



## สร้างคุณค่าความเป็นคน สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง

World Health Report 2008 ได้นำเสนอกรอบแนวคิด การวางยุทธศาสตร์ และการประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติว่า Primary Health Care (PHC) และ Primary Care (PC) สามารถเชื่อมกันได้เป็นเรื่องเดียวกัน โดยพยายามให้นิยามด้วยการกำหนดกรอบในลักษณะของการยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมว่าอะไร "ใช่" อะไร "ไม่ใช่" อย่างชัดเจน

ทั้งนี้ การมีบุคลากรไม่พอไม่ใช่อุปสรรค สามารถดำเนินการด้วยการพัฒนาสมรรถนะข้ามวิชาชีพ (Shifting of Tasks) แต่ต้องมีมาตรฐานและมีระบบรองรับ โดยที่ประสิทธิภาพของการให้บริการไม่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

ทศวรรษที่สาม  
ทศวรรษที่สอง  
ทศวรรษที่หนึ่ง

Primary Care vs. Primary Health Care

## พัฒนาการและข้อเสนอ ทศวรรษที่สี่การสาธารณสุขมูลฐานไทย

รศ.ดร.ลือชัย ศรีจินยวง / นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ



สนับสนุนโดย แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก

เอกสารประกอบการงานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552 Community Health & Primary Care Expo 2009  
วันที่ 18-20 กุมภาพันธ์ 2552 ณ อาคารอิมแพ็คฟอรัมชั้นเอ็มซี เมืองทองธานี

Primary Care vs. Primary Health Care  
พัฒนาการและข้อเสนอแนะจากรายงานที่  
การสาธารณสุขมูลฐานไทย

รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง  
ก.ญ.ศุภลักษณ์ เลิศมนิรัตน์  
นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

เลขมาตรฐานประจำหนังสือ

978-974-299-125-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2552

จำนวนพิมพ์ 5,000 เล่ม

ประสานงาน

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ

วนิดา ช่วยปลอด

ฐิติมา นวชินกุล

ออกแบบปกและรูปเล่ม

ชาตรี ทับละม่อม

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์วันดีคืนดี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2951-1286-93 โทรสาร 0-2951-1295

[www.hsri.or.th](http://www.hsri.or.th)



สร้างคุณค่าความเป็นคน  
สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง

ข้อเสนอการดำเนินงาน  
ทศวรรษที่สี่ของการสาธารณสุขมูลฐานไทย

ลือชัย ศรีเงินยวง  
ศุภลักษณ์ เลิศมนรรัตน์

## 1. เกริ่น

ปี 2008 ไม่เพียง เป็นปีที่องค์การอนามัยโลกฉลองครบรอบ 60 ปีของการก่อตั้ง แต่ยังเป็นปีแห่งการรื้อฟื้นความทรงจำ และ การเรียกร้องการกลับมาของนวัตกรรมการพัฒนาสุขภาพ ที่เรียกกันทั่วไปว่า **สาธารณสุขมูลฐาน** ที่ถือกำเนิดอย่างเป็นทางการภายหลังคำประกาศอัลมา-อตา เมื่อปี 1978 หรือ 30 ที่แล้ว

“การสาธารณสุขมูลฐานในฐานะที่เป็น ชุดของระบบคุณค่า (set of values) หลักการ (principles) และ แนวทางการ พัฒนาสุขภาพ (approaches) ที่มุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชน ที่ทุกข์ยาก ขาดแคลนทั้งหลาย” สาธารณสุขมูลฐาน ที่ถือว่าการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพ ที่ปฏิบัติแนวคิดในการนิยามความหมายของสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการและให้บริการสุขภาพครั้งสำคัญของโลก (WHO 2008)

เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2008 ณ เมืองอัลมาตี ของประเทศคาซัคสถาน องค์การอนามัยโลกได้ใช้เป็นสถานที่เปิดตัวรายงานประจำปีเล่มใหม่ (World Health Report 2008) ที่มีชื่อว่า Primary Health Care: Now More Than Ever โดยที่ความหมายทั้งปวงของการประกาศเปิดตัวรายงานประจำปีฉบับนี้ ปรากฏชัดเจนอยู่แล้วในชื่อหนังสือ ที่บอกว่า สถานการณ์ของโลก ณ วันนี้ การบรรลุเป้าหมายของแก้ปัญหาและยกระดับภาวะสุขภาพของประชากรโลกแล้ว สาธารณสุขมูลฐาน มีความสำคัญมาก และมากกว่าที่เคยเป็นมา

ทำไม กระแสการเรียกร้องให้เกิดการหวนคืนของสาธารณสุขมูลฐานในวันนี้ จึงเกิดขึ้นโดยองค์กรระดับโลก ทำไมสิ่งที่ดูเหมือนได้กลายเป็นเป็นประวัติศาสตร์ไปแล้ว จึงกลับถูกถามหาขึ้นมาใหม่ และด้วยความคาดหวังที่มากกว่าเดิม?

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำตอบกับคำถามนี้ว่า เพราะสถานการณ์การพัฒนของโลกวันนี้ แย่ลงกว่าเดิม ด้วยปัญหาของความเหลื่อมล้ำของภาวะสุขภาพของคนในสังคมในทุกระดับ ระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ แม้จะเจริญก้าวหน้า สามารถกำจัดโรคร้ายหลายชนิด และทำให้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่วิกฤติที่ควบคู่กันไปกับความสำเร็นี้ ก็คือ ความเหลื่อมล้ำของภาวะสุขภาพ และ การเข้าถึงบริการที่รุนแรงขึ้น ที่สำคัญคือ ระบบสุขภาพในโลกในปัจจุบัน กำลังเกิดปัญหาเกี่ยวกับการไม่สามารถตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพใหม่ๆ คือ โรคเรื้อรัง โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ และ ปัญหาสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของโลก

