

บทความพิเศษ

การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย : คำแถลงการณ์ อัลมาอาตาดังนโยบายเมืองไทยแข็งแรง

พลิชฐ์พล วัชรวงศ์วาน*

บทคัดย่อ

เมื่อกล่าวถึงพัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย คนทั่วไปมักนึกถึงกฎบัตรออกตาวา ซึ่งเป็นการประชุมว่าด้วยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพพระรัตนาคติเป็นครั้งแรกที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ. ๒๕๒๙ ในความเป็นจริงเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมีประวัติความเป็นมาก่อนหน้าการประชุมครั้งนี้ บทความนี้ นำเสนอประวัติความเป็นมาของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยจากเอกสารต่าง ๆ ตั้งแต่ช่วงก่อนการประชุม การสาธารณสุขมูลฐานที่อัลมาอาตาดังนโยบายเมืองไทยแข็งแรง เพื่อทำความเข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีประวัติความเป็นมาอย่างไร จากการศึกษพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในระบบสาธารณสุขเริ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงที่มีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๔๘๕ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องผ่านแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ การประชุมเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่อัลมาอาตาและการประชุมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่ออกตาวามีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมาก จนในปัจจุบันได้มีการพัฒนาไปสู่นโยบายเมืองไทยแข็งแรงที่มุ่งหวังให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดีในปี ๒๕๕๘

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยได้ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรมหลังจากมีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข ในปี ๒๔๘๕ การสร้างเสริมสุขภาพได้ถูกพัฒนาอย่างช้าๆ และต่อเนื่องผ่านแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ มีการรับแนวคิดและกลยุทธ์จากคำแถลงการณ์อัลมาอาตา กฎบัตรออกตาวา กฎบัตรกรุงเทพฯ และเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษมาปรับใช้ในประเทศไทย จากการสร้างเสริมสุขภาพโดยอาศัยหลักแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานมาสู่แนวคิดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษผ่านการใช้นโยบายเมืองไทยแข็งแรง

๑. ช่วงก่อนคำแถลงการณ์อัลมาอาตา

การสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศไทยเกิดขึ้นหลังจากการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๔๘๕ โครงการต่างๆ ในขณะนั้นเป็นโครงการที่ภาครัฐเป็นเจ้าของโครงการและเป็นโครงการเพื่อบริการประชาชน เช่น อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ วัคซีน น้ำดื่ม น้ำใช้ สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ในช่วงปี ๒๕๑๓-๒๕๒๒ รัฐบาลได้ริเริ่มโครงการวางแผนครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นโครงการหนึ่งที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก และส่งผลให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงจากร้อยละ ๓ ในช่วงก่อนปี ๒๕๑๓ เหลือเพียงร้อยละ ๐.๗ ในปี ๒๕๔๗

*สาขาเวชศาสตร์ชุมชน โครงการจัดตั้งสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

๒. คำแถลงการณ์อัลมาอาตา

การประชุมที่อัลมาอาตาในปี ๒๕๒๑ (ค.ศ. ๑๙๗๘) ถือว่าเป็นการประชุมระดับนานาชาติครั้งสำคัญในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน คำแถลงการณ์อันเกิดขึ้นจากการประชุมครั้งนี้มีประเด็นสำคัญอยู่ทั้งหมด ๓ ประเด็น คือ

๑) การเรียกร้องสิทธิด้านสุขภาพและความเสมอภาคทางสุขภาพให้กับประชาชนในทุกประเทศ

๒) การเรียกร้องให้ประชาชน หน่วยงานต่างๆ ทั้งระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ มีส่วนร่วมรับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน และ

๓) กล่าวถึงความสำคัญและลักษณะของสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อที่ ๑-๓ ของคำแถลงการณ์นั้นกล่าวว่า สุขภาพตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (สุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงความไม่เจ็บไข้ได้ป่วย) ถือเป็นหนึ่งในสิทธิมนุษยชนอันพึงมีและเป็นสิ่งที่ทุกประเทศควรถือเป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนา ความไม่เสมอภาคของสุขภาพภายในประเทศหรือระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนาถือเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ทุกประเทศควรตระหนัก เข้าใจ และทำให้สุขภาพเป็นของประชาชนทุกคน รวมถึงลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพลงให้มากที่สุด โดยเชื่อว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตามแนวทางสากลของการจัดลำดับเศรษฐกิจใหม่ (New International Economic Order: NIEO) เป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

