

บทที่ 12

โครงการพัฒนาทางโภชนาการในแผนพัฒนาสาธารณสุข

สภาพปัญหา

ประเทศไทยเริ่มมีแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติมาตั้งแต่ระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และได้ดำเนินการต่อเนื่องมาในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (2525 - 2529) โดยได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่จะปรับปรุงภาวะโภชนาการในเรื่องการขาดสารโปรตีน และกำลังงาน โรคโลหิตจางจากการขาดเหล็ก และโรคคอหอยพอกจากการขาดสารไอโอดีน ในเด็ก 0-4 ปี, 5 - 14 ปี, หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมบุตร

การดำเนินงานในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ซึ่งมุ่งเน้นกิจกรรมโภชนศึกษา ศูนย์โภชนาการเด็ก และการให้อาหารเสริม ซึ่งผลิตจากโรงงานในสวนกลาง ปรากฏผลเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 พบว่า โรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ยังไม่ได้รับการปรับปรุงจากเดิมมากนัก โดยเกิดจากสาเหตุของการขาดเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับชุมชน มาตรการและวิธีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของท้องถิ่น จึงยังไม่เกิดความยอมรับและมีส่วนร่วมจากชุมชนในการแก้ไขปัญหาโภชนาการดังกล่าว ทำให้โรคขาดสารอาหารยังมีระบาคอยู่ชุกชุมในกลุ่มประชากรเป้าหมายในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 จึงได้มีการปรับปรุงแก้ไขในมาตรการและกลวิธีต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้คือ

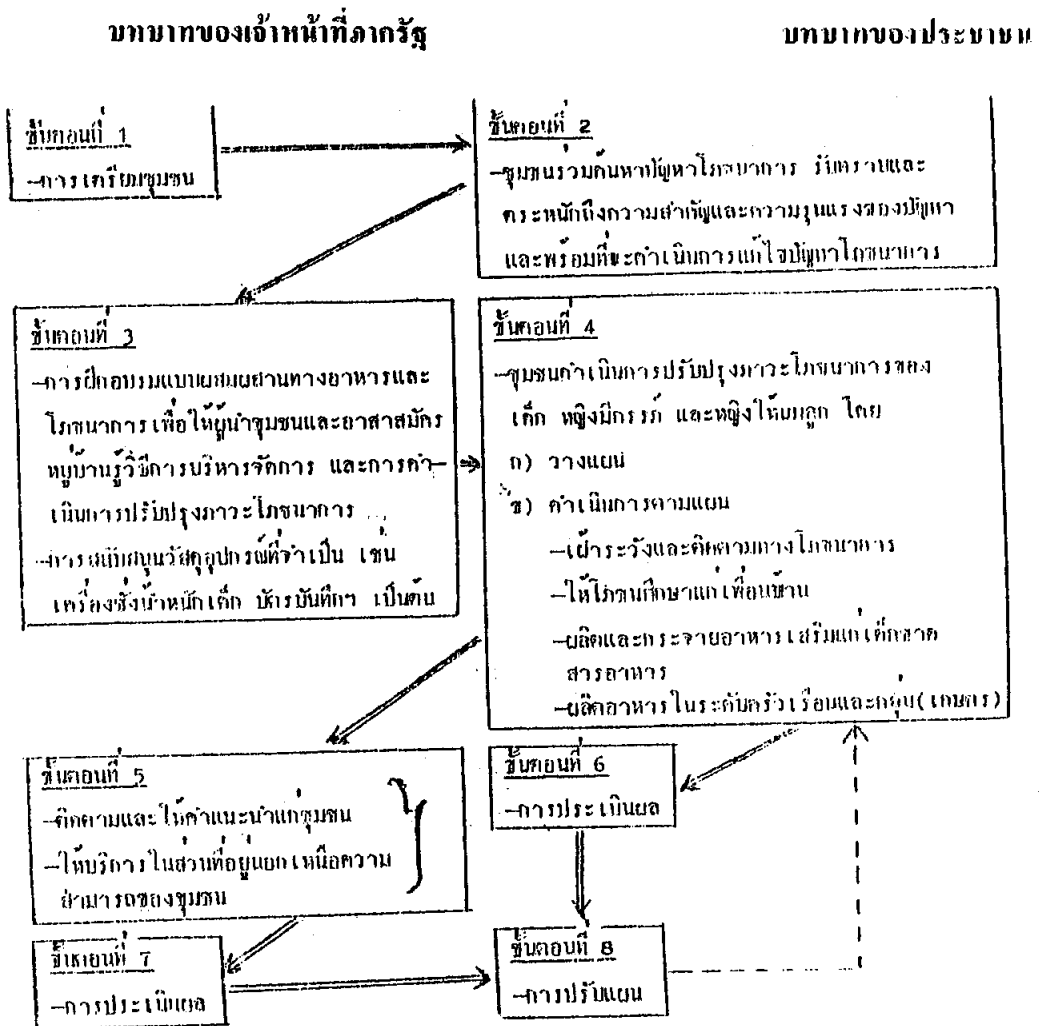
1. ผสมผสานงานปรับปรุงภาวะโภชนาการเข้ากับหลักการและแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน โดยปรับปรุงเครื่องชี้วัด มาตรการ และวิธีการดำเนินกิจกรรมให้ง่ายและเหมาะสมกับสภาพของชุมชนชนบท เช่น การใช้น้ำหนักของเด็กเปรียบเทียบกับมาตรฐานน้ำหนักของเด็กไทย (2518) ซึ่งได้จัดทำเป็นบัตรบันทึกฯ ที่ง่ายต่อการแปลผลของผู้ปกครองเด็ก เพื่อให้สามารถติดตามการเจริญเติบโตของลูกได้อย่างใกล้ชิด และดำเนินการรักษาและป้องกัน หากพบอาการผิดปกติได้อย่างทันท่วงที การผลิตอาหารเสริมสำหรับเด็กอย่างง่าย ๆ ในท้องถิ่น โดยอาศัยวัตถุดิบที่ผลิตได้ในท้องถิ่น เช่น ข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ งา หรือจัดหาได้ในท้องถิ่น เช่น ปลา เป็นต้น

2. การกำหนดเครื่องชี้วัดเพื่อเป็นเป้าหมายร่วมระหว่างส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตอาหาร และการปรับปรุงภาวะโภชนาการ ทำให้การผสมผสานงานระหว่างส่วนราชการต่าง ๆ และการประสานงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

3. การเปลี่ยนแปลงระบบการวางแผนตามแนวทางการให้อาหารชนบทแนวใหม่ ที่ให้ระดับตำบลหรือสภาตำบลเป็นผู้วางแผนตามปัญหาและความต้องการของชุมชน ตามแนวทางในกรอบนโยบายจากส่วนกลาง ทำให้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนดีขึ้นจากเดิมมาก และมุ่งพัฒนาไปสู่ระบบการพึ่งตนเองในที่สุด

ในการดำเนินการปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กนั้น บทบาทของเจ้าหน้าที่และประชาชนได้รับการกำหนดให้ชัดเจนดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 บทบาทของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและประชาชนในการปรับปรุงภาวะโภชนาการตามหลักการและแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน



สำหรับเด็กวัยเรียนนั้น ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอย่างง่าย ๆ เช่นเดียวกับในเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้น้ำหนักของเด็กเทียบกับมาตรฐานน้ำหนักของเด็กไทยวัย 6 - 8 ปี (2518) โดยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 เป็นเส้นแบ่งเกณฑ์น้ำหนักปกติจากกลุ่มน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พร้อมทั้งได้ขอความร่วมมือจากกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทยในการนำเกณฑ์ดังกล่าวไปใช้ในเด็กประถมศึกษาตั้งแต่ปี 2527 เป็นต้นมา โดยสถานการศึกษาต่าง ๆ ได้มีโครงการอาหารกลางวัน และสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติเริ่มนำเรื่องอาหารและโภชนาการเข้าสู่กระบวนการเรียนการสอน และเริ่มดำเนินงานผู้นำนักเรียนตามหลักการการสมมูลฐาน ตั้งแต่กลางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา

ในกลุ่มหญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร ได้รับความรู้ทางอาหารและโภชนาการ ซึ่งดำเนินการโดยผ่านกิจกรรมให้โภชนศึกษา การสาธิตอาหาร การฝึกอบรมและการณรงค์ร่วมกันระหว่างส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการจัดหาอาหารบริโภคอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยสอดคล้องกับความต้องการตามวัยของเด็กหญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร

นอกจากนี้ การดำเนินการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ยังได้พัฒนากิจกรรมสนับสนุนด้านการเงินแก่การดำเนินการปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กไทย โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนในการจัดตั้งกองทุนของหมู่บ้านขึ้น เรียกว่ากองทุนโภชนาการ โดยกิจกรรมหลักของชุมชนที่กองทุนโภชนาการสนับสนุน คือการผลิตและกระจายอาหารเสริมผลผลิตเองในหมู่บ้านแก่เด็กขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 โดยไม่คิดมูลค่า พร้อมกับจำหน่ายอาหารเสริมไอโอดีนและเหล็กในการบริโภคอาหารประจำวันของชาวชนบท โดยพ่นเกลือไอโอดีนและเกลือผสมเหล็ก

ด้วยกลวิธีต่าง ๆ ดังกล่าวนี้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ได้สามารถดำเนินการแผนงานโภชนาการครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายชนบทยากจนทั้งหมด (12,555 หมู่บ้าน) และพื้นที่ชนบทที่มีปัญหาอื่น ๆ อีกรวม 24,000 หมู่บ้านเศษ และจากการติดตามสำรวจภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ พบว่าโรคขาดโปรตีนและกำลังงาน โรคขาดสารไอโอดีน มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น และมุ่งสู่เป้าหมายที่วางไว้ตามแผน ส่วนโรคโลหิตจาง เนื่องจากเครื่องชี้วัดภาวะในปัจจุบันมีความยุ่งยากในการสำรวจจึงยังไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของโรคได้ สำหรับการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ ได้แสดงไว้พร้อมเป้าหมายในตาราง

ตาราง การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการของประชากรกลุ่มอายุต่าง ๆ ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 และเป้าหมาย

ประเภทของการ ขาด กลุ่มอายุ	ก่อน แผนฯ 5	เป้าหมาย ในแผนฯ 5	ภาวะโภชนาการ			หมายเหตุ
			2525	2526-2527	2528	
1. โรคขาดโปรตีน และกำลังงาน						
1.1 0-4 ปี						
ระดับ 1	37.7 %	< 25 %	-	28.5 %	24 %	มาตรฐาน
ระดับ 2	13.1 %	< 7 %	-	5.9 %	3.9 %	น้ำหนักต่อ
ระดับ 3	2.2 %	0	-	0.8 %	0.2 %	อายุ 2518
1.2 5-14 ปี	40-50 %	< 25 %	16 %	13.8 %	-	"
2. โรคขาดสารไอโอดีน						
5-14 ปี	22 %	0	-	10.6 %	-	วิธีแบ่งของ
(9 จังหวัดในภาคเหนือ ตอนบนเท่านั้น)						เปเรช (1955)
3. โรคโลหิตจางจากการ ขาดเหล็ก						
3.1 0-4 ปี	10-30 %		-	14-50 %*	-	* เป็นการ
3.2 5-14 ปี	20 %	< 30 %	-	16.7 %*	-	ศึกษาเฉพาะ
3.3 หญิงมีครรภ์	30-50 %		-	12-26.5*	-	กรณีในหมู่ บ้านบางแห่ง เท่านั้น

การคาดการณ์ปัญหาอาหารและโภชนาการในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6

การคาดการณ์ปัญหาอาหารและโภชนาการในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 พอสรุปประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้คือ

โครงสร้างอายุประชากรและการลดอัตราเพิ่มประชากร

การลดอัตราเพิ่มประชากรเหลือร้อยละ 1.5 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 และหากกำหนดให้เป้าหมายอัตราเพิ่มประชากรเหลือร้อยละ 1.1 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 จะส่งผลกระทบถึงจำนวนประชากรกลุ่มอายุต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นในช่วงระยะเวลาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ดังแสดงไว้ในตาราง

ตาราง จำนวนประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และรายปี 2530 - 2534 (1 กรกฎาคม)

จำนวนพัน

กลุ่มประชากรเป้าหมาย	2530	2531	2532	2533	2534
หญิงวัยเจริญพันธุ์	13,066	13,439	13,798	14,142	14,474
หญิงมีครรภ์และให้นมบุตร	1,105	1,064	1,041	1,036	1,019
เด็ก 0 - 4 ปี	6,306	6,276	6,251	6,229	6,232
เด็ก 0 - 14 ปี	12,943	12,879	12,812	13,373	12,647
ประชากรทั้งประเทศ	53,966	54,890	55,826	56,743	57,667

กลุ่มเป้าหมายที่ลดจำนวนลงในแต่ละปี ย่อมมีประโยชน์ต่อการครอบคลุมของกิจกรรมและบริการต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและประชาชน ซึ่งคาดหมายว่าแผนงานโภชนาการในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 คงจะสามารถให้การครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้สมบูรณ์กว่า ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ซึ่งครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 40 เศษ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรที่เกิดจากการย้ายถิ่น

จากการพัฒนาประเทศที่เริ่มเปลี่ยนจากประเทศกสิกรรม เป็นประเทศกิ่งอุตสาหกรรมทำให้มีการย้ายถิ่นของประชากรเข้าสู่ระบบอุตสาหกรรมมากขึ้น การย้ายถิ่นฐานดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อส่วนรวม พอสรุปได้ดังนี้ คือ

- เกิดแหล่งชุมชนแออัดขึ้นในเขตเมือง เมื่อมีชาวชนบทอพยพเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมากและไม่มีเงินที่จะสร้างบ้านพักอาศัย ก็จะเกิดปัญหาแหล่งเสื่อมโทรมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว บริเวณรอบ ๆ ตัวเมือง ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประชาชนที่ต้องอาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดดังกล่าวในปัญหาทางสุขภาพ