“ในทุกวันนี้ ระบบสุขภาพทั้งหลาย แม้ในประเทศที่พัฒนาที่สุด ต่างไปไม่ถึงเป้าหมายเหล่านี้ แม้จะด้วยความก้าวหน้าที่เด่นชัด หลายอย่าง เช่น การจัดโรคร้ายและการทำให้คนอายุยืนยาว ขึ้น แต่ประชากรโลก ต่างก็ยังไม่พึงพอใจกับระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ หนึ่งในความปรวิติที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ.... ที่มาของปัญหาก็คือ ระบบสุขภาพ และเป้าหมายของการพัฒนาสาธารณสุขที่แยกออกเป็นส่วนๆ ซึ่งเห็นได้ชัดเจนด้วยระบบสุขภาพในประเทศร่ำรวยทั้งหลายที่เน้นความชำนาญเฉพาะทางอย่างสุดขีด และ ระบบสุขภาพของประเทศยากจนที่ขับเคลื่อนไปตามทิศทางของแรงผลักดันจากแหล่งทุนและเน้นการแก้ปัญหา รายโรค (ในระบบสุขภาพเหล่านี้) ทรัพยากรจำนวนมหาศาลถูกใช้ไปกับบริการด้านการรักษา ละเลยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่สามารถลดภาระโรคของโลกได้ถึงร้อยละ 70 กล่าวโดยย่อก็คือ ระบบสุขภาพทุกวันนี้ขาดความเป็นธรรม (unfair) แยกเป็นส่วนๆ (disjointed) ไร้ ประสิทธิภาพ (inefficient) และขาดประสิทธิภาพ (less effective) กว่าที่ควรจะเป็น ยิ่งไปกว่า นั้น หากปราศจากการปรับเปลี่ยนอย่างชัดเจน จริงจัง ระบบสุขภาพที่กำลังเผชิญกับปัญหา ทุกวันนี้ มีแนวโน้ม ที่จะถูกโจมตีด้วยความท้าทายใหม่ๆที่กำลังขยายขนาดขึ้นของปัญหา ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ เช่น ซาร์ส และผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ สภาพอากาศของโลก” (WHO 2008)

ภายใต้บทวิเคราะห์นี้ สาธารณสุขมูลฐาน คือ มรรควิธี ที่จัดการกับปัญหาความไม่เป็นธรรม (Inequalities) และ ความไร้ประสิทธิภาพ (Inefficiencies) ที่เป็นรากเหง้าของปัญหาและวิกฤติของระบบสุขภาพ ทั้งหมดที่กล่าวมา (WHO 2008)

ประเทศไทย เคยได้ชื่อว่าเป็นประเทศ “แม่แบบ” หรือ อีโรว์ ของการสาธารณสุขมูลฐานของโลก ปรากฏการณ์นี้ จะมีนัยยะหรือผลกระทบอย่างไร ในเมื่อด้านหนึ่งก็คือ วิกฤติทางสุขภาพ ที่กำลังประเทศทั่วโลก กำลังเผชิญ (ปัญหาคนชราและโรคเรื้อรัง ปัญหาโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ และปัญหาสุขภาพที่เป็น ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของอากาศของโลก) กำลังท้าทายระบบสุขภาพของประเทศในปัจจุบัน ในขณะที่ อีกด้านหนึ่ง สาธารณสุขมูลฐาน ที่เคยเป็นกระแสน้ำของการพัฒนาสาธารณสุขที่กว้างใหญ่ กลับกลายเป็นลำน้ำที่แห้งขอด และเปลี่ยนเส้นทางไปแล้ว ในรอบ 30 ปี ที่ผ่านมา คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” ได้ค่อยเสื่อมถอยไป จากความสนใจของผู้กำหนดนโยบาย และลางเลือนไปจากความทรงจำของสาธารณะ สำนักงานคณะกรรมการ

สาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ ที่เป็นองค์ระดับชาติที่เกิดมาตั้งแต่ปี 2523 ถูกยกเลิก ในปี 2545 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ไม่ระบุวันเดือนปีที่พิมพ์) และคำว่าสาธารณสุขมูลฐาน ที่เคยเป็นชื่อของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขและศูนย์ฝึกอบรมสาธารณสุขมูลฐานในภูมิภาค) ปัจจุบัน ก็ถูกยกเลิกไปหมด เปลี่ยนไปใช้ชื่อ “กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน” และ “ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน” แทน ร่องรอยแห่งความรุ่งเรืองในอดีตที่เห็นเด่นชัดในปัจจุบัน มีเพียงอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ยังมีชีวิตเคลื่อนไหวอยู่ แต่ด้วยจิตวิญญาณ ที่เปลี่ยนแปลงไป

นอกจากนั้น พื้นที่ทางสังคมโดยเฉพาะในชุมชน ซึ่งเคยถูกรอบครองด้วยนวัตกรรมสาธารณสุขมูลฐาน นานาชนิด (เช่น กองทุนสุขภาพชุมชนรูปแบบต่างๆ) ปัจจุบัน ถูกบดบังด้วยความเคลื่อนไหวใหม่ๆ เช่น กลุ่มและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ที่ก้าวออกจากหมู่บ้าน/ชุมชน สู่วิทยาลัย โรงเรียน โรงงาน สถานประกอบการ และกลุ่มที่มีปัญหาหรือความสนใจเฉพาะร่วมกัน) การเคลื่อนไหวอย่างมีพลังของประชาคมสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ ที่มีปริมณฑลของการเคลื่อนไหวครอบคลุมไปไกลกว่าคำว่าสุขภาพในความหมายเดิม นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพ ก็มีผลทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนไทยดีขึ้น เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่กว้างขวางขึ้น ทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจกับการใช้บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่ดูเหมือนจะมาพร้อมกับการเสื่อมคลายของจิตสำนึกแห่งการพึ่งตนเองทางสุขภาพ ของปัจเจก ครอบครัว และ ชุมชน

การพัฒนาของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทของหลักประกันสุขภาพ ดูเหมือนจะมีผลให้เกิดการกลับหัวของบทบาทของระบบบริการสาธารณสุข ที่ต้องขยับอยู่กับการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ที่มีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัด โดยที่ชุมชน และปัจเจกถอยกลับไปเป็นผู้ใช้บริการที่พึ่งพิงและอ่อนแอตามลำดับ

ทศวรรษหน้า จะเป็นทศวรรษที่ 4 หลังการเกิดขึ้นของสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเช่นเดียวกัน คำถามจึงเกิดขึ้นว่า สาธารณสุขมูลฐานไทยในทศวรรษหน้า จะไปทางไหน จำเป็นหรือไม่ ที่ระบบสุขภาพของไทยจะต้องมีการพลิกฟื้นให้สาธารณสุขมูลฐานกลับมีชีวิตขึ้นมาใหม่ ด้วยเหตุผลเดียวกับองค์การอนามัยโลกว่า ด้วยวิกฤติสุขภาพปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ สาธารณสุขมูลฐานคือมรรควิธีในการพัฒนา ที่มีความสำคัญและจำเป็นมากกว่าที่เคยเป็นมา (Now more than ever!) และถ้าคำตอบคือจำเป็น สาธารณสุขมูลฐานไทยในทศวรรษที่ 4 จะมีฐานะบทบาทเช่นไร โดยเฉพาะในบริบทที่แนวคิด และกระแสนิยมเคลื่อนไหวในการพัฒนา

