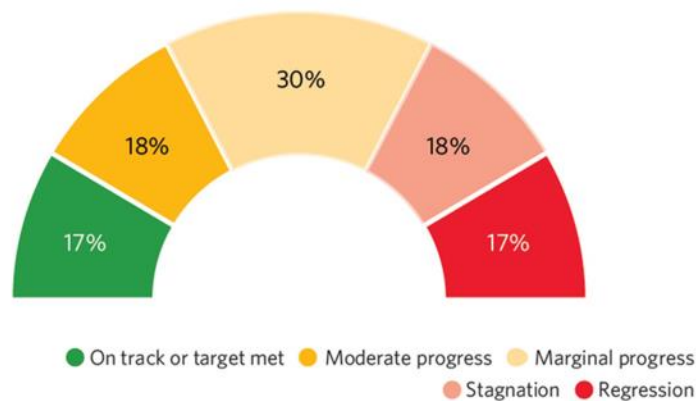


ประเด็นท้าทายของระบบสุขภาพไทยและการปรับระบบมาเน้นการสร้างนำซ่อม

1. สังคมผู้สูงอายุ จะลดผลิตภาพของประเทศ และส่งผลให้โรค NCDs เพิ่มสูงขึ้น จะทำให้เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งสาเหตุของ NCDs เกิดจากพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมเนือยนิ่ง การบริโภค อาหาร และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อ NCDs การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Health Literacy (HL) จะเข้ามามีบทบาทอย่างสูง นอกจากนั้นการยกระดับจาก Functional HL ให้สูงขึ้นในระดับ Interactive และ Critical HL ก็จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) และข้อเสนอเชิงนโยบาย (Advocacy) จนนำไปสู่สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
2. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) จะสิ้นสุดในปี 2030 UN Report ในปี 2024 เกี่ยวกับความก้าวหน้าของการดำเนินการ SDG โดยการระบาดของโควิด-19 กระทบผลการดำเนินการ โดยร้อยละ 17 มีความก้าวหน้าตามแผน ร้อยละ 18 หยุดนิ่ง และร้อยละ 17 ถดถอย WHO รายงานว่าผลจาก Covid-19 และ Post Covid ทำให้ Life Expectancy (LE) ของทั่วโลก ถดถอยลงไป 10 ปี และสำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน LE หลัง covid ในปี 2564 เท่ากับ 74.3 ปี ถดถอยไปเท่ากับปี 2554 หรือถดถอยไป 10 ปีเช่นกัน (File ชื่อ SDG_17Targets.pdf)

Overall progress across targets based on 2015–2024 global aggregate data



3. เป้าหมาย SDG 3 คือ Good Health and Well being for All จะประสบความสำเร็จโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง พื้นฐานที่สำคัญคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage หรือ UHC) และ Financial Sustainability เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อ UHC Sustainability และ WHO ให้ข้อเสนอแนะว่า Primary Health Care นั้นคือปัจจัยที่จะทำให้เกิด UHC และ SDG 3 เพื่อให้เกิด HFA by the year 2030 นั้น UHC คือสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นก่อน และการที่จะให้เกิด UHC นั้น PHC คือปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิด Sustainable UHC



