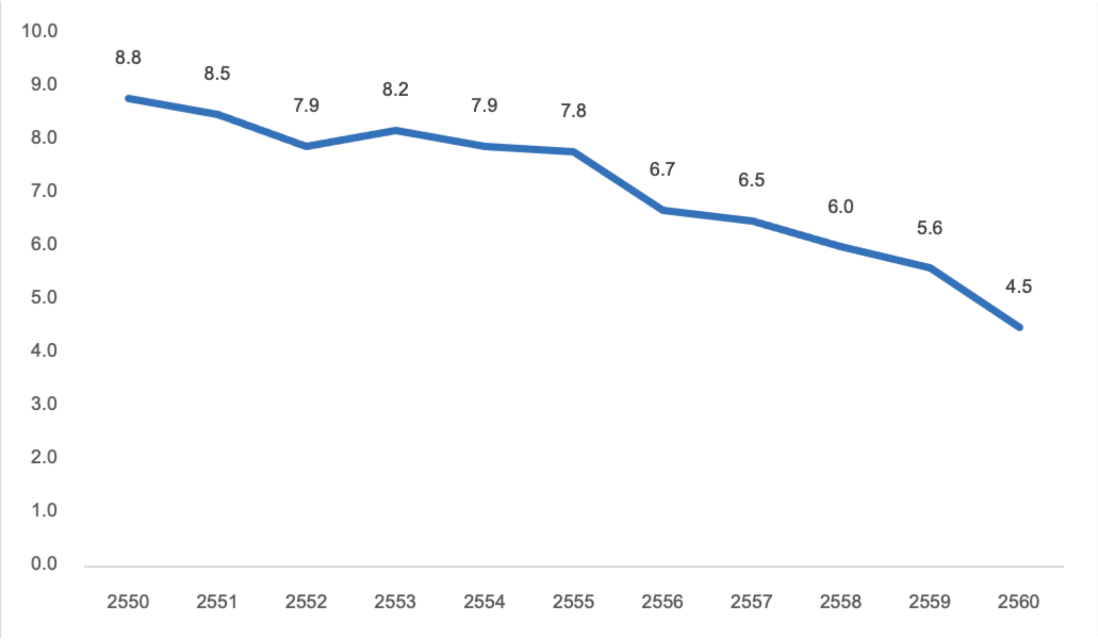


ที่มา : OECD Reviews of Public Health: Korea

โรคไม่ติดต่อยังคงเป็นสาเหตุของโรคส่วนใหญ่ในเกาหลีใต้ โดยสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดและมะเร็งตับ แม้ว่าโรคหัวใจขาดเลือดจะอยู่ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการตายแต่โรคของระบบไหลเวียนโลหิตมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 23 ของการตายในเกาหลีใต้ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ OECD ที่ร้อยละ 35 ในทางกลับกัน มะเร็งกลับเป็นสาเหตุการตายที่ร้อยละ 26 เท่ากับค่าเฉลี่ยของ OECD

แม้ว่าภาระโรคส่วนใหญ่มาจากโรคไม่ติดต่อแต่วัณโรคกลับเป็นปัญหาสำคัญของเกาหลีใต้โดยมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค 6 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ OECD ที่ 1.0 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งการจัดการและแผนการลดอุบัติการณ์จากวัณโรคที่ผ่านมา สามารถลดอุบัติการของผู้ป่วยวัณโรค จาก 100 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2554 เหลือ 77 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2559 โดยแผนการลดอุบัติการณ์จากวัณโรคฉบับที่ 2 ได้ประกาศใช้ในปี พ.ศ.2562 มุ่งเน้นที่การตรวจหาเชื้อในระยะเริ่มต้น เช่น การตรวจคัดกรองผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยงสูง การดูแลผู้ป่วยและการจัดการการสัมผัส การพัฒนางานวิจัย การเสริมสร้างระบบตอบโต้ทั้งในภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ การเสริมสร้างศักยภาพในการตอบโต้ในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศด้านวัณโรค

อัตราการเสียชีวิตด้วยวัณโรค (ต่อประชากร 100,000 คน) ปี พ.ศ.2550-2560



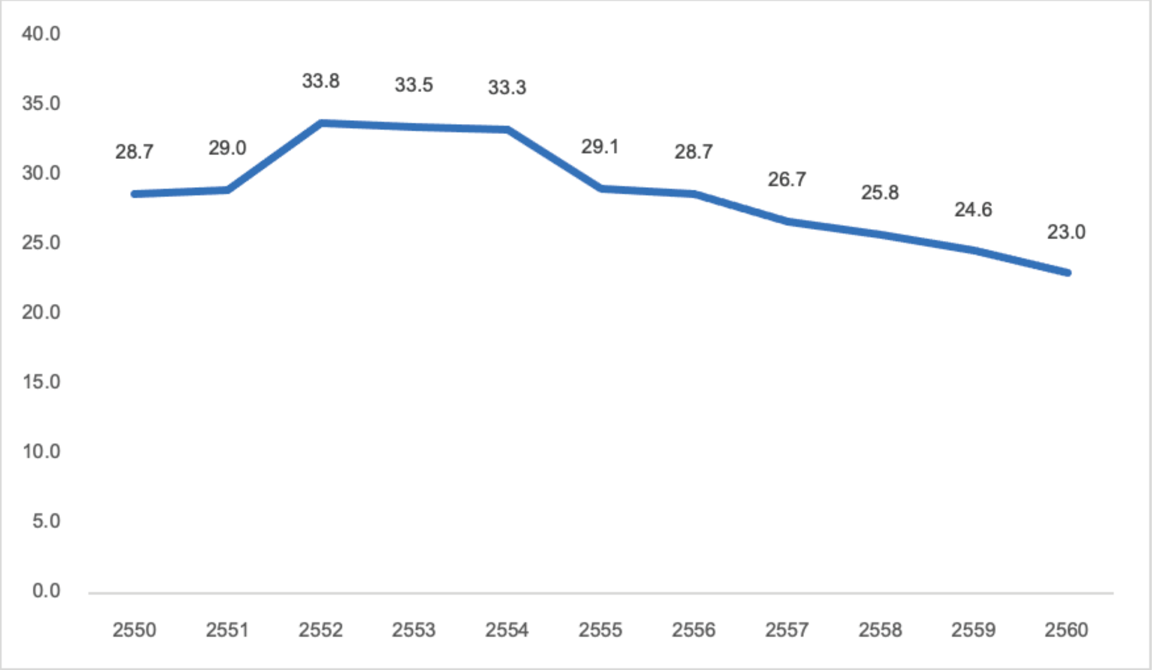
ที่มา : OECD Reviews of Public Health: Korea

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า การบริโภคยาสูบของเพศหญิงในเกาหลีใต้อยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ OECD แต่เพศชายกลับสูบบุหรี่มากกว่าเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ OECD โดยเพศชายร้อยละ 31.6 สูบบุหรี่ทุกวัน ในขณะที่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาพรวมอยู่ที่ 8.7 ลิตรต่อคนต่อปีโดยเพศชายจะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ อัตราผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเกาหลีใต้มีอัตราโรคอ้วนค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ OECD โดยร้อยละ 33.7 ของประชากรมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน ทั้งนี้ การใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ระดับ 30 อาจไม่เหมาะกับประชากรในเอเชียเนื่องจากดัชนีมวลกายที่มากกว่า 23 มีความเสี่ยงสูงของโรคเบาหวานและความดัน ดังนั้น เมื่อใช้เกณฑ์ BMI ที่ 23 ในการพิจารณาความเสี่ยง พบว่า ปี พ.ศ.2560ประชากรเกาหลีใต้มีความเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ร้อยละ 27.7

ความท้าทายด้านสุขภาพอีกประการในเกาหลีใต้ คือ การเป็นสังคมผู้สูงอายุ เมื่อปัจจุบัน ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 13.8 แต่คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2593 ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีประมาณร้อยละ 38.1 และประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 15.8

ปัญหาสุขภาพจิตในเกาหลีใต้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD โดยการทำร้ายตัวเองเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในปี พ.ศ.2559 ในขณะที่กลุ่มประเทศ OECD มีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง แต่เกาหลีใต้กับมีอัตราเพิ่มขึ้นในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาซึ่งหนึ่งในปัจจัยที่เอื้อต่อปัญหาสุขภาพที่สูงขึ้น อาจเกิดจากชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ความเครียดจากการทำงนเนื่องจากเกาหลีใต้มีชั่วโมงการทำงานต่อคน สูงที่สุดแห่งหนึ่ง ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน กับสถานะของการจ้างงานที่ไม่มั่นคง เป็นสิ่งเชื่อมโยงให้อัตราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคนวัยทำงานของเกาหลีใต้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ในปี พ.ศ.2562 รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นปีแห่งการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อลดจำนวนการฆ่าตัวตายให้น้อยกว่า 10,000 คนต่อปี ภายในปี 2563 และเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนเกาหลีใต้โดยมีระบบการตรวจสอบผู้มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายและการแพร่กระจายของวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความเคารพต่อชีวิต ทำให้การป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญอันดับต้น ๆ ของรัฐบาล นอกจากนี้ ยังได้กำหนดเป้าหมายเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายให้เหลือ 17.0 รายต่อประชากร 100,000 คน ภายในปี พ.ศ.2565

อัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตัวเองโดยเจตนา (ต่อประชากร 100,000 คน) ปี พ.ศ.2550-2560

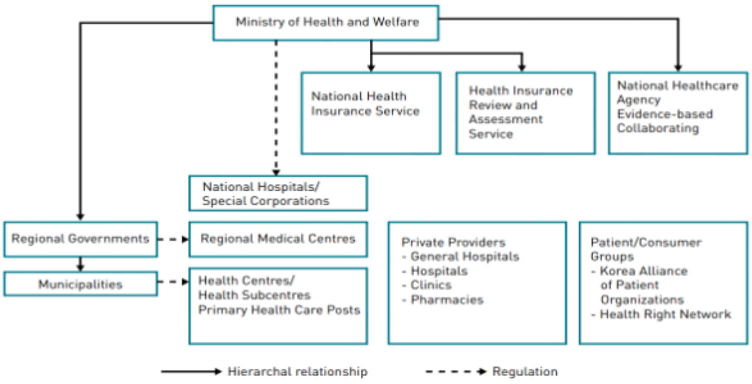


ที่มา : OECD Reviews of Public Health: Korea

2.8.3 ระบบสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (MoHW) มีหน้าที่ในการกำกับดูแลวางแผนและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพรวมทั้งการจัดบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ภาคเอกชนไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น โรงพยาบาลจิตเวช 17 แห่ง โรงพยาบาลวัณโรค 3 แห่ง โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHI) โดยกำกับดูแลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Service: NHIS) และการกำกับดูแลสำนักงานประเมินหลักประกันสุขภาพ (Health Insurance Review and Assessment Service: HIRA)

โครงสร้างระบบสุขภาพของเกาหลีใต้



ที่มา : OECD Reviews of Public Health: Korea

ในส่วนของการบริหารงานส่วนภูมิภาคได้จัดบริการศูนย์การแพทย์ในระดับภูมิภาคและสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์อื่น ๆ ตามความต้องการของพื้นที่ โดยแต่ละเทศบาล จะมีศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง ให้บริการด้านสาธารณสุขพื้นฐานเช่นการตรวจสุขภาพ การฉีดวัคซีน การฝากครรภ์และการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานนอกจากนี้ในศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถจัดตั้งศูนย์สุขภาพย่อยเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นทั้งนี้โรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพเช่นกันโดยNHIและHIRAมีหน้าที่ในการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการคลินิกเอชนและโรงพยาบาลเอกชน

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในมีการร่วมจ่ายร้อยละ20ในขณะที่ผู้ป่วยนอก มีการร่วมจ่ายอยู่ที่ร้อยละ 30-6- ขึ้นอยู่กับสถานบริการแต่ละแห่งสำหรับประชาชนที่มีรายได้ต่ำมีโครงการช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ครอบคลุมเบี้ยประกันสุขภาพเช่นเดียวกับการร่วมจ่าย โดยความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 97.2 ของประชากรในปี พ.ศ.2561 ในขณะที่ร้อยละ 2.8 เป็นประชากรที่อยู่ภายใต้โครงการช่วยเหลือทางการแพทย์

NHI ได้จัดแพคเกจชุดสิทธิประโยชน์ที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาโรค รวมถึงการวินิจฉัย การรักษา การดูแลทางการแพทย์แบบดั้งเดิมอุบัติเหตุฉุกเฉินยาและบริการทันตกรรมการบริการตรวจสุขภาพและการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ในส่วนของการประกันสุขภาพของภาคเอกชนเป็นส่วนเสริมจากหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ โดย NHI รายงานผลการสำรวจการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อระบบประกันสุขภาพปี พ.ศ.2560พบว่าร้อยละ86.9ของครัวเรือนในเกาหลีใต้มีประกันสุขภาพส่วนบุคคล เช่น ประกันมะเร็ง หรือประกันอุบัติเหตุ ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนเกาหลีปีพ.ศ.2560อยู่ที่ร้อยละ ร้อยละ 34.3 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD ที่ร้อยละ 20

ระบบบริการปฐมภูมิในเกาหลีใต้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงคลินิกเฉพาะทางในชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในเกาหลีใต้และสามารถรับคำปรึกษาในครั้งแรกโดยไม่ต้องมีการส่งต่อยกเว้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่บริหารจัดการโดยรัฐบาลเกาหลีซึ่งในเกาหลีใต้มีอัตราการปรึกษาแพทย์ อยู่ที่ 16.6 ครั้งต่อปี เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย OECD ที่ 6.8 ครั้งต่อปี ในปี พ.ศ.2560 เพิ่มขึ้นจาก 10.6 ครั้งต่อปี ใน ปี พ.ศ.2543 ทั้งนี้ ผู้ป่วยยังสามารถรับบริการปฐมภูมิได้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่บริหารโดยรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานประจำ

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของเกาหลีใต้คาดว่าจะเพิ่มภาระโรคเรื้อรังมากขึ้น การดูแลป้องกันอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งโดยปกติเกาหลีใต้จะให้ความสำคัญกับการดูแลในโรงพยาบาลมากกว่าการให้บริการปฐมภูมิ ส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิค่อนข้างด้อยการพัฒนาและขาดแรงจูงใจในการให้บริการเชิงป้องกัน

ปี พ.ศ.2561 เกาหลีใต้มีศูนย์บริการสาธารณสุข 254 แห่ง ศูนย์สุขภาพย่อย 1,335 แห่ง ศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 1,905 แห่ง และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน 46 แห่ง บริหารงานควบคู่กับกระทรวงมหาดไทยและความปลอดภัยโดยกระทรวงมหาดไทยและความปลอดภัยรับผิดชอบในการบริหาร

2.8.4 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

สถาบันส่งเสริมสุขภาพแห่งเกาหลี เป็นรัฐวิสาหกิจ ก่อตั้งขึ้นในเดือนมกราคม 2554 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและสนับสนุนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ2)วางแผนและดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ3)พัฒนาเทคนิคคำแนะนำทางเทคนิคการให้คำปรึกษาโครงการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ 4) พัฒนาระบบการประเมินผลการวิจัยและการวิเคราะห์การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชน 5) ร่วมมือกับหน่วยงานเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน 6) ศึกษาอบรมการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน และ 7) เสริมสร้างเครือข่ายกับสถาบันส่งเสริมสุขภาพทั่วโลกเช่น WHO / WPRO INHPF และ NGOเพื่อสนับสนุนนโยบายส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาโครงการที่ยั่งยืน

วิสัยทัศน์ของสถาบันส่งเสริมสุขภาพแห่งเกาหลี "การช่วยเหลือประชาชนด้านสุขภาพตลอดการเดินทางตลอดชีวิต" พันธกิจเพื่อตระหนักถึงสังคมที่ทุกคนมีสุขภาพดีผ่านโครงการนวัตกรรมที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ค่านิยมองค์กร ประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ (Trust) เครือข่าย (Network) ประสิทธิภาพ (Performance) นวัตกรรม (Innovation)

โครงสร้างการบริหารงานในสถาบันส่งเสริมสุขภาพแห่งเกาหลี มีโครงสร้างในการบริหารจัดการจำนวน 6 หน่วยงาน ประกอบด้วย

1. กองบริหารจัดการและการวางแผน
2. กองอนามัยชุมชน
3. กองป้องกันโรคไม่ติดต่อ
4. กองนโยบายสุขภาพและการวิจัย
5. ศูนย์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ
6. กองส่งเสริมสุขภาพเกาหลี วิจัยโครงการ Smart Care

ที่มา : Korea Health Promotion Institute.

ภารกิจของสถาบันส่งเสริมสุขภาพแห่งเกาหลี มีดังนี้

1.การสนับสนุนการพัฒนานโยบายส่งเสริมสุขภาพและติดตามกระบวนการดำเนินการ ประกอบด้วย

1.1 แผนสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2563 ซึ่งเป็นแผนแม่บทแห่งชาติที่กำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมนโยบายระดับชาติด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

1.2แผนอนามัยชุมชนเป็นแผนงานที่ครอบคลุมหน่วยงานในกำกับของรัฐในท้องถิ่น(ศูนย์บริการสาธารณสุข)ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการส่งเสริมสุขภาพตามทิศทางของแผนสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปรับปรุงสุภาพของประชาชนในท้องถิ่นแสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพรวมถึงนโยบายการดูแลสุขภาพในท้องถิ่นและแผนงานโครงการ

1.3 แผนการดำเนินการจัดการโภชนาการเป็นแผนแม่บทการจัดการโภชนาการที่หน่วยงานอิสระในท้องถิ่นกำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งเพิ่มการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพลดช่องว่างทางโภชนาการเนื่องจากลักษะทางประชากรและการควบคุมอัตราการเติบโตของโรคเรื้อรัง

2. การมีส่วนช่วยในการขยายโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานที่จับต้องไม่ได้ เช่น ความรู้ และการดำเนินงานโครงการเพื่อสร้างสภาพแวดลอ้มในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพในพื้นที่โดยปรับปรุงสถานพยาบาลในท้องถิ่นและจัดหาอุปกรณ์ด้านการดูแลสุขภาพและการแพทย์เพื่อให้บริการด้านการดูแลสุขภาพมีคุณภาพสูงแก่ประชาชนในท้องถิ่น และเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงของกลุ่มที่ไม่มีสิทธิพิเศษในการดูแลสุขภาพ

2.2 การบริหารการวิจัยและส่งเสริมสุขภาพได้ดำเนินการบริหารจัดการและประเมินผลการสำรวจ รวมทั้งการสนับสนุนการวิจัยโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งเริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพการปรับปรุงโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรค การดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี

2.3 การจัดการเงินอุดหนุนประชากร โดยบริหารจัดการและประเมินโครงการของภาคเอกชนหรือภาคประชาสังคมที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลเพื่อดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

3. การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ประชาชนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี ทั้งการงดสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการป้องกันโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.1โครงการส่งเสริมสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ รวมทั้งโครงการของหน่วยงานในกำกับของรัฐในท้องถิ่น (ศูนย์บริการสาธารณสุข)เพื่อการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีป้องกันโรคเรื้อรังและการดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางโดยการวางแผนที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของพื้นที่

3.2 โครงการควบคุมยาสูบ เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศและปรับปรุงสุขภาพประชาชนโดยสนับสนุนนโยบายการควบคุมยาสูบแห่งชาติ และให้การสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อการดำเนินการและประเมินผลที่ดีขึ้นทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ

3.3โครงการโภชนาการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอ้วนโดยการมีส่วนร่วมในการขยายช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดีของประชาชผ่านการพัฒนาการรับรู้ของประชาชนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์รวมทั้งการจัดกิจกรรมที่ทางเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง

3.4โครงการสุขภาพช่องปากเพื่อให้ประชาชนตระหนักในเรื่องสุขภาพช่องปากและส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการดูแลสุขภาพช่องปาก

3.5 โครงการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบาง โดยจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการด้านสุขภาพเพื่อลดช่องทางด้านสุขภาพและสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

4. การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการด้านการดูแลสุขภาพในหน่วยงานของรัฐในท้องถิ่นรวมทั้งสถาบันวิชาการ เพื่อดำเนินโครงการต่าง ๆ เช่น การพัฒนานโยบายการเสริมสร้างโครงสร้างพื้นฐาน และโครงการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย

4.1สมาคมผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขเกาหลีได้ร่วมพัฒนาการดูแลสุขภาพในพื้นที่โดยการสนับสนุนของสภาในการจัดตั้งระบบความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในการแบ่งปันข้อมูลขั้นสูงเพื่อการดูแลสุขภาพ

4.2 โครงการภาคเอกชน-ภาคประชาสังคม โดยการจัดทำ MOU กับหน่วยงานภาคเอกชน เช่น Samsung Life Insurance ส่งเสริมโครงการป้องกันโรคและการฆ่าตัวตายกับองค์กรเอกชน

4.3การจัดเวทีสุขภาพระดับชาติเพื่อให้ได้มาซึ่งสาระการประชุมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและกระตุ้นให้เกิดประโยชน์ทางการเมือง

4.4 สถาบันส่งเสริมสุขภาพ 1 วัน เพื่อแบ่งปันแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มของโครงการส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ

4.5วันสุขภาพโดยการส่งเสริมกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อแนะนำนโยบายระดับชาติแก่ประชาชน และสร้างบรรยากาศในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีทุกวันที่ 7 เมษายนของทุกปี

2.9.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

สาธารณรัฐประชาชนจีนตั้งอยู่ในเอเชียตะวันออกบนฝั่งตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิกมีพื้นที่ดินประมาณ9.6ล้านตารางกิโลเมตรเป็นประเทศที่มีพื้นที่บนบกมากที่สุดเป็นอันดับที่2ของโลกโดยมีอาณาเขตติดต่อกับ14ประเทศมากกว่าประเทศอื่นใดในโลก (เท่ากับรัสเซีย) เรียงตามเข็มนาฬิกาได้แก่ ประเทศเวียดนาม ลาว พม่า อินเดีย ภูฏาน เนปาล ปากีสถาน อัฟกานิสถาน ทาจิกิสถาน คีร์กีซสถาน คาซัคสถาน รัสเซีย มองโกเลีย และเกาหลีเหนือ นอกเหนือจากนี้ พรมแดนระหว่างสาธารณรัฐประชาชนจีนกับสาธารณรัฐจีนตั้งอยู่ในน่านน้ำอาณาเขตประเทศจีนมีพรมแดนทางบกยาว 22,117 กิโลเมตร ซึ่งยาวที่สุดในโลก 2 ใน 3 ของพื้นที่เป็นภูเขาและที่ราบสูง โดยแบ่งเป็นเขตภูเขา 33% ที่ราบสูง 26% ที่ราบลุ่ม 19% และเนินเขา 10% ลักษณะภูมิประเทศเหมือนขั้นบันได จากที่ราบชิงไห่-ทิเบต ทางตะวันตกความสูง4,000ม.ขึ้นไปลาดลงทางด้านตะวันออกเป็นที่ราบสูงที่มีความสูง 1,000-2,000 ม. มีเทือกเขากั้น ก่อนลดลงเป็นพื้นที่ที่มีความสูงระหว่าง500-1,000ม.และกลายเป็นที่ราบด้านตะวันออกจนถึงชายฝั่งและไหล่ทวีปเทือกเขาสำคัญได้แก่ เทือกเขาหิมาลัย (พรมแดนระหว่างจีน อินเดีย และเนปาล) เทือกเขาคุนหลุน และเทือกเขาเทียนซาน มีแม่น้ำลำคลองมากกว่า 1,500 สาย ที่สำคัญคือแม่น้ำแยงซี(ยาวที่สุดในจีน)แม่น้ำหวงเหอแม่น้ำเฮยหลงเจียงและแม่น้ำจูเจียง นอกจากนี้ จีนยังเป็นต้นน้ำของแม่น้ำโขง แม่น้ำแดง แม่น้ำสาละวิน และแม่น้ำพรหมบุตร