ระบบสุขภาพ มีหลายสิ่งหลายอย่างเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย ทั้งสาธารณสุขมูลฐานเดิมที่เลือนหาย ผิดเพี้ยนไปจากเจตนารมณ์ที่เป็นจุดเริ่มต้น และความเคลื่อนไหวใหม่ๆที่ผลิบาน แตกต่าง และหลากหลาย

ข้อเขียนนี้ มีจุดยืนที่ไปในทิศทางเดียวกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก ที่เห็นว่ามีความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องพลิกฟื้นสาธารณสุขมูลฐานให้กลับขึ้นมาอยู่ในฐานะกระบวนทัศน์ และ แนวทางการพัฒนาสุขภาพหลัก ในทศวรรษที่ 4 โดยเชื่อเช่นเดียวกันว่า สาระหลัก ที่ประกอบกันขึ้นเป็นจิตวิญญาณ ของสาธารณสุขมูลฐานนั้น จะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ในการจัดการกับวิกฤติสุขภาพปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะในการตอบโจทย์เรื่องความเป็นธรรม และ ประสิทธิภาพในการจัดการกับความท้าทายทางสุขภาพใหม่ๆ

เนื้อหาหลักของเอกสาร จะประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนแรก เป็นการทบทวนแก่นสาระ ของสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนว่า โดยประวัติศาสตร์ความเป็นมาแล้ว แนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน เปรียบได้กับคำอธิบายว่าด้วยอริยสัจของสุขภาพ แนวคิดเบื้องหลังที่ดี หรือที่อธิบายถึงลักษณะสำคัญหรือองค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐานที่ดี หากพิจารณาหรือตีความอย่างถูกต้อง ชัดเจน จะพบว่า แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ไม่ใช่แนวคิดการพัฒนาสุขภาพที่ถูกค้นพบใหม่ หรือในทางตรงกันข้ามเป็นแนวคิดที่คงทนต่อการพิสูจน์ของกาลเวลา และไม่มีวันที่จะสูญหาย トラบเท่าที่มนุษย์ยังต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย และ トラบใดที่มนุษย์ยังไม่สามารถสร้างสังคมที่เป็นธรรม และ สังคมที่ไม่เป็นตัวผลิตความเจ็บป่วยได้

เนื้อหาส่วนที่สอง จะกล่าวถึงพัฒนาการของสาธารณสุขมูลฐาน ในประเทศไทย เจตนาเพื่อวิเคราะห์ให้เห็นว่า สาธารณสุขมูลฐานไทย หากพิจารณาผ่านการดำรงอยู่ของแก่นสาระทางความคิด (ความเป็นธรรม การพึ่งตนเอง ความพอเพียง การพัฒนาแบบองค์รวม ฯลฯ) สาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยในฐานะจิตวิญญาณการพัฒนาสุขภาพ ได้มีการพัฒนาการ เปลี่ยนแปลงรูปแบบตามเงื่อนไขทางนโยบาย และการเมือง เศรษฐกิจในแต่ละยุค แต่ไม่เคยสูญหาย หากแต่แปรรูปและเปลี่ยนไปตามบริบทหรือกฎุมิ การเกิดขึ้นและขยายตัวอย่างรวดเร็วของงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้้นโยบาย แผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงทศวรรษแรก ที่ติดตามด้วยการลดส่วน หดแควลง จนมีภาพเพียงการมีอยู่ของกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน- อสม กระจายอยู่ในหมู่บ้านทั่วประเทศ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับ หรือต่อเนื่องด้วยการพัฒนาสุขภาพในบริบทหรือพื้นที่อื่น การก่อตัวและขยายพื้นที่อย่างรวดเร็วของกลุ่มหรือเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และ การ

ขับเคลื่อนอย่างมีพลังของกลุ่มประชาคม สังคม องค์กรท้องถิ่น และเครือข่ายจิตอาสาต่างๆ ในการจัดการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ ทั้งในระดับชุมชน ท้องถิ่น และระดับชาติ จนเกิดเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติปี 2550 เป็นปรากฏการณ์ที่เอกสารนี้ สรุปว่า การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้เติบโต ขยายวงกว้างขวางขึ้น ภายใต้อำนาจหน้าที่หรือกฎหมายใหม่ทางสังคม ที่ไม่ได้จำกัดอยู่ภายใต้บริบทการทำงานหรืออำนาจหน้าที่ของกระทรวง สาธารณสุข และมีได้ต้องผูกโยงด้วยชื่อการคำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน”

เนื้อหาส่วนที่ สาม บนพื้นฐานการวิเคราะห์และทบทวนข้างต้น เอกสารนี้ได้นำเสนอข้อพิจารณา ถึง ฐานะของสาธารณสุขมูลฐานไทยในทศวรรษที่ 4 ว่า ประการที่หนึ่ง ในการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา และความท้าทายทางสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีการพลิกฟื้น ทบทวน เน้น ย้ำ ความสำคัญของสาธารณสุขมูลฐาน ในฐานะทฤษฎีแม่บทหรือกระบวนทัศน์หลักในการกำหนดทิศทางการ พัฒนาระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ ประการที่สอง ในบริบทที่สภาพปัญหา พื้นที่ และตัวการในการ ขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศในปัจจุบันและในอนาคต ได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างมาก ตัวกระทำ (actor) หลักในอดีตและปัจจุบัน คือ กระทรวงสาธารณสุข บุคลากร/วิชาชีพทางการแพทย์ และหน่วยงานใน กระทรวงสาธารณสุข กลายฐานะเป็นตัวละครเข้าร่วมหรือตัวละครสำรอง ขณะที่บทบาท และการมีส่วนร่วมของ ตัวกระทำอื่นๆกลับมีมากและหลากหลายขึ้น ทั้งระดับชาติ ท้องถิ่น ทั้งที่เป็นการขับเคลื่อนขององค์กร กลุ่ม ปัจเจกที่มีจิตอาสา ทั้งที่เป็นกลุ่มย่อยและเป็นเครือข่าย ฯลฯ และโดยพื้นที่การขับเคลื่อนไม่ได้จำกัดในพื้นที่ “สาธารณสุข” หรือ เริ่มต้นด้วยการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย หากแต่เป็นเรื่องการทำมาหากิน สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนาและศีลธรรม สื่อสาธารณะ ธุรกิจการค้า การเมืองภาคประชาชน ฯลฯ โดยนัยยะนี้ สาธารณสุขมูลฐานในบริบทของทศวรรษใหม่ ในฐานะอุดมการณ์หรือกระบวนทัศน์แม่บทของการพัฒนา ระบบสุขภาพ จึงต้องอาศัยการมองด้วยกรอบวิธีคิดที่กว้างขึ้นกว่าเดิม ด้วยการแม่นยำกับหลักคิดและไม่ยึดติด กับรูปแบบเดิมๆ ไม่ว่าจะด้วยชื่อที่สมมุติขึ้น (สาธารณสุขมูลฐาน) และรูปธรรมการทำงาน (อสม) และ ประการ ที่สาม ในบริบทการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐานไทย คือ การปรับ ทิศและยกระดับงานบริการปฐมภูมิ จากการเน้น ”การให้บริการสุขภาพพื้นฐานที่มีคุณภาพและทั่วถึง” ไปสู่การ พัฒนาความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพในชุมชนและท้องถิ่น และ ด้วยการเปิดหรือขยาย “พื้นที่”การทำงานจาก งานบริการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคแบบที่คุ้นชิน (Conventional) และจำกัดแคบ ไปสู่การเคลื่อนไหว เรียนรู้ และเติบโตร่วมไปกับชุมชน ในพื้นที่ใหม่ๆที่กว้างกว่า “พื้นที่สาธารณสุข” (เช่น