ข้อที่ ๔, ๕ และ ๘-๑๐ ได้เรียกร้องให้ประชาชนทุกคน หน่วยงานต่างๆ ทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๓ โดยเน้นย้ำว่าสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นกุญแจสำคัญของการพัฒนา นอกจากนี้ยังต้องการความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานทางสุขภาพและหน่วยงานอื่นและการร่วมมือกันระหว่างประเทศ ทุกรัฐบาลควรจะมีนโยบายกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการเพื่อให้สาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ ทุกประเทศควรที่จะจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในประเทศมาใช้อย่างเหมาะสมเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าแทนการใช้ทรัพยากรเพื่อการทหารและสงคราม

ข้อที่ ๖-๗ กล่าวว่าสาธารณสุขมูลฐานเป็นงานบริหารสุขภาพที่สำคัญ เป็นเทคโนโลยีที่คุ้มค่าและเหมาะสมทุกชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เป็นงานบริหารด้านหน้าและเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนางานบริหารสุขภาพลักษณะของสาธารณสุขมูลฐานถูกวางกรอบไว้ว่าเป็นงาน

บริหารของชุมชน มีพื้นฐานจากงานวิจัยและประสบการณ์ของชุมชน ให้บริการครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู หน่วยงานในชุมชนควรทำงานเป็นทีม ใช้ทรัพยากรจากชุมชนเป็นหลัก สามารถยืนอยู่ได้ด้วยตัวเอง ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการจัดการ และควรจะทำให้สาธารณสุขมูลฐานนั้นยั่งยืน

คำแถลงการณ์จากการประชุมครั้งนี้เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกหน่วยงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๓ โดยใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นเครื่องมือและมุ่งไปในแนวทางเดียวกันกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตามแนวทางสากลของการจัดลำดับเศรษฐกิจใหม่ นอกจากนี้เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้ายังเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเป็นครั้งแรกที่ออกตัวมาในปี ๒๕๒๕ (ค.ศ. ๑๙๘๖) ต่อไป การส่งเสริมสุขภาพในคำแถลงการณ์เน้นที่การให้บริการจากงานสาธารณสุขมูลฐานและเป็นการบริการที่หน่วยงานของรัฐจัดให้โดยอาศัยความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่และองค์กรภาคีต่างๆ

๓. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ และ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๕)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑-๓ (พ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๑๕) ได้รับระบบสุขภาพแบบตะวันตกเข้ามา โดยเน้นเรื่องการสร้างสถานพยาบาลในพื้นที่ต่างๆ และสร้างโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ โครงการที่สำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงนี้คือการวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก การป้องกันโรคติดต่อ และบริการสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ เป็นแผนที่ได้รับการพัฒนามาจากสองส่วนคือการนำคำแถลงการณ์อัลมาอาตามาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยและผลการศึกษาเรื่องกระบวนการวางแผนระบบสุขภาพที่ใช้เวลาพัฒนาพร้อม ๒ ปี แผนพัฒนาฉบับนี้เน้นที่การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาทางสุขภาพของชุมชน ในปี ๒๕๒๕ ประเทศไทยได้นำหลักการพื้นฐาน ๘ อย่างซึ่งพัฒนามาจากหลักการของสาธารณสุขมูลฐานจากคำแถลงการณ์อัลมาอาตามาใช้ ได้แก่

- ๑) สุขศึกษา
- ๒) โภชนาการ
- ๓) อนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
- ๔) สุขาภิบาลและน้ำสะอาด

- ๕) การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ
- ๖) การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น
- ๗) การรักษาโรคและการบาดเจ็บที่พบบ่อยอย่าง

เหมาะสม

- ๘) การจัดหายาสามัญประจำบ้านสำหรับชุมชน

ในปี ๒๕๒๘ ได้เพิ่มเรื่องอนามัยช่องปากและสุขภาพจิต และปี ๒๕๓๓ เพิ่มตัวชี้วัด ๔ หัวข้อได้แก่ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุบนท้องถนนและโรคไม่ติดต่อ การป้องกัน และควบคุมมลภาวะและสารที่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมอาหารปลอดภัยและการบริโภคอย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนานาฏการทางด้านสาธารณสุข ในปี ๒๕๒๐ เพิ่มอีก ๒ กลุ่มคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งสามารถครอบคลุมทั้งประเทศในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๕ และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ซึ่งต่อมาได้ถูกยุบไปรวมกับ อสม.