4. แนวโน้มต้นทุนค่ารักษาพยาบาลในโครงการบัตรทองสูงขึ้น เนื่องจากสังคมผู้สูงอายุทำให้ NCDs เพิ่มขึ้น การเลิกระบบ co payment โครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ใน Primary care unit ส่งผลกระทบต่อหลักการของ Gate Keeper การเพิ่มสิทธิประโยชน์โดยไม่คำนึงถึงมูลค่าและความยั่งยืนในระยะยาว ส่งผลให้จำนวนครั้งของการไปรับบริการ จำนวนวันนอนเพิ่มต่อปี สูงขึ้น พฤติกรรมผู้ใช้บริการ Shift ไปใช้บริการที่ รพศ/รพท. เพิ่มขึ้น ซึ่งต้นทุนสูงกว่า รพท. ในส่วนของการบริหารจัดการ งบประมาณไปกับการรักษาฟื้นฟู ที่ ROI ต่ำ มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่ ROI สูงกว่า การจ่ายเงินผู้ป่วยในต่อ 1 RW ต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริง ส่งผลให้โรงพยาบาลมีปัญหาสภาพคล่อง จนติดค้ายากับบริษัทนานมากกว่า 10 เดือน สูงถึง 6 หมื่นล้านบาท ทั้งหมดที่กล่าวมาบ่งชี้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำลังเผชิญความท้าทายในเรื่องความยั่งยืนทางการเงิน (Financial Sustainability) ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการเติมเงินเข้าระบบเพียงอย่างเดียว เพราะจะแก้ปัญหาในระยะสั้นแต่จะยิ่งสร้างปัญหาในระยะยาว แต่ต้องปรับทิศทางทางยุทธศาสตร์มาเน้นการสร้างนำซ่อม (File ชื่อ DemarketingTertiaryHealthCare.pdf)
5. ในช่วงเดือน เมษายน 2569 มี 2 หน่วยงานได้ออกข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งสะท้อนการเกิดความไม่ยั่งยืนทางการเงิน ดังนี้
 - 5.1. จดหมายเปิดผนึก ของชมรม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและ ผู้อำนวยการ รพศ/รพท. เสนอต่อ รัฐมนตรี สำนักรายการรัฐมนตรี เรื่องการแก้ไขวิกฤตสภาพคล่องของโรงพยาบาล (File ชื่อ OpenLetter)
 - 5.2. คณะอนุกรรมการวิชาการศึกษาระบบงบประมาณ การบริหารจัดการและธรรมาภิบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้กรมการสาธารณสุข วุฒิสภา เรื่องขอเสนอเชิงนโยบายแก้ไขปัญหางบประมาณ รูปแบบการจ่ายเงิน และรูปแบบการบริการทางสาธารณสุข (File ชื่อ NHSO_reform_May 2026)
6. คาดการณ์ GDP Growth ของประเทศในทศวรรษนี้ น่าจะอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 2 ในขณะที่ Medical Inflation ประมาณ ร้อยละ 10.8 และหนี้สาธารณะของประเทศก็สูงเกือบร้อยละ 70 ของ GDP ทำให้มีความจำกัดในการคลัง ระบบบริการสุขภาพของไทยโดยเฉพาะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแม้จะทำได้ค่อนข้างดี แต่อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ (Total Health Expenditure หรือ THE) เพิ่มมากกว่าอัตราการเพิ่มของ GDP บ่งบอกอาจประสบปัญหาความยั่งยืนทางการเงินในอนาคต การปรับระบบบริการ มาเน้นการส่งเสริม ป้องกันทำให้ ROI ที่สูงกว่า และมีต้นทุนที่ต่ำกว่าการรักษาฟื้นฟู (File : MedicalInflation.pdf และ file ชื่อ TotalHealthExpenditure_20260420.pdf)

7. Post Covid-19 เริ่มคลี่คลาย กลับถูกซ้ำเติมด้วยความขัดแย้งในตะวันออกกลาง ระหว่าง อิหร่าน กับ USA+อิสราเอล ในปี 2026 ส่งผลให้เกิด Supply shock (น้ำมัน ปิโตรเคมี ฮีเลียม)จากการปิดช่องแคบฮอร์มุซ ทำให้เงินเฟ้อสูง GDP ต่ำ ซึ่งจะส่งผลต่อความก้าวหน้าของการพัฒนาตามเป้าหมาย SDGs เนื่องจาก SDG ตัวหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อ SDG อื่นๆ เป็นลูกโซ่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (SDG3) ซึ่งช่วงอีก 4 ปีที่เหลือจึงเป็นประเด็นท้าทายมากขึ้นกว่าเดิม จึงประเด็นที่ท้าทายว่า “ประเทศไทยจะปรับระบบบริการสุขภาพอย่างไรเพื่อให้เกิดความยั่งยืน” โดย UN นิยามคำว่ายั่งยืน หมายถึง นโยบาย หรือ การกระทำที่ตัดสินใจทำในตอนนี้ จะไม่ส่งผลกระทบให้เกิดความเสี่ยงหรือความหายนะต่อคนรุ่นหลัง “