พื้นที่ของท่ามาหากิน วัฒนธรรม หรือ ประเด็นสาธารณะอื่นๆ) อันเป็นการทำให้จิตวิญญาณของสาธารณสุขมูลฐาน ยังคงมีชีวิตและเป็นพลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ที่มีสร้างความเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา และความท้าทายทางสุขภาพใหม่ๆทั้งหลาย

## 2. ค้นหา ทบทวน และรื้อฟื้น สารสำคัญแห่ง “การสาธารณสุขมูลฐาน”

การยึดกุมสารสำคัญที่ถูกต้องของสิ่งที่เรียกว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง ต่อการตีความอดีต และ มองล่วงหน้าไปในอนาคตของสิ่งนี้ แม้การอุบัติของคำๆนี้ ในตะวันตก จะเกิดขึ้นหลังไปเมื่อราวปี 1920 (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ 2552) แต่ตลอดเวลา 30 ปี ที่ผ่านมา หลังการเกิดคำประกาศอัลมา-อตา ในปี 1978 คำๆนี้ ได้กลายเป็นหลายสิ่ง หลายอย่างของหลายคน ในหลายประเทศ ตั้งแต่ปรัชญาและอุดมการณ์การพัฒนาสาธารณสุข แผนงาน/โครงการและกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพสำหรับคนจนในชนบท จนถึง เท่ากับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน- อสม ความหมายของคำๆนี้ เปลี่ยนแปลง ขึ้นลง ไปตามสมัย ทั้งในระดับสากลและในประเทศ จนกระทั่งวันนี้ ที่คำๆนี้ กลับมาอยู่ในความสนใจอีกครั้ง เมื่อถูกประกาศจากองค์การอนามัยโลกว่า “สาธารณสุขมูลฐาน: วันนี้ สำคัญมากกว่าที่เคยเป็นมาก่อน” (Primary Health Care: Now more than ever) (WHOa 2008)

### **สาธารณสุขมูลฐานในสามทศวรรษแรก ความหมายอันจำกัดแคบ**

ในคำประกาศอัลมา-อตา เมื่อปี 1978 มีคำศัพท์หลายคำในคำประกาศ ที่ทำให้ สาธารณสุขมูลฐาน เป็นแนวคิดที่เป็นการปฏิบัติการพัฒนาสาธารณสุขของโลก ที่ก้าวหน้าที่สุดแห่งยุคสมัย การกล่าวถึงสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่เป็นที่มาของปัญหาสุขภาพและการขาดแคลนบริการของคนส่วนใหญ่ กรอบทัศนะอันจำกัดแคบในการมองสุขภาพ ของวิทยาศาสตร์การแพทย์ สุขภาพคือผลรวมของการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และ การมีส่วนร่วมของปัจเจกและชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ คือสิทธิขั้นพื้นฐาน ฯลฯ ([http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/) 27/01/02) อย่างไรก็ตาม พลันที่แนวคิดเหล่านี้ปรากฏออกมา “มีเพียงไม่กี่ประเทศ ที่เข้าใจสาระเชิงอุดมคตินี้และนำไปใช้ ขณะที่ประเทศส่วนใหญ่ เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาด ในเกือบจะทันที” (WHOb 2008) สาธารณสุขมูลฐานมักถูกตีความว่าเป็นบริการเบื้องต้น ใช้เทคโนโลยีง่ายๆ ราคาถูก ที่อยู่ในระดับชุมชน สำหรับคนจน หลายคนปฏิเสธ เพราะเห็นว่าเป็นแนวคิดที่อุดมคติเกินไป หรือไม่ก็เพราะเป็นแนวคิดที่คุกคามต่อระบบการแพทย์กระแสหลัก (WHOb 2008)

ซึ่งนั่นเป็นเหตุให้ สาธารณสุขมูลฐาน ในหลายประเทศกลายเป็นแบบ selective primary health care ที่เหลือเพียงการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและการจัดให้มีกิจกรรม/โครงการบริการสาธารณสุขเบื้องต้นสำหรับประชาชนที่ยากจน โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆในโครงสร้างของระบบสุขภาพหลัก (Commission on Social Determinants of Health 2005: 4) เป็นการตีความ ความหมายของสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยการเลือกกรองเอาสาระที่มีความอ่อนไหวทางการเมืองทิ้งไป (Depoliticizing) ทำให้ฐานะสาธารณสุขมูลฐานเหลือเพียงแค่โครงการพัฒนาหาใช้ฐานะเชิงยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพของประเทศ อย่างที่ปรากฏในคำประกาศไม่

### **สาธารณสุขมูลฐาน.. การพัฒนาสุขภาพต้องใช้กระบวนการทางสังคม (PHC as a social approach in health)**

แท้ที่จริงแล้ว สาธารณสุขมูลฐาน หากมองด้วยบริบททางประวัติศาสตร์ ฐานคิดเบื้องหลังก็คือ การพัฒนาสุขภาพต้องใช้กระบวนการทางสังคม (social approach in health) ซึ่งเป็นทัศนะที่เคยปรากฏมาแต่เดิม ความเชื่อที่ว่าสังคมและสิ่งแวดล้อมคือตัวแปรสำคัญยิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของประชากร เป็นที่รับรู้และยอมรับมานาน การรณรงค์ทางด้านสาธารณสุขสมัยใหม่ (modern public health) ในยุโรป ในศตวรรษที่ 19 นักสาธารณสุขยุคบุกเบิก ล้วนตระหนักในความสำคัญข้อนี้ หนึ่งในคนสำคัญเหล่านั้น คือ รูดอล์ฟ เวอร์โชว์ (1821-1902) (Commission on Social Determinants of Health/ WHO 2005: 8) ผู้ซึ่งกล่าวว่า “การแพทย์ ที่แท้จริงเป็นวิทยาศาสตร์ทางสังคมอย่างหนึ่ง” (Dubos 1984)