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ นั้นเน้นให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำในการกำหนดทิศทางใหม่ของระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๓ (ค.ศ. ๒๐๐๐) นอกจากนี้ได้มีการจัดทำความจำเป็นพื้นฐานเป็นครั้งแรกซึ่งมีทั้งหมด ๘ หมวด ได้แก่ อาหารดี มีบ้านอาศัย ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว ครอบครัพลอดภัย ให้ผลผลิตดี มีลูกไม่มาก อยากร่วมพัฒนา และพาสู่คุณธรรม

หลังการใช้แผนพัฒนาทั้งสองฉบับถึงแม้ว่าการบริการสุขภาพได้มาตรฐานทั่วถึงมากขึ้น แต่ปัญหาสำคัญยังคงอยู่ที่ความยากจน บริการสุขภาพยังไม่เท่าเทียมและทั่วถึง ความเสื่อมโทรมของธรรมชาติ ภาวะทุโภชนา และมีพฤติกรรมเสี่ยง โครงการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ได้ถูกพัฒนาจากคนในชุมชนและปัญหาในชุมชนอย่างแท้จริงและยังขาดงานวิจัยทางด้านนี้

๔. The Ottawa Charter

ผลจากการประชุมเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่อัลมาอาตาทำให้ประชาคมโลกสนใจเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้ามากขึ้น และเป็นผลให้เกิดการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดาขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ๒๕๒๕ (ค.ศ. ๑๙๘๖) โดยมีเป้าหมายหลักคือการร่วมมือกันเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี ๒๕๔๓ (ค.ศ. ๒๐๐๐) การประชุมครั้งนี้ได้นิยาม

ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการที่มุ่งให้เพิ่มความสามารถของประชาชนให้สามารถดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ และใช้นิยามเดิมของคำว่าสุขภาพที่หมายถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการไม่เจ็บไข้ได้ป่วย นอกจากนี้ยังกล่าวอย่างชัดเจนว่าสุขภาพควรเป็นต้นทุนของการดำเนินชีวิต ไม่ควรจะเป็นเป้าหมายของชีวิต

ปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่กำหนดสุขภาพประกอบด้วย สันติสุข ที่พักอาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ แหล่งทรัพยากรธรรมชาติ ความยุติธรรมและความเสมอภาค การสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์พื้นฐานเหล่านี้ที่ดี มั่นคง และยั่งยืน

กลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพคือการส่งเสริม (Advocate) ปัจจัยต่างๆ ที่สร้างเสริมสุขภาพและควบคุมหรือจัดปัจจัยต่างๆ ที่คุกคามต่อสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วยปัจจัยทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา การสร้างเสริมสุขภาพมุ่งเน้นไปที่การพัฒนา (Enable) คนและชุมชนให้สามารถจัดการกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ ความสำเร็จที่คาดหวังนี้จะเป็นจริงได้ต้องอาศัยความร่วมมือกันอย่างสันติ (Mediate) ของทุกๆ คน ทุกๆ องค์กร ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทุกๆ หน่วยงาน ทั้งหน่วยงานทางสุขภาพและหน่วยงานอื่นๆ และภาคีต่างๆ รวมทั้งสื่อมวลชนและผู้ประกอบการ ทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องสอดคล้องกับปัญหา วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชนนั้น

เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ประชุมได้กำหนดแผนปฏิบัติการทั้งหมด ๕ ข้อ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง การส่งเสริมพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข

จากการประชุมครั้งนี้ผู้เข้าร่วมได้ร่วมกันปฏิญาณร่วมกันว่า

- ๑) จะสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและความเสมอภาค
- ๒) จะควบคุมและต่อต้านปัจจัยต่างๆ ที่คุกคามต่อสุขภาพ
- ๓) จะลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และจะแก้ไขกฎหมายที่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำเหล่านี้
- ๔) จะยอมรับว่าประชาชนและชุมชนเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และจะสนับสนุนรวมทั้ง

เพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมให้กับประชาชน

๕) จะร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ และประชาชนในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขให้เน้นและใช้ทรัพยากรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น และ

๖) จะตระหนักว่าสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพเป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นสิ่งที่ทำลาย

กฎบัตรรอดตายจัดเป็นการประชุมระดับชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงเป็นครั้งแรกและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสุขภาพของแต่ละประเทศอย่างมากมายโดยเฉพาะที่พัฒนาแล้ว และเน้นการพัฒนา ร่วมกับชุมชนแทนการพัฒนาที่จัดให้โดยรัฐเพียงอย่างเดียว

๕. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ และ ๗ (พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๕)

การดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ฉบับที่ ๑-๕ ที่ผ่านมามีได้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของระบบข้อมูลข่าวสาร เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสาธารณสุข ดังนั้นในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖-๗ จึงได้เน้นพัฒนานุเคราะห์ให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านดังกล่าว ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจาก United State Agency for International Development (USAID) และ World Health Organization (WHO) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาความรู้ทางด้านทรัพยากรมนุษย์เพื่อการวางแผนสาธารณสุข การวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยา การติดตามและประเมินผลของโครงการต่างๆ

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๗ ได้นำโครงการการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self care) มาใช้เป็นครั้งแรก ซึ่งมีนิยามว่าการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคลครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ทั้งนี้จะประสานการทำงานกับการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพในช่วงนี้เริ่มเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนมากขึ้นและเด่นชัดกว่าแผนอื่นๆ ที่ผ่านมา

๖. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๕)

ช่วงนี้มีเหตุการณ์ที่สำคัญเกิดขึ้น ๓ เหตุการณ์ได้แก่ การปฏิรูประบบสุขภาพฉบับประชาชน การเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ และการมีรัฐบาลเสียงข้างมากจนเกือบจะสามารถจัดตั้งรัฐบาลพรรคเดียวได้

การปฏิรูประบบสุขภาพฉบับนี้ได้มีการตรากฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งมีสาระสำคัญคือประชาชนทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะได้รับการทางสาธารณสุขอันมีมาตรฐาน รัฐควรจัดการและสนับสนุนบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง มีการร่วมมือกันของหน่วยงานระดับท้องถิ่นและหน่วยงานเอกชน รัฐควรป้องกันและกำจัดโรคติดต่อร้ายแรง

การเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ปัญหาทางสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเป็นอย่างมาก ในช่วงนี้พรรคการเมืองหนึ่งได้รับการเลือกตั้งจนเกือบจะสามารถตั้งรัฐบาลพรรคเดียวได้ ทำให้รัฐบาลชุดนี้มีเสถียรภาพสูงมาก และทำให้นโยบายต่างๆ ที่ได้ประกาศไว้เกิดขึ้นจริง โดยโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคเป็นหนึ่งในโครงการที่รัฐบาลชุดนั้นได้ให้สัญญาไว้ว่าจะทำ โครงการนี้ทำให้คนไทยเกือบทั้งประเทศที่ไม่เคยได้รับสิทธิใดๆ ในการบริการสาธารณสุข (สิทธิว่าง) มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ ได้มุ่งเน้นการพัฒนาคนเป็นหลัก และใช้การพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อการพัฒนาคน ดังนั้นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ จึงเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนในด้านสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ การครอบคลุมหลักประกันคุณภาพด้วยบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ

โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพได้เกิดขึ้นมากมายตามกลวิธีของกฎบัตรรอดตาย เช่น เมืองน่าอยู่ สถานที่ทำงานน่าอยู่ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้ส่งเสริมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อาทิ การณรงค์ให้ออกกำลังกาย การลดพฤติกรรมเสี่ยง (บุหรี่และสุรา) รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