ประเทศจีนอยู่ในเขตอบอุ่นเหนือ มี 4 ฤดู ได้แก่ ฤดูใบไม้ผลิ (ก.พ.-เม.ย.) ฤดูร้อน (พ.ค.-ก.ค.) ฤดูใบไม้ร่วง (ส.ค.-ต.ค.) และฤดูหนาว(พ.ย.-ม.ค.)การที่จีนมีพื้นที่กว้างใหญ่ทำให้ภูมิอากาศแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นภาคใต้อากาศแบบเขตร้อนฝนตกตลอดปีภาคตะวันออกเฉียงเหนืออากาศเย็นในฤดูร้อนและหนาวจัดในฤดูหนาวภาคตะวันออกอากาศอบอุ่นมีฝนตกและภาคตะวันออกเฉียงใต้ฝนตกมากขณะที่อิทธิพลของลมทำให้อุณหภูมิในแต่ละฤดูแตกต่างกันมาก ฤดูร้อนและฤดูหนาวมีอุณหภูมิต่างกันถึง 30 องศาเซลเซียสมีสภาพภูมิอากาศส่วนใหญ่เป็นฤดูแล้งและฤดูมรสุมชื้นซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิในฤดูหนาวและฤดูร้อนในฤดูหนาว ลมทางเหนือซึ่งพัดลงมาจากละติจูดสูงทำให้เกิดความหนาวเย็นและแห้งแล้งขณะที่ในฤดูร้อนลมทางใต้ซึ่งพัดมาจากพื้นที่ชายฝั่งทะเลที่ละติจูดต่ำจะอบอุ่นและชุ่มชื้นลักษณะภูมิอากาศในจีนแตกต่างกันมากในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากภูมิลักษณ์อันกว้างขวางและซับซ้อนของประเทศจีนแบ่งเขตการปกครอง ดังนี้ การปกครองส่วนกลางแบ่งออกเป็น 23 มณฑล (รวมถึงไต้หวัน) 5 เขตปกครองตนเอง (มองโกเลีย หนิงเซี่ย ซินเจียง กวางสี และทิเบต) 4 มหานครที่ขึ้นต่อส่วนกลาง (ปักกิ่ง เซี่ยงไฮ้ เทียนจิน และฉงชิ่ง) และ 2 เขตบริหารพิเศษ (ฮ่องกง และมาเก๊า) โดยมีเมืองหลวงคือกรุงปักกิ่ง

2) ลักษณะประชากร

จำนวนประชากรของจีนแผ่นดินใหญ่ซึ่งไม่นับรวมไต้หวัน , ฮ่องกง และมาเก๊า มีจำนวนสูงเกิน 1.4 พันล้านคนเป็นครั้งแรกนับแต่ก่อตั้งสาธารณรัฐประชาชนจีนขึ้นในพ.ศ.2492โดยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติจีนที่มีการเปิดเผยเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2563 ว่าประชากรของจีนได้เพิ่มขึ้นถึงกว่า 4.6ล้านคนจากปีก่อนหน้าส่งผลให้ขณะนี้ตัวเลขประชากรจีนจนถึงสิ้นปี 2562 จีนมีประชากร1,435,377,460 คน โดยส่วนใหญ่เป็นชาวฮั่นร้อยละ 91.5 จ้วง ร้อยละ 1.3 และ หุย ร้อยละ 0.8 แมนจู ร้อยละ 0.8 อุยกูร์ ร้อยละ 0.7 ทิเบต ร้อยละ 0.5 และอื่น ๆ ร้อยละ 4.4 อัตราส่วนประชากรจำแนกตามอายุ : วัยเด็ก (0-15 ปี) 18.3% วัยรุ่น ถึงวัยกลางคน (15-64 ปี) 72.04% และวัยชรา (65 ปีขึ้นไป) 10.8% ทั้งนี้ เมื่อ 1 ม.ค. 2559รัฐบาลอนุญาตให้ประชาชนมีลูกได้2คนแทนนโยบายลูกคนเดียวที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2522 ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index-HDI) ของจีนเมื่อปี 2561 อยู่ในอันดับ 86 จาก 189 ประเทศ สำหรับเมืองที่มีประชากรหนาแน่น 5 อันดับแรก ได้แก่ เซี่ยงไฮ้ ปักกิ่ง เทียนจิน กวางโจว และเซิ่นเจิ้น จีนมีชนชั้นกลางประมาณ 400 ล้านคน ประชากรวัยแรงงานประมาณ 900 ล้านคน

จีนไม่มีศาสนาประจำชาติ แต่มีชาวจีนนับถือศาสนาพุทธนิกายมหายาน ร้อยละ 18.2 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 5.1 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 1.8

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งประเทศในปีพ.ศ.2492จนถึงปลายพ.ศ. 2521สาธารณรัฐประชาชนจีนใช้ระบบเศรษฐกิจแบบวางแผนจากส่วนกลางเหมือนโซเวียตไม่มีภาคเอกชนหรือระบอบทุนนิยมเหมา เจ๋อตงเริ่มใช้นโยบายก้าวกระโดดไกลเพื่อผลักดันประเทศให้กลายเป็นสังคมคอมมิวนิสต์ที่ทันสมัยและก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมแต่นโยบายนี้กลับถูกมองว่าเป็นความล้มเหลวทั้งทางเศรษฐกิจและมนุษยธรรมหลังจากสิ้นสุดยุคของเหมาเจ๋อตงผู้นำจีนรุ่นใหม่ได้เริ่มปฏิรูปเศรษฐกิจและใช้ระบบเศรษฐกิจแบบผสมที่ให้ความสำคัญกับทุนนิยมมากขึ้นด้วยนโยบายที่ว่า1ระบอบ2ระบบ และหลังจากที่ได้เริ่มมีการเปิดเสรีทางเศรษฐกิจในพ.ศ.2521เศรษฐกิจของจีนซึ่งนำโดยการลงทุนและการส่งออกเติบโตขึ้นถึง70เท่าและกลายเป็นมหาอำนาจทางเศรษฐกิจที่เติบโตเร็วที่สุด

ในครึ่งแรกของปี2562เศรษฐกิจของจีนขยายตัวร้อยละ 6.3 ซึ่งรัฐบาลจีนคาดว่าจะขยายตัวร้อยละ 6-6.5 ขณะที่กองทุนการเงินระหว่างประเทศคาดว่า เศรษฐกิจจีนจะขยายตัวร้อยละ 6.2 ในปี 2562 และร้อยละ 6.1 ในปี 2563 จากสภาวะเศรษฐกิจโลกชะลอตัวและความขัดแย้งทางการค้าที่ตึงเครียดมากขึ้น ซึ่งจีนต้องพึ่งการบริโภคภายในประเทศเป็นปัจจัยกระตุ้นเศรษฐกิจมากขึ้น รวมทั้งมาตรการทางการเงินและภาษี ทั้งจากส่วนกลางและท้องถิ่น โดยการใช้จ่ายงบประมาณของจีนที่จะเพิ่มมากขึ้นในภาคสาธารณสุขการศึกษาและสวัสดิการสังคมจะช่วยกระตุ้นอุปสงค์ภายในประเทศได้อีกรวมทั้งปรับปรุงคุณภาพการบริการตามนโยบายปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ขณะที่การส่งออกของจีนเติบโตเพิ่มขึ้น 3.3% เมื่อ ส.ค. 2562 เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปี 2561

ภาคการเกษตรคิดเป็นร้อยละ 7.9 ของ GDP ผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว ข้าวสาลี มันฝรั่ง ข้าวโพด ถั่วลิสง ชา ผลไม้ และปศุสัตว์ ภาคอุตสาหกรรมคิดเป็นร้อยละ 40.5 ของ GDP อุตสาหกรรมสำคัญ ได้แก่ การทำเหมืองแร่ การผลิตเครื่องจักร สิ่งทอ อุตสาหกรรมปิโตรเลียม ซีเมนต์ เคมีภัณฑ์ ปุ๋ย อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ อาวุธ ยานยนต์และอุตสาหกรรมเทคโนโลยีขั้นสูง ภาคบริการคิดเป็น ร้อยละ 51.6 ของ GDP ทรัพยากรธรรมชาติสำคัญ ได้แก่ ถ่านหิน สินแร่เหล็ก น้ำมันและก๊าซธรรมชาติ ปรอท ยูเรเนียมและพลังงานน้ำ มีสินค้าส่งออกที่สำคัญ คือ คอมพิวเตอร์และชิ้นส่วนคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์การสื่อสาร อุปกรณ์เครื่องจักรผลิตภัณฑ์เหล็กกล้า เคมีภัณฑ์อาหาร รถยนต์ ผลิตภัณฑ์สิ่งทอ เสื้อผ้า เฟอร์นิเจอร์

ปัจจุบันจีนมีGDP(nominal)สูงเป็นอันดับ2ของโลกที่ 14.36 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ (ปี 2562) ถือว่าเศรษฐกิจของจีนมีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่2ของโลก(รองจากสหรัฐอเมริกา) แต่รายได้ต่อหัวมีค่าเฉลี่ยเพียง 4,455 ดอลลาร์สหรัฐ จึงยังคงตามหลังประเทศอื่นอีกนับร้อย อุตสาหกรรมขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ มีอัตราส่วนร้อยละ 11.3, 48.6 และ 40.1 ตามลำดับ และหากวัดด้วยความเท่าเทียมกันของอำนาจซื้อ จีนจะมีเศรษฐกิจใหญ่เป็นที่สองรองจากสหรัฐอเมริกาเท่านั้น

4) ลักษณะทางการเมือง

สาธารณรัฐประชาชนจีนปกครองในระบบสังคมนิยมคอมมิวนิสต์โดยมีพรรคคอมมิวนิสต์จีน ซึ่งมีสมาชิกประมาณ 90 ล้านคน เป็นสถาบันทางการเมืองที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายด้านต่าง ๆ ของประเทศอย่างเบ็ดเสร็จตามแนวทางลัทธิมาร์กซ์-เลนิน ความคิดของอดีตประธานาธิบดีเหมา เจ๋อตง ทฤษฎีการสร้างสรรค์สังคมนิยมที่มีเอกลักษณ์แบบจีนของเติ้ง เสี่ยวผิง รวมถึงทฤษฎีสามตัวแทน และแนวคิดสังคมนิยมที่มีอัตลักษณ์แบบจีนของนายสี จิ้นผิง ซึ่งได้รับการบรรจุลงในรัฐธรรมนูญเมื่อ พ.ศ. 2561 โดยรัฐบาลและรัฐสภามีหน้าที่คอยปฏิบัติตามข้อมติและนโยบายที่พรรคกำหนดโดยยึดหลักประชาธิปไตยรวมศูนย์ (Democratic Centralism) ตามธรรมนูญพรรค กำหนดให้มีการประชุมสมัชชาพรรคแห่งชาติ (Party Congress) ทุก 5 ปี นับตั้งแต่ได้มีการจัดตั้งพรรคขึ้นใน พ.ศ. 2464 จนถึงปัจจุบัน พรรคคอมมิวนิสต์จีนได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาพรรคคอมมิวนิสต์แล้วรวมทั้งสิ้น 19 ครั้ง โดยได้จัดประชุมสมัชชาพรรคสมัยที่ 19 ไปเมื่อเดือน ตุลาคม 2560 ซึ่งนายสี จิ้นผิง ได้รับเลือกให้เป็นเลขาธิการใหญ่พรรคคอมมิวนิสต์จีนและประธานาธิบดีจีนต่ออีก 1 สมัย

พรรคคอมมิวนิสต์จีนเป็นผู้กำหนดนโยบายทุกด้าน รัฐบาลและสภาประชาชนแห่งชาติมีหน้าที่ทำตามมติและนโยบายที่พรรคกำหนดเท่านั้น โครงสร้างทางการเมืองที่สำคัญของจีนคือ

1. พรรคคอมมิวนิสต์จีน ประกอบด้วยสมัชชาพรรค คณะกรรมการกลาง คณะกรรมาธิการทหารกลาง คณะกรรมาธิการตรวจสอบวินัยคณะกรรมการกรมการเมือง คณะกรรมการประจำกรมการเมือง และเลขาธิการพรรค

2. สภาประชาชนแห่งชาติเป็นองค์กรสูงสุดในการใช้อำนาจรัฐ มาจากการเลือกตั้งของสภาประชาชนระดับท้องถิ่นต่าง ๆ มีอำนาจทั้งด้านนิติบัญญัติและการเลือกประธานาธิบดี รองประธานาธิบดี และนายกรัฐมนตรี

3. ประธานาธิบดี เป็นประมุขของประเทศ

4.คณะรัฐมนตรีเป็นองค์กรบริหารสูงสุดของประเทศซึ่งบริหารงานตามมติของสภาประชาชนแห่งชาติ

5.คณะกรรมาธิการทหารกลางทำหน้าที่กำหนดนโยบายระดับสูงของกองทัพจีน

6.สภาที่ปรึกษาการเมืองประชาชนจีนเป็นองค์กรแนวร่วมที่ประกอบด้วยผู้แทนจากพรรคคอมมิวนิสต์จีนพรรคประชาธิปไตยต่าง ๆผู้แทนชนกลุ่มน้อย ตลอดจนผู้รักชาติจากไต้หวัน ฮ่องกง มาเก๊า และชาวจีนโพ้นทะเล

7. ศาลประชาชนเป็นองค์กรสูงสุดในการพิพากษาและควบคุมตรวจสอบงานพิพากษาของศาลระดับท้องถิ่น

2.9.2 สถานะสุขภาพ

1) จากข้อมูล ปี 2561 พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรจีนอยู่ที่ 76.8 ปี โดยอายุคาดเฉลี่ยของเพศชายอยู่ที่ 74.5 ปี ในขณะที่เพศหญิงอยู่ที่ 79.1 ปี

2) ในปี 2561 พบว่าสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรจีนคือโรคไม่ติดต่อซึ่งพุ่งสูงขึ้นในทุกปีโดยเฉพาะจากการสูบบุหรี่พฤติกรรมเนือยนิ่งไม่ค่อยขยับร่างกายการบริโภคอาหารที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ทำให้ในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ ปัญหาสุขภาพจิต และอุบัติเหตุ มากกว่า 3 ล้านคน

3)จีนเป็นประเทศที่ผลิตและบริโภคบุหรี่มากที่สุดในโลก โดยในปี 2561 มีนักสูบมากกว่า 300 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.6 หรือเกือบ 1 ใน 3 ของจำนวนนักสูบทั่วโลก และเป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) เพศชายมากกว่าครึ่งที่ปัจจุบันยังเป็นนักสูบอยู่ โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการบริโภคบุหรี่ปีละมากกว่า 1 ล้านคน หรือเฉลี่ยวันละ 3,000 คน รวมถึงผู้ที่ไม่ใช่นักสูบมากกว่า 700 ล้านคน และเด็ก 180 ล้านคน ที่ต้องเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง second-hand smoke (SHS) และเป็นสาเหตุให้มีผู้เสียชีวิตกว่าแสนคนในทุก ๆ ปี

ในส่วนของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชาวจีนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2561 เฉลี่ย 5.6 ลิตรต่อคน ยังถือว่าการบริโภคไม่อยู่ในระดับที่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในทวีปเอเชียเช่นเกาหลีใต้ และ ญี่ปุ่น ที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยถึง 7 – 8 ลิตรต่อคน

4) จีนเป็นอีกประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดและอายุขัยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ในอนาคต และในปี 2563 คาดการณ์ว่าประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 167 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด และการเพิ่มขึ้นนี้จะสิ้นสุดใน พ.ศ. 2573

2.9.3 ระบบสาธารณสุข

1) รัฐบาลกลางจีนมีหน้าที่ในการดูแลภาพรวมระบบสุขภาพของประเทศ ตั้งแต่เรื่องกฎหมาย นโยบาย ตลอดจนการบริหารจัดการภายใต้หลักการสำคัญที่ว่าประชาชนทุกคนจะต้องได้รับบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น โดยรัฐบาลท้องถิ่น (ตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอหรือเทศมณฑล ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน) จะเป็นผู้จัดบริการต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของพื้นที่ภายใต้หน่วยงานหลักด้านสุขภาพที่รวมถึง National Health and Family Planning Commission และ Local Health and Family Planning Commission มีหน้าที่โดยตรงในการจัดบริการ และดูแลผู้ให้บริการ สำหรับหน่วยงานสุขภาพในระดับภูมิภาคอาจจะมีความยืดหยุ่นน้อยกว่าในการทำนโยบายระดับจังหวัด โดยตั้งแต่ปี 2543 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก จีนก็ได้เริ่มปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่เพื่อให้ครอบคลุมประชากรจีนกว่า 1,300 ล้านคน หรือ 1 ใน 6 ของโลก หลังจากนั้น 9 ปีประเทศจีนประสบความสำเร็จขยายการครอบคลุมทั้งหมด ภายใต้การเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจจากระบบคอมมิวนิสต์ไปสู่ระบบตลาดด้านการรักษาจากเดิมที่ระบบคอมมิวนิสต์ที่รัฐมีหน้าที่จัดหาการรักษาให้ประชาชนอย่างเท่าเทียมก็เริ่มมีปัญหาการเข้าถึงมากขึ้นเมื่อราคาค่ารักษาสูงขึ้นตามกลไกตลาด การกระจายของแพทย์และบุคลากรเองก็กระจุกในเมืองมากกว่าชนบทมากขึ้น แต่ทว่าระบบการบริหารจัดการองค์กรสาธารณสุขกลับยังคงล้าหลังและรวมศูนย์กลางอยู่คณะกรรมการพรรคคอมมิวนิสต์

และรัฐบาลท้องถิ่น โดยที่ระบบกลไกการตรวจสอบ ระบบความโปร่งใสยังต้องพัฒนาอีกมากการระบาดของไข้หวัดนกได้เปิดเผยความไร้ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพถูกปกปิดจากรัฐบาลท้องถิ่นประชาชนไม่ได้รับการป้องกันโรคที่ดีพอความเสียหายดังกล่าวส่งผลให้ทางพรรคคอมมูนนิสม์เร่งหาทางปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นใหม่

ด้วยความแตกต่างทางสภาพแวดล้อมเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพระหว่างเขตชนบทและเขตเมือง จีนจึงได้พัฒนาระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่แตกต่างกัน 3 ระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพในเขตชนบทระบบประกันสุขภาพในเขตเมืองสำหรับลูกจ้างและประกันสุขภาพสำหรับผู้ไม่ได้ทำงานและอาศัยในเขตเมืองโดยระบบประกันสุขภาพชนบทสามารถครอบคลุมกว่าร้อยละ90ของประชากรในปี2519โดยได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และชาวนา อย่างไรก็ตามระบบตลาดก็ได้ทำลายระบบประกันสุขภาพเขตชนบทลงเมื่อรัฐลดการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นทำให้ชาวนาไม่สามารถซื้อได้การครอบคลุมจึงลดลงเหลือร้อยละ5ของประชากรในชนบทซึ่งต้องการปฏิรูปการคลังอย่างเร่งด่วนเพื่อขยายการครอบคลุมทั้งหมดก่อนปี2563รัฐบาลได้เพิ่มเงินอุดหนุนร้อยละ 80 ของค่าประกันสุขภาพเขตชนบทและออกกฎให้รัฐบาลท้องถิ่นขยายการครอบคลุมอย่างเร่งด่วนส่วนประชาชนเขตเมืองนั้นรัฐบาลได้ปฏิรูประบบประกันใหม่เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับคนทำงานครอบคลุมประชากรกว่า264ล้านคนซึ่งเก็บเบี้ยประกันจากลูกจ้างและนายจ้างและประกันสุขภาพสำหรับผู้ไม่ได้ทำงานและอาศัยในเขตเมืองครอบคลุมประชากรกว่า271ล้านคนซึ่งให้สิทธิประโยชน์การรักษาพื้นฐานโดยมีระบบการคลังคล้ายกับระบบประกันสุขภาพเขตชนบทส่วนประชาชนเขตเมืองและเขตชนบทที่ไม่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้จะได้รับสังคมสงเคราะห์จากรัฐบาลและการบริจาคสาธารณะจากภาคเอกชนรัฐบาลพยายามกระตุ้นภาคเอกชนให้ลงทุนเพื่อสังคมมากขึ้นเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระรับบาลเพิ่มการแข่งขันและประสิทธิภาพในระบบสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลและคลีนิคไม่แสวงกำไรจะได้รับการลดหย่อนภาษี โดยรัฐบาลจะเป็นผู้กำหนดราคาค่ารักษานโยบายการลงทุนและนโยบายการให้การรักษาประชาชนของโรงพยาบาลเอกชนต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกับนโยบายสุขภาพรัฐและนโยบายสุขภาพรัฐบาลท้องถิ่นนอกจากนี้ระบบประกันจะเป็นตัวช่วยตรวจสอบราคาประเมินสิทธิประโยชน์การรักษาคุณภาพการรักษาควบคุมงบประมาณค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลผ่านระบบการทำคู่สัญญาระหว่างโรงพยาบาลและบริษัทประกัน

โดยทั่วไประบบประกันสุขภาพในจีนจะจัดบริการโดยภาครัฐภายใต้การดูแลงบประมาณจากรัฐบาลท้องถิ่นใน พ.ศ. 2557 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศจีนเท่ากับ 992 พันล้าน USD คิดเป็นร้อยละ 5.6 ของ GDP ประเทศ ในจำนวนดังกล่าว ร้อยละ 30 เป็นค่าใช้จ่ายจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ร้อยละ 38 โดยกองทุนประกันสุขภาพของรัฐ กองทุนสุขภาพของเอกชน และเงินบริจาค โดยกองทุนสุขภาพภาครัฐมี 3 รูปแบบ คือ

(1) Urban Employment-based basic medicalinsurance:กองทุนนี้ได้รับรับเงินจากลูกจ้างหักผ่านบัญชีเงินเดือนและจากนายจ้างที่จ่ายสมทบโดยที่รัฐสมทบในจำนวนที่ไม่มากนักเป็นกองทุนภาคบังคับสำหรับลูกจ้างทุกคนที่ทำงานในเขตเมือง ใน พ.ศ. 2557 ครอบคลุมประชากร 283 ล้านคนและไม่ครอบคลุมบุคคลในครอบครัวที่ไม่มีงานทำโดยกองทุนนี้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2541

(2) Urban residence-based basic medical insurance : กองทุนนี้จะเป็นการเปิดแบบสมัครใจไม่บังคับให้สมัคร สามารถสมัครได้ทั้ง เด็ก นักเรียน ผู้ที่มีธุรกิจส่วนตัว และผู้สูงอายุ ครอบคลุมประชากร 314 ล้านคนใน พ.ศ. 2557 โดยกองทุนนี้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2552