“เมื่อปี 1847 ได้เกิดโรคระบาดขึ้นในเขตอุตสาหกรรมทางตอนเหนือของเมืองซิลีเซีย (upper Silesia) รัฐบาลปรัสเซีย ในขณะนั้น ได้แต่งตั้งให้หมอเวอร์โชว์ (Rudolf Virchow) ทำหน้าที่สืบหาสาเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้น ในรายงาน หมอเวอร์โชว์ สรุปว่า สาเหตุของโรคระบาดในครั้งนั้น มีที่มาจากสภาพอากาศที่เลวร้าย ฝนที่ตกหนักและได้ทำลายผลิตผลของประเทศลงอย่างสิ้นเชิง ทำให้เกิดความอดอยาก ขาดแคลนของผู้คนแผ่ไปทั่ว ฤดูหนาวอันเลวร้ายที่ตามมา บีบบังคับให้คนจนจำนวนมาก ต้องหลบแออัดยัดเยียดกันอยู่แต่ในบ้าน เผชิญกับทั้งความหนาวเหน็บและหิวโหย สภาพการณ์อันเลวร้ายนี้ ผลที่ตามมาคือการระบาดของไข้ไทฟัส (Typhus) ที่แพร่จากกลุ่มหมูก่อนที่อดอยากและหิวโหยระบาดสู่ชนชั้นผู้มีอันจะกินในท้ายที่สุด ประสบการณ์จากเมือง ซิลีเซีย ดังกล่าว ทำให้ในปีต่อมา (1848) หมอเวอร์โชว์ ได้ออกวารสารฉบับหนึ่ง ชื่อ *Medizinische Reform* ในวารสารฉบับนี้ หมอเวอร์โชว์ กล่าวว่า “ความจนคือตัว

เพาะ (breeder) โรค และเป็นหน้าที่ของแพทย์ ที่จะต้องสนับสนุนการปฏิรูปสังคม (social reforms) เพื่อสร้าง (reconstruct) สังคมใหม่ที่มีแบบแผนชีวิตซึ่งก่อให้เกิดสุขภาพกับประชาชน การรักษาผู้ป่วยเป็นรายๆ นั้น เป็นเพียงหน้าที่เล็กๆของการแพทย์ หน้าที่ที่สำคัญกว่าคือการควบคุมโรคของสังคมส่วนใหญ่ ซึ่งต้องการปฏิบัติการทางสังคม (social action) หรือแม้กระทั่งปฏิบัติการทางการเมือง (political action) ถ้าจำเป็น โดยนัยนี้ แพทย์ศาสตร์คือวิทยาศาสตร์สังคมอย่างหนึ่ง (medicine is a social science)” (Dubos 1984: 8)

ขณะทำงานของ แมคเคอว์น (McKeown 1976) ก็ย้ำความข้อนี้ ด้วยการรายงานว่าการลดลงของอัตราการตายด้วยโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรคในตะวันตก เกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดการพัฒนาด้านการแพทย์ โดยปัจจัยสำคัญที่อยู่เบื้องหลังการลดการตายดังกล่าวเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่และอาหารการกินที่ดีขึ้น

สาธารณสุขมูลฐาน เกิดขึ้นในบริบทเฉพาะทางประวัติศาสตร์ เมื่อวิกฤติทางเศรษฐกิจ การเมือง ของโลกยุคสงครามเย็นหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ต้องการทางออก (Gish 1972; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2551) ในคำประกาศอัลมา-อตา ความหมายของ สาธารณสุขมูลฐาน จึงมีสองระดับ ด้านหนึ่งคือ หมายถึงระดับของบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และ ระดับปรัชญาการพัฒนาสุขภาพ คือ การเน้นการพัฒนาสุขภาพด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม พอเพียง (appropriate technology) การพึ่งตนเองทางสุขภาพและปฏิเสธการครอบงำด้วยวิชาชีพชั้นสูง (critique of medical elitism) ที่นำไปสู่หลักการเรื่องมีส่วนร่วมของชุมชน และ หลักคิดว่าด้วยความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับการพัฒนาทางสังคม ซึ่งรองรับด้วยหลักการของ การพัฒนาระหว่างสาขา (intersectoral collaboration) (Commission on Social Determinants of Health/ WHO 2005: 12) โดยเฉพาะด้วยข้อความว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน กำหนดอย่างแจ่มชัดว่าต้องการกลยุทธ์การพัฒนาสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive health strategy) ที่ไม่เพียงแต่การจัดให้มีบริการสุขภาพแต่ต้องจัดการกับสาเหตุทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของการเกิดปัญหาสุขภาพด้วย”

สาธารณสุขมูลฐานในระดับกระบวนการนี้ ถือเอาความเป็นธรรมทางสุขภาพเป็นอุดมการณ์ เล็งเป้าหมายไปที่การจัดการปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและทางสุขภาพของคนส่วนใหญ่ ที่เกิดจากการพัฒนาในแนวทางของทุนนิยม คำประกาศสาธารณสุขมูลฐาน หากตีความอย่างลึกซึ้ง จะแลเห็นเนื้อหาเป็นการ

ปฏิติวทางความคิดในการพัฒนาสุขภาพของสังคมแห่งยุคสมัยอย่างแท้จริง<sup>1</sup> และในยุคสมัยปัจจุบัน ที่องค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้มีการนำสาธารณสุขมูลฐานกลับมาเป็นเป้าหมายแห่งการพัฒนาาระบบสุขภาพ เพื่อทออบกู้วิกฤตครั้งใหม่อีกครั้ง สาระเชิงอุดมการณ์เหล่านี้ ถูกเน้นย้ำอย่างชัดเจน