- การบุกกรุกทำลายป่าที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อแหล่งต้นน้ำลำธาร มีผลทำให้ผลผลิตทางเกษตรลดน้อยลง นอกเหนือจากปัญหาที่จะเกิดจากประชาชนกลุ่มที่บุกกรุกป่าจะอยู่ห่างไกลจากบริการสาธารณสุขของภาครัฐ การรุกรานของไข้มาเลเรียแล้ว ยังทำให้ผลผลิตด้านอาหารโดยส่วนรวมลดน้อยลงด้วย

แนวโน้มจากการเปลี่ยนแปลงอาชีพ

เป็นที่คาดการณ์ว่า ประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมได้ให้ความสนใจต่อการผลิตพืชเศรษฐกิจมากขึ้นเรื่อย ๆ และจะเป็นผลทำให้พืชเพื่อการบริโภคภายในประเทศลดน้อยลง ประกอบกับเกษตรกรเป็นส่วนหนึ่งจะเปลี่ยนอาชีพเข้าระบบอุตสาหกรรม และการค้าขาย และอาชีพอื่น ๆ ที่มีรายได้มั่นคงถาวรกว่า จึงทำให้คาดการณ์ได้ว่า ผลผลิตอาหารโดยส่วนรวมจะลดน้อยลง ทำให้ราคาของอาหารในตลาดเพิ่มขึ้น กลุ่มประชาชนที่มีเศรษฐกิจจะไม่สามารถจัดหาอาหารได้เพียงพอกับความต้องการมากขึ้น ย่อมจะส่งผลทำให้กลุ่มประชาชนเป้าหมายซึ่งเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารป่วยเป็นโรคขาดสารอาหารมากขึ้นด้วย

กล่าวสรุปโดย ในช่วงระยะเวลาของแผนฯ ฉบับที่ 6 ปัญหาโภชนาการของประเทศจะยังมีอยู่ทั่วไปทั้งในชนบท เขตเมือง และเขตอุตสาหกรรม และจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นกว่าในระยะของแผนฯ 5 หากไม่ได้มีการปรับปรุงระบบการผลิตอาหารให้ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการส่งเสริมควบคู่ไปกับการผลิตพืชเศรษฐกิจ และจากแนวโน้มดังกล่าว เป็นที่คาดการณ์ได้ว่าโรคขาดสารอาหารที่สำคัญทั้ง 3 โรคจะยังคงอยู่ จึงมีความจำเป็นจะต้องมีกิจกรรมการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ และขยายการเฝ้าระวังไปครอบคลุมเขตเมืองและเขตอุตสาหกรรมด้วย

แนวนโยบายในแผนงานโภชนาการตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (2530 - 2534)

แนวนโยบายในแผนงานโภชนาการตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ได้จัดทำขึ้นโดยการวิเคราะห์แนวโน้มการพัฒนาสาธารณสุขจากอดีต การปรับปรุงพัฒนาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ผ่าน ๆ มา พอสรรูปสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการหลักได้ดังนี้คือ

1. พัฒนาและปรับปรุงระบบงานในแผนงานโภชนาการ เน้นหนักเป้าหมายให้ประชาชนพึ่งตนเองให้มากที่สุด โดยรายละเอียดมาตรการดังนี้คือ

ก. พัฒนาเทคโนโลยี ให้เหมาะสมสำหรับการดำเนินการในระดับท้องถิ่น

ข. พัฒนาประสิทธิภาพในการตัดสินใจในกระบวนการแก้ปัญหาทางอาหารและโภชนาการของประชาชน ทั้งในรูปขององค์กร กลุ่ม และรายครัวเรือน

ค. ส่งเสริมระบบข้อมูลข่าวสารทางอาหารและโภชนาการในทุกระดับตั้งแต่ระดับครัวเรือน หมู่บ้าน ตำบล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในกระบวนการแก้ปัญหาทางอาหารและโภชนาการในระดับของตนเอง

ง. พัฒนาระบบการสนับสนุนจากโครงสร้างบริการสาธารณสุขของภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง ให้ส่งเสริมการพัฒนาที่ให้ประชาชนพึ่งตนเองให้มากที่สุด

จ. สนับสนุนงบประมาณและความช่วยเหลือจากภายในและภายนอกประเทศให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในงานอาหารและโภชนาการให้มากที่สุด

ฉ. กระจายอำนาจการตัดสินใจในกระบวนการแก้ปัญหาให้ระดับต่างคือประชาชนและเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติให้มากที่สุด ทั้งการบริหารจัดการ แผนงาน ทรัพยากรต่าง ๆ

2. เร่งรัดพัฒนาระบบการประสานงานระหว่างส่วนราชการที่เกี่ยวข้องทั้งการกำหนดแนวนโยบาย มาตรการ กลวิธี แผนงาน การดำเนินการ การติดตาม และประเมินผล ในทุกระดับ

3. เร่งรัดพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรคขาดสารอาหารที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในบางท้องถิ่น

4. เร่งรัดพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ ให้สามารถนำไปสู่การจัดระบบการป้องกันการระบาดของโรคขาดสารอาหาร โดยใช้เครื่องบ่งชี้ที่มีความไวกว่าที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

5. พัฒนาและปรับปรุงระบบการให้โภชนาการศึกษแก่มวลชนโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ที่เหมาะสมทุกรูปแบบ

6. เร่งรัดพัฒนาระบบการผลิต และการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานอาหารและโภชนาการ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับนโยบาย มาตรการที่ดำเนินการอยู่ในแผนฯ ฉบับที่ 6

7. พัฒนาและปรับปรุงระบบการศึกษาวิจัยให้สอดคล้องกับความต้องการการพัฒนาตามข้อ 1

8. ขยายการครอบคลุมประชากร ให้ครอบคลุมประชากรในเขตชนบท เขตเมือง เขตอุตสาหกรรม และในสถานการศึกษา

9. เร่งรัดพัฒนาโครงสร้างในส่วนของกองโภชนาการ ให้เพียงพอและพร้อมที่จะดำเนินการตามนโยบายและมาตรการในข้อ 1-8

10. เร่งรัดปรับปรุงระบบการนิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลงาน โภชนาการให้สอดคล้องกับแนวนโยบายและแผนงานโภชนาการ ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6

11. พัฒนาระบบกองทุนโภชนาการให้สามารถผสมผสานกับกองทุนหมู่บ้าน และให้สอดคล้องกับระบบบริหารจัดการที่ประชาชนถนัดและเหมาะสมสำหรับท้องถิ่นให้มากที่สุด โดยอาจเข้าร่วมเป็นกิจกรรมหนึ่งในโครงการบัตรสุขภาพ หรือกองทุนพัฒนาสาธารณสุขหรือกองทุนอื่น ๆ ของประชาชนที่มีลักษณะของการพัฒนาชุมชนอยู่ด้วย

12. ประสานงานกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ส่งเสริมการผลิต แปรรูป และบริโภคอาหารหลัก อาหารตามวัย อาหารผู้สูงอายุ ที่มีคุณค่าและเหมาะสมสำหรับท้องถิ่น

13. ประสานงานกับสถาบันการศึกษาทางการแพทย์เพื่อพัฒนาและจัดทำสูตรอาหารสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างโรค สาเหตุของโรค และอาหาร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาโภชนาการของประชาชนตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน ให้สามารถจัดสถานะการขาดสารอาหารต่าง ๆ ในกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

2. เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคขาดสารอาหารต่างๆ ในกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

3. เพื่อศึกษาสถานะทางอาหารและโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของประชาชนไทย เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดแผนงาน กลวิธีการปรับปรุงภาวะ โภชนาการให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นอยู่ในประชาชนไทย

4. เพื่อศึกษาและพัฒนาเทคโนโลยีและรูปแบบการดำเนินการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

แผนงานกองโภชนาการ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์แยกตามกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารจำนวน 7 กลุ่มด้วยกัน ดังนี้คือ

1. หญิงมีครรภ์

ก. ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 20

ข. ส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดไม่น้อยกว่า 2,500 กรัมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของการคลอด

ค. ส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดไม่น้อยกว่า 3,000 กรัมไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของการคลอด

2. กลุ่มเด็ก 0 - 4 ปี

ก. ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และระดับ 3 รวมกันไม่เกินร้อยละ 20

ข. ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 20

ค. ขจัดโรคขาดสารไอโอดีนซึ่งทำให้เกิดอาการผิดปกติทางการเจริญเติบโต และการพัฒนาระบบประสาทให้หมดไป

ง. เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสม

3. กลุ่มเด็ก 5 - 14 ปี

ก. ลดอัตราการพบน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 4.5

ข. ลดอัตราการป่วยด้วยโรคขาดสารไอโอดีนแสดงออกด้วยอาการคอพอก ให้หมดไป

ค. ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 20

ง. เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสม

4. กลุ่มผู้ใช้แรงงาน

- ก. ให้ผู้ใช้แรงงานได้รับอาหารหมู่ที่ให้พลังงานในปริมาณไม่น้อยกว่าความต้องการมาตรฐานของประชาชนไทยในวัยเดียวกัน
- ข. เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสม

5. กลุ่มผู้สูงอายุ

- ก. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ทางอาหารและโภชนาการแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- ข. เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสม

6. กลุ่มผู้ป่วย

- ก. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ทางอาหารและโภชนาการแก่ผู้ป่วยเฉพาะโรคที่จำเป็นต้องควบคุมอาหารบางประเภท
- ข. พัฒนาความรู้ทางอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร

7. ทุกกลุ่มอายุ

- ก. ศึกษาสภาวะทางอาหารและโภชนาการของกลุ่มอายุเป็นระยะ ๆ
- ข. เฝ้าระวังโรคขาดสารอาหารและดำเนินการควบคุมโรคขาดสารอาหารที่ค้นพบ

นอกจากวัตถุประสงค์ตามกลุ่มอายุดังกล่าวแล้ว ยังจะต้องประสานงานกับสำนักงานโครงการสุขภาพโภชนาการ ในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนา และเผยแพร่ เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารทั้งจากการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ และสารพิษที่ทำให้เกิดโรค

กวิธีและมาตรการในการดำเนินการ

สำหรับกวิธีและมาตรการได้กำหนดแยกตามประเภทของการขาดสารอาหารดังนี้คือ

ประเภทที่ 1 โรคขาดสารโปรตีนและกำลังงานในกลุ่มเด็ก 0 - 4 ปี และ 5 - 14 ปี หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมบุตร ได้กำหนดกวิธีและมาตรการ ดังนี้คือ

1.1 มุ่งที่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ภายใต้การสนับสนุนของทางราชการและเอกชน ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพของภาวะการขาดสารอาหาร ดังกล่าวในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- ให้มีความรู้ในเรื่องโภชนาการ อาหาร การปรุงที่ถูกต้อง เพื่อรักษาคุณค่าและอื่นๆ
- ให้มีความรู้และดำเนินการเฝ้าระวังกลุ่มประชากรเป้าหมายทางด้านโภชนาการโดยสำหรับเด็ก 0 - 4 ปี และ 5 - 14 ปี ใช้น้ำหนักของเด็กเปรียบเทียบกับมาตรฐานน้ำหนักของเด็กไทยตามอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2518) สำหรับหญิงมีครรภ์ใช้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ และน้ำหนักแรกเกิดของลูก และหญิงให้นมบุตร ใช้ปริมาณความเพียงพอของน้ำนมแม่และสุขภาพอนามัยข้ตัว ไปของแม่เป็นเครื่องชี้วัดในการเฝ้าระวังอย่างง่าย ๆ

- ให้มีการจัดตั้งจุดผลิตอาหารเสริม ร่วมมือกับครูจัดกิจกรรมอาหารกลางวันและอาหารเสริมอื่น ๆ สอดแทรกเรื่องอาหารและโภชนาการเข้ากับกระบวนการจัดการเรียนการสอนตามปกติของโรงเรียน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้อาหารเสริมหรืออาหารกลางวันได้เข้าถึงเด็กขาดสารอาหารทุกคนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยผ่านโครงสร้างของสถานจัดเลี้ยงอาหารกลางวัน ศูนย์เด็ก กองทุนหมู่บ้าน และโรงเรียน หรือโครงสร้างอื่น ๆ ที่เอื้ออำนวยในระดับท้องถิ่น

- ให้ความรู้ในการดูแลตนเองในงานสาธารณสุขและงานพัฒนาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงภาวะโภชนาการ

- พัฒนาระบบการส่งต่อในกลุ่มเป้าหมายที่ขาดสารอาหารอย่างรุนแรง หรือมีสาเหตุอื่นซึ่งอยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนที่จะแก้ไขได้ รวมทั้งการจัดบริการอื่น ๆ จากภาครัฐในการสนับสนุนกิจกรรมอาหารและโภชนาการภายในชุมชน

1.2 พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง โดยการรวบรวมความรู้และศึกษา สํารวจภาวะโภชนาการ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อที่เกี่ยวข้อง การบริโภคอาหารในท้องถิ่น มาตรฐานและเครื่องชี้วัดการขาดสารอาหารในเด็ก ทั้งกลุ่ม 0 - 4 ปี และ 5 - 14 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านอาหารและโภชนาการ พร้อมขยายแหล่งข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังเพื่อให้ระบบการเฝ้าระวังสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางอาหารและโภชนาการทั้งส่วนกลางและเขต รวมทั้งระดับจังหวัดที่มีความพร้อมบางจังหวัด

1.3 พัฒนารูปแบบของอาหารเสริม การผลิต และการกระจาย รวมทั้งอาหารกลางวัน อาหารเสริมในโรงเรียน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของท้องถิ่นให้มากที่สุด

1.4 พัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขทุกระดับให้ทราบถึงความสำคัญของบทบาททั้งด้านบริหารจัดการ และวิชาการในการปรับปรุงภาวะโภชนาการตามระบบในข้อ 1.1