(3) New cooperative medical scheme : กองทุนนี้เป็นกองทุนสำหรับประชาชนในพื้นที่นบทห่างไกลดำเนินการโดยท้องถิ่นเป็นแบบสมัครใจไม่บังคับสมัครครอบคลุมประชากร 736 ล้านคนในพื้นที่ชนบท

การดำเนินการทั้ง 3 กองทุนส่งผลให้ประชาชนจีนมากกว่าร้อยละ95ได้รับความคุ้มครองในด้านสุขภาพนอกจากนี้ชาวต่างชาติที่พำนักถาวรในประเทศจีน สามารถได้รับการคุ้มครองจากกองทุนดังกล่าว แต่ไม่รวมถึงผู้อพยพเข้าเมืองที่ไม่มีเอกสาร ซึ่งยังไม่ได้รับการครอบคลุมจากกองทุนสุขภาพภาครัฐใดๆ

2)รัฐบาลจีนได้ประกาศรายชื่อยาในแผนประกันสุขภาพฉบับใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ทำให้ราคายาหลายประเภทลดลงอย่างมาก คิดเป็นอัตราร้อยละ 60.7 และได้เพิ่มยาใหม่ 70 ชนิด ในจำนวนนี้ ยารักษาไวรัสตับอักเสบซี 3 ชนิดมีอยู่ในรายชื่อครั้งแรก ซึ่งยาดังกล่าวให้การรักษาครอบคลุมผู้ติดไวรัสตับอักเสบซีทุกประเภทและยกระดับผลการรักษาของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี จำนวนเกือบ 10 ล้านคน

ของจีน ทั้งนี้ จีนเป็นประเทศที่มีผู้ติดไวรัสตับอักเสบซีมากที่สุดของโลก การลดราคายาดังกล่าวเหล่านี้ เป็นการลดภาระของผู้ป่วยและช่วยให้จีนบรรลุเป้าหมายที่ขจัดไวรัสตับอักเสบซีภายในปี 2573 (ค.ศ.2030)

3) ในด้านการรักษาพยาบาล รัฐบาลจีนมีโครงการบำรุงสุขภาพและรักษาพยาบาลของเด็กกำพร้าที่ชื่อว่า "โครงการเพื่อวันพรุ่งนี้" ได้ขยายขอบเขตการบริการจากเด็กกำพร้าในองค์กรสวัสดิการสังคม สู่เด็กกำพร้าในสังคม และนักเรียนวัย 18 ปีขึ้นไปที่ไม่มีผู้ปกครอง พร้อมเพิ่มเพดานเงินอุดหนุน นอกจากนี้แล้ว เขตบริหาร

ระดับมณฑลบางเขตของจีน

พยายามขยายขอบเขตการดูแลของ "โครงการเพื่อวันพรุ่งนี้" สู่กลุ่มเด็กป่วยและพิการในครอบครัวยากจนอีกด้วยทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป ระบบการประกันแห่งชาติของจีนจะเริ่มดูแลเด็กเร่ร่อนในจีนอย่างเป็นทางการซึ่งนับเป็นสวัสดิการใหม่สำหรับเด็กเร่รอนในจีน และจะเป็นประโยชน์ที่แท้จริงต่อเด็กเหล่านี้ที่มีอยู่ประมาณ 500,000 คน โดยในปี 2562การคลังส่วนกลางของจีนจัดสรรเงินอุดหนุนแก่เด็กกำพร้าทั้งในภาคตะวันออก ภาคกลางและภาคตะวันตก จากเดิมตามมาตรฐานคนละ 200, 300 และ 400 หยวนต่อเดือนตามลำดับ เพิ่มเป็นคนละ 300 หยวน 450 หยวน และ 600 หยวนทุกเดือนตามลำดับ

2.9.4 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

1) ในปัจจุบัน ประเทศจีนมีหน่วยงานที่ชื่อว่า National Health and Family Planning Commission ซึ่งก่อตั้งในปี 2556 เป็นหน่วยงานหลักในการควบคุมดูแลระบบสุขภาพของประเทศ โดยมี National People's Congress รับผิดชอบออกกฎหมาย นโยบายต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น National Development and Reform Commission ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นไปตามที่กล่าวในข้างต้น

ใน พ.ศ. 2559 ประธานาธิบดีสี จิ้นผิง ได้ประกาศยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศจีน Healthy China 2030 โดยยุทธศาสตร์นี้ถูกวางให้เป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติโดยรัฐบาลจีนได้ตั้งเป้าหมายยุทธศาสตร์ Healthy China 2030 (2019 – 2030) ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงและมีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญโดยแผนนี้ครอบคลุมถึงระบบบริการสาธารณสุข การจัดการสิ่งแวดล้อม อุตสาหกรรมการผลิตยาของจีน และอาหารและยาปลอดภัย ด้วยหลักสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ (1)ปัจจัยสำคัญด้านสุขภาพ health priority (2)การปฏิรูประบบและนวัตกรรม innovation (3) การพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์ scientific development และ (4) ความยุติธรรมเท่าเทียม fairness and justice

ด้วย 3 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ (1) pre-emptive measure on pricing strategy (2) accelerating to innovation medicines และ (3) embrace technology to drive changeทั้งนี้ได้กำหนดเป้าหมายหลักเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่วางไว้ 5 เป้าหมายหลัก ได้แก่

1) ยกระดับระบบสาธารณสุขทั่วประเทศ (Health Level)
2) ควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health life)
3) เพิ่มสมรรถนะระบบบริการสาธารณสุข (Health Services and Health Security)
4) ก้าวสู่การเป็นระบบบริการสุขภาพไร้ที่ติ (Perfect Health Service System)
5) ยกระดับขนาดอุตสาหกรรมสุขภาพ (Health Industry)

ยุทธศาสตร์ Healthy China 2030

Goal				
Put health on the priority list of development to a strategic position; promote the concept of health in the whole process of public policy implementation;enable everyone to be involved health and everyone to share health care services;focus on the health of all the people all their life in China.				
Principles				
Health Priority	Reform and Innovation	Scientific Development	Justice and Equity	
HC 2030: China's vision for health care				
1. Health Level	2. Healthy life	3. Health Services and Health Security	4. Environmental Health	5. Health Industry
The 13 Core Indicators				
A. The average life expectancy **B**. The mortality rate of infants **C**. The mortality rate of children below 5 years of age **D**. The mortality rate of pregnant women and mortality **E**. The proportion of those meeting the national physique determination standard among urban and rural residents	**A**. The level of health literacy among residents **B**. The number of people taking part in physical exercise	**A**. Premature mortality as a result of major non–communicable diseases **B**. The number of registered doctors per 1000 residents and registered nurses per 1000 residents **C**. The proportion of personal health spending in the total health expenses	**A**. Good air quality rate of all cities at prefecture level or above **B**. The rate of surface water quality better than III	**A**. The total investment scale of health services

ตัวชี้วัดหลักๆที่จะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายข้างต้นมีดังนี้

1) ตั้งเป้าให้ประชากรจีนมีอายุคาดเฉลี่ยถึง 77.7 ปี ภายในปี 2022 และ 79 ปี ภายในปี 2030

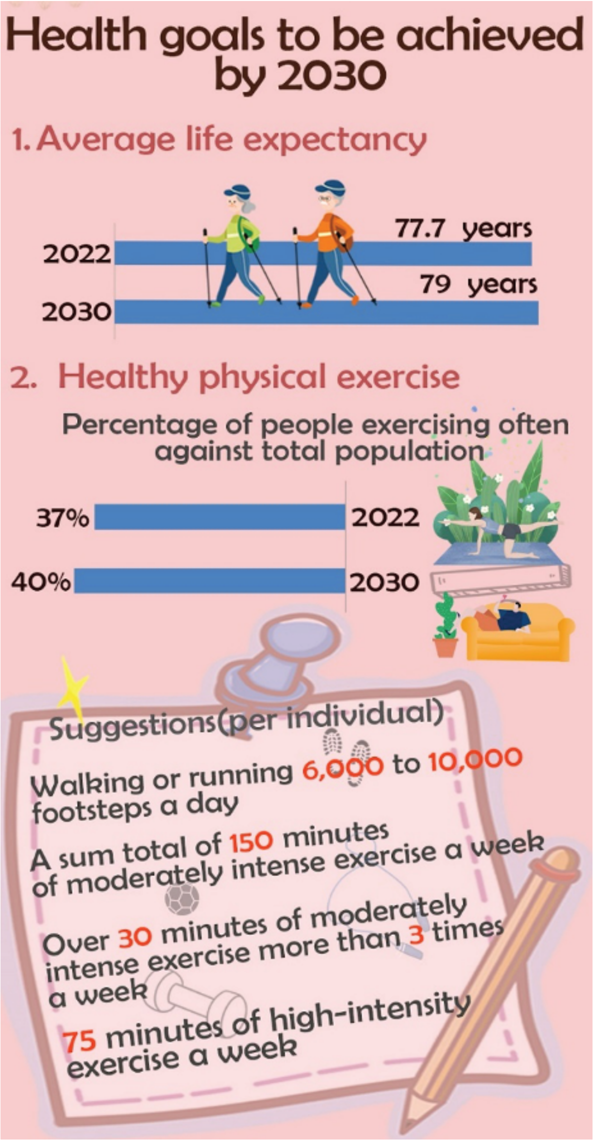
2)ลดอัตราการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึง 1 ปี จาก 8.1 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เหลือ 5 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2030

3) ลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กเล็ก (ต่ำกว่า 5 ปี) จาก 10.7 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เหลือ 6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

4)ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้หญิงตั้งครรภ์จาก 0.02 คนต่อผู้หญิงตั้งครรภ์ 1,000 คน เหลือ 0.012 ต่อผู้หญิงตั้งครรภ์ 1,000 คน

5)เพิ่มสัดส่วนประชากรที่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางกายเป็นร้อยละ 37 ในปี 2022 และ ร้อยละ 40 ภายในปี 2030 โดยต้องบรรลุตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ

- เดินหรือวิ่งได้ 6,000 ถึง 10,000 ก้าวต่อวัน
- ค่าเฉลี่ยเวลาออกกำลังกายรวมทั้งสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 150 นาที
- ออกกำลังกายรวมกันทั้งสัปดาห์ไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที
-ค่าเฉลี่ยการออกกำลังกายอย่างจริงจังรวมกันไม่ต่ำกว่า 75 นาทีต่อสัปดาห์

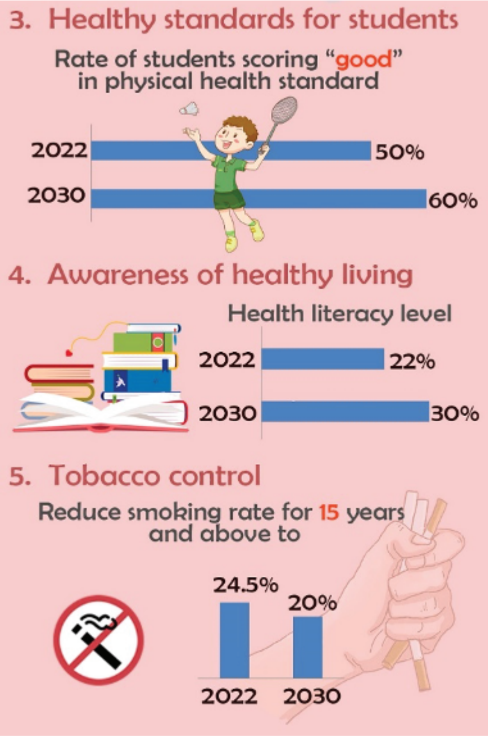


6)ลงทุนเพิ่มขึ้นในบริการสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น เครื่องออกกำลังกายในสวนสาธารณะ

7)ส่งเสริมการออกกำลังกายและดูแลสุขภาพในภาคการศึกษาโดยค่าเฉลี่ยของ standard physical health ของนักเรียนจะต้องไม่กว่าเกณฑ์ “ดี” หรือคิดเป็นร้อยละ 50 ภายในปี 2022 และ ร้อยละ 60 ภายในปี 2030

8) ประชาชนต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 22 ภายในปี 2022 และไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ภายในปี 2030

9)จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปต้องลดลงเป็นร้อยละ 24.5 ภายในปี 2022 และลดลงเป็นร้อยละ 20 ภายในปี 2030



10) แผนโภชนาการระดับชาติต้องถูกนำมาใช้อย่างจริงจังโดยส่งเสริมให้มีการวิจัยด้านโภชนาการและตรวจเช็คสถานะทางโภชนาการของประชากรอยู่เสมออย่างเช่นภาวะโรคอ้วนในเด็ก ที่มีอัตราสูงขึ้นในปัจจุบัน

11) จีนตั้งเป้าพัฒนาคุณภาพของระบบรักษาพยาบาลให้ดีขึ้นกว่าเดิมด้วยแนวคิด"การไปโรงพยาบาลจะไม่ใช่เรื่องที่น่าปวดหัวอีกต่อไป”โดยตั้งเป้าหมายในการพัฒนาประกันสุขภาพให้ครอบคลุม ร้อยละ 96.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งรัฐจะช่วยออกค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพด้วยรวมทั้งตั้งเป้าเพิ่มอัตราหมอ หรือ ผู้ช่วยหมอ 3 คน ต่อพันประชากร และพยาบาล 4.7 คน ต่อพันประชากร ภายในปี 2030

12) จีนตั้งเป้าให้เมืองต่างๆในจีน มีคุณภาพอากาศที่ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน

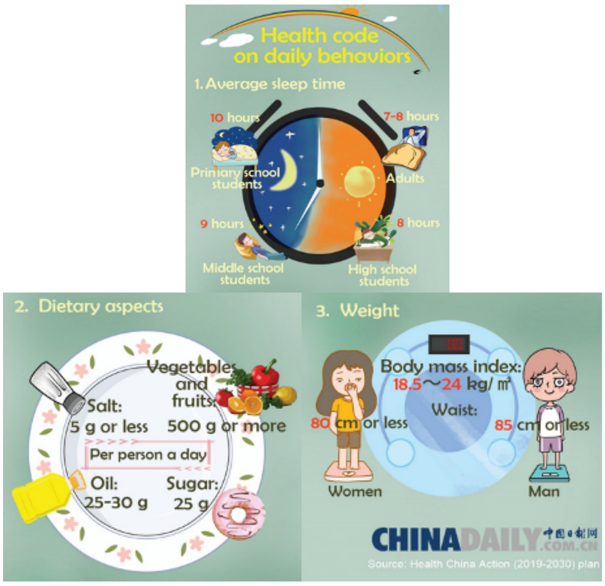
13) พัฒนาและปรับปรุงระบบกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล โดยเฉพาะในเขตชนบท

14) เพิ่มการใช้งานพลังงานสะอาดมากขึ้น

15)พัฒนาให้ทุกพื้นที่โดยเฉพาะในเขตชนบทมีน้ำดื่มใสสะอาดและปลอดภัย

16)สร้างเสริมสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน ดังนี้

- เวลานอนเฉลี่ยในแต่ละวัน เด็กประถมไม่ต่ำกว่า 10 ชั่วโมง เด็กประถมฯ ไม่ต่ำกว่า 9 ชั่วโมง เด็กมัธยมฯ ไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมง และวัยผู้ใหญ่ ไม่ต่กว่า 7 – 8 ชั่วโมง
- เกณฑ์การบริโภคอาหาร บริโภคผักและผลไม้ไม่ต่ำกว่า 500 กรัมต่อคนต่อวัน บริโภคน้ำตาล ไม่เกิน 25 กรัมต่อคนต่อวัน บริโภคเกลือ ไม่เกิน 5 กรัมต่อคนต่อวัน และน้ำมัน ไม่เกิน 25 – 30 กรัมต่อคนต่อวัน
- เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ของชาวจีน ต้องมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 18.5 – 24 กก./ม2 รอบเอวผู้หญิง ไม่เกิน 80 เซนติเมตร ผู้ชายไม่เกิน 85 เซนติเมตร ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ห่างไกลโรคที่เกิดจากความอ้วน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ น้อยที่สุด ควรพยายามรักษาระดับค่า BMI ให้อยู่ในระดับนี้ให้นานที่สุด และควรตรวจสุขภาพทุกปี



2.10 ประเทศไต้หวัน

2.10.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

ประเทศไต้หวัน ชื่อทางการคือ สาธารณรัฐจีน เป็นรัฐที่ได้รับการรับรองอย่างไม่สมบูรณ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกไต้หวัน มีพื้นที่ประมาณ 36,000 ตารางกิโลเมตร ขนาดพื้นที่เล็กกว่าไทยประมาณ 14 เท่า ประกอบด้วยเกาะน้อยใหญ่รวม 172 เกาะ เกาะที่ใหญ่ที่สุดคือเกาะไต้หวันหรือเกาะฟอร์โมซารองลงมาได้แก่เกาะเผิงหู (Penghu) จินเหมิน (Kinmen) และมาจู่ (Matsu) ด้วยความที่ไต้หวันมีลักษณะเป็นหมู่เกาะทำให้ภูมิประเทศติดกับทะเลโดยไต้หวันด้านตะวันตกติดกับจีนแผ่นดินใหญ่ด้านตะวันออกและตะวันออกเฉียงเหนือติดกับญี่ปุ่นและด้านใต้ติดกับฟิลิปปินส์มีกรุงไทเปเป็นเมืองหลวง ส่วนไทเปใหม่เป็นเขตปกครองที่จัดตั้งขึ้นใหม่ กินพื้นที่กรุงไทเป และเป็นเขตซึ่งประชากรหนาแน่นที่สุดในเวลานี้

2 ใน 3 ของพื้นที่เป็นภูเขาที่ลาดลงเป็นที่ราบทางตะวันตกโดยมีเทือกเขาขนาดใหญ่และขนาดกลางทอดตัวจากทิศเหนือจรดทิศใต้ของตัวเกาะ ยอดเขาสูงสุด คือ ยอดเขาหยกหรือยูซัน สูง 3,952 เมตร สภาพอากาศเป็นกึ่งโซนร้อน ฤดูหนาวอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่า 15 องศาเซลเซียส ฤดูร้อน อุณหภูมิเฉลี่ย 25-28 องศาเซลเซียสอากาศโดยทั่วไปทางตอนใต้ร้อนกว่าทางตอนเหนือ ปริมาณน้ำฝนค่อนข้างมากเฉลี่ย 2,580 มม. ต่อปี บริเวณที่มีฝนตกชุก คือ บริเวณตอนเหนือของเกาะ และยังต้องเผชิญกับพายุไต้ฝุ่นและแผ่นดินไหวเสมอ มีแม่น้ำสายสั้น ๆ และไหลเชี่ยว มีพื้นที่เพาะปลูก 24%

ไต้หวันจัดได้ว่ามีทรัพยากรธรรมชาติน้อยมากโดยทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญได้แก่ ถ่านหิน ก๊าซธรรมชาติ หินปูน หินอ่อนและใยหินในอดีตเคยมีแร่ทองคำหยกถ่านหินแต่ปัจจุบันถูกขุดจนหมดแล้ว

2) ลักษณะประชากร

ในปี 2562 ไต้หวันมีประชากรประมาณ 23.7 ล้านคน โดยคิดเป็นชาวไต้หวัน (รวมทั้งจีนฮกเกี้ยน) ร้อยละ 84 ชาวจีนแผ่นดินใหญ่ ร้อยละ 14 และชาวเขา/ชนพื้นเมือง ร้อยละ 2

ประชากรที่มีความเชื่อทางศาสนามีประมาณ 18.7 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 81.8 ของประชากรทั้งหมดโดยมีผู้นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดคือ ร้อยละ 43.2 รองลงมาได้แก่ลัทธิเต๋า ร้อยละ 40.6

ภาษาที่ใช้เป็นภาษาราชการคือภาษาจีนกลาง (Mandarin Chinese) ภาษาจีนฮกเกี้ยนแบบไต้หวัน (Minnanese or Taiwanese) ส่วนภาษาที่ใช้ในธุรกิจคือ ภาษาจีนกลาง ภาษาจีนไต้หวัน และ ภาษาอังกฤษ

อัตราการรู้หนังสือของประชาชน 98.5% จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 88 ไต้หวันปฏิรูประบบการศึกษาในช่วงทศวรรษ 2000 (ปี 2543-2552) เพื่อยกระดับการเรียนการสอนในระดับอาชีวศึกษาและการศึกษาทางการช่างเป็นมหาวิทยาลัยไต้หวันมีสถาบันการศึกษาระดับสูง โดยมีมหาวิทยาลัย 164 แห่ง วิทยาลัย 149 แห่ง วิทยาลัยเพื่อวิชาชีพ 15 แห่ง มี Academy Sinica หรือบัณฑิตยสภาเป็นสถาบันวิจัยที่มีชื่อเสียงที่สุดของไต้หวันมีสถาบันต่าง ๆ ในสังกัด 24 แห่ง และศูนย์วิจัย 3 แห่งใน 3 สาขา ได้แก่ คณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์กายภาพ วิทยาศาสตร์ชีววิทยา และมนุษยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สังคม ทำให้มหาวิทยาลัยของไต้หวันมีจำนวนเกินอุปสงค์และการเรียนการสอนที่ตรงกับความต้องการของตลาดอย่างไรก็ดีจำนวนอัตราการเกิดต่ำส่งผลให้ผู้เข้าเรียนระดับอุดมศึกษาลดลง 32% จากเดิม 271,108 คน เป็น 184,000 คน

3) ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ไต้หวันเป็นประเทศที่มีเศรษฐกิจใหญ่เป็นอันดับที่ 14 ของโลก มีระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่มั่นคงและมุ่งเปิดเสรีเพื่อดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศนโยบายของประธานาธิบดีไช่ อิงเหวิน ให้ความสำคัญลำดับแรกกับการพัฒนาและปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจเพื่อการเติบโตอย่างยั่งยืนโดยเฉพาะการมุ่งส่งเสริมนโยบาย New Southbound เพื่อกระชับความร่วมมือทางเศรษฐกิจกับประเทศในอาเซียนและเอเชียใต้มากขึ้น และถึงแม้ทรัพยากรธรรมชาติจะมีอยู่อย่างจำกัด แต่เป็นประเทศที่มีประสิทธิภาพด้านอุตสาหกรรมชั้นสูงที่เน้นด้านการผลิต ได้แก่ รถยนต์ เครื่องใช้ไฟฟ้า อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์เคมีภัณฑ์ส่งออกไปจำหน่ายถือเป็นการค้าโดยการผลิต ในปัจจุบันมีการนำเข้าชิ้นส่วนเครื่องใช้ไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์

ในค.ศ. 1950 ด้วยการปะทุของสงครามเกาหลี เพื่อต้านการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์ทำให้สหรัฐเริ่มโครงการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในภูมิภาคโดยเฉพาะไต้หวันซึ่งส่งผลให้ราคามีเสถียรภาพโดยสมบูรณ์ในค.ศ.1952การพัฒนาเศรษฐกิจได้รับการสนับสนุนจากความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจของอเมริกาและการริเริ่ม เช่น คณะกรรมาธิการร่วมเพื่อการฟื้นฟูชนบท ซึ่งทำให้ภาคเกษตรกรรมกลายเป็นพื้นฐานสำหรับการเติบโตในภายหลัง ภายใต้มาตรการกระตุ้นการรวมตัวของการปฏิรูปที่ดินและแผนพัฒนาการเกษตรการผลิตทางการเกษตรเพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 4 จาก ค.ศ. 1952 ถึง ค.ศ. 1959 ซึ่งสูงกว่าการเติบโตของประชากร ร้อยละ 3.6