“สาธารณสุขมูลฐานที่ถูกผลักดันเมื่อสามสิบปีที่แล้ว ในฐานะทั้งที่เป็นชุดของคุณค่า/อุดมคติทางสังคม (a set of values ) หลักการ (principles) และแนวทางการพัฒนา (approaches) ที่มีเป้าหมายเพื่อบรรระดับสุขภาพของประชาชนผู้ที่ยากไร้ ในประเทศทั้งหลาย สาธารณสุขมูลฐานได้ให้คำตอบในการสร้างหนทางเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร สาธารณสุขมูลฐานใช้ทัศนะแบบองค์รวมในการมองสุขภาพ ที่มีขอบเขตไกลกว่ากรอบคิดอันจำกัดแคบทางการแพทย์ เป็นการยอมรับว่ารากเหง้าของความเจ็บป่วยและการเกิดโรคจำนวนมาก อยู่เหนือการควบคุมของระบบการแพทย์และสาธารณสุข และต้องถูกจัดการด้วยกระบวนการที่จัดการกับสังคมทั้งสังคม (a broad whole-of-society approach) การกระทำเช่นนี้ เป้าหมายหลายอย่าง ก็จะบรรลุผล ทั้งด้วยสุขภาพที่ดีขึ้น โรคลดน้อยลง ความเป็นธรรมมีมากขึ้น และระบบบริการสุขภาพจะมีการปรับปรุงประสิทธิภาพขึ้นอย่างมากมาย (WHO 2008)

ฐานะเชิงอุดมการณ์และกระบวนการพัฒนาของสาธารณสุขมูลฐาน ปรากฏในสาระของรายงาน World Health Report 2008 หลายแห่ง เช่น การถือประชาชนเป็นแก่นกลางของระบบสุขภาพ The PHC values to achieve health for all require health systems that “Put people at the centre of health care”- WHOa 2008; Xii) และ การให้คุณค่ากับ ความเป็นธรรมทางสังคม สิทธิที่จะมีสุขภาพที่ดีของคนทุกคน และการมีส่วนร่วมและภราดรภาพ (The Declaration of Alma-Ata was clear about the values pursued: social justice and the right to better health for all, participation and solidarity- WHOa 2008; Xii)

การแยกแยะสาระที่เป็นแนวคิดหรืออุดมคติ ทางเศรษฐกิจการเมือง ในแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานนี้ มีความสำคัญมาก เพราะเป็นสิ่งที่ใช้เป็นดัชนีที่ดี ที่จะใช้จำแนกแนวคิดนี้ จากแนวคิดการพัฒนาสาธารณสุข

---

<sup>1</sup> นายแพทย์มาร์เลอห์ ผู้อำนวยการใหญ่ องค์การอนามัยโลกในขณะนั้น และเป็นผู้นำในการผลักดันสาธารณสุขมูลฐาน เรียกตัวเองว่า นักสาธารณสุขการเมือง หรือ Health politician (สันติสุข 2548: 152)

แบบเดิม รวมทั้งจะเป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจว่า ทำไมสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมาทำไมจึงล้มเหลว และ ที่จะเกิดขึ้นใหม่จะหลีกเลี่ยงการติดกับดักเชิงโครงสร้างได้อย่างไร

**สาธารณสุขมูลฐาน คือ กรอบคิดและเป้าหมายแห่งการปฏิรูประบบบริการสุขภาพทั้งหมด**

แม้ในความหมายหนึ่ง สาธารณสุขมูลฐาน จะมีภาพของระบบการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ในระดับชุมชน (essential health care made universally available in the community) แต่สาธารณสุขมูลฐาน มิใช่เป็นเพียงแค่บริการสุขภาพที่มีให้กับชาวบ้านยากจน ในชนบท ที่ตัดขาดจากระบบหรือแนวคิดอื่น เหมือนกับที่มักเข้าใจผิดพลาดกันทั่วไป ในหลักการที่แท้จริงนั้น สาธารณสุขมูลฐานมีฐานะเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพและการพัฒนาเศรษฐกิจ-สังคม ทั้งมวลและด้วยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของชุมชน ([http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care\\_/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care_/en/) 27/01/02)” และควรมีฐานะเป็นทั้งเป้าหมายสุดท้ายและกรอบวิธีคิดพื้นฐาน ที่ระบบสุขภาพระดับอื่นๆจะต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้อง (Primary-health-care-based health system) มาร์การเรต ซาน ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก คนปัจจุบัน กล่าวผ่านข้อเขียนในวารสาร “เดอะแลนเซต” ว่า “เหนืออื่นใด สาธารณสุขมูลฐาน ได้ให้แนวทางในการจัดการกับระบบสุขภาพตลอดขบวน จากระดับครัวเรือนสู่ระดับโรงพยาบาล ด้วยการเน้นการป้องกันด้วยความสำคัญเท่าๆกับการรักษา และด้วยการลงทุนทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในบริการแต่ละระดับที่แตกต่างกัน” (WHO 2008)

ในรายงานประจำปีฉบับปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก เสนอให้ประเทศทั้งหลาย ใช้ 4 ทิศทางหลักเชิงนโยบาย ซึ่งสะท้อนหลักการ (core principles) ของสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเครื่องชี้นำการสร้างระบบสุขภาพและการตัดสินใจในการพัฒนาสาธารณสุข นั่นคือ หนึ่ง **หลักความครอบคลุมของบริการ** (universal coverage) ระบบสุขภาพที่เท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ คนทั้งหมดต้องเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพตามความต้องการและไม่มีขีดจำกัดเรื่องความสามารถในการจ่าย สอง **หลักประชาชนเป็นศูนย์กลาง** (People-centred services) ระบบบริการสุขภาพสามารถถูกปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยการทำให้บุคลากรให้บริการกลายเป็นส่วนหนึ่งอยู่ในชุมชน สาม **หลักนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** (Healthy Public Policies) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจำนวนมาก อยู่นอกการควบคุมของภาคสาธารณสุข นโยบายและการทำงานของกระทรวงทางการค้า สิ่งแวดล้อม การศึกษา และอื่นๆ ทั้งหมดล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ผ่านมามีการให้ความสนใจต่อกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายของกระทรวงเหล่านี้น้อย องค์การอนามัยโลกเชื่อว่า หลักการ