๘. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ ๓๐ บาท รักษาทุกคนเป็นนโยบายที่มุ่งหวังให้มีการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนไทยทุกคน จากการสำรวจในปี ๒๕๕๒ พบว่าสิทธิหรือหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรไทยร้อยละ ๙๕ แบ่งเป็น สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการร้อยละ ๑๑ ประกันสังคมร้อยละ ๕ บัตรประกันสุขภาพร้อยละ ๑๒ โครงการสงเคราะห์ประชาชนด้านการรักษายาบาลร้อยละ ๓๗ และเอกชนร้อยละ ๑๐ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการนำร่องเป็นครั้งแรกใน ๖ จังหวัด ในเดือนเมษายน ปี ๒๕๔๔ และดำเนินการจนครบทั่วทั้งประเทศในปี ๒๕๔๕ และในปีเดียวกันนี้รัฐบาลได้ผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมาเพื่อรองรับนโยบายนี้ งบประมาณต่อหัวได้ถูกนำมาใช้เพื่อการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพประมาณร้อยละ ๑๔.๖ ของทั้งหมดหรือประมาณ ๑๗๕ บาทในปี ๒๕๔๔ (และ ๒๐๖ บาทในปี ๒๕๔๖) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ถูกจัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ เพื่อเป็นหน่วยงานที่ทำงานด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรไทยทั้งหมด ให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเท่าเทียม เสมอภาค และมีประสิทธิภาพ ผลการดำเนินการพบว่าประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพ (ทุกประเภท) ร้อยละ ๙๖.๔๘ (ข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม ๒๕๔๕ - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ปี ๒๕๔๔ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ก่อตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป้าหมายหลักคือการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและลดละ เลิกพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตสมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และงบประมาณของกองทุนได้มาจากภาษีบาป (sin tax) ซึ่งเป็นภาษีที่รัฐจัดเก็บจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ ๒

กิจกรรมหลักที่ทาง สสส. สนับสนุน ได้แก่ โครงการสร้างเสริมสุขภาพและงานวิจัยด้านสร้างเสริมสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ผลจากการดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ พบว่า

๑. อัตราผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุมากกว่า ๑๕ ปีลดลงจากร้อยละ ๒๒.๕ ในปี ๒๕๔๒ เหลือเพียงร้อยละ ๑๕.๕ ในปี ๒๕๔๔

๒. อัตราการเพิ่มของสรรพสามิตจากสุราในปี ๒๕๔๘ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๖ จากเดิมที่มีอัตราเพิ่มร้อยละ ๑๑.๑, ๑๖.๑ และ ๓๘.๖ ในปี ๒๕๔๗, ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๕ ตามลำดับ

๓. อัตราอุบัติเหตุจราจรลดจากร้อยละ ๑๒ และ ๑๖.๕ ในปี ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ตามลำดับ

๔. อัตราผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอในปี ๒๕๔๖-๒๕๔๗ คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๕ ซึ่งไม่ได้เพิ่มขึ้นจากที่เคยสำรวจไว้เมื่อปี ๒๕๔๒ คือร้อยละ ๓๐ มีการเพิ่มชั่วโมงพลในโรงเรียนจาก ๑ ชั่วโมงเป็น ๒ ชั่วโมง

๕. มีภาคีเครือข่ายเพื่อสุขภาพเกิดขึ้นมากมาย ครอบคลุมแผนงานการควบคุมการบริโภคสุราหรือ ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและอุบัติเหตุภัย สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่และชุมชน สร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร บูรณาการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ การเรียนรู้สู่สุขภาพะ ส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ สื่อสารการตลาดเพื่อสังคม พัฒนาระบบและกลไกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนโครงการทั่วไปและนวัตกรรมรวมทั้งหมด ๑๓ แผนงาน

๖. องค์การอนามัยโลกยกย่องให้ไทยเป็นประเทศตัวอย่างในการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพที่โดดเด่นและเป็นรูปธรรมโดยได้ขอให้ทาง สสส. เป็นพี่เลี้ยงในการจัดตั้งองค์กรลักษณะเดียวกันนี้ในโครงการ Prolead 1 และ Prolead 2 เพื่อช่วยในการพัฒนางานด้านสร้างเสริมสุขภาพในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มองโกเลีย ฟิจิ ตองกา มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ญี่ปุ่น สาธารณรัฐเกาหลี อินเดีย เวียดนาม โอมาน และเลบานอน