ใน ค.ศ. 1962 ไต้หวันมีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (ระดับต่ำ) ต่อหัว (GNP) อยู่ที่ 170 ดอลลาร์สหรัฐ เศรษฐกิจของไต้หวันถือว่าเป็นที่เท่าเทียมเมื่อเทียบกับของสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก บนความเท่าเทียมกันของกำลังซื้อ (PPP) พื้นฐาน GDP ต่อหัวของประชากรในช่วงต้นทศวรรษ ค.ศ. 1960 อยู่ที่ 1,353 ดอลลาร์ (ในราคา 1990) ภายใน ค.ศ. 2011 GNP ต่อหัวซึ่งปรับสำหรับกำลังซื้อภาค (PPP) เพิ่มขึ้นเป็น 37,000 เหรียญสหรัฐ มีส่วนทำให้ของไต้หวันยกระดับดัชนีการพัฒนามนุษย์ (HDI) เทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วอื่น ๆ HDI ของไต้หวันใน ค.ศ. 2012 อยู่ที่ 0.890 (อันดับที่ 23 ถือว่าอยู่ในระดับสูงมาก) ตามวิธีการคำนวณใหม่ "การปรับความไม่เท่าเทียมกันของ HDI" ของสหประชาชาติ

ในค.ศ. 1974 ประธานาธิบดีเจียง จิ่งกั๋วะ ได้ริเริ่มดำเนินการสิบโครงการก่อสร้างสำคัญเป็นการเริ่มต้นวางรากฐานที่ช่วยให้ไต้หวันพัฒนาเปลี่ยนเป็นเศรษฐกิจขับเคลื่อนการส่งออกในปัจจุบัน นับตั้งแต่ทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา บริษัท เทคโนโลยีในไต้หวันจำนวนหนึ่งได้ขยายการเข้าถึงไปทั่วโลกบริษัทเทคโนโลยีระหว่างประเทศที่มีชื่อเสียงที่เป็นที่นิยมและรู้จักกันซึ่งมีสำนักงานใหญ่ในไต้หวัน ได้แก่ ผู้ผลิตคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล Acer Inc. และ Asus, ผู้ผลิตโทรศัพท์มือถือ HTC รวมถึงผู้ผลิตอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์รายใหญ่ Foxconn ซึ่งทำให้ผลิตภัณฑ์สำหรับ Apple, Amazon และ Microsoft งาน Computex Taipei เป็นงานแสดงสินค้าคอมพิวเตอร์ที่สำคัญซึ่งจัดขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1981 ในปี 2019 เศรษฐกิจไต้หวันจะขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.46 และจะขยายตัวร้อยละ2.58ในปี2020จากที่ขยายตัวร้อยละ2.40ในช่วงไตรมาสที่ 2 ของปี 2019 และความกังวลของเรื่องข้อขัดแย้งทางการค้าระหว่างจีนกับสหรัฐฯทำให้บริษัทเทคโนโลยีขนาดใหญ่ ทั้งเทคโนโลยี 5G และปัญญาประดิษฐ์ ย้ายฐานการผลิตจากจีนไปยังไต้หวัน อย่างไรก็ดี นโยบายการกีดกันทางการค้าของสหรัฐฯ ข้อขัดแย้งทางการค้าระหว่างญี่ปุ่นกับเกาหลีใต้และการชุมนุมประท้วงในฮ่องกงต่างส่งผลต่อภาพรวมเศรษฐกิจของไต้หวัน ทั้งนี้ ไต้หวันเป็นฐานการผลิตเทคโนโลยีในห่วงโซ่อุปทานของโลก ได้แก่ บริษัท Apple Inc และ Foxconn โดยสัดส่วนรายได้แบ่งเป็น จากภาคบริการคิดเป็นร้อยละ 62.1 ภาคอุตสาหกรรมคิดเป็นร้อยละ36และภาคการเกษตรคิดเป็นร้อยละ 1.8

4) ลักษณะทางการเมือง

การปกครองของไต้หวันนั้น สถาปนาขึ้นตามรัฐธรรมนูญและลัทธิไตรราษฎร์ซึ่งระบุว่า ไต้หวัน "เป็นสาธารณรัฐประชาธิปไตยของประชาชนปกครองโดยประชาชนและเป็นไปเพื่อประชาชน" ประธานาธิบดีเป็นผู้นำประเทศ ผู้นำกองทัพและเป็นตัวแทนของชาติในการดำเนินความสัมพันธ์กับต่างประเทศ มีอำนาจสั่งการ นรม. ซึ่งเป็นผู้นำสภาบริหาร (ครม.) ประธานาธิบดีและรองประธานาธิบดีอยู่ในตำแหน่งคราวละ4ปีและสามารถลงสมัครรับเลือกตั้งเพื่อกลับเข้ามาดำรงตำแหน่งได้อีกเป็นสมัยที่ 2

โครงสร้างการปกครองรัฐธรรมนูญไต้หวันแบ่งอำนาจอธิปไตยออกเป็น 5 สภา (The Five Yuans) ได้แก่

1) สภาบริหาร : (The Executive Yuan หรือ ครม.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานรับผิดชอบการปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาลมีการจัดองค์กรย่อย 3 ระดับภายใต้สภาบริหาร คือ (1) คณะมนตรีสภาบริหาร (Executive Yuan Council) คือ ครม. (2) องค์การบริหาร (Executive Organizations) คือ กระทรวงและคณะกรรมาธิการต่าง ๆ ที่มีฐานะเทียบเท่ากระทรวง (3) หน่วยงานขึ้นตรง (Subordinate Departments)รวมไปถึงสำนักงบประมาณกรมบัญชีกลางสำนักงานสถิติ กรมประชาสัมพันธ์ คณะกรรมาธิการพิเศษอื่น ๆ และคณะกรรมาธิการเฉพาะกิจ

2) สภานิติบัญญัติ : (The Legislative Yuan) เป็นตัวแทนของประชาชนในการออกกฎหมายและควบคุมการทำงานของสภาบริหาร ผู้แทนของสภานิติบัญญัติมาจากการเลือกตั้ง วาระการดำรงตำแหน่ง 3 ปี สภานิติบัญญัติมีสมัยประชุม

ปีละ 2 ครั้ง และมีอำนาจในการออกกฎหมายทั่วไป การรับรองคำสั่งฉุกเฉิน การตรวจสอบร่างรัฐบัญญัติงบประมาณ และการตรวจสอบรายงานทางบัญชี การรับรองรัฐบัญญัติที่ออกโดยกฎอัยการศึก และการแก้ไขรัฐธรรมนูญ

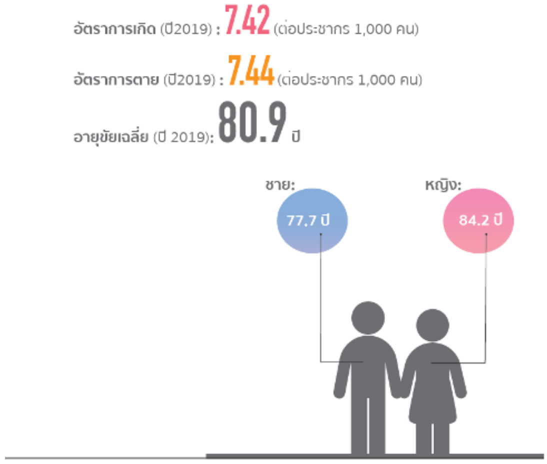
3) สภาตุลาการ : (The Judicial Yuan) ดูแลระบบตุลาการของประเทศ ทั้งนี้ ระบบตุลาการของไต้หวันมีศาลชั้นต้น (The District Court) ศาลอุทธรณ์ (The High Court) และศาลฎีกา (The Supreme Court) สภาตุลาการเป็นองค์กรด้านตุลาการสูงสุดของประเทศโดยควบคุมกระทรวงยุติธรรม ศาลฎีกา ศาลฝ่ายบริหาร และคณะกรรมาธิการระเบียบวินัยข้าราชการ สภาตุลาการมีประธาน รองประธานและตุลาการผู้ทรงคุณวุฒิ 17 คน ซึ่งประธานาธิบดีเป็นผู้แต่งตั้งโดยความเห็นชอบของสภาควบคุม

4) สภาตรวจสอบและคัดเลือก : (The Examination Yuan) ดูแลและจัดระบบกิจการพลเรือน รับผิดชอบในการสอบสวน การแต่งตั้ง การคัดเลือก การใช้จ่ายเงินของข้าราชการในสังกัดของรัฐบาล

5) สภาควบคุม : (The Control Yuan) สภาควบคุมเป็นฝ่ายควบคุมสูงสุดของชาติมีสิทธิในการให้ความคิดเห็นการพิจารณาความผิดของข้าราชการการตักเตือนการลงโทษและการตรวจสอบบัญชีสภาควบคุมมีอำนาจในการถอดถอน จนท.ของรัฐ

สำหรับสถานะของไต้หวันในประชาคมโลกจีนถือว่าไต้หวันเป็นมณฑลหนึ่งของจีนและมีนโยบายรวมไต้หวันเข้ากับจีนเหมือนฮ่องกงและมาเก๊า (ปัจจุบันเป็นเขตบริหารพิเศษของจีนหลังจากหลังจากสหราชอาณาจักรและโปรตุเกสส่งมอบคืนให้จีนเมื่อปี 2540 และปี 2542 ตามลำดับ) จึงกำหนดให้ประเทศต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ทางการทูตกับจีนต้องยึดมั่น “นโยบายจีนเดียว” คือถือว่าไต้หวันเป็นส่วนหนึ่งของจีนทำให้ไต้หวันมีความสัมพันธ์กับประเทศต่าง ๆ ในโลกเพียง 15 ประเทศ (เบลีซ เฮติ นิการากัว เซนต์คิตส์และเนวิส เซนต์วินเซนต์และเกรนาดีนส์ กัวเตมาลา ฮอนดูรัส ปารากวัย เซนต์ลูเซีย เอสวาตินี นครรัฐวาติกัน ปาเลา ตูวาลู หมู่เกาะมาร์แชลล์ และนาอูรู) ประเทศที่มีสถานทูตประจำอยู่ในไทเป ได้แก่ เบลีซ กัวเตมาลา เฮติ ฮอนดูรัส นิการากัว ปารากวัย เอสวาตินี หมู่เกาะมาร์แชลล์ ปาเลา และนครรัฐวาติกัน ไต้หวันไม่มีสถานเอกอัครราชทูตในไทยโดยทางปฏิบัติสำนักงานเศรษฐกิจและวัฒนธรรมไทเปประจำประเทศไทย (Taipei Economic and Cultural Office in Thailand) มีภารกิจเทียบเท่ากับสถานทูตของไต้หวันในไทย

2.10.2 สถานะสุขภาพ



1) จากข้อมูลปี 2562 พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของชาวไต้หวันอยู่ที่ 80.9 ปี โดยอายุคาดเฉลี่ยเพศชาย อยู่ที่ 77.7 ปี ในขณะที่เพศหญิง อยู่ที่ 84.2 ปี ซึ่งเป็นที่สังเกตว่าอายุขัยเฉลี่ยของชาวไต้หวันในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นถึง 2.1 ปี ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นสูงกว่าอายุขัยเฉลี่ยระดับโลก ในส่วนของอัตราการเกิดอยู่ที่ 7.42 ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการตายอยู่ที่ 7.44 ต่อประชากร 1,000 คน

2)ปัจจุบันไต้หวันได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี สาเหตุหลัก ๆ มาจากอัตราการเกิดที่ลดลงแต่ในทางกลับกันอายุขัยเฉลี่ยของชาวไต้หวันเพิ่มขึ้นทุกปี โดยใน ปี 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.56

3) ปี 2561 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก มีสาเหตุจากโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 77.2 จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด โดยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของชาวไต้หวันมากที่สุดคือโรคมะเร็งรองลงมาคือโรคหัวใจปอดอักเสบหลอดเลือดสมอง และเบาหวาน ตามลำดับ

4)ตามเป้าหมายปี2568ของWHOไต้หวันต้องลดการสูบบุหรี่ทั้งประเทศให้ได้ร้อยละ30ซึ่งไต้หวันสามารถลดการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 20ในปี 2553 เป็นร้อยละ 13ในปี 2561 และในปีเดียวกันนี้มีผู้เลิกสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ10ทั้งนี้ไต้หวันได้เพิ่มภาษีบุหรี่เป็นร้อยละ63เพื่อนำมาใช้ในงานบริการสุขภาพระยะยาว (Long-Term Care : LTC) ทั่วประเทศ ทำให้ผู้สูงอายุ 100 คนใน 1,000 คนทั่วประเทศ สามารถได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงได้

5)ไต้หวันได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ และมะเร็งในช่องปากฟรีมาตั้งแต่ปี2553เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้และมะเร็งเต้านม พุ่งสูงมาตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกลดลงถึงร้อยละ70ในปัจจุบันจนกระทั่งในปี2561 เพื่อให้จำนวนผู้ป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกลดลงอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลจึงมีนโยบายให้เด็กผู้หญิงอายุ 12–13 ปี สามารถฉีดวัคซีน HPV ได้ฟรี

2.10.3 ระบบสาธารณสุข

1)ตั้งแต่ปี2537ที่มีการกำเนิดของนโยบายระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (National Health Insurance Act : NHI) ให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพตั้งแต่การป้องกันจนถึงการรักษาการกายภาพบำบัดหลังทุพพลภาพจนถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งได้ครอบคลุมรอบด้าน ตั้งแต่

ปี 2503 เป็นต้นมา แรงงาน เกษตรกร และพนักงาน ฯลฯ ของรัฐต่างร่วมระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งทำให้ทุกคนมีสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันนี้ก็ได้รับการยกย่องว่าเป็นหนึ่งในระบบประกันสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก โดยนิตยสารระดับโลก The Economist เผยผลการจัดอันดับดัชนีการเข้าถึงด้านการดูแลสุขภาพทั่วโลก ประจำปี 2560 (2017 Global Access to Healthcare Index) ไต้หวันถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 14 และสำนักข่าว Bloomberg เผยผลการจัดอันดับดัชนีประสิทธิภาพทางสาธารณสุข(health-efficiency index) ประเทศที่มีประสิทธิภาพด้านการดูแลสุขภาพ ประจำปี 2561 ไต้หวันถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 9

สิ่งที่ทำให้NHIประสบความสำเร็จในไต้หวันมีปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่

(1) ไต้หวันใช้ระบบกองทุนเดียว ซึ่งมีรัฐบาลนายจ้างและผู้รับประกันภัย สามฝ่ายร่วมกันเบี้ยประกันสุขภาพและบังคับเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่มเติมโดยคิดตามรายได้ของผู้รับประกันภัย

(2) ระบบการชำระเงินเต็มจำนวน ที่กำหนดเพดานเงินสมทบสำหรับการบริการทางการรักษาพยาบาลและควบคุมค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในปี 2560 ค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว ร้อยละ 6.4 ของมูลค่า GDP รวม ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่ม OECD นอกจากนี้ค่าบริหารจัดการของ NHI เพียงประมาณร้อยละ 1 ของงบประมาณค่าใช้จ่าย ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งหมดและความพึงพอใจของประชาชนในปี 2560 สูงถึงร้อยละ 86

(3)การจัดทำมาตรการป้องกันเชิงบูรณาการและยึดหลักผู้ใช้เป็นผู้จ่ายรักษาระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลได้และส่งเสริมการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

(4) มอบเงินสมทบค่าเบี้ยประกันแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและผู้ตกงาน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการรักษาพยาบาล

ซึ่งมีหลักการและวัตถุประสงค์ 3 ประการของ NHI คือ

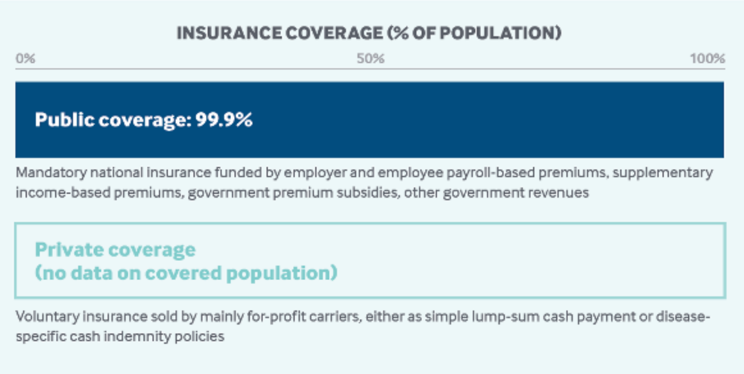
(1)จัดให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมเป็นธรรม(equal access to adequate health care)

(2) สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพได้ตามสมควรแก่เหตุผล (control health care cost at a reasonable level)

(3) ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ (promote efficient use of health resources)

และเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมเป็นธรรม ระบบ NHI ประเทศไต้หวันจะเป็นระบบประกันสุขภาพแบบบังคับกำหนดให้ได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเดียวกันและเงินสนับสนุนมาจากภาษีเงินเดือน โดยรัฐสนับสนุนอย่างเต็มที่ ประชาชนทุกคนได้รับความคุ้มครองประกันสุขภาพไม่ขึ้นกับ อายุ เพศ รายได้ หรืออื่น ๆ ทั้งบริการสุขภาพแบบไม่ต้องพักรักษาตัว ผู้ป่วยใน การแพทย์ฉุกเฉิน ยาและเวชภัณฑ์ทันตกรรม การป้องกันโรค กายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพเอกซเรย์และการตรวจชันสูตร การรักษาพยาบาลการป่วยทางจิต และบ้านพักฟื้น งบประมาณสนับสนุนมาจากภาษีเงินเดือน นอกจากนี้งบประมาณบางส่วนมาจากภาษีเหล้าบุหรี่เบี้ยประกันที่เก็บจากผู้ประกันตนนั้น จะเหมือนกันทุกระบบรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณกลาง กรณีผู้มีรายได้น้อยหรือยากจน

ความครอบคลุมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับชาวไต้หวัน ในปัจจุบัน



2)ในปัจจุบันชาวไต้หวันรวมถึงชาวต่างชาติที่พำนักเกิน 6 เดือน ร้อยละ 99.9 ได้รับการคุ้มครองด้วยระบบ NHI ในส่วนของกองทุนประกันสุขภาพของเอกชนจะครอบคลุมกลุ่มโรคเฉพาะ โดยผู้ป่วยอาจจ่ายเงินเพื่อชาระค่าห้องและบริการพิเศษการรักษาด้วยเครื่องแพทย์พิเศษ ที่ไม่ครอบคลุมโดย NHI

3) สิทธิประโยชน์ของระบบ NHI ครอบคลุมการบริการดังนี้

-บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน(ทั้งการบริการปฐมภูมิและการบริการเฉพาะทาง)

- การสั่งจ่ายยาตามใบสั่งยา
- บริการทันตกรรม (ไม่รวมทันตกรรมจัดฟันและฟันปลอม)
- บริการการแพทย์แผนจีน
- การล้างไต
- บริการด้านสูตินรีเวช
- การทำคลอด
- กายภาพบำบัด
- บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- บริการด้านสุขภาพจิต

-บริการด้านเวชศาสตร์ป้องกันรวมทั้งการตรวจสุขภาพผู้ใหญ่ การคัดกรองมะเร็ง การตรวจติดตามสุขภาพทารกและเด็ก และโรคติดเชื้อในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี

โดยค่าใช้จ่ายในการรับบริการก็จะแตกต่างกันไปตามแต่ละบริการ ดังนี้

- การรับบริการจากแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป (General practitioners : GPs) โดยทั่วไปบริการปฐมภูมิในไต้หวันมีทั้งของรัฐบาลและเอกชนและใช้หลักการจ่ายตามจริงสำหรับบริการพื้นฐานค่าใช้จ่ายที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐส่วนใหญ่จะเป็นบริการด้านการป้องกันเช่นบริการดูแลก่อนคลอด การตรวจอาการและการคัดกรองมะเร็งเต้านมรวมถึงทารกแรกเกิด เด็กอายุไม่เกิน 3 ปี ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และผู้มีรายได้น้อย

- การรับบริการจากแพทย์เฉพาะทางทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนโดยปกติแล้วค่าใช้จ่ายจะอยู่ในอัตราเดียวกันกับแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป(GP)ยกเว้นจิตแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่มีค่าบริการสูงขึ้นในส่วนของค่าบริการเริ่มที่ 1.68 USD รวมการส่งต่อ ไปจนถึง 14.09 USD ไม่รวมการส่งต่อ

- การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งโรงพบาบาลของรัฐและเอกชนและเป็นโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรทุกแห่งใช้หลักการจ่ายตามจริงในบริการพื้นฐานตามที่รัฐกำหนด ในส่วนของค่าใช้จ่าย ในปี 2561 การจ่ายร่วมระหว่างประกันภัยและโรงพยาบาล ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง อยู่ที่ 1,275 USD ตามเพดานการจ่ายต่อปีไม่เกิน 2,175 USD ต่อการรักษา

TYPICAL PATIENT COPAYMENTS AND SAFETY NETS

SERVICE	FEES PER ENCOUNTER/SERVICE	MAXIMUM OUT-OF-POCKET COSTS PER YEAR (SAFETY NET)
Primary care visit and specialist consultation	With referral: TWD 50–170 (USD 1.65–5.61) Without referral: TWD 50–420 (USD 1.65–13.86)	*Copayment exemptions:* • Patients with one of 30 major illnesses (including cancer, chronic mental health disease, rare disease, congenital conditions, and renal failure) • Children under 3 years old • Childbirth • Residents of remote mountainous areas and offshore islands • Veterans and family members of veterans with diseases • Low-income households *Copayment reductions:* For people with mental or physical disabilities, copayments are TWD 50 (USD 1.65), regardless of referral status; other patients receiving copayment reductions include residents who live in resource-poor areas or who have trouble traveling to see a provider
Hospitalization (per day or visit) including pharmaceuticals	*Coinsurance (public and private hospitals)* For stays less than 30 days: • 5% for chronic beds • 10% for acute beds For longer stays: • 10% for chronic beds • 30% for acute beds	Inpatient stay per episode of same diagnosis: TWD 38,000 (USD 1,254) Annual coinsurance cap for all inpatient stays of same diagnosis: TWD 64,000 (USD 2,112)
Prescription drugs (outpatient)	For covered drugs, copayment is TWD 200 (USD 6.6) per outpatient visit, regardless of number of drugs prescribed	No annual caps on drug copayments; copayment exemptions for patients with any of 30 listed catastrophic diseases or conditions or with rare diseases; drugs for symptom alleviation (palliative care) also exempted from copayments

4)ระบบการแพทย์ปฐมภูมิของไต้หวันนั้นร้อยละ40ของแพทย์ไต้หวันทางานในคลินิคส่วนตัว โดยร้อยละ 80-90 เป็นคลินิคเดี่ยว ที่เหลือส่วนน้อยเป็น group practice โดยที่ร้อยละ 98 ของคลินิคอยู่ในเครือข่ายกองทุน NHI แพทย์ที่ทำงานในคลินิคมีเพียงร้อยละ 5 ที่ได้รับการอบรมเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ในขณะที่เหลือเป็นแพทย์เฉพาะทางโดยประชาชนไม่จำเป็นต้องขึ้นทะเบียนกับแพทย์ปฐมภูมิอัตราการมาพบแพทย์ที่คลินิคของคนไต้หวันสูงโดยเฉลี่ยอยู่ที่คนละ12.6ครั้งซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (เฉลี่ย 6.3 ครั้ง) อย่างไรก็ตามยังมีอัตราการใช้บริการคลินิคน้อยกว่าของประเทศเกาหลี(14.3ครั้ง)และญี่ปุ่น (12.9 ครั้ง)