เรื่องการคำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in all policies) มีความจำเป็นต้องผสมผสานในกระบวนการตัดสินใจทางนโยบายของรัฐบาลทั้งหมด ซึ่งต้องการการปรับเปลี่ยนในมุมมอง (Shift) ทางการเมืองอย่างยิ่ง สี่ หลักภาวะการนำ (Leaderships) หลักนี้เชื่อว่า ระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ จะไม่เปลี่ยนไปสู่ระบบที่เป็นธรรม มีประสิทธิผลและเกิดประสิทธิภาพเองโดยธรรมชาติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว แทนที่จะเป็นภาวะการนำที่เน้นการสั่งการ (command) และควบคุม (Control) แต่ควรเป็นระบบการนำ ที่เป็นการต่อรองหาทางออกร่วมกัน (negotiation) และกำกับทิศทาง (steer) ซึ่งหมายความว่า ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในสังคม ต้องถูกดึงเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งภาคประชาสังคม ภาคเอกชน ชุมชน และ ภาคธุรกิจ ผู้นำทางสุขภาพ ต้องให้เกิดหลักประกันว่า กลุ่มผู้มีโอกาสน้อยจะมีพื้นที่ในการแสดงออกซึ่งปัญหาและความต้องการของตน (WHO 2008)

“ด้วยการมุ่งสู่เป้าหมายทั้งสี่ประการของสาธารณสุขมูลฐาน ระบบสุขภาพแห่งชาติ (national health systems) จะมีความสอดคล้องกันมากขึ้น มีประสิทธิผลมากขึ้น เป็นธรรมขึ้น และ ประสิทธิภาพสูงขึ้น ความสำเร็จเกิดขึ้นได้ในทุกประเทศ ณ เวลานี้ มีโอกาสมากมาย อย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน ที่ประเทศทั้งหลาย จะเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง ขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ไปสู่ระบบสุขภาพที่มีแนวคิดและปรัชญาของสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน (changing health systems towards primary health care)” (WHO 2008)

### **สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ และการส่งเสริมสุขภาพ**

กล่าวโดยสรุป การพลิกฟื้นสาธารณสุขมูลฐาน ขึ้นมาเพื่อเป็นคำตอบให้กับวิกฤติและความท้าทายของการพัฒนาระบบสุขภาพ และปัญหาความเจ็บป่วยในยุคโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน สาธารณสุขมูลฐาน ต้องถูกตีความในระดับกระบวนการทัศน์หรือปรัชญาการพัฒนาสุขภาพ ที่ให้คุณค่ากับกระบวนการทางสังคม เพื่อให้เกิดการจัดการกับรากเหง้าของปัญหา คือ ความไม่เป็นธรรมทางสังคม และ การขาดประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยที่ระบบสุขภาพทุกระดับทั้งหมด จะต้องปรับเปลี่ยน โดยหันเอาสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐานคิด

### **ถอดบทเรียน 3 ทศวรรษสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย**

พัฒนาการ ของสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ตลอดระยะเวลาประมาณ 3 ทศวรรษ ที่ผ่านมา แยกได้เป็น สองภาพ ที่แยกแต่สัมพันธ์กัน นั่นคือ การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในบริบทของนโยบายสาธารณสุข

มูลฐานแห่งชาติ ของกระทรวงสาธารณสุข และ พัฒนาการ นอกบริบทนโยบายสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ ภาพแรก มีรูปธรรมสำคัญคือการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงของนโยบาย และ แผนงาน โครงการ ที่อยู่ภายใต้การ ชี้นำ กำกับ และสนับสนุน ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การฝึกอบรมและจัดตั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน กิจกรรมกองทุนสาธารณสุขหมู่บ้าน โครงการ Healthy Thailand ฯลฯ ขณะที่ภาพหลัง หมายถึงการ เคลื่อนไหวทางสุขภาพ(ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม) ของภาคประชาชน หรือองค์กรอื่นภายนอกหรือมิใช่ หน่วยงานหลักในกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการต่างๆภายใต้การริเริ่มและสนับสนุนของ สำนักงาน กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) สมัชชาสุขภาพและประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ การทำงาน สุขภาพชุมชนในบริบทของบริการปฐมภูมิ

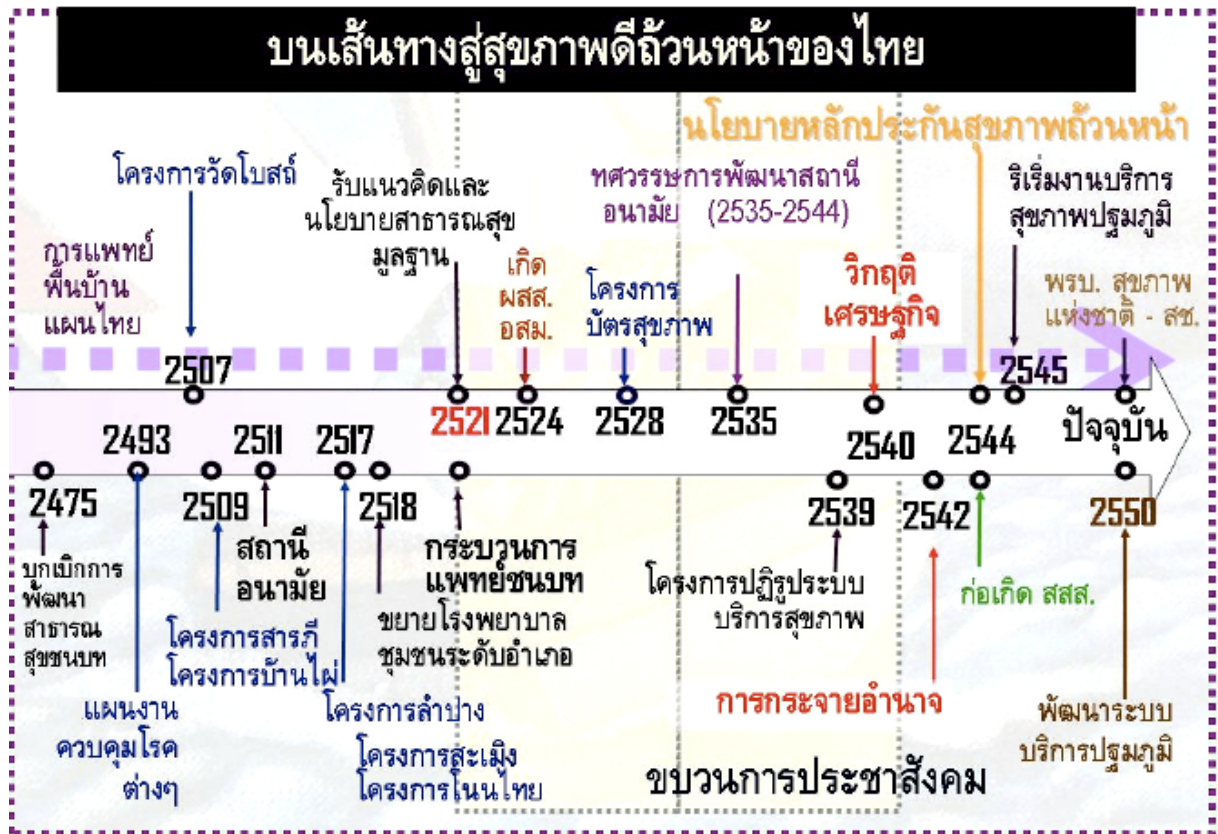
ภาพของพัฒนาการทั้งสองนั้น โดยทางปฏิบัติ ไม่ได้แยกจากกันโดยเด็ดขาด แต่ในเชิงการวิเคราะห์ ทั้ง สองการเคลื่อนไหว มีความแตกต่างกัน ในเนื้อหาสาระ และ กลไกการขับเคลื่อน โดยเฉพาะ ความแตกต่างกัน ในบทบาทของภาคสังคมหรือภาคประชาชน