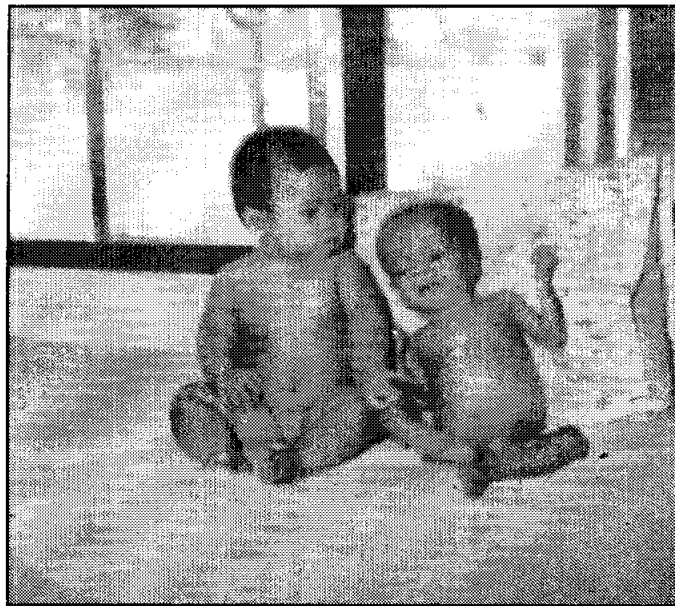
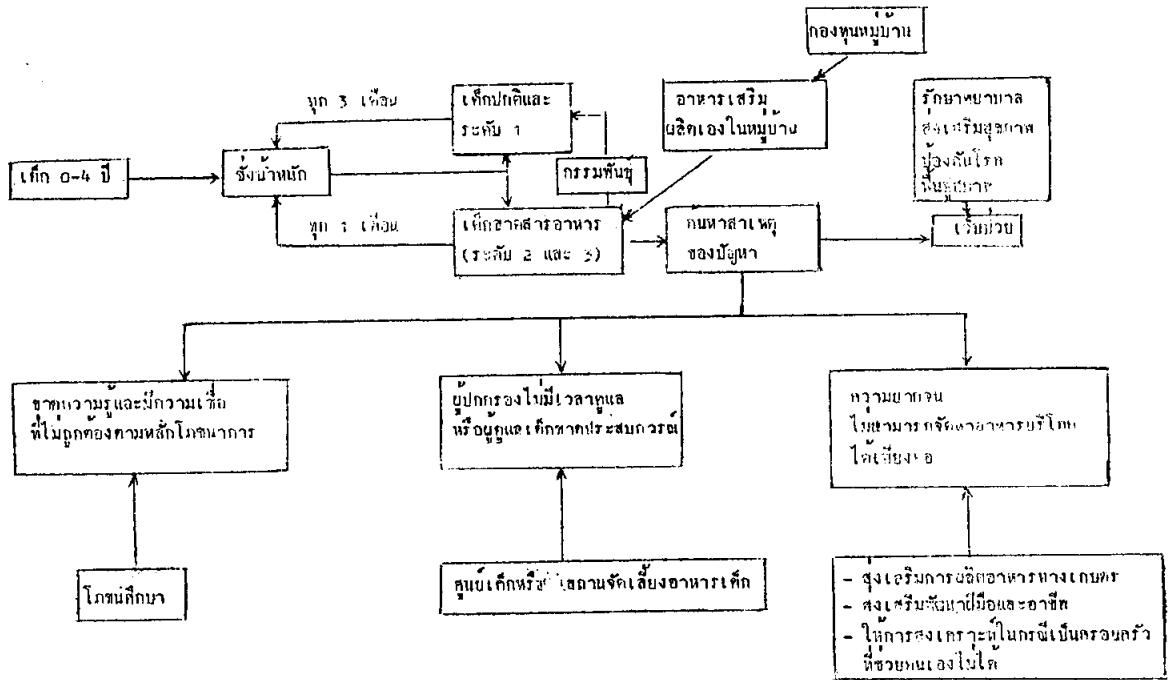
1.5 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทุกระดับเพื่อยกระดับตั้งแต่ชุมชนถึงส่วนกลาง สามารถให้ข้อมูลดังกล่าวในการติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินการด้านอาหารและ โภชนาการได้

1.6 ในการดำเนินการเมื่อมีการขยายระบบเฝ้าระวังและติดตามเด็กโดยการชั่งน้ำหนัก เต็มทุกพื้นที่แล้ว ในแต่ละปีจะมีการเสนอขอสนับสนุนกิจกรรมโภชนศึกษาเน้นหนักและกิจกรรม อาหารเสริมในหมู่บ้านที่ยังพบว่ามีเด็ก 0 - 4 ปี ที่ขาดสารอาหารในระดับ 2 และ 3 รวมกันเกินกว่า ร้อยละ 2 เป็นรายปี ดังนี้คือ 2530 จำนวน 4,000 หมู่บ้าน 2531 จำนวน 5,000 หมู่บ้าน 2532 จำนวน 6,000 หมู่บ้าน ซึ่งคาดว่าจะโดยระบบนี้จะสามารถกระจายงบประมาณที่จำกัดไปสู่ พื้นที่ที่มีปัญหามากที่สุด และสามารถที่จะลดกลุ่มเด็กขาดสารอาหารรุนแรงลงมาได้ตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้ในแผนฯ

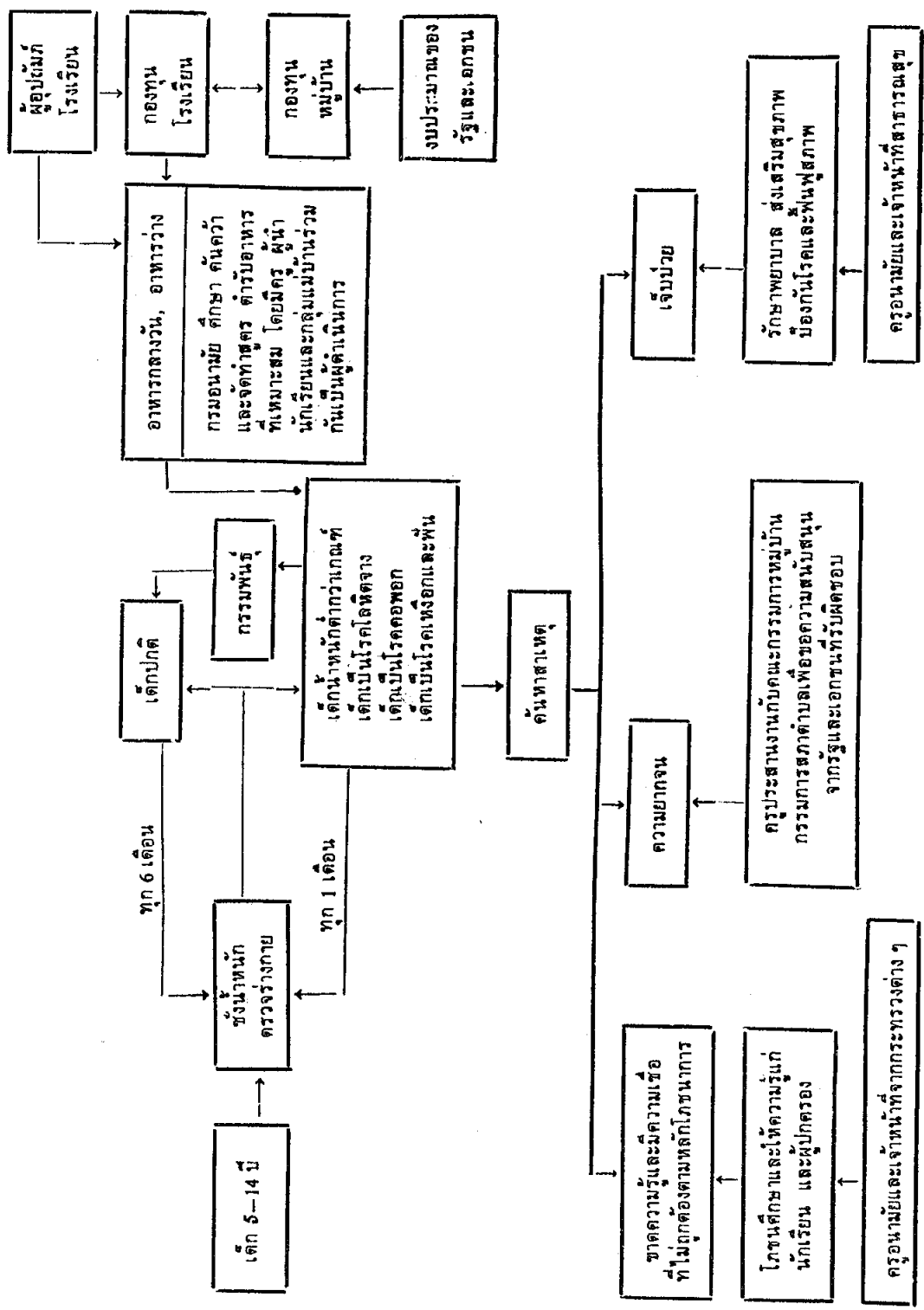
สำหรับรายละเอียดการดำเนินการปรับปรุงภาวะโภชนาการในชุมชนและโรงเรียน ได้สรุปไว้ในแผนภูมิที่ 2 และที่ 3 ตามลำดับ และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ระบบการส่ง ต่อ การสนับสนุนของภาครัฐและภาคเอกชน บทบาทของส่วนต่าง ๆ ได้สรุปไว้ในแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิ กิจกรรมชุมชนและการเฝ้าระวังติดตามการเจริญเติบโตของเด็ก 0 - 4 ปี

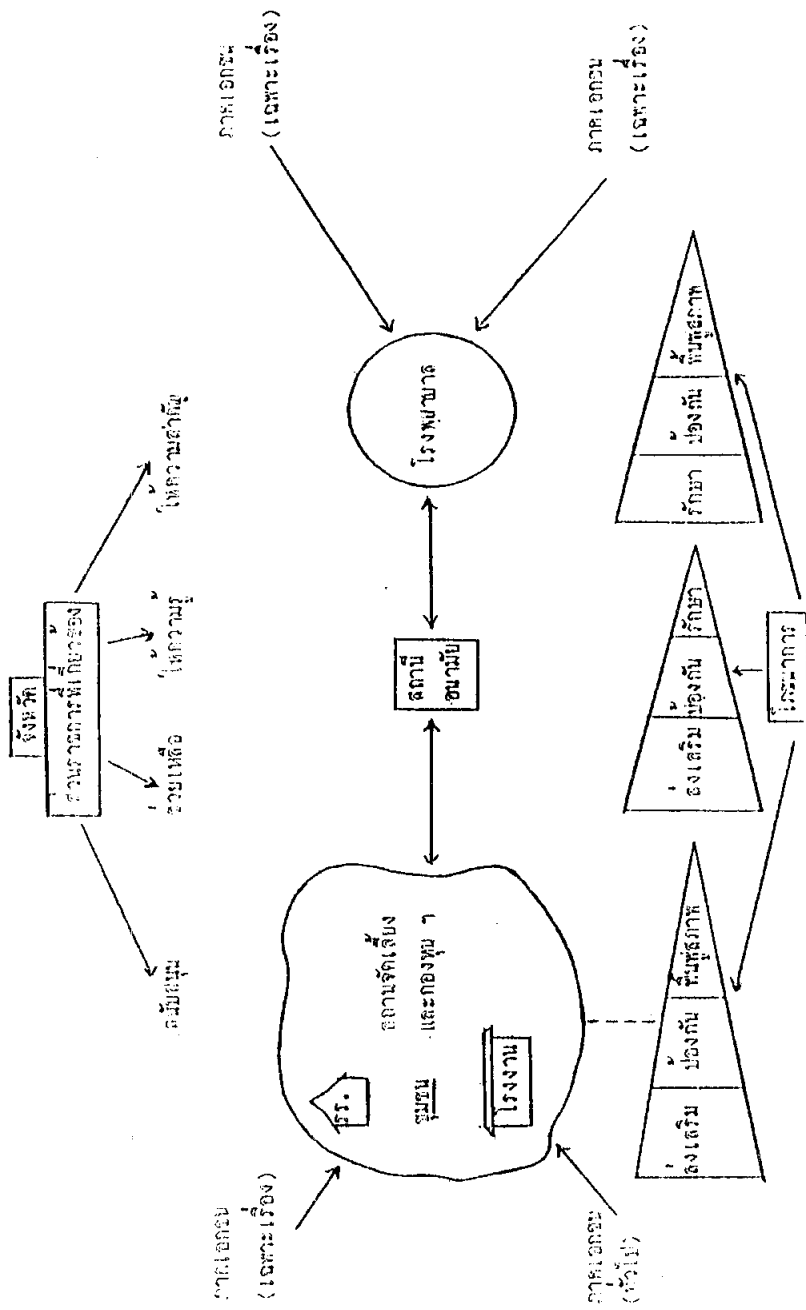




แผนภูมิ กิจกรรมชุมชนและโรงเรียนในการเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตของเด็ก 5-14 ปี



แผนภูมิ กิจกรรมของการปรับปรุงภาวะโภชนาการ



ประเภทที่ 2 โรคขาดสารไอโอดีนในเด็ก 0 - 4 ปี, 5 - 14 ปี, หญิงมีครรภ์, หญิงให้นมบุตรและประชาชนทั่วไป

กลวิธีและมาตรการที่ใช้ในประเภทนี้ได้มุ่งเน้นที่ชุมชนเช่นเดียวกับประเภทที่ 1 มีข้อแตกต่างที่แยกออกมาได้พอสรุปได้ดังนี้คือ

2.1 ระบบการเฝ้าระวัง

จะขยายระบบการเฝ้าระวังติดตามโรคขาดสารไอโอดีนนี้โดยแยกเป็น

2 ระดับคือ

ก) ระดับชุมชน ให้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครหมู่บ้าน ใช้อัตราการเกิดโรคคอพอกในเด็กชั้นประถมศึกษา และอัตราการเกิดเด็กที่มีพัฒนาการเข้าเป็นเกณฑ์ในการติดตาม

ข) ระดับเจ้าหน้าที่ ใช้การตรวจคอพอกในเด็ก 0 - 4 ปี, 5 - 14 ปี หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร การตรวจการพัฒนาร่างกายของเด็ก 0 - 4 ปี การเรียนซ้ำชั้นของเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และวิทยาการอื่นๆ เช่น การตรวจระดับของไทรอยด์ฮอร์โมนในโลหิตจากสายสะดือเด็ก เป็นต้น