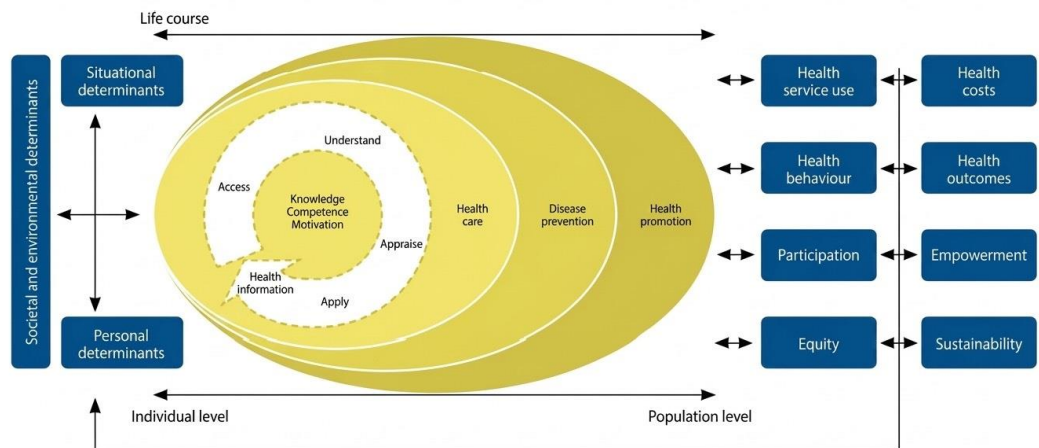


การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. การสาธารณสุข คือ ศาสตร์และศิลป์ ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยรวมพลังทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันพัฒนาสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาวในระดับประชากร (วัดจากอายุไขเฉลี่ยเมื่อแรกคลอด (Life Expectancy :LE หรือ Health Adjusted Life Expectancy : HALE)
 - 1.1. การส่งเสริมสุขภาพคือ กระบวนการ (Process) ในการเพิ่มความสามารถของตนในการควบคุมสุขภาพ (Health คอบคุม สุขภาพ กายจิต สังคม ปัญญา) และปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of Health) โดย Health Promotion Actions (Proposed by Don Nutbeam) ประกอบด้วย
 - 1.1.1. Education → Health Literacy → Healthy Behavior
 - 1.1.2. Social Mobilization → Social Movement in Health → Effective Service in all sectors for Health.
 - 1.1.3. Advocacy → Healthy Policies → Healthy Environment (Supportive Environment for Health)
 - 1.2. Disease prevention นิยาม การป้องกันโรคไม่ได้หมายถึงการการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนั้นๆ แต่ยังรวมถึงการจัดการไม่ให้โรคที่เกิดขึ้นแล้วแพร่กระจายออกไป และการลดผลกระทบที่เกิดจากโรคนั้นๆ แบ่งได้เป็น
 - 1.2.1. Primary Prevention คือป้องกันไม่ให้เกิดสัมผัสปัจจัยเสี่ยง (Exposure) การสร้างภูมิคุ้มกันโรค เช่นการฉีดวัคซีน
 - 1.2.2. Secondary Prevention คือ การที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยง (Exposure) แล้ว แต่รีบทำการคัดกรองโรคเพื่อให้วินิจฉัยโรคให้ได้ในระยะเริ่มต้น (Early Diagnosis) เพื่อรีบเข้าสู่กระบวนการรักษา (Prompt Treatment)
 - 1.2.3. Tertiary Prevention ในรายวินิจฉัยว่าเป็นโรคแล้ว ให้การรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลแทรกซ้อน ความพิการ หรือเสียชีวิต
2. เกี่ยวกับ Health Literacy (HL)
 - 2.1. Health Literacy คือ ทักษะทางปัญญาหรือสังคม ที่ไปกำหนดแรงจูงใจ หรือความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในชีวิตประจำวัน (Inform-Decision) แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับคือ Functional HL ,Interactive and Critical Health Literacy โดยในระดับ Critical HL นั้นต้องสามารถเข้าใจบริบทของประเด็นปัญหานั้นอย่างถ่องแท้ ว่าเกิดจากเหตุปัจจัยอะไร และสามารถที่จะเคลื่อนไหวสังคม หรือให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงมาตรการได้
 - 2.2. Conceptual Framework of Health Literacy ของ Sorensen เกิดจาก Meta analysis การศึกษาเกี่ยวกับ Health Literacy โดย ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนา Health Literacy สรุปได้ เป็น 4 คู่ดังนี้
 - 2.2.1. คู่ที่ 1 Health Service use → Health cost คนที่มี Health Literacy จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้ไม่รอให้ป่วย ซึ่งเป็นแนวทางของ Primary Care ในกลุ่มที่ป่วยผลการรักษาพยาบาลจะดีขึ้นเนื่องจากมีความเข้าใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่า ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพ (Total Health Expenditure หรือ THE)
 - 2.2.2. คู่ที่ 2 Health Behavior → Health Outcome โดย Health Literate ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น