๘. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๕

(พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙)

แผนพัฒนาฉบับนี้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พัฒนาโดยใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและใช้ปรัชญาเศรษฐกิจแบบพอเพียง) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพะและระบบสุขภาพทั้งหมด วิสัยทัศน์เน้นเรื่องการประกันสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วัตถุประสงค์หลักของแผนนี้คือ

๑) ส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การคุ้มครองผู้บริโภค ความปลอดภัยและความมั่นคงของระบบอาหาร ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ การควบคุมและป้องกันโรค

๒) สร้างหลักประกันสุขภาพและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง

๓) พัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการเรื่องระบบสุขภาพ และ

๔) สร้างกลไกและมาตรการในการสร้างองค์ความรู้ผ่านกระบวนการวิจัยและการพัฒนาโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและสากล

ยุทธศาสตร์หลักในแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้มีด้วยกัน ๖ ข้อได้แก่

๑) เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก

๒) การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า

๓) ปฏิรูประบบ โครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

๔) การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ

๕) การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ และ

๖) การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่

การสร้างเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้ถือว่าชัดเจนและโดดเด่นกว่าฉบับอื่นดังจะเห็นได้จากวัตถุประสงค์และแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ และนำแนวความคิดของกฎบัตรออกดวามาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เน้นการพัฒนาปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพของตนได้และให้สามารถบริหารจัดการกับสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพส่วนท้องถิ่นได้มากขึ้น

๕. กฎบัตรกรุงเทพ (พ.ศ. ๒๕๔๘)

การประชุมระดับโลกครั้งที่ ๖ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจัดขึ้น ณ วันที่ ๗-๑๑ สิงหาคม ๒๕๔๘ ในประเทศไทยเป็นการประชุมต่อเนื่องมาจากการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่เมืองออกดวาประเทศแคนาดาและได้กำหนดกฎบัตรกรุงเทพออกมาเพื่อใช้เป็นแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินการด้านสร้างเสริมสุขภาพ การประชุมครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตของการประชุมให้

ครอบคลุมการกำหนดมาตรการ ความรับผิดชอบและคำปฏิญญาเพื่อจัดปัจจัยคุกคามสุขภาพในโลกโลกาภิวัตน์ผ่านการสร้างเสริมสุขภาพ

สุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานด้วย สุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่เป็นสุข การสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขที่จะนำกลยุทธ์และแนวความคิดมาประยุกต์ใช้เพื่อจัดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อรวมทั้งปัจจัยคุกคามสุขภาพทั้งปวง

เนื่องจากสภาวะแวดล้อมต่างๆ ในโลกได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ดังนั้นปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งผลถึงสุขภาพจึงเปลี่ยนไป เช่น ความไม่เท่าเทียมกันของประชาชนทั้งในประเทศเองและระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้น รูปแบบการบริโภคและการสื่อสารที่เปลี่ยนไป สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนเมือง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ ภาวะโลกาภิวัตน์ถือเป็นโอกาสอันดีในการที่จะสร้างความร่วมมือและนโยบายเพื่อลดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพเหล่านี้และพัฒนาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ทุกหน่วยงานควรจะวางสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ดังเช่นเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-UN)

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ การเมืองที่เข้มแข็ง ความร่วมมืออย่างกว้างขวาง และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องผ่านกลไก ๕ ประการคือ

๑) การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๒) การสร้างนโยบาย มาตรการ และโครงสร้างปัจจัยพื้นฐานเพื่อจัดปัจจัยคุกคามสุขภาพ

๓) พัฒนาขีดความสามารถในการพัฒนานโยบาย ความเป็นผู้นำ การใช้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การวิจัยและแบ่งปันความรู้ และความรู้ด้านสุขภาพ

๔) การสร้างและใช้กฎหมายเพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจะได้รับการป้องกันจากสิ่งคุกคามสุขภาพและมีความเท่าเทียมกันในการมีสุขภาพที่ดี และ

๕) สร้างพันธมิตรกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งองค์กรของรัฐ องค์กรเอกชน องค์กรระดับนานาชาติ และเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการสร้างเสริมสุขภาพ