แพทย์ที่คลินิคได้รับการจ่ายเงินด้วยระบบ Fee for service ขึ้นกับบัญชีอัตราการจ่ายของประเทศ ทำให้เกิดการแข่งขันในการแย่งผู้ป่วยเพื่อเป็นการเพิ่มรายรับของแพทย์ ในขณะที่การจ่ายด้วยระบบ pay for performance หรือการจ่ายด้วยระบบเหมาจ่ายรายหัว เพิ่งเริ่มมีการทดลองใช้ในบางพื้นที่ ส่วนรายรับอื่นๆของแพทย์ ได้จากการขึ้นทะเบียน ที่จ่ายเมื่อมารับบริการ ประชาชนไม่จำเป็นต้องขึ้นทะเบียนกับแพทย์ปฐมภูมิ ผู้ป่วยสามารถเลือกรับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางแบบผู้ป่วยนอกได้อย่างอิสระ โดยไม่ต้องมีระบบการส่งต่อ ซึ่งส่งผลให้แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเกิดความแออัดโดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าว NHIA ได้จัดทำระบบ graduated patient registration fee ขึ้นมาโดยระบบนี้ทาให้ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ไม่มีการส่งต่อ แต่ก็ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมที่สูงกว่าและมีการจ่ายร่วม (Copayment) ส่วนแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล (รวมทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก) ได้รับการจ่ายเงินเดือนและสามารถได้รับเงินโบนัสปลายปีตามผลการปฏิบัติงาน

5) ปี 2557 ไต้หวันมีโรงพยาบาลทั้งสิ้น 486 แห่ง เป็นโรงพยาบาลรัฐเพียงร้อยละ16ในขณะที่ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 84 โดยได้รับการรับรองคุณภาพไปทั้งสิ้น 454 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 93.4) และโรงพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพทั้งหมด อยู่ในเครือข่าย NHIA โดยสัญญามีอายุ 3 ปีเมื่อผ่านการประเมินมาตรฐาน โรงพยาบาลทุกแห่งไม่แสวงหากาไร (Not-for-profit) ตามกฎหมาย โดยจัดระบบให้มีการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์คนเดียว (Closed-staff structure) เริ่มตั้งแต่การรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลของไต้หวันให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยได้รายได้จากงบประมาณแบบ Global budget ที่กำหนดโดย NHIA โดยงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดแบ่งลงสู่ 6 เขต ส่งผลให้แต่ละโรงพยาบาลในเขตเดียวกันต้องแข่งขันเพื่อให้ได้งบประมาณมานอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีรายได้จากบริการที่ไม่ครอบคลุมโดยNHI,การร่วมจ่ายสาหรับผู้ป่วยนอก ,การประกันร่วมสำหรับผู้ป่วยใน และค่าลงทะเบียนที่เก็บเมื่อเข้ามาใช้บริการการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในไต้หวันสะดวกและรวดเร็วโดยร้อยละ85ของผู้ปุวยสามารถมาถึงโรงพยาบาล/คลินิคได้ ภายในเวลา 30 นาที และร้อยละ 83 ใช้เวลาในการรอพบแพทย์ไม่เกิน 30 นาที

ในปี 2561 ไต้หวันมีจำนวนเตียงในสถาบันทางการแพทย์ทั้งหมด 167,521 เตียง คิดเป็น 41.9 เตียงต่อประชากร 10,000 คน โดยจำแนกเป็นเตียงสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป จำนวน98,828เตียงคิดเป็นร้อยละ73และเตียงสำหรับบริการผู้ป่วยเฉพาะทาง จำนวน 36,665 เตียง คิดเป็นร้อยละ 27

6)เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของไต้หวันเป็นแบบ Single-payer system ดังนั้นระบบอภิบาลจึงค่อนข้างตรงไปตรงมา โดย MoHW รับผิดชอบด้านนโยบาย ในขณะที่ NHIA ดูแลเรื่องการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพที่ครอบคลุมเรื่องการเก็บเบี้ยประกัน,risk-polling,การจ่ายให้ผู้ให้บริการ,การดูแลเรื่องการจัดบริการที่มีคุณภาพ ผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดีและมีประสิทธิภาพ บทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของ NHIA คือการกำหนดอัตราการเติบโตของงบประมาณในภาพรวมในแต่ละปี

7) ประชาชนไต้หวันทุกคนจะมีบัตร electronic NHI card และหมายเลขประจำตัว (Unique personal health identifier) ข้อมูลในบัตรจะประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลการประกันสุขภาพ การไปรับบริการ 6 ครั้งหลังสุด การวินิจฉัย การจ่ายยา การแพ้ยา การเจ็บป่วยที่สำคัญ เป็นต้น ในขณะที่ผู้ให้บริการ จำเป็นต้องแจ้งการให้บริการไปยัง NHIA ทุกครั้งภายใน 24 ชั่วโมง ดังนั้นระบบจึงติดตามการรักษาของผู้ป่วยได้ และสามารถประมวลการให้บริการได้เกือบตลอดเวลา ในขณะที่ข้อมูลในบัตรจะช่วยรัฐดูแลเรื่องสาธารณสุขรวมถึงการดูแลโรคระบาดต่างๆได้อย่างทันท่วงที การบริหารจัดการ NHI Card เป็นระบบที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน โดยงบประมาณในการบริหารจัดการอยู่ที่ร้อยละ 1.07 ของค่าใช้จ่าย NHI ทั้งหมด

2.10.4 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

1)เนื่องจากไต้หวันนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นที่เรียบร้อยแล้วรวมถึงแนวโน้มของอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้นโยบายหลักของไต้หวันในการส่งเสริมสุขภาพโดยMinistry ofHealthandWelfareของไต้หวันจะเน้นไปที่นโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long term care) การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุรวมไปถึงการพัฒนาชุมชนเพื่อรองรับผู้สูงอายุการส่งเสริมชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการสร้างเครือข่ายบริการในชุมชนเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้พิการ โดยมีเป้าหมายดังนี้

(1) ส่งเสริมแนวคิด พฤฒิพลัง (Active Aging) หรือแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนในสังคมและเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี

(2)ลดความไม่เท่าเทียมในการได้รับบริการด้านสุขภาพ

(3) สร้างเสริมแนวคิด วิถีสุขภาพ (Healthy Lifestyles)สร้างต้นแบบการรักษาสุขภาพและส่งเสริมโภชนาการแห่งชาติเพื่อป้องกันโรคอ้วนส่งเสริมการป้องกันโรคจากบุหรี่และยาสูบ-ยาเส้น

(4) ส่งเสริมระบบบริการที่ครอบคลุมถึงผู้หญิงและเด็กเกิดใหม่และสานต่อการยกระดับระบบสุขภาพตลอดชีวิต ตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนถึงวัยชรา พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพตามแนวชายแดนและผู้อพยพ

(5) ส่งเสริมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งพัฒนาระบบการคัดกรองและคุณภาพในการติดตามผู้ป่วยมะเร็ง และลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง

(6)ส่งเสริมการศึกษาและการวิจัยเชิงประจักษ์ของมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพการวางระบบติดตามตัวชี้วัดระบบสุขภาพแห่งชาติและโรคไม่ติดต่อ

2)ไต้หวันได้มีส่วนร่วมเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพร่วมกับประเทศต่างๆเพื่อเอาชนะความท้าทายด้านสุขภาพและบรรลุเป้าหมายของ SDGs โดยโครงการที่ไต้หวันมีส่วนร่วม เช่น

- Medical Aid: Taiwan International Health Action (TaiwanIHA)

- Train The Trainer: Taiwan International Healthcare Training Center (TIHTC)

-Equipment Donation: Global Medical Instruments Support & Service Program (GMISS)

- The New Southbound "One Country, One Center"

3)อีกหนึ่งโครงการสำคัญที่ช่วยยกระดับเศรษฐกิจของไต้หวันอีกโครงการหนึ่ง คือ Medical travel เนื่องจากไต้หวันถือเป็นผู้นำด้านธุรกิจการดูแลสุขภาพและได้รับยกย่องมาโดยตลอดในฐานะประเทศที่มีระบบสุขภาพดีที่สุดในโลกปัจจุบัน แม้ไต้หวันจะมีพื้นที่ทั้งเกาะไม่มากแต่ก็มีโรงพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพ JCI มากถึง 13 แห่ง โดยปัจจุบัน มีนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หรือ Medical Tourism มากกว่า 4.2 แสนคน ในปี 2561 โดย 1 ใน 3 มาจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมากกว่า 7,000 คน มาจากประเทศไทย ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีสำหรับไต้หวันโดยในการตรวจสุขภาพและการรักษาในไต้หวันสำหรับชาวต่างชาติไม่ได้แพงอย่างที่คิดโดยบริการตรวจสุขภาพนั้น เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าคนไต้หวันเพียง 1 เท่า สำหรับบริการ – การรักษาอื่น ๆ ก็เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากคนไต้หวัน ไม่เกิน 2เท่าเท่านั้นเนื่องจากระบบสุขภาพไต้หวันรัฐบาลเป็นผู้ให้การอุดหนุน

4)ในด้านอุตสาหกรรมสุขาพของไต้หวันที่เติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาเพียง 10 ปีให้หลังมานี้ คือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ" หรือ Medtech โดยคาดการณ์ว่าภายในปี 2567 ภาคส่วนเทคโนโลยีด้านสุขภาพของไต้หวันจะทำเม็ดเงินมากกว่า 595,000 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 18 ล้านล้านบาท) นอกจากนี้ไต้หวันยังเป็นหนึ่งในจุดหมายปลายทางยอดนิยมของชาวต่างชาติ ผู้ต้องการเสาะหาบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและราคาไม่แพงนัก และด้วยความมุ่งหวังว่าจะสร้าง "อัศจรรย์การแพทย์แห่งไต้หวัน (Taiwan Medical Miracle)" ในทศวรรษที่ 21 อย่างที่ไต้หวันสามารถสร้าง "อัศจรรย์ทางเศรษฐกิจ" เมื่อ 40 ปีก่อนหน้านี้จนทำให้ไต้หวันขึ้นแท่นผู้นำด้านเศรษฐกิจที่มีเสถียรภาพของโลก

ที่ผ่านมาไต้หวันมีความสามารถด้านการผลิตเทคโนโลยี เช่น Semiconductor (สารกึ่งตัวนำใช้ในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์) ผลิตได้ร้อยละ 20-25 ของการผลิตระดับโลก

และ Sequencing chips (เทคโนโลยีการตรวจหายีน) ผลิตได้ร้อยละ 20 การพัฒนาเทคโนโลยี นี่เป็นอานิสงค์จากภาคธุรกิจที่ทำให้เทคโนโลยีมีราคาถูกลงสามารถเข้าถึงได้โดยคนทั่วไปดังนั้น รัฐบาลควรทำงานอย่างใกล้ชิดกับภาคเอกชนและกำหนดระเบียบข้อปฏิบัติสำหรับภาคอุตสาหกรรมอย่างเหมาะสม ในระยะหลังบริษัทด้านไอซีทีสัญชาติไต้หวันเริ่มขยับขยายธุรกิจเข้ามาในตลาดสุขภาพ เช่น บริษัท Acer, Asus, Foxconn และ Compal หันมาพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์สุขภาพเคลื่อนที่ เช่น เครื่องมือสื่อสารการแพทย์ทางไกล อุปกรณ์ด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงอินเตอร์เน็ต (เช่น แอปพลิเคชันจัดการดูแลสุขภาพและบริการผู้ป่วย) และอุปกรณ์ไอทีสวมใส่ (เช่น นาฬิกาตรวจจับข้อมูลการออกกำลังกาย) ปัจจุบัน ในส่วนของเครื่องมือทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ยังต้องนำเข้าจากตะวันตก ซึ่งมีราคาสูงมาก ไต้หวันจึงพยายามสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตลอดห่วงโซ่อุปทาน เพราะอยากมีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ผลิตเอง ในระยะหลังมีสัญญาณที่ดีจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เริ่มหันมาใช้สินค้าด้านการแพทย์ที่ผลิตโดยผู้ประกอบการไต้หวัน แต่ยังมีความท้าทาย เพราะบางคนยังมีข้อสงสัยกับคุณภาพของสินค้าเหล่านั้น

2.11 องค์การอนามัยโลก

2.11.1 ข้อมูลทั่วไป

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ทำหน้าที่ในฐานะผู้นำด้านสุขภาพของสหประชาชาติ (United Nation : UN) มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ประกอบด้วยประเทศสมาชิก 198 ประเทศ ครอบคลุม6ภูมิภาคประกอบด้วยภูมิภาคแอฟริกาประกอบด้วยสมาชิก 47 ประเทศ ภูมิภาคอเมริกา ประกอบด้วยสมาชิก 52 ประเทศ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประกอบด้วยสมาชิก 11 ประเทศ ภูมิภาคยุโรป ประกอบด้วยสมาชิก 30 ประเทศ ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ประกอบด้วย 21 ประเทศสมาชิกและปาเลสไตน์ (เวสแบงก์ และฉนวนกาซา) และภูมิภาคแปซิฟิก ประกอบด้วย 37 ประเทศสมาชิก

องค์การอนามัยโลกถูกจัดตั้งขึ้นในฐานะหน่วยงานเฉพาะภายใต้ข้อกำหนดของมาตรา 57 ของกฎบัตรสหประชาชาติ ด้วยการยอมรับในหลักการของรัฐธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลกซึ่งถูกใช้ครั้งแรกและได้รับการลงนามร่วมในการประชุมสุขภาพระหว่างประเทศ ณ เมืองนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2489 โดยตัวแทนรัฐภาคีทั้ง 61 รัฐ และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 7 เมษายน 2491 ซึ่งถือเป็นวันสุขภาพโลกตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา รัฐธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลกมีการแก้ไขเพิ่มเติมโดยการรับรองของที่ประชุมสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ 26, 29 39 และ 51 (WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 และ WHA51) และได้ให้นิยามว่า “สุขภาพ” หมายถึง “สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจรวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขและมิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่โรคและความพิการเท่านั้น”

2.11.2 รัฐธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลก

รัฐธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลกกำหนดขึ้นภายใต้หลักการพื้นฐานด้านความสุข ความปลอดภัยของประชาชนทุกคน มีใจความดังนี้

•สุขภาพเป็นสภาวะของความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจและสังคมและไม่ใช่แค่การขาดโรคหรือความอ่อนแอ

•มาตรฐานสุขภาพสูงสุดเป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนโดยไม่มีความแตกต่างของเชื้อชาติศาสนาความเชื่อทางการเมืองเศรษฐกิจหรือสังคม

•สุขภาพของประชาชนทุกคนเป็นพื้นฐานของการบรรลุสันติภาพและความมั่นคงและขึ้นอยู่กับความร่วมมืออย่างเต็มที่ของบุคคลและรัฐ

• ความสำเร็จของรัฐใด ๆ ในการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพนั้นมีค่าสำหรับทุกคน

•การพัฒนาที่ไม่เท่ากันในประเทศต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคโดยเฉพาะโรคติดต่อเป็นอันตรายที่พบบ่อย

•การพัฒนาสุขภาพของเด็กนั้นมีความสำคัญขั้นพื้นฐานความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างกลมกลืนในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาดังกล่าว

•การขยายผลประโยชน์ทางการแพทย์จิตวิทยาและความรู้ที่เกี่ยวข้องให้กับประชาชนทุกคนเป็นสิ่งจำเป็นต่อการบรรลุสุขภาพอย่างเต็มที่

•การแสดงความคิดเห็นและความร่วมมืออย่างแข็งขันต่อสาธารณะมีความสำคัญสูงสุดในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

•รัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดทำมาตรการด้านสุขภาพและสังคมที่เพียงพอเท่านั้น

2.11.3 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการจัดทำกรอบการทำงานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความเข้าใจร่วมกันว่าระบบสุขภาพคืออะไรจะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพได้อย่างไรซึ่งกรอบการทำงานอย่างเป็นระบบนี้คำนึงถึงประชาชนทุกคนตามรัฐธรรมนูญสุขภาพ [2:WHO, 2007] ระบบสุขภาพจึงประกอบไปด้วยทุกหน่วยงาน บุคคลทุกระดับ และทุกปฏิบัติการที่มีความตั้งใจในการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ และจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างเหมาะสมการสร้างระบบสุขภาพจึงต้องประกอบด้วยเป้าหมายวัตถุประสงค์ 4 ประการ กำหนดกรอบระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน และเป้าหมายหรือผลลัพธ์เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพ

1) เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Goal/Outcome)

1.1) Improved Health ช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ทั้งในระดับของสถานะสุขภาพและความเท่าเทียม (Level and Equity)

1.2) Responsiveness ตอบสนองความคาดหวัง ความต้องการ และความพึงพอใจของประชาชน ทั้งในด้านการดูแลรักษา (Medical Service) และการในบริการ (Hospital Service)

1.3) Social and financial risk protection คือการรับประกันและการปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย

1.4) Improved efficiency ความมีประสิทธิภาพซึ่งระบบสาธารณสุขต้องมีประสิทธิภาพคือสามารถใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามีความยั่งยืนและไม่เป็นภาระต่อภาคการเงินการคลังของประเทศเพราะถ้าใช้เงินในด้านสุขภาพก็จะเหลือเงินไปใช้พัฒนาด้านการศึกษาสังคมหรือเศรษฐกิจลดลง

2) เป้าหมายของระบบสุขภาพ (Intermediate Outcome) เน้น 2 เรื่องหลักคือ

2.1) Access การเข้าถึงบริการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพ

2.2) Safety and Quality พัฒนามาตรฐานความปลอดภัยซึ่งเป็นพื้นฐานด้านคุณภาพ

3) องค์ประกอบหลัก 6 ส่วน (Six Building Block)

องค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพประกอบไปด้วยการให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมภิบาลระบบสุขภาพที่ดีจะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน โดยมีกลไกการคลังที่เข้มแข็ง มีบุคลากรดี มีความพร้อมในจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และมีระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมและใช้เป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ซึ่งองค์ประกอบในการสร้างระบบสุขภาพประกอบด้วย

3.1) การให้บริการสุขภาพ (Service Delivery)

บริการด้านสุขภาพที่ดีคือการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีควรประกอบด้วยองค์กรด้านสาธารณสุขทั้งหมด ประชาชน บุคลากร และการดำเนินการที่จะส่งเสริมสุขภาพรักษาและดำรงสถานะสุขภาพที่ดี การบริการสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ทั้งในระบบและส่วนบุคคลจัดสรรให้แก่ผู้ที่จำเป็นที่จะได้รับการบริการในเวลาและสถานที่ที่จำเป็นงานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาวะของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศแต่มีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการภาษาวัฒนธรรมหรือภูมิประเทศมีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชนระบบบริการสุขภาพนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษา ข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการได้ แยกบริการรักษาชั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อนและยังครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อและต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการซึ่งมีการจัดการที่ดี เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกันและที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผลด้วยจะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มาของกองทุน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ร่วมกันรับผิดชอบ ปลูกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย

3.2) บุคลากร (Health Workforce)

การจัดทรัพยากรบุคคลด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพจะสามารถให้การบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นในการให้บริการสาธารณสุขต่อประชาชนให้ได้ผลดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรที่เหมาะสมเพียงพอ ซึ่งแต่ละประเทศมีความสามารถที่จะบริหารจัดการทรัพยากรคน-เงิน-ของ ที่มีอยู่ทั้งหมด ให้บรรลุเป้าหมายให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีนั้นประเด็นเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพก็ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ทักษะแรงจูงใจและรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพนอกจากนั้นจำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมก็มีส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้เช่นกันบุคลากรด้านสุขภาพหมายรวมถึงบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งที่ทำงานภาครัฐและภาคเอกชน เต็มเวลาหรือทำงานกึ่งเวลา ทำงานเดียวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม นอกจากนี้ ยังรวมกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านการศึกษาในวิชาชีพสุขภาพงานวิจัยและงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

3.3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Information)

การจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและสถิติสาธารณสุขจะช่วยให้การวางแผนดำเนินการแก้ปัญหาระบบสาธารณสุขและความเจ็บป่วยของประชาชน เพื่อช่วยให้การบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ (cost-effectiveness) มีความเหมาะสมทางวิชาการแพทย์ และแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างทันการณ์ และมีประสิทธิผล (cost-effective) ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 องค์ของระบบสุขภาพ และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ควบคุมดำเนินการทำวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่างๆ อาทิเช่น งานให้บริการ กำลังคน และกลไกการคลังด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศยังใช้ติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผน สร้างโจทย์งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆฯลฯในการบริหารระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเจริญได้อย่างยั่งยืนนั้นผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความพร้อม การเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อันได้แก่ อัตราตายและอัตราการเกิดทุพพลภาพสุขภาวะความพิการรวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการอาทิเช่นขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์จากการรักษาเปรียบเทียบจากวิธีที่ต่างกัน ต้นทุนการดำเนินการ ต้นทุนของการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค เป็นต้น

3.4) เทคโนโลยี ยาและเวชภัณฑ์ Medical (Products, Vaccines & Technologies)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการทำงานที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยาวัคซีนและเทคโนโลยีที่จำเป็นซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคาอาจกำหนดเป็นบัญชียาและเวชภัณฑ์แนวทางปฏิบัติหรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติแสดงขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคาสถานภาพการต่อรองราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาดภายในประเทศระเบียบการจัดซื้อการจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต้องเน้นมาตรการ "การใช้ยาอย่างเหมาะสม" เพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์เชื้อดื้อยาเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและฝึกอบรมบุคลากร

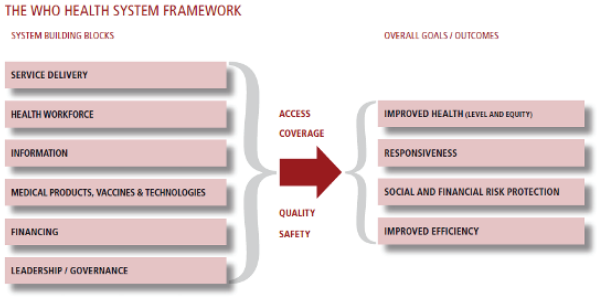
3.5) ระบบการคลังด้านสุขภาพ (Financing)

การจัดให้มีงบประมาณเพียงพอในการทำให้ประชาชนได้รับความเป็นธรรมในการได้รับยาที่จำเป็น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็นโดยไม่ต้องรับภาระจ่ายเงินจนล้มละลายหรือยากจนจากการจ่ายค่าการบริการสาธารณสุขการคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบหรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากรหรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนเพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ทุกเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่องและที่สำคัญคือปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย ดังนั้น กลไกการคลังสุขภาพจึงมิได้หมายถึงแค่มีกองทุนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดสรรงบประมาณระบบการซื้อและระบบการให้บริการด้านสุขภาพโดยทั่วไปค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products; GDP) และตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือนคือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) ต่อรายได้ทั้งหมด