- 2.2.3. คู่มือ 3 Participation → Empowerment การจะเพิ่มทักษะบุคคลเพื่อพัฒนา Health Literacy การมีส่วนร่วมของ บุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นเรื่องที่สำคัญ ผลของการมีส่วนร่วมจะเป็นการเสริมพลัง (Empower) ทั้งระดับบุคคล (Individuals) ครอบครัว (Families) และชุมชน (Communities)
- 2.2.4. คู่มือ 4 Equity → Sustainability โดย Health Literacy เน้นที่ให้ความสำคัญกับทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยไม่ทิ้งกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่วนใหญ่ คือกลุ่มที่ด้อยโอกาสทางสังคม ผู้สูงอายุ หรือ จะกล่าวได้ว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การส่งเสริมความเท่าเทียม (Equity) และการส่งเสริมความเท่าเทียมจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืน

Fig. 2. Conceptual model of health literacy of the European Health Literacy Survey



Source: adapted from: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

2.3. The Global road map to health Literacy (Proposed by Sorensen ใน 10th AHILA Conference)

2.3.1. Global Network ประสานเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศให้เป็น Global Network.

2.3.2. Global Measurement.

2.3.2.1. ออกแบบระบบเพื่อให้สามารถ M&E เพื่อ track progress & Follow Impact และสามารถเชื่อมต่อกันได้ทั้งภายในและระหว่างประเทศ

2.3.2.2. พัฒนาการจัดการข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถสร้าง messages ที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายในทุกระดับ และมีผลในการตัดสินใจในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2.3.2.3. สร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลข่าวสารให้กับองค์กรในเครือข่าย HLO เพื่อให้สามารถเชื่อมต่อกันได้ทั้งภายในและระหว่างประเทศ และสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ใช้ข้อมูลทุกการตัดสินใจ

2.3.3. Health Literacy at the heart พัฒนา Personal & Organizational Health Literacy Champion เพื่อเป็น Change agent ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในองค์กร และ ระหว่างองค์กร



The global roadmap to health literacy



Face the challenge and be the change!

Global Health Literacy Academy

- 2.4. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยอย่างจริงจังเริ่มประมาณปี 2558 โดยขับเคลื่อนควบคู่กันไป ใน 2 แนวทาง คือ (file ชื่อ HL_thailand_movement.pdf)
 - 2.4.1. ขับเคลื่อนจากบนลงล่าง ตามแผนปฏิรูปในด้านสาธารณสุข มีคณะกรรมการระดับชาติในการขับเคลื่อน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผูกพันให้แผนพัฒนามาตรระดับชาติ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผน 5 ปี ได้แก่ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นส่วนหนึ่งของแผนดังกล่าว
 - 2.4.2. ขับเคลื่อนจากล่างขึ้นบน ผ่านภาครัฐ และเอกชน มีสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) เป็นตัวกลางในการประสานทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ รูปธรรมของการดำเนินงาน ได้แก่
 - 2.4.2.1. การปรับแนวคิด และ model ของ HL ให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย
 - 2.4.2.2. การพัฒนาเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ 66 Key messages , เครื่องมือสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีทั้งแบบยาวและแบบสั้น ได้แก่ HLS-TH-Q87 , Q34 และ Q17
 - 2.4.2.3. การสร้างเครื่องมือประเมินและรับรององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพใน 4 settings ได้แก่ สถานบริการสุขภาพ (Healthcare) สถานศึกษา(Education) สถานประกอบการ (Work place) และชุมชน (Community)
 - 2.4.2.4. การพัฒนาเครือข่าย HLO และการพัฒนา App สาธารณสุขอุ่นใจ เพื่อทำการขึ้นทะเบียนหน่วยงานในเครือข่าย (HLO) การประเมินผ่าน App ในเรื่อง การผ่านเกณฑ์การประเมินเป็น องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วย 4 ถาม การประเมินบุคคลรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วย 17 คำถาม (HLS-TH-Q17) การประเมินสัดส่วนทางกาย (BMI ,เส้นรอบเอว) และพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.4.2.5. การประสานงานกับกรมอื่นๆ เพื่อขยายประเด็นของความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.4.2.5.1. กรมสุขภาพจิต ประเด็น Mental Health Literacy
 - 2.4.2.5.2. องค์การอาหารและยา (อย) ในประเด็น Rational Drug Use (RDU-Literacy)
 - 2.4.2.5.3. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประเด็น Rational Lab Use RLU-Literacy)
3. Primary Health Care (PHC)
 - 3.1. PHC ถูกกล่าวถึงใน Alma Ata Declaration ถูกประกาศเมื่อ 1978 โดยวางเป้าหมาย Health For All (HFA)by The year 2000 แต่เป้าหมายดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จ (file : PHC_Primary_care.pdf)