การเฝ้าระวังและดำเนินการเป็นประจำปีละ 1 ครั้ง โดยดำเนินการในท้องถิ่นที่มีการระบาดจำนวน 10 จังหวัดดังนี้คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง จังหวัดเชียงราย จังหวัดพะเยา จังหวัดน่าน จังหวัดแพร่ จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเลย

2.2 การผลิตและกระจายเกลือไอโอดेट

โดยขยายการผลิตเกลือไปโอดेटออกเพื่อให้สามารถไปถึงกลุ่มประชากร เป้าหมายให้มากที่สุด กำหนดผลิตเกลือใน 3 ระดับด้วยกันคือ

ก) ระดับส่วนกลาง จะขยายการผลิตจากเดิม 8,000 ตันต่อปี เป็น 20,000 ตันต่อปี เมื่อสิ้นแผนฯ เพื่อขยายจากร้อยละ 4 ของเกลือในตลาดทั้งหมดเป็นร้อยละ 10 ของเกลือในตลาดทั้งหมด และคาดหวังว่าเมื่อมีการควบคุมการกระจายดีขึ้น จะสามารถทำให้เกลือที่จำหน่ายในตลาดภาคเหนือไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เป็นเกลือไอโอดेट

ข) ระดับเขตและจังหวัด เพื่อเสริมส่วนของตลาดจากการกระจายจากส่วนกลาง จะได้กำหนดให้จังหวัดที่มีการระบาดของโรคขาดสารไอโอดีนสูงได้มีการผลิตในระดับเขตหรือจังหวัดเพิ่มเติมขึ้นอีกปีละ 500 ตัน

ค) ระดับหมู่บ้าน สำหรับหมู่บ้านที่ห่างไกล มักมีปัญหาการขนส่งเกลือไอโอดेटเข้าจำหน่าย ต้องเสียค่าขนส่งสูง ไม่สามารถจะแข่งขันกับเกลือสินเธาว์ที่ผลิตในท้องถิ่นได้ จะได้ฝึกอบรมให้แม่บ้านได้สามารถผสมเกลือไอโอดेटได้เองในหมู่บ้าน โดยกำหนดเป้าหมาย ปีละ 50 ตัน

สำหรับปริมาณไอโอดีนที่มีอยู่ในเกลือ ให้ควบคุมการผสมให้อยู่ในเกณฑ์ความเข้มข้นของไอโอดีน 40 - 60 ส่วนในเกลือล้านส่วน เพื่อป้องกันไม่ให้น้อยไป ทำให้ไม่เกิดผลหรือมากไป ทำให้เกิดการระงับการพัฒนาของต่อมไทรอยด์ของเด็กในระยะตั้งครรภ์ และระยะกินนมแม่

ประเภทที่ 3 โรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กในเด็ก 0 - 4 ปี, 5 - 14 ปี, หญิงมีครรภ์, หญิงให้นมบุตร และประชาชนทั่วไป

กลวิธีและมาตรการที่ใช้ ได้มุ่งเน้นที่ชุมชนเช่นเดียวกับประเภทที่ 1 มีข้อแม้แตกต่างที่แยกออกมาพอสรุปได้ดังนี้คือ

3.1 ระบบการเฝ้าระวัง

จะพัฒนาเครื่องชี้วัดโดยใช้ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่เดิม โดยการรวบรวมข้อมูลจากการตรวจครรภ์ของสถานบริการทุกแห่ง ซึ่งมีการเจาะโลหิตเพื่อตรวจความเข้มข้นของโลหิตอยู่แล้ว โดยรวบรวมผลดังกล่าวเพื่อสรุปเป็นภาวะโลหิตจางของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั่วประเทศ พร้อมทั้งศึกษาเพื่อปรับเครื่องชี้วัดดังกล่าว เพื่อให้สามารถเป็นตัวชี้บ่งภาวะการขาดเหล็กของชุมชนนั้น ๆ ด้วย นอกจากนี้ ยังจะพัฒนาเพื่อหาเครื่องชี้วัดอื่นที่ง่ายและเหมาะสมต่อไป

3.2 การประสานงานเพื่อหามาตรการควบคุมที่เหมาะสม

กำหนดให้ประสานงานกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กต่อไป โดยสำหรับมาตรการเดิมคือ การผลิตเกลือผสมเหล็กจะยังคงผลิตต่อในจำนวน 500 ตันต่อปี ควบคู่กับมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสมด้วย

3.3 การศึกษาวิจัย

กำหนดให้ศึกษาวิจัยส่วนผสมของเหล็กในเม็มน้ำธรรมชาติ พร้อมการดูดซึมและใช้ประโยชน์ของร่างกาย

ประเภทที่ 4

โรคขาดโปรตีนและกำลังงานในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน

กลวิธีเน้นหนักเช่นเดียวกับประเภทที่ 1 โดยมีที่แตกต่างพอสรุปได้ดังนี้คือ

4.1 ระบบเฝ้าระวัง

จะใช้การสำรวจอาหาร บริโภคนิสัย และการจัดหาอาหารของคนงานในเขตโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อวิเคราะห์ส่วนขาดของความต้องการด้านอาหาร ปีละ 1 ครั้ง เพื่อกำหนดมาตรการในการส่งเสริมโภชนาการแก่คนงานโดยผ่านนายจ้างแรงงาน องค์กรแรงงานและภาคเอกชนอื่น ๆ

ประเภทที่ 5 โรคขาดสารอาหารอื่น ๆ และการแนะนำอาหารสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุ จะใช้กลวิธีและมาตรการเช่นเดียวกับประเภทที่ 1 โดยเน้นหนักการประสานงานกับส่วนราชการและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มประชากรเป้าหมายต่าง ๆ ทั่วถึง

กิจกรรมหลักและกิจกรรมสนับสนุน

1. การเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ

1.1 สำรวจทางโภชนาการเพื่อการศึกษาหรือป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคขาดสารอาหารชนิดและประเภทต่าง ๆ

1.2 จัดระบบข้อมูลข่าวสารทางโภชนาการ เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการในทุกระดับ

1.3 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่การเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการแก่ทุกระดับ ตั้งแต่หมู่บ้านถึงส่วนกลาง

2. การให้โภชนศึกษาและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

2.1 กำหนดเนื้อหา ออกแบบและจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่การให้โภชนศึกษาแก่ผู้ดำเนินการในทุกระดับ

2.2 พัฒนาระบบการให้โภชนศึกษาในชุมชนและสื่ออื่น ๆ ให้ได้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานอาหารและโภชนาการผ่านสื่อต่าง ๆ ที่เหมาะสม

3. การจัดสถานเลี้ยงอาหาร

3.1 ฝึกอบรมพี่เลี้ยงเด็ก หรืออาสาสมัครที่รับผิดชอบการจัดสถานเลี้ยงอาหารและศูนย์เด็กต่างๆ

3.2 พัฒนาองค์การชุมชนที่รับผิดชอบบริหารจัดการสถานเลี้ยงอาหารและศูนย์
เด็กต่าง ๆ

3.3 ประสานงานกับส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการสนับสนุน
การจัดสถานเลี้ยงอาหารและศูนย์เด็กต่าง ๆ

4. การผลิตและกระจายอาหารเสริม

4.1 พัฒนารูปแบบอาหารเสริม ให้เหมาะสมแก่ท้องถิ่นต่างๆ

4.2 พัฒนาความสามารถของชุมชนในการจัดหาทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับ
ท้องถิ่น

4.3 พัฒนาและสนับสนุนการผลิตอาหารที่มีคุณค่าเพื่อบริโภค และจำหน่ายใน
ระบบการตลาดทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และรายหมู่บ้าน

5. การศึกษาวิจัยทางอาหารและโภชนาการ

5.1 ศึกษาความสัมพันธ์ของอาหารและโภชนาการกับโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ

5.2 ศึกษาการขาดสารอาหารในระดับที่ยังไม่มีอาการทางคลินิกต่อการพัฒนา
ของร่างกายและจิตใจ สมรรถภาพทางกรเรียน ความต้านทานโรค อื่น ๆ

5.3 ศึกษาส่วนผสมของเหล็กในแหล่งน้ำธรรมชาติ การดูดซึมเข้าร่างกายและ
การใช้ประโยชน์ของร่างกาย

5.4 วิจัยด้านอาหารและโภชนาการอื่น ๆ

สำหรับกิจกรรมสนับสนุน มีดังนี้คือ

1. การพัฒนาบุคลากรและองค์กรทางอาหารและโภชนาการ
2. การวิเคราะห์วิจัยคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร
3. การประสานงานกับส่วนราชการและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องทางอาหารและ
โภชนาการ
4. การกำกับและประเมินผล

กิจกรรมและเป้าหมายการดำเนินงาน แผนงานโภชนาการตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6

กิจกรรม	เป้าหมาย/หน่วย	2530	2531	2532	2533	2534	2530-2534
1. ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-4 ปี ทุก 3 เดือน พร้อมแปลผลให้มารดาเด็กทราบ	เด็ก 0-4 ปี (คน)	3 ล้าน	4 ล้าน	5 ล้าน	6 ล้าน	6 ล้าน	6 ล้าน
2. สนับสนุนการชั่งน้ำหนักเด็ก 5-14 ปี ทุกเดือนโดยครูและผู้นำนักเรียน	เด็ก 5-14 ปี (คน)	6 ล้าน	6 ล้าน	7 ล้าน	7 ล้าน	8 ล้าน	8 ล้าน
3. ประมวลผลการตรวจความเข้มข้นของโลหิตจากการฝากครรภ์ของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ปีละ 1 ครั้ง	หญิงมีครรภ์ (คน)	1 แสน	1 แสน	1 แสน	1 แสน	1 แสน	1 แสน
4. สำรวจภาวะโภชนาการของประชาชนทุกกลุ่มอายุเป็นระยะ ๆ โดยการสุ่มตัวอย่าง	การสำรวจ (ครั้ง)	-	1 ครั้ง	-	1 ครั้ง	-	2 ครั้ง
5. สำรวจโรคขาดสารไอโอดีนใน 10 จังหวัด	การสำรวจ (ครั้ง)	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	5 ครั้ง
6. สำรวจภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของคนงานโดยการสุ่มตัวอย่าง	การสำรวจ (ครั้ง)	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	5 ครั้ง
7. ประมวลผลการระบาคของโรคขาดสารอาหารจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทุก 3 เดือน	แหล่งข้อมูล (แหล่ง)	1 แหล่ง	1 แหล่ง	2 แหล่ง	2 แหล่ง	3 แหล่ง	3 แหล่ง

กิจกรรม	เป้าหมาย/หน่วย	2530	2531	2532	2533	2534	2530-2534
8. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางอาหารและโภชนาการ	ศูนย์ (แห่ง)	-	1 ศูนย์	-	9 ศูนย์	-	10 ศูนย์
9. ให้โภชนศึกษาแก่หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และหญิงวัยเจริญพันธุ์อื่น ๆ โดยผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้านและแม่บ้าน	หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และหญิงวัยเจริญพันธุ์อื่น ๆ (คน)	11 ล้าน	12 ล้าน	12 ล้าน	13 ล้าน	13 ล้าน	13 ล้าน
10. ให้โภชนศึกษาผ่านสื่อมวลชนและสื่ออื่น ๆ							
- บทความในวารสารและหนังสือพิมพ์	บทความ (เรื่อง)	120	120	120	120	120	600 เรื่อง
- บทความทางวิทยุกระจายเสียง	บทความ (เรื่อง)	120	120	120	120	120	600 เรื่อง
- รายการทางสถานีโทรทัศน์	รายการ (ครั้ง)	4	4	4	6	6	24 ครั้ง
- แถลงข่าวความก้าวหน้าของงาน	ข่าว (ครั้ง)	2	2	2	2	2	10 ครั้ง
- สอดแทรกในบทประพันธ์ของนักประพันธ์	บทประพันธ์ (เรื่อง)	2	2	2	2	2	10 เรื่อง
- สอดแทรกในการแสดงพื้นบ้าน	การแสดง (เรื่อง)	10	10	10	10	10	50 เรื่อง

กิจกรรม	เป้าหมาย/หน่วย	2530	2531	2532	2533	2534	2530-2534
- อบรมเจ้าหน้าที่กองโภชนาการ และเขต		20	20	20	20	20	100
- อบรมผู้ปฏิบัติระดับจังหวัด		144	—	144	—	144	144
- อบรมผู้ปฏิบัติระดับอำเภอ		600	600	—	600	600	1,200
- อบรมผู้ปฏิบัติระดับตำบล		500	500	500	500	500	2,500
- อบรมผู้ปฏิบัติระดับหมู่บ้าน		40,000	50,000	60,000	70,000	80,000	300,000
14. รักษางานศูนย์โภชนาการเด็กทั่วประเทศ	จำนวนแห่ง	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250
15. จัดสถานจัดเลี้ยงอาหารเด็ก	จำนวนแห่ง	4,000	5,000	6,000	7,000	8,000	30,000
16. ผลิตและกระจายอาหารเสริมผลิตเอง ในท้องถิ่น	อาหารเสริม (กก.)	1.6 แส่น	2 แส่น	2.4 แส่น	2.8 แส่น	3.2 แส่น	1.2 ล้าน
17. การผลิตเกลืออนามัย (เกลือไอโอเดท)	เกลือ (ตัน)						
- ผลิตในส่วนกลาง		10,000	10,000	10,000	20,000	20,000	70,000
- ผลิตในระดับเขต/จังหวัด		500	500	500	500	500	2,500
- ผลิตในระดับหมู่บ้าน		50	50	50	50	50	250
18. การผลิตเกลือผสมเหล็ก	เกลือ (ตัน)	500	500	500	500	500	2,500
19. การค้นคว้าวิจัยทางอาหารและ โภชนาการ	งานวิจัย (เรื่อง)	4	4	4	10	10	32
20. การพัฒนา รูปแบบ วิธีการ และ เครื่องมือ ในการดำเนินงานอาหาร และโภชนาการ	งานพัฒนา (เรื่อง)	2	2	2	4	4	14

แนวทางการพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539)