3.6) ภาวะผู้นำและธรรมภิบาล (Leadership / Governance)

ระบบสุขภาพที่ดีจะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน และต้องมีองค์กรนำในการวางแผนในการจัดกรอบนโยบายในการดำเนินการด้านสาธารณสุขโดยมีการผสมผสานกับวิสัยทัศน์ที่กว้างขวางมีความร่วมมือกันในระหว่างหน่วยงานกำหนดการควบคุมการดำเนินการที่เหมาะสม มีแรงจูงใจในการดำเนินการ ให้ความสนใจต่อการวางระบบ และก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุข โดยที่รัฐบาลจะต้องดำเนินการเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นในขณะที่ต้องทำให้เกิดความเป็นธรรมแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ คุณภาพของการบริการ สิทธิของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ประชาชนและองค์กรเอกชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เพื่อช่วยกันทำให้ทุกส่วนของสังคมมีส่วนร่วมในการทำให้ระบบสาธารณสุขประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของการสาธารณสุขระดับชาติร่วมกัน

The WHO Health System Framework



ที่มา : WHO, 2007

โดยสรุปกรอบความคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ในภาพรวม คือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ได้รับการบริการที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพด้วยความเป็นธรรมได้รับการปกป้องคุ้มกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน ดังภาพ

2.11.4 การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

แผนงานทั่วไปขององค์การอนามัยโลก (General Programme of Work : GPW)

จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้างวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ระดับสูงสำหรับการทำงานขององค์การอนามัยโลกอย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาความสำเร็จด้านสุขภาพที่สำคัญของโลกได้เกิดขึ้นเช่นอายุขัยเพิ่มขึ้นในหลายส่วนของโลก เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตในปี 2559 น้อยกว่าปี 2533 หกล้านคน การกำจัดโรคโปลิโอที่ใกล้จะสำเร็จ ผู้ติดเชื้อ HIV 21 ล้านคนได้รับการรักษา การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมช่วยให้ผู้คนหลายล้านคนรอดพ้นจากความยากจน และประเทศอื่น ๆ อีกมากมายที่มีส่วนร่วมในวาระระดับโลก ที่แสดงให้เห็นว่าองค์การอนามัยโลกมีศักยภาพในการพัฒนาสุขภาพของโลกอย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกจะประสบความสำเร็จได้โดยดำเนินการตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)ตามที่ประเทศสมาชิกและประเทศที่เข้าร่วมการประชุมการนานาชาติการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 9 ณ นครเซียงไฮ้ ประเทศจีน ในปี พ.ศ. 2559 ตอบรับว่าการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นวาระของโลกและสามารถเปลี่ยนแปลงโลกได้ผ่านทุกเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals : SDGs) วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนปี 2030 ด้วยความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายที่ 3 ซึ่งเรียกร้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน“สร้างชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ดีสำหรับทุกวัย”องค์การอนามัยโลกจะนำเสนอวาระการเปลี่ยนแปลงที่สนับสนุนประเทศต่างๆในการเข้าถึงเป้าหมายSDGที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการตามแผนงานทั่วไปฉบับที่ 13 ปี พ.ศ 2562-2566 (Thirteen General Programme of Work 2019 – 2023 : GPW 13) และใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ในภาพรวมตามแผนภาพที่2ซึ่งประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ การจัดลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์

1)วิสัยทัศน์(Vision):โลกที่ทุกคนบรรลุมาตรฐานสูงสุดด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีที่สุด “A world in which all people attain the highest possible standard of health andwell-being”เป็นวิสัยทัศน์ที่แผนงานทั่วไปฉบับที่13มุ่งเน้นดำเนินการตามบริบทของเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน(SDGs) บนพื้นฐานของมาตรา 1 ในรัฐธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลก

2) พันธกิจ (Mission) : สร้างเสริมสุขภาพ รักษาโลกให้ปลอดภัย ดูแลผู้เปราะบาง “Promote health • Keep the world safe • Serve the vulnerable”

3) ค่านิยมขององค์การอนามัยโลก : ความมุ่งมั่นต่อสิทธิมนุษยชนความเป็นสากลและความเสมอภาค เป็นค่านิยมองค์กรที่ยึดตามหลักการที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก

4)ความสำคัญเชิงกลยุทธ์และเป้าหมาย (STRATEGIC PRIORITIES AND GOALS) : สร้างความมั่นใจในชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกเพศทุกวัย “Ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages” โดยบรรลุเป้าหมาย 3 ประการ (1) ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ซึ่งหมายถึง ประชากรมากกว่าหนึ่งพันล้านคนสามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา หรือการฟื้นฟู โดยที่บริการทางสาธารณสุขเหล่านี้จะต้องมีคุณภาพเพียงพอที่จะมีประสิทธิภาพ และการไปใช้บริการทางสาธารณสุขนั้นจะต้องไม่ทำให้เกิดความยากลำบากทางการเงินแก่ประชาชน(2)แก้ไขปัญหาภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ (Health Emergency) ซึ่งหมายถึงประชากรมากกว่าหนึ่งล้านคนได้รับการปกป้องจากภัยคุมคามทางสุขภาพ โรคระบาด โรคอุบัติใหม่ และอุบัติภัยโดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านทรัพยากรและบุคลากร ความรู้ เทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการ เพื่อรับมือ ค้นหาสาเหตุและตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน (3) การสร้างเสริมสุขภาพของประชากรทั่วโลก (Promoting Healthier Populations) ซึ่งหมายถึงประชากร 1 พันล้านคนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นภายในปี2566โดยมุ่งกำหนดและพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการสุขภาพร่วมดำเนินการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพในทุกภาคส่วน ทั้งรัฐบาลเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์พัฒนาชุมชนในการกำหนดนโยบายที่รับผิดชอบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีส่งเสริมภาคประชาชนให้มีความรู้และความตระหนักในการรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง

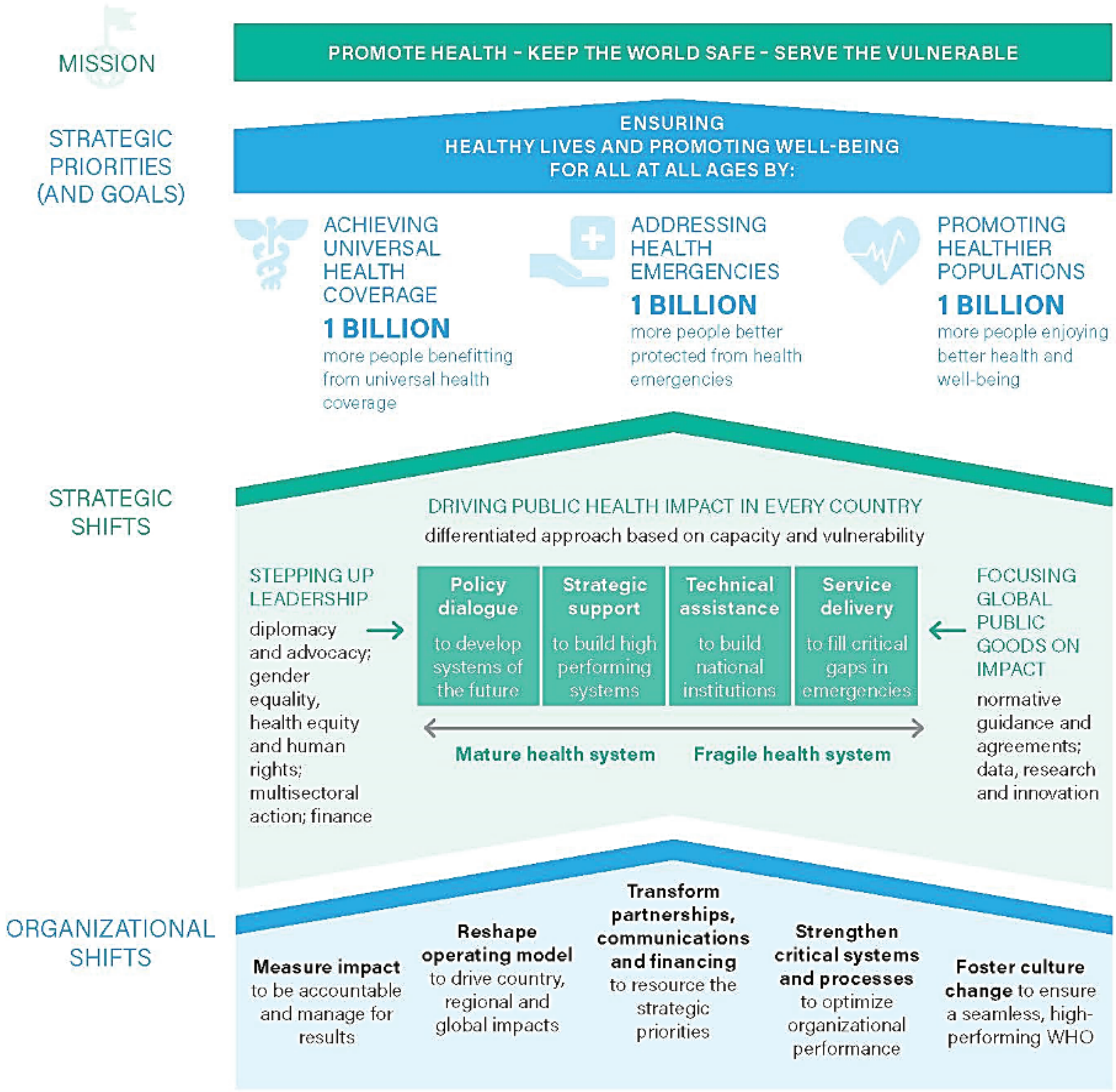
2.11 องค์การอนามัยโลก

ความสำคัญเชิงกลยุทธ์และเป้าหมาย 3 ประการ

ที่มา : WHO, 2019

ซึ่งเป้าหมายทั้ง3ประการได้รับการสนับสนุนโดยการยกระดับกลยุทธ์ใน3มิติประกอบด้วยการก้าวสู่ความเป็นผู้นำขับเคลื่อนผลกระทบด้านสาธารณสุขในทุกประเทศและมุ่งเน้นผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั่วโลก ซึ่งสะท้อนถึงหน้าที่ 6 ประการขององค์การอนามัยโลกโดยมี5เสาหลักในการยกระดับองค์กรเป็นฐานสนับสนุน

Overview of WHO's thirteenth general programme of work 2019–2023: strategic priorities and shifts



ที่มา : WHO, 2019

2.11.5 ความเป็นมาและความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพในความหมายที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคมเพื่อตอบรับคำประกาศอัลมา อะตา ในการกำหนดหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ปี พ.ศ. 2520 การประชุมในครั้งนั้นเป็นผลจากการคาดหวังที่ต้องการให้เกิดการขับเคลื่อนสาธารณสุขแนวใหม่ทั่วโลก จึงได้มีการประชุมคณะทำงานและพิจารณาโปรแกรม อภิปรายแนวคิด และกำหนดหลักการการส่งเสริมสุขภาพในปี พ.ศ. 2527 เมื่อสมาชิกขององค์การอนามัยโลกทั้งมวลร่วมกันกำหนดเป้าหมาย “ประชากรทั่วโลกสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี2543” ในการประชุมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างประเทศครั้งที่ 1 ณกรุงออตตาวา ประเทศแคนนาดา ปี พ.ศ. 2529 โดยมีการเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล(AllforHealth)ในขณะนั้นได้บัญญัติการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็น“กระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองการจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกายจิตและสังคมนั้นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัว ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้สุขภาพจึงมิใช่เป้าหมายแห่งการดำรงชีวิตอยู่อีกต่อไปหากแต่เป็นแหล่งประโยชน์ของทุกวันที่เราดำเนินชีวิตสุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคมและแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลรวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคลดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เป็นเพียงความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้นแต่ยังมุ่งไปที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะในที่สุด” นิยามที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและใช้อ้างอิงมากที่สุดคือ “Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health. : การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้คนสามารถเพิ่มการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของพวกเขาได้” เป็นการดำเนินการผ่านนโยบายสิ่งแวดล้อมและการสื่อสารไปยังชุมชนสังคมซึ่งแตกต่างจากการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นเรื่องอนามัยส่วนบุคคล

ตั้งแต่มีการออกกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ในปี พ.ศ. 2529องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นระยะมีการแลกเปลี่ยนสรุปบทเรียนเพื่อปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และประเด็นมุ่งเน้นที่เปลี่ยนแปลงไปตามมุมมองตามความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยรวมทั้งสิ้น 9 ครั้ง

สภาพและแหล่งประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ต้องมีก่อนที่จะมีสุขภาพดี ประกอบด้วย สันติภาพ ที่พักอาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง แหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ ความยุติธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคมการสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพของประชากรทั่วโลกผ่านการสนับสนุนชี้แนะ การเสริมสร้างความสามารถ การเป็นสื่อกลาง อันจะช่วยให้ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองได้มากขึ้นรวมไปถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในการปกป้องสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลโดยการจัดการและป้องกันสาเหตุที่แท้จริงโดยไม่เพียงมุ่งเน้นไปที่การรักษาซึ่งประเด็นที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาและขับเคลื่อนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 จนถึงปี พ.ศ. 2559 ประกอบด้วย

1) กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

2) การพิจารณาและการกำหนดนโยบายที่รับผิดชอบต่อผลกระทบต่อสุขภาพ

3)การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี

4) การทบทวนปัจจัยสุขภาพเพื่อให้เท่าทันกับความท้าทายในการสร้างเสริมสุขภาพ

5) การลดช่องว่างความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ

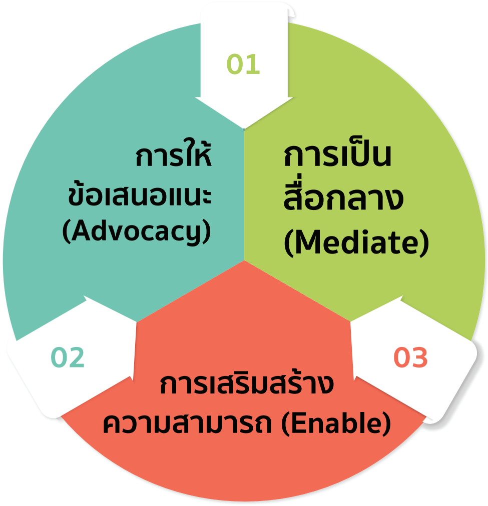
6) การพิจารณาเงื่อนไขเชิงบริบทในยุคโลกาภิวัตน์

7) ปิดช่องว่างในการดำเนินการด้านสุขภาพ

8) ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ

9) การส่งเสริมสุขภาพในวาระ 2573 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

2.11.6 ยุทธศาสตร์พื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพ

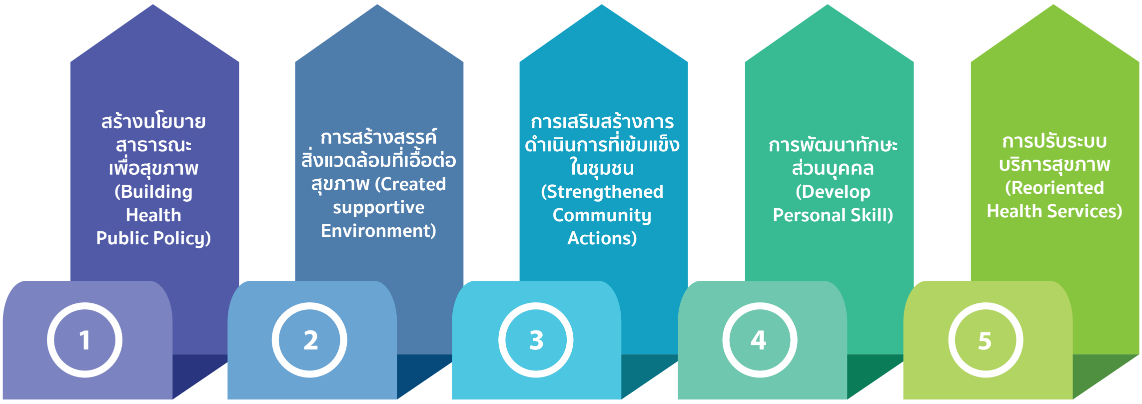


1) ยุทธศาสตร์พื้นฐาน (Health Promotion Strategy)สำหรับการส่งเสริมสุขภาพที่ระบุในกฎบัตรออตตาวา

1.1) การให้ข้อเสนอแนะ (Advocacy) : การให้ข้อเสนอแนะเพื่อสุขภาพเป็นปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายที่จะทำให้ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยาแล้วการมีสุขภาพดีสามารถเป็นทรัพยากรที่สำคัญของสังคม เศรษฐกิจ การพัฒนาตนเองยังมีความสำคัญเมื่อมองในมิติขอปัจจัยดังกล่าวด้วย

1.2)การเสริมสร้างความสามารถ(Enable) :สร้างการเข้าถึงและความเสมอภาคทางสุขภาพการสร้างเสริมเน้นการทำให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อที่จะลดความแตกต่างของสถานะสุขภาพในปัจจุบัน โดยทำให้เกิดความมั่นใจถึงโอกาสที่เท่าเทียมและทรัพยากรที่จะทำให้แต่ละบุคคลสามารถบรรลุศักยภาพสูงสุดทางสุขภาพ ซึ่งรวมถึง การมีพื้นฐานที่มั่นคง ที่จะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะชีวิต และโอกาสสำหรับการตัดสินเลือกทางเลือกต่อสุขภาพ ประชาชนไม่สามารถที่จะบรรลุศักยภาพสูงสุดทางสุขภาพได้ยกเว้นบุคคลนั้นสามารถที่จะควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเหล่านั้นได้ ซึ่งการพัฒนาให้มีเกิดความสามารถในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านั้นได้ต้องทำแบบเท่าเทียมไม่เลือกปฏิบัติ

1.3) การเป็นสื่อกลาง (Mediate): โดยการดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เห็นความสำคัญของสุขภาพ เพราะข้อกำหนดเบื้องต้นและภาพในอนาคตของสุขภาพไม่สามารถที่จะทำให้บรรลุได้ด้วยภาคส่วนสุขภาพโดยลำพังการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นการบูรณาการการดำเนินการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐเอกชน ประชาสังคม ทั้งภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคส่วนสุขภาพ (Non Health sectors) ได้แก่ ภาคสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ท้องถิ่น สื่อมวลชน ฯลฯ วิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการเป็นตัวกลางในการเจรจาต่อรองกลุ่มผลประโยชน์ที่หลากหลายเหล่านั้นเพื่อให้ทุกนโยบายทุกการกระทำหรือการตัดสินใจเพื่อสุขภาพกลยุทธ์และแผนงานการส่งเสริมสุขภาพต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่และความเป็นไปได้ของแต่ละพื้นที่ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันทั้งในระบบสังคมวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ



2) กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

นานาประเทศและภูมิภาคทั่วโลกได้ดำเนินการตามกลยุทธ์และแผนงานสร้างเสริมสุขภาพโดยปรับให้สอดคล้องกับความต้องการและความเป็นไปได้ตามบริบทของพื้นที่ซึ่งระบบทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน ภายใต้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action Area) 5 กลยุทธ์ ดังนี้

2.1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building Health Public Policy) : การสร้างเสริมสุขภาพมีความหมายกว้างกว่าเพียงการดูแลสุขภาพ แต่เป็นการทำให้สุขภาพเป็นวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับเพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเหล่านี้ตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจในทุกเรื่อง และเพื่อให้ยอมรับว่าคนกลุ่มนี้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีรูปแบบที่หลากหลายแต่มีส่วนสนับสนุนซึ่งกันและกัน ตัวอย่างการดำเนินการทางนโยบาย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่การออกกฎหมายการใช้มาตรการทางการเงิน การใช้มาตรการทางภาษีและการปรับเปลี่ยนในองค์กรการดำเนินการที่ผสมผสานเหล่านี้นำไปสู่สุขภาวะสร้างรายได้และเกิดนโยบายทางสังคมที่ทำให้เกิดความเสมอภาคยิ่งขึ้น การดำเนินการร่วมกันทำให้มั่นใจว่าสินค้าและบริการมีคุณภาพและปลอดภัยต่อสุขภาพมากขึ้น มีบริการสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพมากขึ้น และมีสิ่งแวดล้อมที่สะอาดน่าอภิรมย์ยิ่งขึ้นด้วย การกำหนดนโยบายนั้นต้องคาดการณ์ถึงอุปสรรคในการตอบรับจากภาคส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และหาทางลดอุปสรรค ดังนั้นจึงควรสร้างเสริมให้ผู้กำหนดนโยบายทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้ง่ายยิ่งขึ้น

2.2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Created supportive Environment) : เป้าหมายด้านสุขภาพไม่สามารถแยกจากเป้าหมายด้านอื่นๆที่เกี่ยวพันกันได้เช่นเดียวกับที่คนไม่สามารถแยกออกจากสิ่งแวดล้อมได้ในทุกระดับรูปแบบการดำเนินชีวิตส่งผลกระทบต่อสุขภาพสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพมีส่งเสริมให้การดำเนินชีวิตในและรูปแบบของการทำงานมีความปลอดภัยกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นและพึงพอใจ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงาน และการขยายตัวของชุมชนเมือง เป็นสิ่งที่สำคัญและต้องมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นหลักประกันของสุขภาพดีในส่วนรวมการปกป้องสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น รวมทั้งการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติต้องมีในกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพทุกกลยุทธ์

2.3)การเสริมสร้างการดำเนินการที่เข้มแข็งในชุมชน (Strengthened Community Actions) : หัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานในชุมชนคือการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน ซึ่งหมายถึงการทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของสามารถควบคุมการดำเนินการต่างๆและสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ ด้วยกิจกรรมการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการตัดสินใจการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการดำเนินการตามแผนเพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีการพัฒนาชุมชนเป็นการดึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกันและเพื่อพัฒนาระบบที่มีความยืดหยุ่นเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อสุขภาพระบบลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้หากชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่องมีโอกาสได้เรียนรู้ถึงโอกาสในการสร้างสุขภาพ และมีแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเหมาะสม

2.4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) : การสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งในตัวบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะชีวิต การดำเนินการในลักษณะนี้จะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพสามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเกิดการบาดเจ็บเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และควรสร้างโอกาสนี้ให้เกิดขึ้นที่โรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงาน และที่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลสามารถดำเนินการผ่านภาคส่วนการศึกษา วิชาชีพ สื่อมวลชนองค์กรอาสาสมัครรวมถึงภายในองค์กรที่บุคคลสังกัดอยู่

2.5)การปรับระบบบริการสุขภาพ(Reoriented Health Services) : บทบาทสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพเป็นบทบาทของทุกภาคส่วนทั้งบุคคลกลุ่มภายในชุมชนบุคลากรสุขภาพหน่วยงานบริการสุขภาพและภาครัฐภาคส่วนเหล่านี้ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพนำไปสู่สุขภาวะภาคส่วนที่ให้บริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนทิศทางมาสู่การสร้างเสริมสุขภาพมิใช่เพียงให้การดูแลรักษาเท่านั้นบริการสุขภาพต้องสามารถตอบสนองต่อภารกิจที่นับวันจะมีความละเอียดอ่อนและให้ความสนใจต่อความต้องการทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นภารกิจนี้ควรสนับสนุนบุคคลและชุมชนที่ต้องการมีสุขภาพดีขึ้นและเปิดโอกาสให้ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพได้เชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น เช่น สังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพต้องการการสนับสนุนที่เข้มแข็งจากการวิจัยสุขภาพพร้อมๆกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการศึกษาและการอบรมในวิชาชีพการปฏิบัติเช่นนี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลและองค์กรให้มองความต้องการของบุคคลเป็นภาพรวม