- 3.2. นิยามของ PHC WHO ให้ความหมาย **สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care หรือ PHC)** คือ “แนวทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนของสังคม มุ่งเป้าไปที่ระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสูงสุด โดยให้โอกาสที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกคน ครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง ให้ใกล้ชิดกับชุมชน “ **ข้อเท็จจริงสำคัญ**
- 3.2.1. ผู้คนมากกว่า 1,600 ล้านคนทั่วโลกมีความเสี่ยงที่จะถูกลักคั่นให้ตกอยู่ในความยากจนหรือยากจนมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเองตั้งแต่ 10% ขึ้นไปของงบประมาณครัวเรือน ในปี 2565
- 3.2.2. การขยายมาตรการด้านสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สามารถช่วยชีวิตผู้คนได้ 60 ล้านคน และเพิ่มอายุขัยเฉลี่ย 3.7 ปี ภายในปี 2573
- 3.2.3. ประมาณ 75% ของผลประโยชน์ด้านสุขภาพที่คาดการณ์ไว้จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) สามารถบรรลุได้ผ่านทาง PHC
- 3.2.4. การบรรลุเป้าหมายสำหรับ PHC ต้องการการลงทุนเพิ่มเติมประมาณ 200 ถึง 328 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี เพื่อสร้างชุดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น
- 3.3. PHC ประกอบด้วยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและเสริมกัน 3 ด้าน ได้แก่:
- 3.3.1. Pillar 1 บริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ครอบคลุม ซึ่งรวมถึงบริการปฐมภูมิ ตลอดจนสินค้าและบริการด้านสาธารณสุขเป็นสำคัญ
- 3.3.2. Pillar 2 นโยบายและการดำเนินการข้ามสาขา เพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่อยู่เบื้องต้นและในวงกว้าง
- 3.3.3. Pillar 3 การมีส่วนร่วมและเสริมพลังให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคม และเพิ่มการดูแลตนเองและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