เพื่อให้พัฒนาการสาธารณสุขบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจตามจุดมุ่งหมาย และเพื่อให้ประชาชนในชาติมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าการพัฒนาที่ถูกต้อง จะต้องตั้งอยู่บนแนวทาง 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ความครอบคลุมและความเป็นธรรม การจัดบริการสาธารณสุขในทุกระดับ ประเภทควรจะเป็นตามลักษณะสามารถครอบคลุมทุกพื้นที่ในลักษณะ แต่ละบุคคล ไม่ว่าจะมีความแตกต่างทั้งทางด้าน เพศ วัย เศรษฐฐานะสังคมและวัฒนธรรม สามารถได้รับบริการได้อย่างเหมาะสมและทันกาล ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก สตรี และชนกลุ่มน้อยที่เสียเปรียบในสังคม เป็นชนที่บริการทางด้านสาธารณสุข จะต้องเน้นให้สามารถครอบคลุมได้อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

2. การพัฒนาที่มีบูรณาการ การพัฒนาสาธารณสุขควรอยู่บนพื้นฐานของการผสมผสานระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลให้กลมกลืน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างครบถ้วน นอกจากนั้นแล้วการประสานงานและการส่งต่อประชาชนที่ต้องการการดูแลควรจะเป็นไปในลักษณะที่ประชาชนสามารถได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ครบถ้วนและทันกาล โดยสถานบริการที่อยู่ใกล้ที่สุด ทั้งนี้โดยไม่มีช่องว่างที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการในระดับที่สูงกว่าได้ในยามที่ต้องการ หรือสถานบริการที่อยู่ใกล้ประชาชนไม่ได้ถูกใช้ไปอย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

3. ความสอดคล้องกับพื้นที่ การวางแผน และดำเนินการสาธารณสุข ควรจะดำเนินไปในลักษณะที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ โดยเฉพาะประชากรที่มีฐานะ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน รูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุข ควรจะมีความหลากหลายเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นไปได้อย่างดีทั้งในชุมชนเขตเมือง และชุมชนเขตชนบท ในชุมชนแออัดที่ยากจนและในชุมชนเศรษฐกิจที่ร่ำรวย การพัฒนาสาธารณสุขที่สอดคล้องและสอดคล้องนี้ จะต้องดำเนินไปในลักษณะที่มีมาตรฐานทั้งปริมาณ และคุณภาพ โดยสอดคล้องกับสภาพการพัฒนาในพื้นที่นั้น

4. การพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน การพัฒนาสาธารณสุข ควรจะเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนและสังคมเข้ามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการแก้ปัญหาสาธารณสุขไปพร้อม ๆ กันกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมบนรากฐานของศักยภาพการพึ่งตนเองที่ประชาชนและชุมชนนั้น ๆ มีอยู่การพึ่งภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีอยู่แล้ว เช่น การรักษาพื้นบ้าน การใช้สมุนไพร ฯลฯ หรือการส่งเสริมให้ประชาชนและองค์กรชุมชนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การรักษา

สภาพแวดล้อมและการดูแลสุขภาพของตนเอง ฯลฯ จะเป็นการประกันความสำเร็จ และความยั่งยืนของการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของประชาชนและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มทุนทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงอีกด้วย

นโยบายการพัฒนา

เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะอันใกล้ การพัฒนาสาธารณสุขที่ยึดหลักความครอบคลุมและความเป็นธรรม การผสมผสานที่กลมกลืนและครบถ้วน ความยืดหยุ่นและความสอดคล้อง และการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน จึงได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาสาธารณสุขในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทอย่างต่อเนื่อง พัฒนาให้มีความหลากหลายและขยายเข้าไปในเขตเมืองให้มากขึ้น
2. ปรับปรุงคุณภาพ และประสิทธิภาพของสถานบริการทุกระดับ โดยพัฒนาสถานบริการระดับล่าง ให้สามารถรักษาผู้ป่วยที่พบบ่อยและโรคฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง พัฒนาสถานบริการระดับจังหวัดให้สามารถเป็นจุดรองรับส่งต่อและปรับปรุงระบบการส่งต่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. สนับสนุนให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงานทั้งในและต่างประเทศ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมอื่น ๆ ได้มีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุข ทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ พิ้นฟูสภาพและรักษาพยาบาล
4. ปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารงานสาธารณสุข และกฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการบริหาร
5. แสวงหาและพัฒนาทรัพยากร เพื่อการสนับสนุนงานสาธารณสุขให้มีความพอเพียง และมีคุณภาพในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
6. ปรับปรุง และพัฒนาขบวนการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ให้มีประสิทธิภาพอย่างกว้างขวาง
7. พัฒนาและส่งเสริมการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข บนรากฐานของการพึ่งตนเองให้มากขึ้นในระยะยาว
8. ปรับปรุงบทบาทนิติแห่งกฎหมายและกฎ ระเบียบข้อบังคับต่างๆ ให้เอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุข

กลวิธีในการพัฒนาการสาธารณสุข

กลุ่มที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

- ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนทั้งในชนบทและเขตเมือง มีส่วนร่วมในงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ และรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องภายใต้การสนับสนุนอย่างจริงจังของเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ
- ส่งเสริมการเพิ่มบทบาทของประชาชน ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดปัญหา ความต้องการ วิธีการแก้ปัญหา การริเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชน การบริหารทรัพยากรทั้งที่ระดมได้โดยชุมชนเอง และที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของชุมชน
- ส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้ และเทคโนโลยี ในการดำเนินงานสาธารณสุขของชุมชนที่ได้มีการพัฒนา และใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมระหว่างชุมชนหรือหมู่บ้าน โดยรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการและทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการขยายการดำเนินงาน
- สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยทางเลือกในส่วนที่สามารถดำเนินการโดยประชาชน เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร และอื่น ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้เป็นไปอย่างถูกต้อง และเป็นระบบสามารถประสานกับทางเลือกของการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันได้
- ส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสาธารณสุข ให้มีความหลากหลาย สามารถปรับให้ใช้ได้ในสภาพพื้นที่ที่แตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม
- ส่งเสริมการศึกษา แสวงหา และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ซึ่งประชาชนสามารถมีส่วนร่วมกับภาครัฐได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ
- สนับสนุนให้ ประชาชน และองค์กรพัฒนาเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและการแก้ไขปัญหาสำคัญเฉพาะที่ต้องการแก้ไขโดยเร่งด่วน เช่น ภัยอันตรายที่เกิดขึ้นในยามฉุกเฉินและ โรคเอดส์

กลุ่มที่ 2 การเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพการบริการสาธารณสุขทุกระดับ

- เน้นการยกระดับความสามารถ ในการให้บริการของสถานอนามัย ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นในด้านการรักษาพยาบาล
- เพิ่มประสิทธิภาพและขนาด (จำนวนเตียง) ของโรงพยาบาลชุมชน ที่มีสถิติอัตราครองเตียงสูง

- เพิ่มประสิทธิภาพ และยกระดับโรงพยาบาลศูนย์ให้สามารถบริการผู้ป่วยได้ทุกประเภท ถึงระดับที่ผู้ป่วยในส่วนภูมิภาค ไม่จำเป็นต้องเข้ามารับการรักษารักษาในส่วนกลาง
- เพิ่มประสิทธิภาพ และจำนวนศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อให้การบริการครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ
- พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัย ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมการจัดระบบการส่งต่อระหว่างภาครัฐและเอกชน และระบบการส่งต่อระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและโรงพยาบาลต่าง ๆ เฉพาะในกรุงเทพมหานคร ให้มีการปรับปรุงระบบการส่งต่อระหว่างภาครัฐด้วยกัน ภาครัฐและเอกชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กลุ่มที่ 3 การสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุข

- จัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างเป็นธรรม
- สนับสนุนและพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ทั้งโดยบังคับและสมัครใจให้สามารถครอบคลุมกว้างขวางในขอบข่ายทั่วประเทศ
- วางแนวทาง และมาตรการที่เฉพาะและเหมาะสม เพื่อให้มีหลักประกันในด้านการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ คนงานในต่างประเทศ และกลุ่มครอบครัวใช้แรงงานที่อพยพเข้ามาในเมืองและไม่มีหลักแหล่งที่แน่นอน

กลุ่มที่ 4 การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานสาธารณสุข

- ดำเนินการพัฒนา โดยจำแนกพื้นที่เพื่อดำเนินการพัฒนาที่สอดคล้องกับสภาพทางพื้นที่ในรูปแบบต่าง ๆ กันที่เหมาะสม การจำแนกพื้นที่เพื่อกำหนดการพัฒนาที่แตกต่างกันนี้ จะกำหนดเป็นพื้นที่เป็นเขตกรุงเทพมหานคร เขตปริมณฑล และเมือง เขตอำเภอและตำบลในชนบท และเขตพื้นที่เฉพาะ ซึ่งมีลักษณะพิเศษ เช่น เขตพัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก เขตพื้นที่ภูเขาภาคเหนือ และดำเนินการพัฒนาด้วยรูปแบบที่เหมาะสม
- ปรับปรุงระบบโครงสร้างและองค์กร ให้เอื้ออำนวยต่อการแก้ไขปัญหาที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 อันได้แก่ ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และโรคเอดส์
- พัฒนาองค์กรที่รับผิดชอบในด้านแผน และการดำเนินงานให้มีความเข้มแข็งขึ้นต่อการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการควบคุมกำกับและการประเมินผลให้การปฏิบัติ

สามารถดำเนินไปตามนโยบายที่ได้วางไว้ ตลอดจนการวางแผนระยะยาว เพื่อการแก้ไขปัญหา สาธารณสุข โดยเฉพาะการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข

- ส่งเสริมการประสานงานระหว่างสาขาต่าง ๆ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ ในการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

- พัฒนาองค์การการประสานงานกับองค์กรพัฒนาภาคเอกชนและธุรกิจเอกชน และ สนับสนุนบทบาท การพัฒนาสาธารณสุขขององค์กรเหล่านี้ ให้สามารถมีการดำเนินการพัฒนา สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

- ปรับปรุง และแก้ไขระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ให้สามารถเอื้อต่อการกระจาย อำนาจเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ปรับปรุงประสิทธิภาพของการพัฒนานโยบายและการวางแผน รวมทั้งการจัด ระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ข้อมูลระดับชาติ โดยการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ให้เป็นประโยชน์ ต่อการวางแผนนโยบายและแผนให้มากขึ้น

- พัฒนาหน่วยงานที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการต่างประเทศ เพื่อให้การร่วมมือ ทางวิชาการ การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี การป้องกันผลกระทบด้านสาธารณสุขอันเกิดจากความ สัมพันธ์กับต่างประเทศ รวมทั้งการให้การดูแลสุขภาพของประชาชนที่ไปปฏิบัติงานในต่างประเทศ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กลุ่มที่ 5 การแสวงหาและพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุข

- ประสานงานเพื่อให้การเพิ่มของงบประมาณด้านสาธารณสุข เติบโตขึ้นในอัตราที่ เหมาะสมกับสภาพปัญหา เพื่อให้มีความพอเพียงในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

- เพิ่มและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้มีความพอเพียง และมีขีดความ สามารถเพิ่มมากขึ้นในการตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนา โดยเฉพาะการพัฒนาบริการในระดับ สถานีอนามัยในตำบล และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคเอดส์

- เร่งปรับปรุงระเบียบการให้ผลตอบแทน สรรหาการแนวทางที่เหมาะสม เพื่อการ ปรับปรุงสวัสดิการและรายได้ที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะ “สมองไหล” จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน จน อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสาธารณสุข

- เร่งประสาน และระดมทรัพยากรจาก ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชน ให้เข้ามามีส่วนในการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อเพิ่มทรัพยากรสำหรับการพัฒนาให้มากขึ้น

- วางแนวทางการวางแผน และจัดสรรทรัพยากรให้กระจายไปอย่างเท่าเทียม โดยเน้นความสำคัญที่ตำบลและหมู่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ยากจน

กลุ่มที่ 6 การปรับปรุงและพัฒนาขบวนการเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข

- เน้นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการศึกษาแก่ประชาชนในลักษณะที่ก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะที่สามารถปรับปรุงพฤติกรรม ที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี

- การส่งเสริมองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และประชาชนให้มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข และรณรงค์ในปัญหาสำคัญในขอบข่ายที่กว้างขวาง

- การพัฒนารูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร โดยการใช้สื่อและกรรมวิธีอื่นๆ ซึ่งมีประสิทธิภาพทัดเทียมกับการเผยแพร่การตลาดในภาคธุรกิจเอกชน

- การสนับสนุนและพัฒนาให้องค์กรในระบบบริการสาธารณสุขมีความคล่องตัว และศักยภาพเพิ่มมากขึ้น ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน

- ประสานและส่งเสริมการศึกษา ทั้งในและนอกระบบ ให้มีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพ ให้ครอบคลุมกว้างขวางยิ่งขึ้น

กลุ่มที่ 7 การพัฒนาและส่งเสริมการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางด้านสาธารณสุข

- จัดให้มีระบบประเมินคุณภาพและความเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศชาติ

- ปรับปรุงและขยายงานการตรวจวิเคราะห์ และวิจัยทางห้องปฏิบัติการให้มีคุณภาพและเพียงพอเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานการควบคุม และป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภค การอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมอื่นๆ ที่มีความจำเป็นต่อเศรษฐกิจของประเทศ เช่น การส่งออกอาหาร และสินค้าบริโภคอื่นๆ

- สนับสนุนการพัฒนาและการผลิตยา - เวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับแผนของการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามบัญชียาหลักแห่งชาติในการสาธารณสุขมูลฐาน และในโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 เช่น โรคเอดส์

- สนับสนุนการพัฒนาและการผลิตยาชีววัตถุ และเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น วัคซีนในโครงการ EPI (Expanded Programme on Immunization) ฉวยางอนามัย กระบอกฉีดยาชนิดใช้ครั้งเดียว (Sisposable syringe) ที่มีความจำเป็นเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเพื่อการใช้ในกลุ่มเรื้อรังไม่ติดต่อและการควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคเอดส์

- สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นบ้าน ได้แก่ การแพทย์และเกษตรกรรมไทย การนวดไทยสมุนไพรและเทคโนโลยีพื้นบ้านอื่นๆ ให้แพร่หลายมากขึ้น และประสานการใช้ร่วมกับเทคโนโลยีปัจจุบันในการบริการสาธารณสุข

- ส่งเสริม และสนับสนุนการวิจัยพัฒนาสมุนไพร เป็นยาแผนปัจจุบันและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ จากสมุนไพร เพื่อนำไปให้เป็นประโยชน์โดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งในสถานบริการของรัฐ การสาธารณสุขมูลฐานและเพื่อการส่งออก จัดให้มีศูนย์ประสานงานทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ

- แสวงหาความร่วมมือจากภาคเอกชน ทั้งในและต่างประเทศในการผลิตวัตถุดิบที่ใช้ในอุตสาหกรรมยา จากวัตถุดิบภายในประเทศ เพื่อทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศ

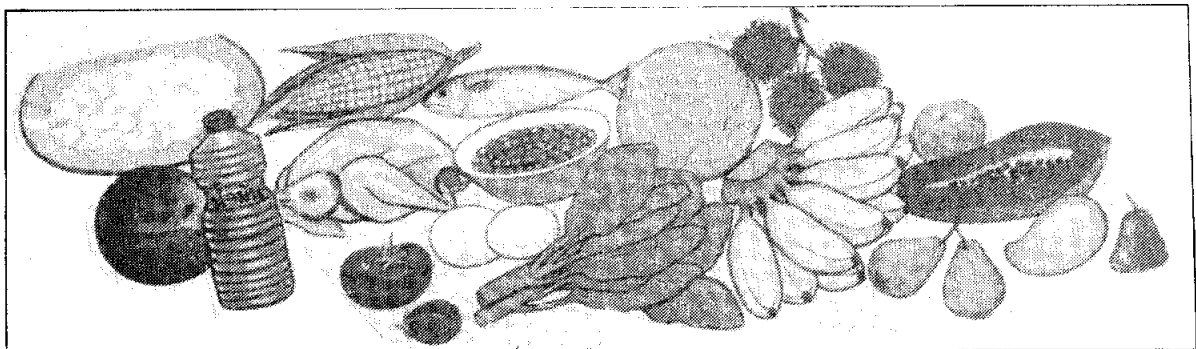
กลุ่มที่ 8 การปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับให้เอื้อต่อการพัฒนาสาธารณสุข

- พิจารณาและพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรเป็นยา การคุ้มครองผู้บริโภค การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย การเสพยาเสพติดให้โทษ การระบาดของโรคที่สำคัญ เช่น โรคเอดส์ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

- ประสานงานการแก้ไขกฎหมาย และการบังคับใช้ให้เป็นไปตามกฎหมาย เพื่อสนับสนุนให้การพัฒนาสาธารณสุขดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การจัดบริการรับเรื่องราวร้องทุกข์ และประมวลผลข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ สำหรับการป้องกันและปราบปรามตามกฎหมาย

- การส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้ การประชาสัมพันธ์ทางด้านกฎหมายสาธารณสุข เพื่อให้เจ้าหน้าที่ และประชาชนมีความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการทำให้การดำเนินการทางด้านนี้มีผลอย่างจริงจัง

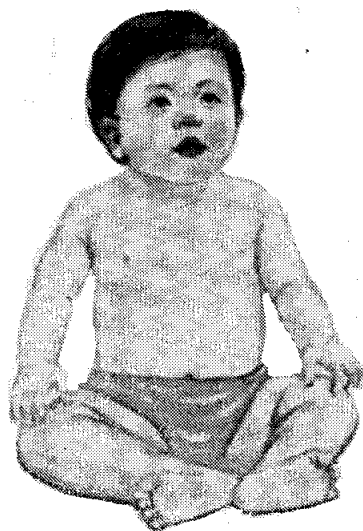


เป้าหมายสำคัญในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535 - 2539)

เป้าหมาย	ข้อมูลล่าสุด
1. ลดอัตราการตายของทารกลงให้เหลือ 23 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต	35 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต (2530)
2. ลดอัตราการตายของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดลงให้เหลือ 0.3 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต	0.4 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต (2530)
3. ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้เหลือ 35 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต	45 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต (2530)
4. ทารกน้ำหนักแรกเกิดเท่ากับหรือมากกว่า 3,000 กรัม มีอยู่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของการคลอดในปี 2539	55.2 % (2532)
5. ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีไม่เกินร้อยละ 7 ของการคลอดในปี 2539	9.3 % (2532)
6. ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ไม่เกินร้อยละ 1	1.9 % (2533)
7. ลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 1.2	1.46 %
8. ลดอัตราการป่วยด้วยอาการคอบอกในเด็กชั้นประถมศึกษาในพื้นที่อำเภอ ให้เหลือต่ำกว่าร้อยละ 10	28.48 % (2532)
9. ส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในหญิงมีครรภ์และมารดา ครอบคลุมร้อยละ 60	-
10. ส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ครอบคลุมร้อยละ 50	-
11. หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว และคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 77	70.5 % (2530)
12. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ ทัด ตับอักเสบบี ครบตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 90	วัณโรค 96 %, คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก 90 % , โปลิโอ 90 % ทัด 80 %
13. ครอบครัวยุคใหม่มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพภิบาล ร้อยละ 95	73.8 % (2533)
14. ครอบครัวยุคใหม่มีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอตลอดปี (ร้อยละ 5 ลิตร/คน/วัน) ร้อยละ 95	74.4 % (2533)
15. ลดอัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	
- คอตีบ ไม่ให้เกิน 0.05 ต่อประชากรแสนคน	0.17 ต่อประชากรแสนคน (2532)
- ไอกรน ไม่ให้เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน	1.9 ต่อประชากรแสนคน (2532)
- ทัด ไม่ให้เกิน 15 ต่อประชากรแสนคน	21.31 ต่อประชากรแสนคน (2532)
- โปลิโอ ปลอดโรคในทุกพื้นที่	0.03 ต่อประชากรแสนคน (2532)
- บาดทะยัก ในเด็กเกิดใหม่ ปลอดในทุกพื้นที่	31.07 ต่อประชากรแสนคน (2530)
16. ลดอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกไม่ให้เป็น 85 ต่อประชากรแสนคน	325.13 ต่อประชากรแสนคน (2530)
17. ลดอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เหลือไม่เกิน 3,500 ต่อประชากรแสนคน	4,611 ต่อประชากรแสนคน (2531)

เป้าหมายสำคัญในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535 - 2539) (ต่อ)

เป้าหมาย	ข้อมูลล่าสุด
18. ลดอัตราป่วยด้วยโรคฉี่หนูโรคปอด ไม่ให้เกินร้อยละ 0.16 และ อัตราตายไม่ให้เกิน 7 ต่อประชากรแสนคน	อัตราป่วยวัณโรคปอด 0.22 % (2530) อัตราตาย 8.2 ต่อประชากรแสนคน (2531)
19. ลดอัตราความชุกชุมของโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรทุกกลุ่มอายุในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ให้เกินร้อยละ 20	30.3 % (2532)
20. ลดอัตราป่วยด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่ให้เกินร้อยละ 5 และ อัตราตายไม่ให้เกินร้อยละ 50 ของผู้ป่วยในปีปัจจุบัน	
21. จัดทำระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลชุมชน 680 แห่ง	42 แห่ง (2533)
22. จัดทำเคาเฝ้าชะงะติดเชื้อในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน 700 แห่ง	53 แห่ง (2533)
23. ก่อสร้างสถานอนามัยใหม่ 1,576 แห่ง	สถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ
24. ปรับปรุง รพช. จาก 10 เตียง เป็น 30 เตียง 250 แห่ง ปรับปรุง รพช. จาก 30 เตียง เป็น 60 เตียง 32 แห่ง	ในปี พ.ศ. 2533 มีดังนี้
25. ก่อสร้าง รพช. ใหม่ 10 เตียง 85 แห่ง	1. สถานอนามัย 7,868 แห่ง
26. พัฒนา รพช. ให้เป็น รพท. 16 แห่ง	2. โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง 350 แห่ง
27. พัฒนา รพท. ให้เป็น รพศ. 7 แห่ง	3. โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 219 แห่ง
	4. โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 51 แห่ง
	5. โรงพยาบาลทั่วไป 72 แห่ง
	6. โรงพยาบาลศูนย์ 17 แห่ง



สรุปงบประมาณตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) จำแนกตามสาขา

สาขา/แผนงาน	งบประมาณ (ล้านบาท)					รวม
	2535	2536	2537	2538	2539	
1. สาขาการบริหารการสาธารณสุข	1,095.25	1,361.41	1,441.32	1,489.71	1,640.85	7,028.54
2. สาขาการบริการสาธารณสุข	24,017.38	31,746.44	32,421.88	33,976.44	35,806.56	157,768.71
3. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ	1,318.91	1,649.91	1,860.69	1,988.16	2,290.08	9,107.74
4. สาขาสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม	3,094.72	4,092.27	4,518.77	5,114.22	5,738.95	22,558.92
5. สาขาการควบคุมและป้องกันโรค	2,559.66	3,235.23	3,703.39	3,639.35	4,096.77	17,234.39
6. สาขาการผลิตและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	1,120.31	1,626.98	1,424.27	1,177.80	1,330.22	6,679.59
7. สาขาการพัฒนาคุณภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสาธารณสุขมูลฐาน	815.08	1,396.78	1,680.69	1,822.03	1,843.13	7,557.71
8. สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	194.52	229.26	237.56	262.76	263.42	1,187.52
9. สาขาการพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข	298.34	464.36	509.68	543.34	390.44	2,206.16
รวมทั้งสิ้น	34,514.17	45,802.64	47,798.25	50,013.81	53,200.42	231,319.29

แนวทางการพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544)

1. สถานการณ์เศรษฐกิจสังคม และการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

1.1 การพัฒนาประเทศ ในระยะที่ผ่านมา มีผลทำให้เกิดการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องมีการติดต่อสื่อสารและการคมนาคมที่สะดวกรวดเร็ว ประชาชนที่อยู่อาศัยในเขตเมืองและประชาชนที่ประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในวิถีการดำเนินชีวิต สถานะสุขภาพ พฤติกรรมอนามัย และรูปแบบความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศโดยรวม

1.2 ความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศไทยมีทรัพยากร สำหรับใช้ในการพัฒนาสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทั้งภาครัฐและเอกชนได้จัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยภาครัฐได้จัดบริการแก่ประชาชนทั้งในระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปสำหรับภาคเอกชนก็มีบทบาทเพิ่มขึ้น ในด้านบริการสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการรักษา

1.3 การดำเนินงานพัฒนาการสาธารณสุขทั้งด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟู ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยที่สำคัญและชัดเจน คือ ประชาชนมีชีวิตยืนยาวขึ้นกว่าเดิมจากต้นแผนฯ 7 ถึงปลายแผนฯ 7 เพศชายจาก 63.2 ปี เพศหญิงจาก 68.7 ปี เป็นชาย 66.48 ปี หญิง 71.04 ปี อัตราตายมารดาและทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ลดลงเหลือเพียง 0.23 และ 25.9 สำหรับอัตราตายโดยรวมในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ลดลงจาก 531 เหลือ 4.9 ต่อประชากร 1,000 คน ภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 ในเด็กอายุ 0 - 5 ปีหมดไป นอกจากนี้โรคติดต่อที่เป็นปัญหาร้ายแรงของไทยในอดีตบางโรค เช่น ไข้ทรพิษ ได้ถูกกวาดล้างหมดสิ้นไป เด็กและผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรี ประชาชนทั่วไปสามารถประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่สมัครใจและบังคับ ความสำเร็จในด้านการพัฒนาสาธารณสุขจากการจัดบริการขั้นพื้นฐาน การดูแลสุขภาพตนเองในประชาชน โดยอาศัยกลไกของการสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการดูแลและพัฒนาคุณภาพตนเองในประชาชน และได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณในสัดส่วนที่สูงขึ้น ทั้งนี้ โดยได้รับเพิ่มขึ้นจาก 5.35 % ของงบประมาณภาครัฐในปี 2535 เป็น 6.65 % ในปี 2539

1.4 ในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในประเทศ ได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดในด้านภาวะสุขภาพอนามัยคือ ประชาชนตายเนื่องจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง หัวใจ และหลอดเลือด และอุบัติเหตุ รวมทั้งโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเช่น เบาหวาน และโรคโลหิตจาง เป็นต้น แต่สถานการณ์โรคติดต่อร้ายแรงบางอย่าง เช่น โรคเอดส์ หรือโรคที่เป็นปัญหาแต่เดิม

เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มาลาเรีย ยังคงอยู่ในลำดับความสำคัญที่จำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินการควบคุมให้ลดลง นอกจากนั้นการอพยพย้ายถิ่น หรือการติดต่อข้ามพรมแดนของประชาชน ทำให้การควบคุมโรคติดต่อเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก และมีการนำเข้าโรคติดต่อใหม่อื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ภาวะเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบันทำให้ประชาชนเผชิญกับความเครียด ภาวะสุขภาพจิต ตลอดจนปัญหาอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม จะทวีความรุนแรงขึ้น

ความสำเร็จในการลดอัตราการเพิ่มของประชากรและความก้าวหน้าด้านการรักษาพยาบาลได้ส่งผลให้ประชากรวัยทำงาน และผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งจะต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมรองรับแก่ผู้สูงอายุ และผู้ใช้แรงงานเพื่อให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

นอกจากนั้น ปัญหาในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน ปัญหาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ ยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทายการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้กลไกทางสังคม และกลไกทางการเงิน การคลัง กระตุ้นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาล ตลอดจนการผลักดันให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และส่งเสริมให้ภาคเอกชนและประชากรในท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขอย่างจริงจัง