องค์การอนามัยโลกขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กลยุทธ์ทั้ง 5 โดยมีเป้าหมายสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 โดยให้ความสำคัญกับกลยุทธ์นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักที่เอื้อให้กลยุทธ์ที่เหลือทั้งสี่มีโอกาสสำเร็จ นานาประเทศได้เสนอแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพให้สำเร็จโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและรับผิดชอบต่อผลกระทบของนโยบายร่วมกันทุกภาคส่วน รวมถึงตอบสนองความท้าทายด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการที่โลกมีความเป็นพลวัตรและมีการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อโครงสร้างทางสังคมให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพนอกเหนือจากความเสมอภาคในทุกด้านอย่างมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆทั้งภาครัฐเอกชนองค์กรพัฒนาเอกชนและชุมชนต่างๆต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในปี2531 องค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรปได้ตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดได้เป็นอันดับแรก คือ "ความแตกต่างของสถานะทางสุขภาพระหว่างประเทศและระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆในประเทศเดียวกันควรลดลงอย่างน้อยร้อยละ 25 ด้วยการเพิ่มระดับของสุขภาพในประเทศและกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสภายในปี 2543" องค์การอนามัยโลกได้พัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพระดับนานาชาติ และกลยุทธ์สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความชัดเจนตรงประเด็นและครอบคลุมบริบทของสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม(ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขที่สำคัญ จากการประชุมครั้งที่ 3) และการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบทางสังคมต่อสุขภาพเพื่อลดช่องว่างความไม่เสมอภาคมากยิ่งขึ้นแต่ยังต้องเชิญความท้าทายในการทำให้ระบบสุขภาพมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีการเชื่อมโยงการทำงานที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ (ครั้งที่7)รวมถึงสร้างความมั่นใจว่าองค์การอนามัยโลกสามารถตอบสนองต่อปัญหาด้านสาธารณสุขในปัจจุบันตลอดจนความท้าทายที่จะเกิดขึ้นตามบริบทของสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคโลกภิวัฒน์การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้นจะบรรลุเป้าหมายได้ด้วยความร่วมมือและการทำข้อตกลงร่วมกันในปีพ.ศ.2552เพื่อให้แผนงานด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากกว่าช่องว่างด้านแผนงานนโยบายและระบบสุขภาพและการพัฒนาขีดความสามารถระบบสุขภาพตามกรอบการทำงานขององค์การอนามัยโลก โดยการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบข้ามภาคส่วนโดยทุกการตัดสินใจเชิงนโยบายต้องคำนึงถึงสุขภาพอย่างเป็นระบบ ในปี พ.ศ. 2556 (ครั้งที่ 8) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ทุกประเทศบรรลุเป้าหมายสหัสวรรษเพื่อการพัฒนา (Millennium Development Goals : MDGs) ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของ MDGs และในปี พ.ศ. 2559 ประเทศสมาชิกและประเทศที่เข้าร่วมการประชุม ณ นครเซียงไฮ้ ประเทศจีน ตอบรับว่าการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นวาระของโลกและสามารถเปลี่ยนแปลงโลกได้ผ่านทุกเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)

3) การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกมุ่งมั่นที่จะช่วยโลกให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน(SDGs)โดยรักษาสุขภาพในทุกๆเป้าหมายภารกิจหลักขององค์การอนามัยโลกคือการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการทำให้โลกปลอดภัยและรับใช้ผู้ที่อ่อนแอนอกเหนือจากโรคต่อสู้เราจะทำงานเพื่อให้แน่ใจว่าชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน "เป้าหมายคือประชากร 1 พันล้านคนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นภายในปี 2566" ซึ่งเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญที่องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายที่จะสร้างความมั่นใจในชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกเพศทุกวัย "Ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages" โดยมุ่งเน้น

3.1) ธรรมาภิบาล (Good Governance) : เสริมสร้างการกำกับดูแลและนโยบายเพื่อให้ทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพสามารถเข้าถึงได้และไม่แพงสำหรับทุกคนและสร้างระบบที่ยั่งยืนที่ทำให้การทำงานร่วมกันทั้งสังคมเป็นจริงวิธีการนี้ขึ้นอยู่กับเหตุผลที่สุขภาพถูกกำหนดโดยปัจจัยหลายประการที่อยู่นอกเหนือการควบคุมโดยตรงของภาคสุขภาพ(เช่นการศึกษารายได้และสภาพความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล)และการตัดสินใจในภาคอื่นๆอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลการแพร่กระจายของโรคและการเสียชีวิต

3.2) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) : การปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพในประชากรให้รากฐานที่ประชาชนสามารถเปิดใช้งานบทบาทในการปรับปรุงสุขภาพของตัวเองมีส่วนร่วมกับการกระทำของชุมชนเพื่อสุขภาพและผลักดันให้รัฐบาลเพื่อตอบสนองความรับผิดชอบของพวกเขาในการจัดการสุขภาพและสุขภาพ

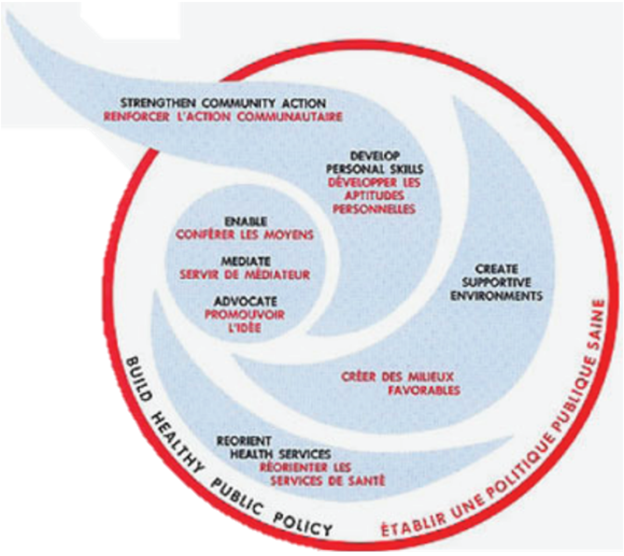
3.3)การตั้งค่าสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบท (Health setting) : หลักสำคัญของตั้งค่าสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทมาจากกลยุทธ์HealthforAllซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่ดีส่งผลให้ผู้คนมีสุขภาพที่ดีผ่านการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน สภาพแวดล้อม และสร้างพื้นที่ซึ่งการเชื่อมต่อด้านนโยบายเศรษฐกิจและสังคมเป็นไปอย่างทั่วถึง

3.4) การระดมพลทางสังคม (Social mobilization) : นำอิทธิพลทางสังคมและส่วนบุคคลมารวมกันเพื่อสร้างความตระหนักและความต้องการการดูแลสุขภาพช่วยในการส่งมอบทรัพยากรและบริการและปลูกฝังการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลและชุมชนอย่างยั่งยืน

2.11.7 สัญลักษณ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

สัญลักษณ์นี้ได้รับการออกแบบเพื่อการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่ครั้ง 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ปี พ.ศ. 2529 ตราสัญลักษณ์นี้สื่อแนวคิดว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการดำเนินการที่ครอบคลุมและจะประสบความสำเร็จได้ด้วยการดำเนินการในรูปแบบที่หลากหลายการสร้างเสริมสุขภาพใช้ยุทธศาสตร์ที่มีความหลากหลายและวิธีการที่มีลักษณะบูรณาการซึ่งนับเป็นหนึ่งในเงื่อนไขเบื้องต้นของการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผล (คำประกาศจาการ์ตา ปี พ.ศ. 2540) การสร้างเสริมสุขภาพมีการดำเนินการโดยใช้กลยุทธ์หลักของการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 5 กลยุทธ์ที่ระบุในกฎบัตรออตตาวาอย่างบูรณาการและมีความสอดคล้องซึ่งกันและกัน ดังภาพ

ตราสัญลักษณ์การสร้างเสริมสุขภาพ



ที่มา : WHO, 1986

รายละเอียดของตราสัญลักษณ์ ประกอบด้วย

- **วงกลมภายนอก 1 วง :** วงกลมภายนอก 1 วง มีเส้นรอบวงสีแดงเป็นสัญลักษณ์แทนเป้าหมายของการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แสดงออกถึงความสำคัญของนโยบายว่าเป็น "หลักยึดขององค์ประกอบทั้งหมด" วงกลมนี้มีปีกทั้งหมด 3ปีกเป็นสัญลักษณ์ถึงความจำเป็นในการดำเนินการด้วยกิจกรรมหลักของการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 5 กิจกรรม ที่ระบุในกฎบัตรออตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างบูรณาการและให้กิจกรรมทั้งหมดสนับสนุนซึ่งกันและกัน
- **จุดกลม 1 จุด :** จุดกลม 1 จุด ภายในวงกลมสื่อความหมายถึง ยุทธศาสตร์พื้นฐานทั้ง 3 ยุทธศาสตร์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนชี้แนะ การเสริมสร้างความสามารถ และการเป็นสื่อกลาง ซึ่งจำเป็นต้องนำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 5 กลยุทธ์
- **ปีก 3 ปีก :** ที่มีจุดกำเนิดจากจุดภายในวงกลม ในบรรดาปีกทั้งสามนี้ มีปีกหนึ่งที่โผล่ทะลุออกมานอกวงกลม

ปีกทั้ง 3 ปีก เป็นตัวแทนของกลยุทธ์หลักของการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง5กลยุทธ์ที่กำหนดเป็นครั้งแรกในกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2529 และได้รับการยืนยันอีกครั้งในคำประกาศจาการ์ตา เรื่อง การนำการสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ในปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540)โดยปีกแต่ละปีกจะมีข้อความแสดงกลยุทธ์หลักของการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่ซ้ำกัน

– ปีกด้านบนเป็นปีกที่ยื่นออกมานอกวงกลม แสดงกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็งและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลปีกบนนี้ยื่นออกมานอกวงกลมสื่อความหมายถึงการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาของสังคม ชุมชนและแม้แต่บุคคล ดังนั้น วงกลมที่สื่อความหมายถึง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะต้องปรับตัวและพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้

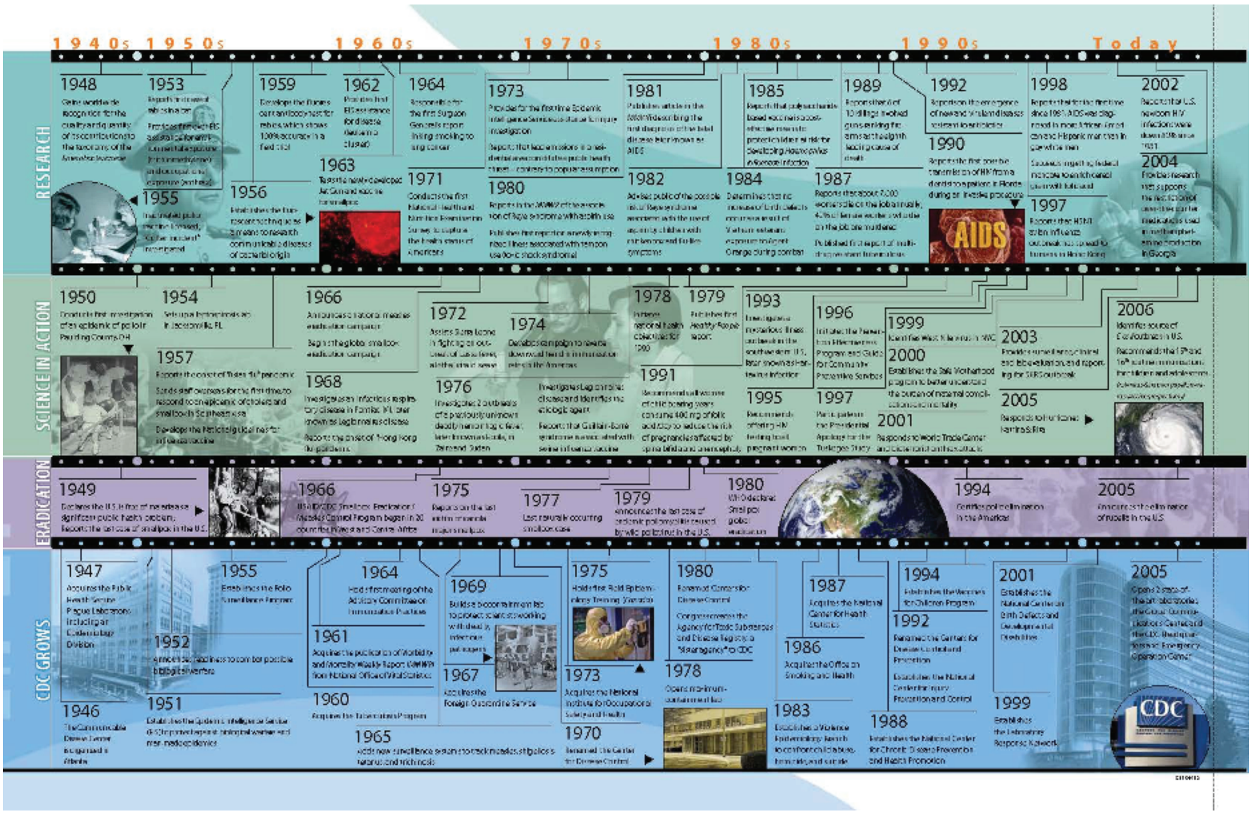
–ปีกตรงกลางที่อยู่ด้านขวาของวงกลมแสดงถึงกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

– ปีกด้านล่างแสดงถึงกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับ การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ

2.12.1 ข้อมูลทั่วไป และความเป็นมาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา เป็นหน่วยงานสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกา โดยมีภารกิจเพื่อปกป้องให้ประชาชนชาวอเมริกาให้มีความปลอดภัย มีสุขภาพดี ปราศจากภัยคุกคามทั้งจากภายในและภายนอกเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนการปกป้องสุขภาพประชาชนบนพื้นฐานข้อมูลวิทยาศาสตร์และการวิจัยเป็นระยะเวลา 70 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 ที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งแรกตั้งขึ้นในเมืองแอตแลนตา รัฐจอร์เจีย สหรัฐอเมริกา “การป้องกันการระบาดของเชื้อมาลาเรียภายในประเทศ” เป็นภารกิจเริ่มต้นเรียบง่ายแต่ท้าทายสูงด้วยงบประมาณเพียง 10 ล้านดอลล่าร์สหรัฐ และเจ้าหน้าที่เพียง 400 คนพร้อมด้วยอุปกรณ์เท่าที่จำเป็นในการต่อสู้กับพาหะของโรคมาลาเรียซึ่งเป็นภัยต่อสุขภาพของชาวสหรัฐอเมริกาและประชากรทั่วโลก จากจุดเริ่มต้นความสำเร็จเล็กๆ ที่ยิ่งใหญ่นั้น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคได้พัฒนาศักยภาพในด้านการควบคุม ป้องกัน และกำจัดโรค ปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ และด้านการวิจัย จนถึงปัจจุบันเพื่อเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาสุขภาพของประชาชนทั่วโลกเป็นผู้นำในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียและขยายการดำเนินงานไปยังโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพอื่นๆอย่างกว้างขวางเพื่อครอบคลุมความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ โรคอุบัติใหม่ และภัยคุกคามทางสุขภาพรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้น ตามการเปลี่ยนแปลงของโลกรวมถึงพัฒนาการเตรียมความพร้อมและความมั่นคงทางสุขภาพโลกพัฒนาองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

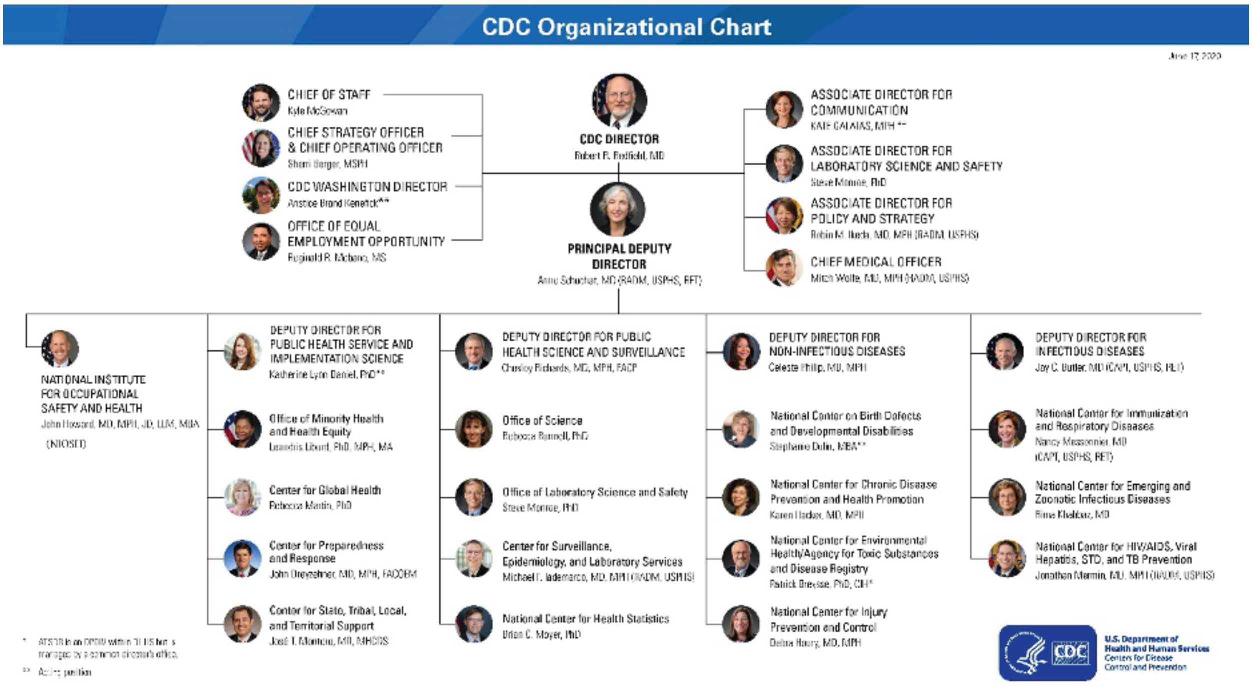
Timeline การก่อตั้งและการดำเนินงานในด้านการวิจัยและพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และการกำจัดโรค



ที่มา : CDC, 2016

ปัจจุบันศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายพันคนจากทั้งในประเทศอเมริกาและ46ประเทศทั่วโลกร่วมกันทำงานเพื่อเป็นผู้นำด้านสุขภาพของประเทศศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค (CDC) ประกอบด้วย สถาบันและสำนักต่างๆ สังกัดภายใต้ศูนย์ฯ 5 สำนักหลัก แต่ละสำนักการดำเนินงานและความรับผิดชอบตามภารกิจของสำนัก ดังแสดงในผังโครงสร้างองค์กร (CDC Organization Chart) ซึ่งดำเนินงานครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ พัฒนาโปรแกรมสุขภาพทำให้เกิดการปรับปรุงด้านสาธารณสุขทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับโลก สร้างและรักษาความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ในการดำเนินการตามนโยบายโปรแกรมและกลยุทธ์ที่กำหนดการติดตามและประเมินผลเพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ยังมีอีกหนึ่งภารกิจที่ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคถือเป็นความรับผิดชอบหลัก คือการรับรองความน่าเชื่อถือ มาตรฐานงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สำหรับหน่วยงานที่ต้องการความสนับสนุนและน่าเชื่อถือจากผู้กำหนดนโยบาย หุ้นส่วนโครงการ และผู้มีส่วนได้เสีย

CDC Organization Chart



ที่มา : CDC, 2020

2.12.2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์

จากจุดเริ่มต้นการดำเนินงานในแอตแลนตา สหรัฐอเมริกาจนไปถึงพื้นที่ห่างไกลที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคได้ปฏิบัติภารกิจที่ซับซ้อนขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการด้านสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปตามพื้นที่ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมทั้งในมิติความต้องการทางสุขภาพของประชาชนแต่ละท้องถิ่นรวมถึงสุขภาพระดับโลกโดยดำเนินงานตามพันธกิจ บทบาท และคำปฏิญาณ ที่ให้ไว้แก่ประชาชนชาวอเมริกันตามกรอบยุทธศาสตร์ควบคุมและป้องกันโรคโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) Mission

CDC ทำงานตลอดเวลา 24 ชั่วโมงต่อวัน 7 วันต่อสัปดาห์ เตรียมความพร้อมเพื่อการปกป้องชาวอเมริกันจากภัยคุกคามต่อความมั่นคงและความปลอดภัยทางสุขภาพและทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก ไม่ว่าโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกประเทศ เป็นโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลัน รักษาได้หรือป้องกันได้ เกิดจากความผิดพลาดหรือโจมตีโดยเจตนาของมนุษย์ CDC ต่อสู้กับโรคควบคู่กับการสนับสนุนชุมชนและประชากรในการดูแลสุขภาพในขณะเดียวกัน CDCในฐานะหน่วยงานด้านการคุ้มครองสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มความมั่นคงทางสุขภาพ ช่วยชีวิตและปกป้องประชาชนจากภัยสุขภาพ เพื่อบรรลุพันธกิจ CDC ดำเนินการด้านวิทยาศาสตร์ที่สำคัญและให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ช่วยปกป้องประเทศของเราจากภัยคุกคามสุขภาพที่มีราคาแพงและเป็นอันตรายรวมถึงตอบสนองต่อสถานการณ์เมื่อมีภัยคุมคามสุขภาพเกิดขึ้น

CDC24/7

PROTECTING AMERICA'S SAFETY, HEALTH, AND SECURITY

2) บทบาทของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค

2.1) ตรวจจับและตอบสนองต่อภัยคุกคามสุขภาพ และโรคอุบัติใหม่

2.2)การจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุการตายความตายและความพิการสำคัญสำหรับชาวอเมริกัน

2.3) นำวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูงไปปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

2.4)สร้างเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงพฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัยของชุมชนและสิ่งแวดล้อม

2.5) การพัฒนาศักยภาพผู้นำ บุคลากรด้านสาธารณสุขรวมถึงนักระบาดวิทยา

2.6)จับตาระดับสัญญาณชีพสุขภาพของประเทศ

3) คำปฏิญาณต่อประชาชนชาวอเมริกัน

3.1)ใช้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรอย่างคุ้มค่า

3.2)ส่งมอบสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยปัญญาชนและบุคคลที่มีความซื่อสัตย์