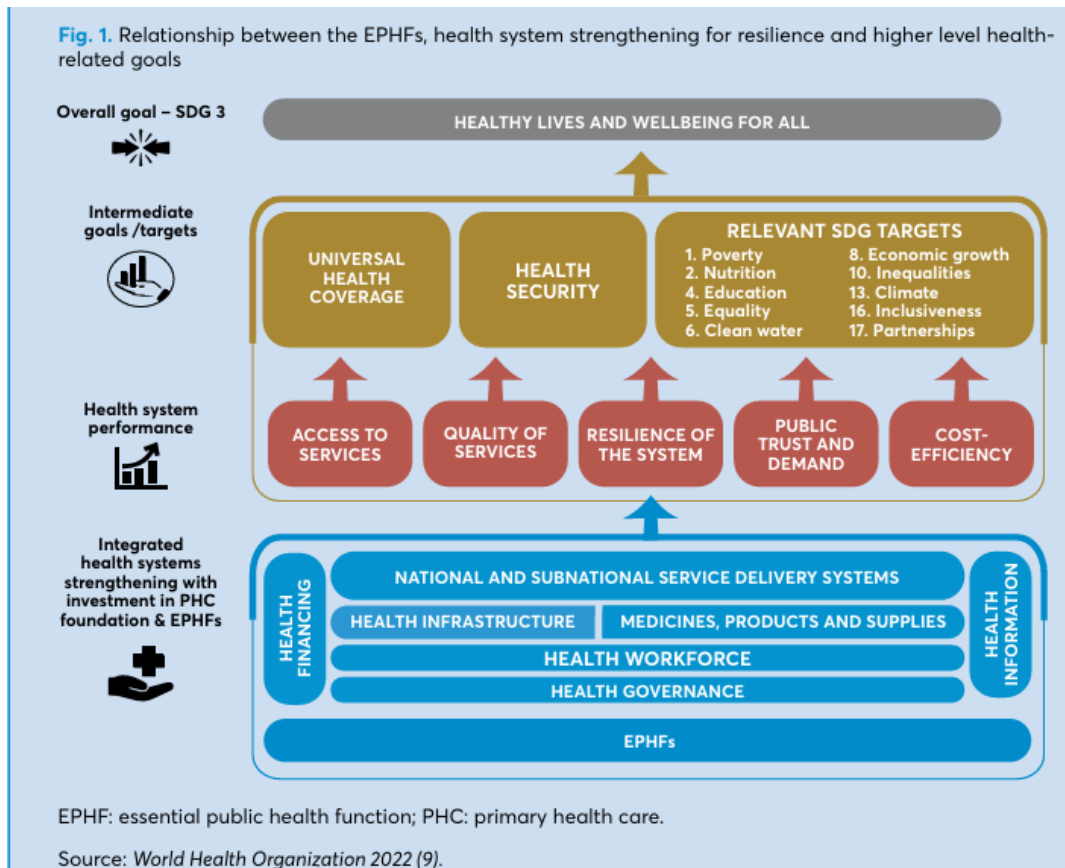


3.4. สรุป

- 3.4.1. PHC มีรากฐานมาจากความมุ่งมั่นต่อความยุติธรรมทางสังคม ความเสมอภาค ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และการมีส่วนร่วม โดยอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับว่า การมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะบรรลุได้ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนโดยไม่มีการแบ่งแยก
- 3.4.2. เพื่อให้เกิด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) อย่างแท้จริง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงจากระบบสุขภาพที่ออกแบบที่เน้นหนักที่ตัวโรคและโรงพยาบาล ไปสู่ระบบสุขภาพที่ออกแบบเพื่อผู้คน (for people) และโดยผู้คน (by people) PHC ต้องการให้ทุกกระทรวงและองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน และภาคประชาสังคมเข้ามีส่วนร่วม ไม่ปล่อยให้เป็นการละเลยของภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่จำเป็นต้องเพื่อใช้แนวทางทั้งรัฐบาลต่อสุขภาพ รวมถึงนโยบายสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in All Policy) การเน้นความเสมอภาค และมาตรการที่ครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต (Life Course Approach)
4. ในประเทศไทย นพ.อมร นนทสุต ปลัดกระทรวงในขณะนั้น ได้นำแนวคิดและหลัก PHC มาปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทไทย ทำให้เกิดโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งมาถึงปัจจุบัน ภายใต้ 4 เสาหลักคือ
 - 4.1. People and Community Participation จัดตั้ง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสจ.) เพื่อผลักดันงานสาธารณสุข ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และท้องถิ่น
 - 4.2. Appropriate Technology ทั้งนวัตกรรมผลผลิตและนวัตกรรมกระบวนการที่ให้ความสำคัญของภูมิปัญญาในพื้นที่ และมาตรการทางสังคมจากชาวบ้าน
 - 4.3. เชื่อมต่อบริการสาธารณสุขอย่างไร้รอยต่อ สร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ เพื่อทำหน้าที่ Primary & Secondary care และ connect กับ Tertiary care สร้างสถานอนามัยให้ครบทุกตำบล เพื่อทำหน้าที่ Primary care เพื่อ connect community care กับ Secondary Care
 - 4.4. Multi Sectoral Collaboration โดยให้ 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ มหาดไทย สาธารณสุข ศึกษา เกษตร มาทำงานร่วมกันโดยใช้เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ)
 - 4.5. นพ.อมร นนทสุต ยังได้สร้างคุณประโยชน์ต่อการสาธารณสุขไทย ในช่วง 2555-2568 ได้แก่
 - 4.5.1. การพัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map หรือ SRM)
 - 4.5.2. การต่อยอด SRM/SLM ด้วยค่ากลาง เปลี่ยนโครงการจาก Issued based เป็น Activity base ทำให้บูรณาการงานในพื้นที่ (หมู่บ้าน/ตำบล) ให้เหลือเพียง 2 โครงการหลัก คือ โครงการพัฒนาตามกลุ่มวัย และโครงการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อม ทำให้ประหยัดทั้ง เวลา กำลังคน และงบประมาณ
5. หน่วยงานระดับโลกที่ออกข้อเสนอแนะ เพื่อสนับสนุน SDGs 2016-2030 มีดังนี้
 - 5.1. Shanghai Declaration 9th Global Health Promotion Conference on Health Promotion 2016 เน้นในประเด็น Promote health promote SDGs และ Health Literacy คือ 1 ใน 3 เสาหลักของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Literacy ,Healthy City ,Good Governance) (File: promotePHCPromoteSDG.pdf)