หน่วยงานสุขภาพยังเป็นตัวหลักที่สำคัญในการสร้างนโยบายและภาคีสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและต้องรับผิดชอบ ๔ ประเด็นหลัก ได้แก่

๑) การผลักดันให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในระดับโลก

๒) การผลักดันให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบหลักของทุกๆ รัฐบาล

๓) การผลักดันให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นหัวใจหลักของชุมชนและสังคม

๔) การผลักดันให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกๆ บริษัทในการดำเนินกิจการของตน

ผลจากการประชุมเรียกร้องให้ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพ (All for Health)ให้นำมาตรการ คำสัญญาและปณิธานไปปฏิบัติจริง นอกจากนี้ยังเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ และเรียกร้องให้องค์การสหประชาชาติ ประเมินผลดีผลเสียของการพัฒนาความร่วมมือในระดับโลกเพื่อสุขภาพที่ดี

การประชุมการสร้างเสริมสุขภาพระดับโลกครั้งนี้เห็นว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ได้ปรับเปลี่ยนไปจากเมื่อตอนที่กฎบัตรออกตัวมาได้ถูกประกาศเป็นครั้งแรก สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพและต้องการความร่วมมือในทุกๆ ระดับ และทุกหน่วยงานในการร่วมมือกันสร้างเสริมสุขภาพและจัดภาวะ คุณภาพต่างๆ ผ่านความร่วมมือและนโยบายของทุกหน่วยงาน

๑๐. นโยบายเมืองไทยแข็งแรง (พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๘)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ระยะ กลาง (พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑) ให้ถือนโยบายเป็นแนวทาง ปฏิบัติและเป้าหมายในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัญหา สุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย เพื่อบรรลุ “เป้าหมายการ พัฒนาแห่งสหัสวรรษ” หรือ “Millennium Development Goals” ที่สมาชิกขององค์การสหประชาชาติได้ตกลงร่วมกันในปี ๒๕๔๓ วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้คือการพัฒนา ระบบสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและรักษา การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และระบบ การติดตามและการประเมินผลสำหรับนโยบายเมืองไทย แข็งแรง

แนวทางนโยบายเมืองไทยแข็งแรงแบ่งเป็น ๓ ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๔๗)

- เน้น ๕ เป้าหมายหรือ ๕ อ ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรควา และอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ดำเนินกิจกรรมตามเป้าหมายดังกล่าวให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ช่วงที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑)

- ดำเนินนโยบายให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข กฎบัตรกรุงเทพ หรือผลการประชุมสร้างสุขภาพระดับโลกที่กรุงเทพฯ ในปี ๒๕๔๘ และสอดคล้องกับนโยบายขจัดความยากจนของ รัฐบาล

ช่วงที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๘)

- ใช้ “เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ” เป็นกรอบการทำงานเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต และขจัดความยากจน

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษมีอยู่ทั้งหมด ๘ หัวข้อซึ่งมีทั้งหมด ๑ เป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ (ข้อ ๔-๖) ได้แก่

- ๑) ขจัดความยากจนและความหิวโหย
 - ๒) การพัฒนาการศึกษาขั้นประถม
 - ๓) การส่งเสริมความเท่าเทียมกันของเพศหญิง/ชาย
 - ๔) การลดอัตราการตายของเด็ก
 - ๕) การพัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์
 - ๖) การป้องกันโรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคติดต่ออื่นๆ
 - ๗) การรักษาสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน และ
 - ๘) การส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาในโลก
- นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้กำหนดตัวชี้วัดทั้งระดับหมู่บ้าน/ตำบล และระดับอำเภอ/จังหวัด และมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเก็บข้อมูลตัวชี้วัดดังกล่าวของนโยบายเมืองไทยแข็งแรงผ่านระบบอินเตอร์เน็ต

นโยบายเมืองไทยแข็งแรงจัดเป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพดีตามกลยุทธ์ของกฎบัตรออกตัวที่รัฐบาลได้ กำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายไว้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