3.3)ตัดสินใจด้านสาธารณสุขบนพื้นฐานของข้อมูลที่ดีที่สุด อย่างโปร่งใสและเป็นกลาง

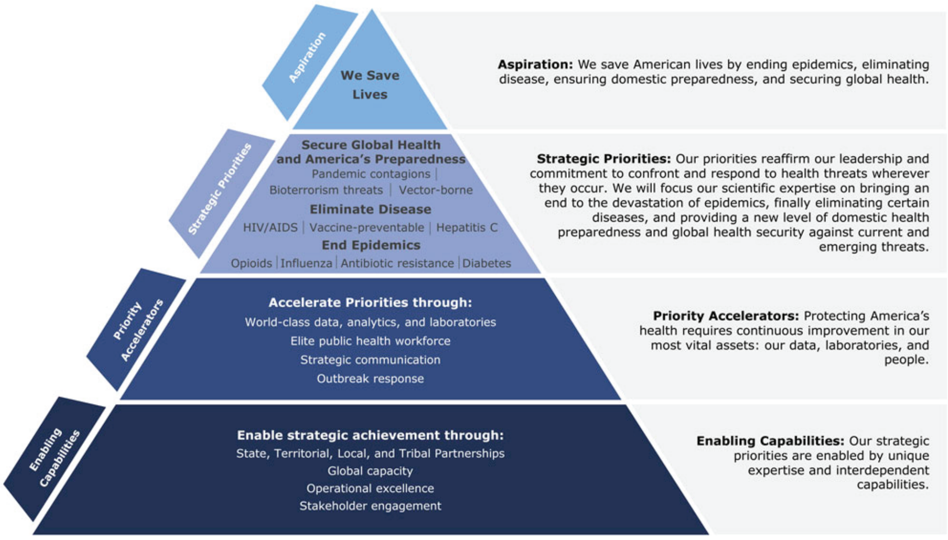
3.4) สร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคมเหนือประโยชน์ขององค์กร

3.5) ปฏิบัติต่อผู้คนอย่างมีศักดิ์ศรี ด้วยความซื่อสัตย์และให้ความเคารพ

4) กรอบยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคจัดทำโดยความร่วมมือและการระดมสมองของผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 100 คน ของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคจากภาคีความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทุกภูมิภาคทั่วโลก เพื่อทบทวนความรู้จากการวิจัยและประสบการณ์ในการรับมือและป้องกันการระบาดของโรคมากกว่า 70 ปี และได้ข้อสรุปกรอบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรค "Using Science and Innovation to Prevent, Detect, and Respond" เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดในการช่วยชีวิตประชากรชาวอเมริกันโดยเตรียมความพร้อมในการกำจัดและยุติการระบาดของโรคภายในประเทศ และสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลก ดังแสดงในแผนภาพ

Overview of CDC Strategic framework



ที่มา : CDC, 2019

4.1) เป้าหมาย : “Using Science and Innovation to Prevent, Detect, and Respond” เป็นกรอบยุทธศาสตร์ที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตาม “A Bold Promise to the Nation” โดยยึดเป็น “คำมั่นสัญญาที่หนักแน่นแห่งชาติ” ในการที่จะช่วยชีวิตประชากรชาวอเมริกันโดยเตรียมความพร้อมในการกำจัดและยุติการระบาดของโรคภายในประเทศและสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลก

4.2)กลยุทธ์ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การควบคุมป้องกันโรค:ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคกำหนดกลยุทธ์ดังแผนภาพที่ 6 เพื่อดำเนินการ 3 กลยุทธ์ ดังนี้

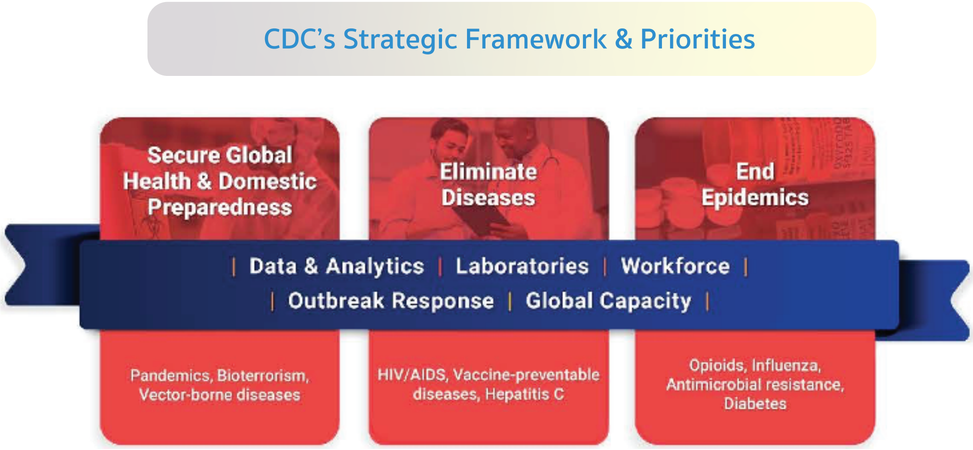
(1) Secure Global Health and Domestic Preparedness การสร้างความมั่นคงและรักษาความปลอดภัยทางสุขภาพของชาวอเมริกันทั่วโลกเตรียมพร้อมโดยหยุดการแพร่กระจายของการติดต่อของโรค ฟื้นฟูโครงสร้างพื้นฐานและแก้ปัญหาภัยคุกคามทางชีวภาพ และโรคติดต่อโดยแมลง

- Global and Domestic Preparedness: Pandemic Contagions
- Domestic Preparedness: Biological, Chemical, Radiation/Nuclear Terrorism
- Domestic Preparedness: Vector-borne Diseases

(2) Eliminate Disease การกำจัดโรค เช่น การสิ้นสุดเอชไอวี/เอดส์ การควบคุมโรคที่ป้องกันได้จากวัคซีน และการตั้งเป้าหมายโรคตับอักเสบซีซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

- HIV/AIDS
- Vaccine-Preventable Diseases
- Hepatitis C Infection and Disease

(3) Ending Epidemics ยุติการระบาดของโรค เช่น ลดการใช้ยากลุ่ม Opioids ปรับกลยุทธ์ในการยับยั้งไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล พัฒนาแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ และลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน



ที่มา : CDC, 2020

4.3) ความสามารถหลัก 5 ประการ ของ CDC : ความสามารถหลัก 5 ประการ ของ CDC ทำให้การปกป้องสุขภาพของอเมริกาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งถือเป็นศักยภาพพื้นฐานที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคให้ความสำคัญโดยการพัฒนาและคงไว้ซึ่งศักยภาพหลัก 5 ด้าน ดังนี้

(1) Develop and deploy world-class data and analytics จากความเสี่ยงในการท้าทายด้านสุขภาพ ข้อมูลเป็นส่วนที่สำคัญที่ CDC ใช้ในการดำเนินงานและกำหนดยุทธศาสตร์ ข้อมูลที่ดีจึงต้องมีความทันเหตุการณ์ (timely) แม่นยำ (accurate) และใช้ประโยชน์ได้ (useable)

(2) As the reference lab to the world, we must maintain state-of-the-art laboratory capacity ในฐานะที่ถูกใช้อ้างอิงด้านการปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ระดับโลก CDC จึงต้องรักษาศักยภาพทางปฏิบัติการด้านวิทยาศาสตร์ขั้นสูงสุด มีความปลอดภัยและมีคุณภาพในการเป็นข้อมูลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

(3) Elite public health expertise เพื่อให้มั่นใจว่า CDC มีศักยภาพและความสามารถในการจัดการกับโรคที่ซับซ้อนรับมือกับภัยคุกคามสุขภาพใหม่ๆได้อย่างรวดเร็ว เพื่อบรรลุตามพันธกิจขององค์กร CDC จึงต้องรักษาบุคลากรที่มีความสามารถสูงทั้งด้านวิทยาศาสตร์และการพัฒนาโครงการทางสาธารณสุข

(4) Quickly respond to outbreaks at their source, both domestic and abroad ความรับผิดชอบที่สำคัญที่สุดของ CDC คือการตองสนองต่อการระบาดของโรคที่ซับซ้อนและบ่อยครั้งมากขึ้นเพื่อปกป้องสุขภาพ ชีวิต และวิถีชีวิตของชาวอเมริกัน และในขณะเดียวกัน CDC สามารถเป็นที่พึ่งพาของโลกในการดำเนินการที่เหมาะสมและทันท่วงทีซึ่งสามารถป้องกันการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในประเทศหรือภูมิภาคจากการพัฒนาสู่การระบาดใหญ่ทั่วโลก

(5) Build on the current foundation for strong global health capacity and domestic preparedness ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากร และบุคลากร เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการเตรียมความพร้อมในการรับมือจากภัยคุกคามสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลกภายใต้ทรัพยากรและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรอย่างดีที่สุด

4.4) ตัวชี้วัดระดับกลยุทธ์

Action Plan	Detailed Measures of Success
Opioids	ลดการตายจากการใช้ยาเกินขนาดลงอย่างน้อย 15% ภายในปี พ.ศ. 2564
Opioid Data	ลดความล่าช้าในการรายงานการใช้ข้อมูลยากลุ่ม Opioid จาก 3 เดือน เป็นรายสัปดาห์
Influenza	เพิ่มอัตราความคุ้มครองการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ - 65% ในเด็ก - 55% ในผู้ใหญ่
HIV/AIDS	ยุติการติดเชื้อ HIV ภายใน 10 ปี
Vaccine-Preventable	เพิ่มอัตราการครอบคลุมวัคซีน HPV เพิ่มขึ้น 10% จากปี 2560 (48.6%)
Rapid Response	เพิ่มจำนวน CDC Rapid response team และฝึกอบรมผู้จัดการทีมตอบโต้อุบัติการณ์ 3 เท่าในปี 2565
Vector-borne	ลดจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Rickettsia (Rocky mountain spotted fever : RMSF) ของชนเผ่าในสหรัฐอเมริกา 75%
Hepatitis C	ลดการตายในผู้ป่วยเชื้อไวรัสตับอักเสบซีลง 65% ใน 10 รัฐ ภายในปี 2567 และเริ่มดำเนินการโปรแกรมในระดับชาติ
Antibiotic	ลดความไม่เหมาะสมในการใช้ยาต้านจุลชีพด้วยตัวเอง 50% ภายในปี 2563
Global	ยุติโปลิโอทั่วโลก
Diabetes	ลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก 1.4 ล้านรายต่อปี เป็น 1.1 ล้านรายต่อปีภายในปี 2568
AMD	เพิ่มปฏิบัติการอณูวิทยาขั้นสูง (Advanced Molecular Detection) ได้ทุกรัฐภายในปี 2563 (จากเดิม 34 รัฐ)

2.12.3 การป้องกันโรคเรื้อรังและการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในประเทศอเมริกา

ที่มา : CDC, 2019

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในประเทศอเมริกา พบว่า

- 6 ใน 10 ของประชากรผู้ใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง
- 4 ใน 10 ของประชากรผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป
- สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ ได้แก่
  - โรคหัวใจขาดเลือด (Heart Disease)
  - โรคมะเร็ง (Cancer)
  - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Lung Disease)
  - โรคหลอดเลือดสมอง (Stoke)
  - โรคอัลซัลเมอร์ (Alzheimer's Disease)
  - โรคเบาหวาน (Diabetes)
  - โรคไต (Chronic Kinney Disease)
- ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง
  - การสูบบุหรี่
  - การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์
  - ขาดการออกกำลังกาย
  - การบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินไป

ศูนย์ป้องกันโรคเรื้อรังและส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion : NCCDPHP) มีความพยายามในการส่งเสริมการป้องกันโรคเรื้อรังใน 4 ประเด็นสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคเรื้อรังและการส่งเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีในชุมชนสุขภาวะ ดังนี้

1) การระบาดวิทยาและการเฝ้าระวัง (Epidemiology and Surveillance) : ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงจากระบบเฝ้าระวังต่างๆ ช่วยทำให้นักระบาดวิทยาสามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและทำให้สามารถกำหนดแนวทางการบริหารทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ตัวอย่างการใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

- การรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลต่าง เช่น การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง การเกิด การตายจากใบมรณะบัตร ทะเบียนผู้ป่วยโรงมะเร็งและการเสียชีวิต และระบบการดูแลสุขภาพ
- ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อระบบสุขภาพ เช่น จำนวนร้านอาหารจานด่วน (fast food) ในย่านที่มีรายได้น้อย
- ตามติดตามนโยบายที่ส่งผลต่อโรคเรื้อรัง เช่น เช่น อากาศปลอดบุหรี่ การเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ น้ำดื่มสะอาดในชุมชน
- จำนวนคนอเมริกันที่เข้ารับบริการด้านการป้องกันสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง การป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมระดับคอเลสเตอรอล
-การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและความทันเวลาของระบบการเฝ้าระวังสุขภาพ

2) แนวทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Approaches):สภาพแวดล้อมที่ดีส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีในชุมชน เช่น โรงเรียน สถานดูแลเด็ก สถานที่ทำงานแนวทางการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงโดยมองถึงความคุ้มค่าและความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพของประชาชน

ตัวอย่างแนวทางด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

-การผ่านกฎหายว่าด้วยอากาศปลอดบุหรี่ซึ่งครอบคลุมสถานที่ทำงาน ร้านอาหาร บาร์ เพื่อป้องกันผู้ที่ไม่สูบบุหรี่สูดดมควันบุหรี่มือสองจากผู้สูบ

- ห้ามสูบบุหรี่ดัดแปลงเพื่อลดจำนวนการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

-ห้ามใช้ไขมันทรานส์ในการปรุงอาหารเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ

- ระบบน้ำดื่มสะอาดในชุมชน

- การเพิ่มราคาสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหารที่มีแคลอรี่สูง อาหารและเครื่องดื่มที่มีสารอาหารต่ำเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงทุนทางการแพทย์และสังคม

3) มาตรการด้านระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System Interventions) **:** การเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพ เป็นการส่งต่อบริการด้านการป้องกันเพื่อทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ โดยมาตรการในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบริการนี้จะช่วยให้สามารถป้องกันโรคหรือเจอโรคได้ทันเวลา ลดปัจจัยเสี่ยงและสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนได้ ทำให้ผู้คนสามารถเข้าถึงบริการด้านการป้องกันที่มีคุณภาพมากขึ้น ลดปัญหาการเลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ

ตัวอย่างมาตรการด้านระบบการดูแลสุขภาพประกอบด้วย

-การปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพสำหรับประชากรที่มีโอกาสในการเข้าถึงบริการน้อยหรือเข้าไม่ถึงการบริการเลย

- ให้ความคุ้มครองประกันสุขภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

- การจ่ายเงินเพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพแทนการบริการด้านสุขภาพ

-เพิ่มการใช้เทคโนโลยีข้อมูลด้านสุขภาพและเครื่องมือต่าง ๆ เช่น ระบบการแจ้งเตือน ระบบช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ

- การวัดและรายงานการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ ทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จ

- ปรับปรุงการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับผู้ที่มีประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมหรือไม่มีประกันสุขภาพ

4) โปรแกรมการเชื่อมโยงชุมชนกับการบริการ (Community Programs Linked to Clinical Services) **:** การเชื่อมต่อระบบบริการทางคลินิกกับข้อมูลของชุมชน จะให้ช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการภาวะการเกิดโรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรครื้อรังสำหรับคนที่ยังไม่เป็นโรคช่วยให้คนในชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิต ป้องกันหรือลดการเกิดโรค หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน และลดความต้องการการรักษาพยาบาล(ลดการไปหาหมอโดยไม่จำเป็น)การพัฒนาการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและสถานพยาบาล เป้าหมายคือทำให้ผู้คนในชุมชนมีอายุยืนยาวปราศจากโรคจนกระทั้งได้รับเงินคืนจากการประกันสุขภาพ

ตัวอย่างการเชื่อมโยงชุมชนกับการบริการประกอบด้วย

- เพิ่มมาตรการที่มีประสิทธิภาพกับชุมชน เช่น โปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานระดับชาติ การให้บริการเลิกบุหรี่ สร้างความครอบคลุมประกันสุขภาพผ่านการรับรองจากแพทย์

- การเชื่อมโยงการบริการด้านสาธารณสุข เช่น การเลิกบุหรี่ไปจนถึงระบบการดูแลสุขภาพ

- การใช้บุคลากรสาธารณสุข เช่น เภสัชกร เจ้าหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเป็นผู้ช่วยการในการให้คำแนะนะประชาชนในการจัดการสุขภาพตนเอง

-การให้ความรู้ให้เกิดการมีส่วนร่วมกันในดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

1 ปรับปรุงคุณภาพชีวิต

2 เพิ่มอายุเฉลี่ยการมีสุขภาพ

3 ลดค่าใช้จ่ายในการ

2. เป้าหมายการป้องกันโรคเรื้อรังและการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย

ศูนย์ป้องกันโรคเรื้อรังและส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion : NCCDPHP) ได้กำหนดแนวทางการการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนชาวอเมริกันตลอดช่วงชีวิต โดยแบ่งออกเป็น 4 ช่วงอายุ ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพสำหรับทารก (Infants) เป้าหมายเพื่อลดการอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย จากข้อมูลพบว่า

1 ใน 10 ทารก เกิดก่อนกำหนด

ทารก 3,400 คน เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

25% ของทารก ยังได้รับนมแม่เมื่อ 6 เดือน

แนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพสำหรับทารก

1.1) การลดการคลอดก่อนกำหนด ในสหรัฐอเมริกา ทารกประมาณ 1 ใน 10 มีการคลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนดของผู้หญิงแอฟริกันอเมริกันสูงกว่าผู้หญิงผิวขาวประมาณ50%และอัตราการเสียชีวิตของทารกที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดนั้นสูงกว่าทารกผิวดำประมาณสองเท่าของทารกผิวขาว

- การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจากภาวะเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

- มาตรการลดการสูบบุหรี่ในหญิงเจริญพันธ์ เช่นการขึ้นราคาบุหรี่ และการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ฟรี

-การปรับปรุงการดูแลรักษาเพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ

-การป้องกันการท้องในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ

1.2)สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งเสริมการให้ความรู้กับแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนออกจากโรงพยาบาล ปรับปรุงแนวทางการดูแลมารดา และสนับสนุนการเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่ทั้งในสถานที่ทำงานสถานดูแลเด็กและในชุมชน

1.3) การทำให้สภาพแวดล้อมภายในบ้านปลอดภัย คือ การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน และการมีสภาพแวดล้อมการนอนที่ปลอดภัย

- การป้องกันการรับควันบุหรี่มือสอง โดยป้องกันไม่ให้วัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ กำจัดการรับควันบุหรี่มือสอง

2) การส่งเสริมสุขภาพวัยเด็กและวัยรุ่น (Adolescents) สร้างพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง จากข้อมูลพบว่า

20.6% ของวัยรุ่น อายุ 12-19 ปี เป็นโรคอ้วน

1 ใน 4 ของนักเรียน มีการโรคเรื้อรัง

31.2% ของนักเรียนมัธยมปลาย สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ชนิด

แนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพสำหรับวัยเด็กและวัยรุ่น

2.1)การลดความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนส่งเสริมโภชนาการที่ดีและส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคระยะเริ่มต้น

2.2)การเพิ่มทางเลือกด้านอาหารเพื่อสุขภาพในโรงเรียนแนะนำให้โรงเรียนสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้นักเรียนเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ ให้เงินสนับสนุนแก่สถานศึกษาเพื่อเพิ่มจำนวนนักเรียนที่บริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

2.3) ปรับปรุงหลักสูตรพลศึกษาและกิจกรรมทางกายในโรงเรียน ส่งเสริมให้นักเรียนมีการออกกำลังกายและเรียนรู้วิธีการออกกำลังกาย ให้เงินสนับสนุนแก่สถานศึกษาเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย

2.4)การป้องกันเยาวชนสูบบุหรี่เพื่อลดการเสียชีวิตและป้องกันโรคเรื้อรังที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในนักเรียนม.ต้นและม.ปลายให้เงินสนับสนุนโครงการเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน

2.5)การจัดการภาวะเรื้อรั้งการให้เงินสนับสนุนสถานศึกษาเพื่อปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพในโรงเรียน

2.6)การส่งเสริมการใช้สารเคลือบหลุมร่องฟันสนับสนุนทุนให้โรงเรียนเพื่อบริการเคลือบหลุมร่องฟันให้กับเด็กที่มีโอกาสน้อยในการได้รับการดูแลทางทันตกรรม

2.7) การส่งเสริมการนอนหลับที่ดี เด็กอายุ 6-12 ปี ต้องการการนอนหลับ 9-12 ชม./คืน อายุ 13-18 ปี ต้องการการนอนหลับ 8-10 ชม./คืน การนอนหลับอย่างเพียงพอสามารถช่วยเด็ก ๆ ป้องกันโรคอ้วน และโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3) การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ (Adults) เพื่อทำให้วัยผู้ใหญ่มีสุขภาพดีเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านการป้องกัน เช่นการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง จากข้อมูลพบว่า

1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตจาก โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด

34 ล้านคน สูบบุหรี่

72% มีภาวะน้ำหนักเกิน หรือเป็นโรคอ้วน

แนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่

3.1)ส่งเสริมและให้การสนับสนุนแก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่โดยรณรงค์ให้เกิดการแบ่งปันเคล็ดลับเลิกบุหรี่จากผู้มีประสบการณ์เลิกบุหรี่สำเร็จ

3.2)กำหนดมาตรการที่ครอบคลุมการควบคุมบุหรี่ โดย

- ลดจำนวนนักสูบหน้าใหม่
-ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และเด็ก
- ลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง
-ระบุและขจัดความไม่เสมอภาคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ

3.3) เพิ่มการเข้าถึงอาหารสุขภาพ และกิจกรรมทางกาย เช่นออกแบบชุมชน ทางเท้า สวนสาธารณะให้เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกายที่ปลอดภัย

3.4)การส่งเสริมโครงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการจัดการโรค เพื่อลดความเสี่ยงหรือควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านการเรียนรู้และฝึกฝนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

3.5) การส่งเสริมอนามัยเจริญพันธ์สำหรับสตรี

3.6) การส่งเสริมบริการป้องกันทางคลินิกเพื่อให้สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดัน มะเร็ง การให้คำแนะนำและติดตามผลการดูแลรักษาในระยะเริ่มต้น

3.7) การส่งเสริมฟลูออไรด์ในนำเพื่อสุขภาพช่องปากของชุมชน

3.8) ส่งเสริมการนอนหลับที่ดีขึ้น

4) การส่งเสริมสุขภาพสำหรับวัยผู้สูงอายุ (Older Adults)ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความอิสระสำหรับประชาชนเมื่ออายุมากขึ้น จากข้อมูลพบว่า

54 ล้านคน มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

6 ล้านคน มีโรคอัลไซเมอร์

22 ล้านคน อายุ 65 ปีขึ้นไป มีโรคข้ออักเสบ

แนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

4.1)ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดย

-จัดทำโครงสร้างพื้นฐานด้านภาวะสมองเสื่อม (Building Our Largest Dementia Infrastructure : BOLD) โดยกำหนดเป็นกฎหมายจัดหากองทุนสนับสนุนหน่วยงานด้านสาธารณสุขและจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านสุขภาพอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้อง

- สนับสนุนและเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) โดยได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม

-เพิ่มบริการป้องกันทางคลินิกเพื่อคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และโรคอื่นๆ ที่มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ50ปีขึ้นไปตั้งแต่ระยะเริ่มต้นตามรายการที่ CDC แนะนำ

4.2) การส่งเสริมโปรแกรมเพื่อลดอาการปวดข้ออักเสบและป้องกันการหกล้ม โดย

-เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันและจัดการตนเอง

- ส่งเสริมการออกกำลังที่เหมาะสมกับวัยและผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบ รวมถึงการควบคุมน้ำหนัก