1.5 ระบบสาธารณสุขได้ขยายตัวและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้เกิดสินค้าสุขภาพประเภทต่าง ๆ ในขณะเดียวกันประชาชนได้ทวีความนิยม และเห็นคุณค่าของการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยเพิ่มขึ้นในกระบวนการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล มีการใช้สื่อสาธารณะ เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางวิทยาการ ทำให้การสาธารณสุขไทยมีความเกี่ยวข้องกับสังคมโลก มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และมีการประสานความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับปรุงระบบการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศ ทั้งของภาครัฐและเอกชน ให้สามารถคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบทั้งหมดที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข ให้สอดคล้องต่อกติกาสากล และเอื้อต่อการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ

แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนฯ 8 มีเป้าหมายที่ “คน” โดยให้คน เป็นทั้งผู้รับประโยชน์และผู้ร่วมพัฒนาต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนนั้น จำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการสาธารณสุขที่ชัดเจน ส่งเสริมการกระจายอำนาจ ประสานการดำเนินงานระหว่าง

ภาครัฐ เอกชน ให้ประชาชน องค์กรชุมชน ในทุกระดับให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ กำหนดทิศทาง และบริหารการสาธารณสุขของท้องถิ่น

2. แนวคิดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนากับการพัฒนาสาธารณสุข

1. การพัฒนาประเทศ นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) จะมีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทิศทางและกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เน้น การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนา จะเปลี่ยนเป็นการเน้น “คนเป็นศูนย์กลาง” เพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง คนเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนาและ คนก็เป็นผู้ได้รับประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา ดังนั้นการพัฒนาเศรษฐกิจจะเป็นเพียงเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ช่วยให้คนมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น การพัฒนาเศรษฐกิจจึงไม่ใช่ เป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาอีกต่อไป

2. การพัฒนาประเทศ โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง หรือจุดมุ่งหมายหลักของการ พัฒนาตามทิศทางดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาจากเดิม ซึ่งแยกการพัฒนาออกเป็นส่วน ๆ หรือเป็นเรื่อง ๆ ตามรายสาขามาเป็น “การพัฒนาแบบองค์รวมหรือบูรณาการ” คือ พัฒนาปัจจัยต่าง ๆ ในลักษณะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของคนทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กับการ พัฒนาสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัวคน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติ ฯลฯ โดยเอื้อต่อการพัฒนาคนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุล และยั่งยืนในระยะยาว

3. จากแนวคิดที่เน้นคน เป็นศูนย์กลางการพัฒนาดังกล่าว การพัฒนาสุขภาพ และ พละนาามัยของคน เป็นองค์ประกอบและเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา จะเห็นได้ว่าการพัฒนาด้านสาธารณสุขมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนา คนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขที่แท้จริง

4. การพัฒนาสาธารณสุข เพื่อสนองตอบเป้าหมายการพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง ของการพัฒนาในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จึงควรเน้นความสำคัญของพัฒนาแบบองค์รวมใน 2 ลักษณะคือ

ประการที่หนึ่ง เน้นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับ เศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข

ประการที่สอง เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพพลานามัยใน การเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว สำหรับโรคง่าย ๆ ควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทั้งระบบบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ ระบบบริหารจัดการ และสถานะแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและพลานามัยที่ดี

3. ภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทย

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ อันได้แก่ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ด้านสถานะแวดล้อม และด้านสาธารณสุข ส่วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งในด้านบวกและ ด้านลบ ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนาสาธารณสุขสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง และแนวโน้มสุขภาพอนามัย ตลอดจนสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของ ประเทศในอนาคตซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมาก รวมทั้งเพื่อให้บรรลุถึงสภาพที่พึงปรารถนาของ คนไทยและสังคมในอนาคต จึงได้กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ ตั้งแต่เริ่ม ปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นกรอบของการพัฒนาด้านสาธารณสุข ดังนี้

คนไทยทุกคน ไม่จำกัดในเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคนที่มีความปกติสุข ทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทาง สังคมโดย

1. เกิดและเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
2. ได้รับการพัฒนาทั้งทาง กาย ทางใจ และสติปัญญา ดีพอที่จะปรับตัว และอยู่ใน โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ
3. มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม
4. อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ
5. ดำรงชีวิต และประกอบอาชีพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย
6. มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสม คักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4. วัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุข

การพัฒนาสาธารณสุขให้สามารถเสริมสร้างศักยภาพของคน และคำนึงถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของคน มีวัตถุประสงค์ของการพัฒนาที่สำคัญ ดังนี้

1. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและครอบครัว
2. เพื่อให้ภาวะการเจ็บป่วยและตาย ด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง และโรคที่ป้องกันได้ลดลง
3. เพื่อให้ประชาชน มีหลักประกันด้านสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ
4. เพื่อให้ประชาชน ได้รับความคุ้มครองด้านผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและปลอดภัย โดยมีองค์ความรู้และพฤติกรรมในการเลือกใช้และบริการที่เหมาะสม
5. เพื่อให้ประชาชน ได้รับการคุ้มครองให้มีคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี และปลอดภัยต่อวิถีการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ
6. ทำให้องค์กรชุมชน สามารถดูแลรับผิดชอบสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน ได้อย่างเข้มแข็งมีประสิทธิภาพ
7. เพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงมีครรภ์ และเด็กได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างมีคุณภาพ
8. ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัย และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า
9. เพื่อให้คนไทยเป็นผู้ที่สามารถนำภูมิปัญญาด้านสาธารณสุขไปใช้ประโยชน์ได้ทุกระดับและเป็นผู้นำด้านสุขภาพในภูมิภาคนี้

5. เป้าหมาย

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนฯ 8 จึงได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนา คือ

1. อัตราตายทารกจาก 25.9 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2538
2. อัตราตายมารดาจาก 0.14 ต่อประชากร 1000 คนในปี 2538 0.10 ในปี 2544

3. อายุคาดเฉลี่ยของประชากรเพศหญิง จาก 71.04 ปี ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 71.74 ปี ใน พ.ศ. 2544 โดยเพศชายจาก 66.48 ปี ใน พ.ศ. 2538 เป็น 67.36 ปี ในปี พ.ศ. 2544

6. ยุทธศาสตร์

เพื่อให้การพัฒนาสาธารณสุข สามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาได้อย่างแท้จริง จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาไว้ดังนี้

1. ปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข
2. พัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพ และความสะดวกในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข
3. พัฒนาพฤติกรรม ออนามัย สุขภาพเพื่อการควบคุมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ
4. พัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
5. พัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
6. เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสม
7. ศึกษาค้นคว้า วิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพเทคโนโลยีสาธารณสุข

7. การปฏิบัติตามแผนและการติดตามและประเมินผล

ในการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บังเกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับปรุงประสิทธิภาพ และปรับบทบาทหน่วยงานแผนและประเมินผล ทั้งในระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับจังหวัด ให้ประสานสอดคล้องกัน และปฏิรูปการทำงานให้ส่งเสริมแนวทางการกระจายอำนาจสู่จังหวัด เพื่อให้แผนในระดับปฏิบัติสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างแท้จริงเพื่อให้เอื้อประโยชน์ในการดำเนินการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีแผนปฏิบัติการประจำปี เป็นเครื่องมือในการประสานแผนของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง

จะต้องมีระบบการประเมินผลที่มีผลประสิทธิภาพ โดยการใช้เครื่องชี้วัด และกำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายของการพัฒนา อีกทั้งจะต้องมีระบบติดตามผลงานเป็นประจำทุกปี เพื่อให้สามารถปรับระบบการวางแผนและดำเนินงานได้อย่างทันท่วงที

ยุทธศาสตร์ การพัฒนาสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์การพัฒนา

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุข ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นไปในทิศทางที่จะนำไปสู่ ภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยในอนาคต จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ในช่วงแผนฯ 8 ดังนี้

1. ปฏิรูประบบการจัดการด้านสาธารณสุข
2. พัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพ และความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข
3. พัฒนาพฤติกรรมอนามัยสุขภาพ เพื่อการควบคุมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ
4. พัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
5. พัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังด้านสุขภาพ
6. เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสม
7. ศึกษา ค้นคว้า วิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีสาธารณสุข

ปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข

1. กระจายอำนาจในการบริหารจัดการ และทรัพยากรสาธารณสุข สู่ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และองค์กรเอกชน
2. ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม ในการจัดสรรและใช้ทรัพยากรสาธารณสุข
3. ลดขั้นตอน และระเบียบ ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา รวมทั้งผลักดันกฎหมาย และระเบียบวิธีการบริหารงาน อาทิ พระราชบัญญัติยา พระราชบัญญัติสาธารณสุข ให้มีผลบังคับใช้ อย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็ว ตลอดจนการส่งเสริมใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ให้แพร่หลาย และพัฒนาระบบการบริหารงานแบบเอกชนในภาครัฐ
4. ส่งเสริมให้มีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันทุกระดับ ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ นักวิชาการ องค์กรประชาชน และสื่อมวลชน

พัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข

1. พัฒนาการบริการสุขภาพของรัฐให้มีคุณภาพมาตรฐาน ความเป็นกันเองและความรวดเร็วในการบริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ โดยใช้กลไกทางด้านการเงินการคลัง และการปฏิรูประบบบริหารจัดการ

2. ส่งเสริมให้ภาคเอกชน มีบทบาทโดยตรง หรือร่วมกับภาครัฐ ในการจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ อย่างมีคุณภาพ ในราคาที่เหมาะสม

3. สนับสนุนการพัฒนาเกษตรกรรม และการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยสนับสนุนงบประมาณปีละไม่ต่ำกว่าร้อยละ 2 ของงบประมาณด้านสุขภาพ

4. เร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ยากจน และผู้ด้อยโอกาสในสังคม หลักประกันนี้จะต้องให้ครอบคลุมบริการหลักด้านสุขภาพ (Core Health Services) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ

พัฒนาพฤติกรรมอนามัยสุขภาพเพื่อการควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

1. พัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ทั้งที่มีอยู่เดิมและโรคที่เกิดเป็นปัญหาขึ้นมาใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เป็นสาเหตุการป่วย และการตายในลำดับสูง คือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและปัญหาสุขภาพจิต

2. พัฒนากลไก และองค์กรอิสระ ในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน และส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลในเรื่องคุณภาพมาตรฐาน และราคาค่าบริการ อันจะส่งเสริมให้กลไกตลาดเป็นไปอย่างสมบูรณ์ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ในการวิจัยระบบสาธารณสุข การตรวจและวิเคราะห์ การเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ และการรณรงค์ต่าง ๆ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยการสนับสนุนงบประมาณข้อมูลข่าวสารทางวิชาการ ลดการควบคุมและกลายระเบียบปฏิบัติทางราชการที่เป็นอุปสรรค

พัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

1. จัดตั้งเครือข่ายในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนากลไกที่มีประสิทธิภาพในการประสานสถาบันการศึกษา และสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยระดมสรรพกำลังทั้งสังคม เพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
2. ให้ชุมชนมีส่วนในการ คัดเลือกนักศึกษา การรับภาระค่าใช้จ่าย ตลอดจนกระจายอำนาจการจัดการให้ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น และภาคเอกชน ในการดำเนินการผลิตและพัฒนา กำลังคน
3. สร้างศักยภาพและค่านิยมให้กำลังคนด้านสุขภาพทุกคน ทั้งที่อยู่ในสถาบันการศึกษา และสถานบริการด้านสุขภาพ เป็นทั้งครูและผู้เรียน
4. จัดระบบการพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพ ให้สามารถสอดคล้องประสานกัน กับระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยจะต้องวางอยู่บนรากฐานของความรู้จริง และชีวิตจริงในลักษณะขององค์การรวมทางสังคม
5. ปรับและพัฒนาแผนการผลิต และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และสอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนของประเทศ รวมทั้งพัฒนาระบบบริหารจัดการผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด
6. ให้มีกลไกที่ส่งเสริม ความก้าวหน้า ขวัญ กำลังใจ และวิธีทำงาน เพื่อให้มีการใช้กำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสม

1. รณรงค์อย่างจริงจัง เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยการสนับสนุนงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ 5 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ ทั้งนี้การรณรงค์ดังกล่าวจะต้องมุ่งเน้นที่ความสำเร็จตามเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดำเนินการ
2. จัดสรรงบประมาณให้แก่ ชุมชนเพื่อบริหารจัดการเองตลอดจนสนับสนุน เทคโนโลยีและวิชาการ และการศึกษาวิจัยพัฒนาในรูปแบบต่าง ๆ ในการดำเนินการ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน อันจะส่งผลให้เกิดความแข็งแรงของสถาบันครอบครัวและชุมชน
3. พัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพเอง โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการ และเป็นไปในลักษณะที่ชุมชนดำเนินการเอง โดยลดการจัดตั้งจากภาครัฐ

ศึกษาค้นคว้าวิจัยผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพและเทคโนโลยีสาธารณสุข

1. เพิ่มขีดความสามารถในการผลิตวัตถุดิบสำหรับใช้ในอุตสาหกรรมยาแผนปัจจุบัน และแผนโบราณ โดยการปรับปรุงโครงสร้างภาษีการนำเข้าวัตถุดิบ ส่งเสริมการผลิตในลักษณะ Cross Licensing หรือ Joint venture
2. ส่งเสริมและพัฒนางานวิจัยผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน
3. ปรับปรุงกฎหมาย หรือระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการผลิตขั้น อุตสาหกรรมภายในประเทศและการส่งออก
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรผู้บริโภค และองค์กรผู้ประกอบการธุรกิจ ในการ ตรวจสอบมาตรฐานผลิตภัณฑ์ เพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

เป้าหมายสำคัญ เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544)

เป้าหมายด้านผลกระทบของการพัฒนาสาธารณสุข

1. ลดอัตราการตายของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรให้เหลือไม่เกิน 0.20 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ
2. ลดอัตราการตายของทารก ให้เหลือไม่เกิน 21 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ
3. อากูกลาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชน เพิ่มขึ้น
เพศชาย 67.36
เพศหญิง 71.74