สรุป

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยมี ประวัติศาสตร์อันยาวนาน การสร้างเสริมสุขภาพที่เด่นชัด และเป็นรูปธรรมเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกหลังการก่อตั้งกระทรวง สาธารณสุข โครงการต่างๆ ในระยะแรกๆ เป็นโครงการที่

จัดขึ้นจากส่วนกลางแล้วกระจายไปยังชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเองหลังจากการนำคำแถลงการณ์ของอัลมาอาตามาใช้ (พ.ศ. ๒๕๒๒) และนับว่าประสบความสำเร็จอย่างมากในการจัดการให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับชุมชนนั้นๆ โดยเฉพาะการเกิดขึ้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความจำเป็นพื้นฐาน กฎบัตรอตตาวาในปี ๒๕๒๕ ไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมในประเทศไทยจนถึงปี ๒๕๔๔ รัฐบาลได้นำเนกาการโครงการที่สำคัญคือหลักประกันสุขภาพและผลักดันเป็น พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้คนไทยเกือบร้อยละ ๑๐๐ มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม นอกจากนี้การก่อตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทำให้มีการนำยุทธศาสตร์ของกฎบัตรอตตาวามาใช้ในโครงการและนโยบายต่างๆ มากมาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ และ ๙ ได้เปลี่ยนศูนย์การพัฒนาจากเศรษฐกิจมาเป็นคนแทนทำให้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ และ ๙ ได้นำเป้าหมายการพัฒนาโดยใช้คนเป็นศูนย์กลางมากำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพ และในฉบับที่ ๙ นี้ได้เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนผ่านยุทธศาสตร์ทั้ง ๖ ข้อ จากกฎบัตรกรุงเทพและเป้าหมายพัฒนาแห่งสหประชาชาติประเทศไทยได้สร้างนโยบายเมืองไทยแข็งแรงซึ่งถือว่าเป็น ๑ ในยุทธศาสตร์ของกฎบัตรอตตาวาและนำมาใช้ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ โดยมุ่งหวังให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติในปี ๒๕๕๘

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.นพ.สุรศักดิ์ บุรินทร์เวทย์ และ รศ.ดร.สวณิต อ่อนรุ่งเรือง ที่ได้ให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการเขียนบทความครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผศ.เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ ผศ.สวณี เต็งรังสรรค์ ผศ.ศรีเมือง พลึงฤทธิ์ รศ.นพ.วิวัฒน์ พุทธวรณไชย และ พญ.วิศิวิทย์ วายูรกุล ที่ได้ให้คำแนะนำในการเขียนบทความครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (๒๕๔๘). รายงานประจำปี ๒๕๔๘.
๒. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๔๕). วิธีการรายงานข้อมูลเมืองไทยแข็งแรง (Version 3).
๓. สุวาลี ชูเกียรติ (๒๕๔๔). นวัตกรรมสาธารณสุขไทย ๑. กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
๔. Siasiriwattana Suvaj (2005). Health Policy in Thailand 2005. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public health; 2005.
๕. World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. retrieve August 20, 2006, from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
๖. World Health Organization (1985). Ottawa Charter. retrieve August 20, 2006, from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
๗. World health Organization (2005). Bangkok Charter. retrieve August 20, 2006 from http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf

Abstract

Health promotion in Thailand: From the Declaration of Alma-Ata to the Healthy Thailand Policy

Pasitpon Vatcharavongvan*

*Division of Community Medicine, the Department of Community Medicine and Family Medicine,
Faculty of Medicine, Thammasat University.

Most Thai people assume incorrectly that substantial health promotion in Thailand started with the Ottawa Charter inaugurated in 1986. In fact, Thailand has a long history of health promotion. This article presented a history of health promotion in Thailand from before and after declaration of Alma-Ata to the advent of Healthy Thailand policy. It was found that a history of Thailand health promotion stemmed substantially with the foundation of the Ministry of Public health in 1942. Health promotion projects were implemented through national health development plans. The declaration of Alma-Ata, the Ottawa Charter, and the Bangkok Charter obviously influenced a serious development of the health system in Thailand. Presently, Thailand has adopted and implemented millennium development goals through the Healthy Thailand Policy and plans to achieve these goals by 2015.

Key words : health promotion, history, Thailand, declaration of Alma-Ata, Healthy Thailand policy