- 5.2. Astana Declaration 2018 เน้นย้ำในหลักการเดิมของ Alma Ata Declaration โดยตั้งเป้าหมาย HFA in 2030 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของเป้าหมาย SDGs (file : from Declaration of Alma.pdf)
- 5.3. UN General Assembly's sweeping Political Declaration on Universal Health Coverage UN Resolution A/RES/74/2, (file: from Declaration of Alma.pdf)
 สรุป PHC , SDGs และ UHC จึงเป็น 3 Global Goals ที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน คือ PHC สนับสนุน UHC และ SDG ถ้า PHC ไม่สำเร็จก็จะกระทบ UHC และ SDG โดยเฉพาะ SDG 3 (Good Health and well being)
- 5.4. เมื่อ covid ระบาดในปี ปลายปี 2019 ระบบสาธารณสุขขาดความยืดหยุ่นในการรับมือกับโรคระบาด WHO ได้นำถอดบทเรียนของประเทศ Ireland และได้กำหนด Framework ใหม่เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่าง Essential Public Health Functions (EPHFs) Effective Connectors to PHC,UHC,SDGs, Resilience (File : EPHFsForResilience)



6. สรุป

- 6.1. ระบบสุขภาพไทย เป็นระบบที่ได้รับการยอมรับของโลก โดยได้ถูกจัดลำดับอยู่ในลำดับ 10 ของโลก โดยเฉพาะเรื่อง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2545
- 6.2. ในปี 2569 ได้เกิดปัญหาสุขภาพคล่องในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เหตุผลเนื่องจากจำนวนครั้งของมารับบริการต่อปี สูงขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การยกเลิกการร่วมจ่าย การไม่เคร่งครัดในระบบ Gate Keeper การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์โดยไม่ได้นำมาซึ่งความยั่งยืนทางการเงิน ประกอบการเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ และโรค NCDs ที่ต้องให้การรักษาค่อยๆ ในระยะยาว ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น การจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยใน 1 RW ที่ไม่สะท้อนต้นทุน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการขาดสภาพคล่องของโรงพยาบาล แนวทางการแก้ปัญหาจึงต้องปรับทิศทางการด้านยุทธศาสตร์ไม่ใช่การเติมเงินเข้าระบบไปเรื่อยๆ
- 6.3. ปณิธานหลักของ SDGs คือไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง Universal Health Coverage (UHC) คือพื้นฐานที่สำคัญที่จะไม่ทิ้งใครไว้ครั้งหลังโดยไม่ให้ทุกคนมีความลำบากหรือล้มละลายเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล และนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ไม่เฉพาะ SDG 3 แต่รวมถึง SDGs อื่นๆ ด้วย
- 6.4. Astana Declaration (2018) ได้ Reaffirm Alma Ata Declaration (1978) ในเรื่อง PHC และ UN Assembly (2019) ก็ออกมาสนับสนุนประเทศต่างๆ ให้ดำเนินการในเรื่อง UHC กล่าวโดยสรุป PHC และ UHC คือกุญแจที่สำคัญที่จะไขไปสู่ SDGs เพื่อให้เกิด HFA in 2030 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของ วาระ SDGs
- 6.5. WHO ได้นำประสบการณ์ของประเทศ Ireland ที่ขาดความยืดหยุ่นในการเผชิญกับโควิด-19 และได้พัฒนา Framework โดยนำสิ่งที่ Ireland ดำเนินการ คือ WHO Framework For Resilience (2022) ซึ่งใน Framework ก็เน้นหนักในเรื่อง Essential Public Health Services (EPHS) และ PHC ที่จะเชื่อมโยงไปสู่เป้าหมาย SDGs
- 6.6. ประเด็นต่างๆ ที่ได้นำเสนอมาน่าจะเป็น Input ในการหาทางออกของปัญหาต่างๆ ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