เป้าหมายการลดปัญหาสาธารณสุข

1. เด็ก 0 - 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
2. ลดการติดเชื้อเอดส์รายใหม่ลงร้อยละ 40 ของอัตราเมื่อเริ่มแผน
3. ลดอัตราตายจากอุบัติเหตุ ไม่ให้เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน

4. ลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่ให้เกิน 50 คนต่อประชากรแสนคน
5. ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็ง ไม่ให้เกิน 40 ต่อประชากรแสนคน
6. ลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ให้เกิน 1,000 ต่อประชากรแสนคน
7. ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่ให้เกิน 60 ต่อประชากรแสนคน
8. ลดอัตราป่วยด้วยวัณโรคปอด ไม่ให้เกิน 76 ต่อประชากรแสนคน
9. ลดอัตราการบริโภคนูหรี่ในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 25
10. ลดความพิการจาก ภาวะปัญหาอ่อนในทารก จากสาเหตุภาวะพร่องไทรอยด์แต่กำเนิด และ Phenylketonuria ลง 50%

เป้าหมายการพัฒนาประชาชนกลุ่มด้อยโอกาส

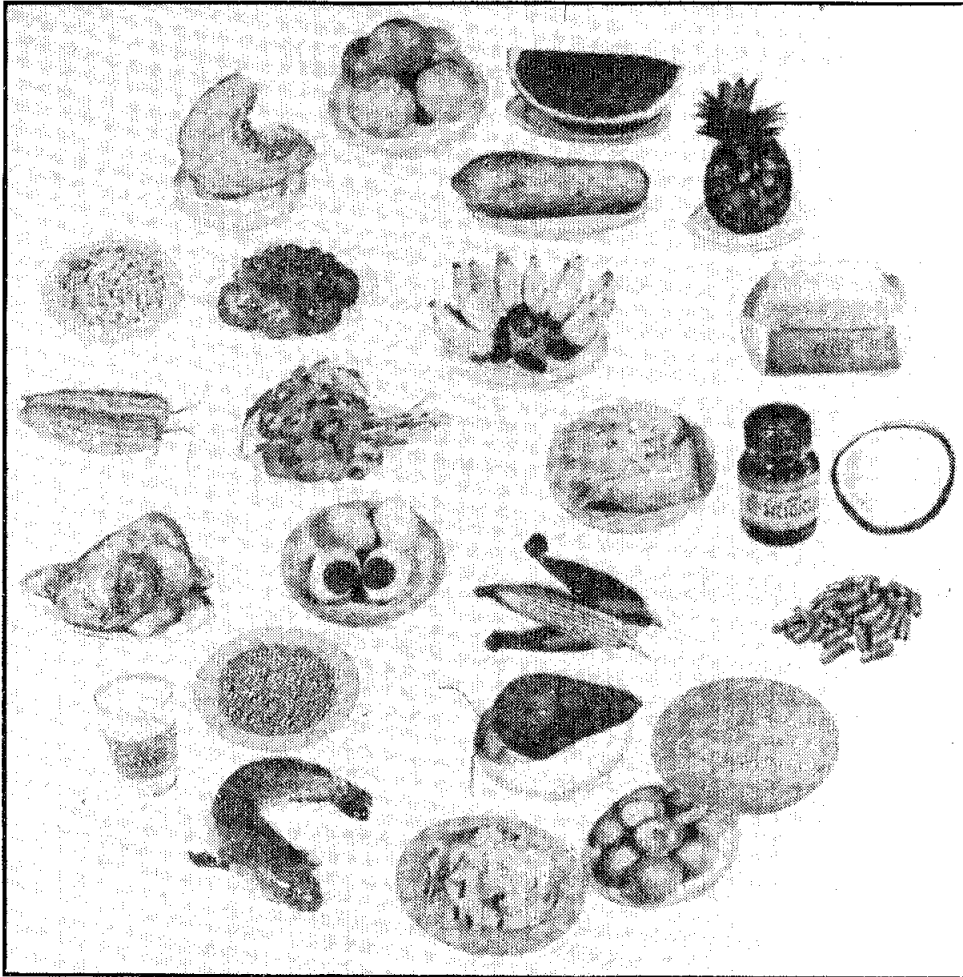
1. เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสให้เป็น 100 %
2. เพิ่มอัตราการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับประชาชน กลุ่มผู้ด้อยโอกาสขึ้น 25 %

เป้าหมายการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

1. ทำให้การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข มีอัตราส่วนที่ดีขึ้นดังนี้
 - เติยง : ประชากร = 1 : 500
 - แพทย์ : ประชากร = 1 : 3300
 - ทันตแพทย์ : ประชากร = 1 : 9800
 - พยาบาลวิชาชีพ : ประชากร = 1 : 900
2. สถานพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ร้อยละ 80
3. ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพร้อยละ 100

เป้าหมายด้านการพึ่งพาตนเองและมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสาธารณสุข

1. องค์กรท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดการเรื่องสุขภาพอนามัย
 - เทศบาล 50 %
 - สุขาภิบาล 25 %
 - องค์การบริหารส่วนตำบล / สภาตำบล 20 %



**อาหารที่ได้สัดส่วน และเพียงพอ
แก้ความต้องการของร่างกาย
จะช่วยสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต
และสร้างสติปัญญาให้สมบูรณ์**

บทวิจารณ์

1. สถานการณ์ในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7

1.1 สภาพการบริหารการสาธารณสุข

1. การกระจายอำนาจในการบริหาร

ในการพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมา ราชการบริหารส่วนกลางมีอำนาจอย่างมากในการตัดสินใจให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาของส่วนภูมิภาค หรือจากผู้บริหารระดับสูงไปสู่ผู้บริหารระดับต่ำ การบริหารราชการดังกล่าวในระยะแรกค่อนข้างจะเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากความเข้มแข็งขององค์กรและบุคลากรในส่วนภูมิภาคยังไม่พร้อมพอต่อการคิดแก้ไขปัญหา ในสภาพปัจจุบันนี้สภาพปัญหาสาธารณสุข สภาพทางเศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป จึงน่าจะให้องค์กรต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่มีโอกาสในการร่วมตัดสินใจ และรับผิดชอบดำเนินการต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ของสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายอำนาจในด้านการพัฒนานโยบาย การวางแผน การงบประมาณ การบริหารพัสดุ และสิ่งก่อสร้าง การบริหารงานบุคคลตลอดจนการพัฒนาระบบตรวจสอบ ติดตามและควบคุมกำกับ

2. การพัฒนานโยบายและแผนสาธารณสุข

แม้จะมีความพยายามที่จะจัดทำแผนให้ครอบคลุมปัญหา รวมทั้งพยายามที่จะมองทิศทางและแนวโน้มการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคตแต่สภาพการวางแผนเพื่อพัฒนานโยบายและกลวิธีรวมทั้งการแก้ปัญหาต่าง ๆ ยังคงมีขอบเขตจำกัดเฉพาะในบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ยังขาดการประสานร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีการบริหารพัฒนาสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนและแม้แต่นโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุขก็ตาม ยังพบว่าขาดความเป็นเอกภาพในการพัฒนาที่เป็นทิศทางเดียวกันอย่างเห็นได้ชัด เช่น กรณีการรักษาฟรีสำหรับผู้ด้อยโอกาส บางหน่วยงานก็สนองตอบต่อนโยบายของรัฐบาล แต่บางหน่วยงานก็ไม่ได้รับเอานโยบายนี้เป็นนโยบายที่หน่วยงานต้องปฏิบัติด้วย

3. สภาพงบประมาณและการคลังสาธารณสุข

แม้ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ที่ผ่านมา งบประมาณทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย จะมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่สูงนัก กล่าวคือ ในปี 2537 ได้รับร้อยละ 7.0 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.3 ของงบประมาณของประเทศไทย ในปี 2538 (สำนักงบประมาณ 2538) แต่เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วยังถือว่าน้อย (ร้อยละ 10 - 12) นอกจากนี้ในด้านการ

กระจายงบประมาณ ความเสริมภาคและประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ การใช้งบประมาณก็เป็นเรื่องที่จะต้องให้ความสำคัญมากกว่าที่ผ่านมา

4. การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้มีการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการรักษาพยาบาลมากขึ้นอย่างเสรี โดยการส่งเสริมของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ซึ่งให้สิทธิพิเศษยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่มนำเข้าเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีราคาแพง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาอย่างจริงจังก็คือ ความจำเป็นที่ต้องมีเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้มากน้อยเพียงไร และการนำมาใช้อย่างไรจึงจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนโดยส่วนใหญ่ได้อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า

1.2 ระบบบริการสาธารณสุข

การพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ที่ผ่านมามุ่งเน้นขยายสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐให้ครอบคลุมพื้นที่ในส่วนภูมิภาค โดยมีได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ และระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพและสร้างความประทับใจต่อผู้รับบริการ ยังขาดความคล่องตัวในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการก็ยังเป็นแบบตั้งรับในสถานบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ มากกว่าการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ที่ควรจัดให้มีอยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละระดับของสถานบริการสาธารณสุข

1.3 สภาพการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

จากสถานะของกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยหลักของการพัฒนา ทั้งในด้านการพัฒนาคุณภาพและการกระจายในทุกพื้นที่นั้น ยังพบว่าเป็นปัญหาอยู่ในทุกพื้นที่ แม้ว่าในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ที่ผ่านมา จะได้ใช้ความพยายามอย่างยิ่งที่จะเพิ่มปริมาณการผลิตให้เพียงพอกับปริมาณความต้องการและการกระจายในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ประกอบกับภาวะการไหลออกของบุคลากรสาธารณสุขไปสู่ภาคเอกชนในช่วง 2 - 3 ปีที่ผ่านมา ยิ่งทำให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรรุนแรงยิ่งขึ้น

1.4 สภาพการมีส่วนร่วมของประชาชน

การดำเนินงานที่ผ่านมาถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีอาสาสมัครสาธารณสุขทุกพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 7 แสนคน แล้วก็ตาม แต่การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข

หรือการดำเนินงานอื่น ๆ ยังคงมีปัญหาในบางพื้นที่ เช่น ในเขตเมืองและเขตพื้นที่เฉพาะ เนื่องจากความไม่สอดคล้องในกลวิธีการดำเนินงานที่มีลักษณะเดียวกันในทุกพื้นที่ กองทุนต่าง ๆ แม้จะได้ผลในระยะแรก แต่ก็ได้ลดบทบาทไปเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เนื่องจากสภาพปัญหาที่หมดไป รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจในการพัฒนาเทคโนโลยีทางวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถถ่ายทอดให้ประชาชนได้เข้าใจ ขอมรับและนำมาปรับใช้ในวิถีชีวิตของตนเองได้ นอกจากนี้การสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ยังขาดการประสานที่ชัดเจน ยังไม่กระจายอำนาจในการตัดสินใจให้พื้นที่ การสื่อสารปรัชญาแนวคิดถูกต้องให้กับปฏิบัติทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับตำบล ซึ่งใกล้ชิดกับอาสาสมัครและประชาชน จึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทให้เป็นไปอย่างที่นโยบายกำหนด

1.5 สภาพการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน

ผลของการพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมา ทำให้แบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทยเปลี่ยนไปจากปัญหาโรคติดต่อร้ายแรง เป็นโรคที่เกิดสภาวะสิ่งแวดล้อม สภาพอุบัติเหตุ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอนามัยที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพปฏิบัติ ตลอดจนพฤติกรรมอนามัย และการแสวงหาบริการที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม

1.6 ความสามารถในการควบคุมและป้องกันโรค

ผลการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะในการให้วัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก จะเห็นได้จากสถิติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภัยด้วยการให้วัคซีน ในปี 2535 อัตราความครอบคลุมของวัคซีน BCG DPT 3 OPV 3 และ Measles เท่ากับ 100, 84.7, 83.9 และ 74.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังมีประชากรบางกลุ่มที่รัฐไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ครอบคลุม เช่น กลุ่มเด็กที่อพยพตามบิดามารดามาจากแรงงานในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ประชากรที่อยู่ตามแนวเขตชายแดน เป็นต้น ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถกวาดล้างโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนให้หมดไป

2. ข้อแตกต่างระหว่างแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8

1. ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 มีการสร้างภาพลักษณ์สุขภาพคนไทยในอนาคต โดยได้กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อใช้เป็นกรอบของการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ไม่มี

2. ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 มีการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข
มูลฐานในเขตชนบทอย่างต่อเนื่อง พัฒนาให้มีความหลากหลายและขยายเข้าไปในเขตเมืองให้มากขึ้น
ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ไม่ได้เน้นนโยบายนี้

3. ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 เน้นเรื่องการพัฒนาขบวนการเผยแพร่ข้อมูล
ข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีประสิทธิภาพอย่างกว้างขวาง ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุข
ฉบับที่ 8 ไม่ได้กล่าวเน้นนโยบายนี้

4. งบประมาณของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 เท่ากับ 231,329.29 ล้านบาท
ส่วนแผนฯ 8 เท่ากับ 691,686.49 ล้านบาท ซึ่งมากกว่า แผนฯ 7 ถึง 3 เท่าตัว ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการที่
ทางรัฐบาลเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุข

5. ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 มุ่งเน้นการพัฒนาคน มากกว่าวัตถุ

6. ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้เน้นเป้าหมาย ลดอัตราการเพิ่มของ
ประชากรให้เหลือ 1.2 เมื่อสิ้นแผนฯ แต่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ไม่ได้กล่าวถึง

7. ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ได้เน้นวัตถุประสงค์ ให้ประชาชนได้รับ
การคุ้มครองด้านบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และความปลอดภัย โดยมีองค์
ความรู้และพฤติกรรมในการเลือกใช้และบริโภคที่เหมาะสม



บรรณานุกรม

1. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535
2. กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สภาพปัญหาและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.
3. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (ร่าง 4) สถานการณ์และแนวโน้มสาธารณสุขในแผนฯ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540 - 2544), 2539.
4. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข ร่างแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540 - 2544), 2539.