### **ภาพรวมของการคลี่คลายของการพัฒนาสาธารณสุขในชนบทและบริบทที่เกี่ยวข้อง**

ประวัติศาสตร์ของการพัฒนาการของการพัฒนาสาธารณสุขในชนบท ของประเทศไทยอย่างเป็นระบบ และจริงจัง เริ่มย้อนหลังไปประมาณ 75 ปี และเข้มข้นขึ้นในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลง ครั้งสำคัญๆ เกิดขึ้นเมื่อมีการขยายจำนวนสถานอนามัย (2511) โรงพยาบาลชุมชน (2528) และการประกาศ นโยบายแห่งชาติว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีผลให้เกิดการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ ซึ่ง เริ่มในปี 2524 ขยายจำนวนเรื่อยมาจนครบทุกหมู่บ้าน ติดตามด้วยนวัตกรรมกองทุนต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ เกิดขึ้นนอกบริบทการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีผลกระทบทั้ง โดยตรงและโดยอ้อมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในชนบท ที่สำคัญก็คือ การประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับ ประชาชน พ.ศ. 2540 ซึ่งกำหนดให้มีการกระจายอำนาจจากหน่วยงานส่วนกลางสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (2544) การปฏิรูประบบสุขภาพ ที่บรรลุผลในปี 2550 การ ขับเคลื่อนของประชาสังคมและชุมชน ในรูปสมัชชาสุขภาพ ฯลฯ การเคลื่อนไหวของประชาคมสุขภาพและ

สมัชชาสุขภาพกับการขับเคลื่อน พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 เครือข่ายจิตอาสา ฯลฯ ซึ่ง ที่เติบโตใหญ่ มาจนถึงปัจจุบัน (ดูภาพ)



ที่มา โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2551

พัฒนาการของสาธารณสุขมูลฐานไทยภายใต้บริบทของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข

หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ประมาณ พ.ศ.๒๔๘๓ – ๒๕๐๔ ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งการแพร่ระบาดของโรคติดต่อและโรคติดต่อต่างๆ มีการพูดถึงการแก้ปัญหาโดยเน้นชุมชนและสิ่งแวดล้อม โดยมีความพยายามตีความ “การมีส่วนร่วม” ของประชาชน ดังปรากฏรูปแบบที่ต่างกันไป

การควบคุมไข้มาลาเรียเป็นโครงการแก้ปัญหาโรคติดต่อโครงการแรกที่มุ่งเน้นเทคโนโลยีอย่างอื่น นอกเหนือจากเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นสำคัญก่อน ได้นำเทคโนโลยีที่ใช้กำจัดยุงซึ่งเป็นพาหะนำโรค

และได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี ผลดี รวมถึงการใช้อาสาสมัครก็เริ่มขึ้นในโครงการกำจัดไข้มาลาเรียเป็นโครงการแรก เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดอาสาสมัครสาธารณสุข

ปี พ.ศ. ๒๕๐๓ กรมอนามัยได้ดำเนินการโครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น มุ่งควบคุมและป้องกันโรคต่างๆที่เกิดจากสุขาภิบาลไม่ดี โดยการปรับปรุงสุขาภิบาลในหมู่บ้าน ผ่านรูปแบบของการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการ ถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนให้เห็นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพอนามัย และให้เล็งเห็นข้อเท็จจริงที่ว่า การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ดีและสะอาดขึ้นนั้น เป็นภารกิจของทุกคน ทุกครอบครัว และทุกชุมชน การจัดหาน้ำสะอาด การสร้างส้วมราดน้ำและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอื่นๆ การทำโครงการครั้งนั้นได้ตั้งขึ้นเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน เรียกว่า กรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน จะทำอะไรก็ให้ชาวบ้านมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะขุดบ่อ เจาะบ่อ ตอนนั้นมีการจัดตั้งและมอบใบอนุโมทนาบัตรให้ ซึ่งลงนามโดยนายแพทย์อนามัยจังหวัดและกองสุขาภิบาลในเวลานั้น ก็ประสบความสำเร็จตามสมควรและเจริญหน้ามาเรื่อยๆ

ปี ๒๕๐๕ ฝ่ายสุศึกษา กองมาลาเรียและศูนย์มาลาเรียเขตได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครมาลาเรียในจังหวัดที่ตั้งศูนย์มาลาเรียเขตทุกเขตและจังหวัดใกล้เคียง โดยคัดเลือกประชาชนผู้มีน้ำใจเสียสละมาเป็น **อาสาสมัครมาลาเรีย** ซึ่งรับทำงานกำจัดไข้มาลาเรียและไม่หวังผลตอบแทนในการอบรม มีการมอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์เพื่อการใช้งาน ผลการศึกษาครั้งนั้นพบว่า สามารถกำจัดโรคมาลาเรียได้ จนไม่เป็นปัญหาของชุมชน

ต่อมาได้มีการดำเนินโครงการวัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก ในพ.ศ. ๒๕๐๗ โครงการส่งเสริมอนามัยชนบท มีการสำรวจปัญหาพบว่ามีโรคติดต่อ คือ วัณโรค ริดสีดวงตา เริ้น มาลาเรีย วัณโรคต้องให้ยาต่อเนื่องกินติดต่อกันทุกวัน จึงต้องมีคนไปเยี่ยมไข้ คัดเลือกคนที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ในพื้นที่มาอบรม เรียกว่า ผู้ช่วยพนักงานอนามัยตำบลเป็นลูกจ้าง คอยติดตามเยี่ยมไข้ผู้ป่วยในหมู่บ้าน การสร้างสำนักผดุงครรภ์เพื่อลดอัตราการตายของและเด็ก โดยส่งผู้ช่วยที่เป็นผู้หญิง ไปเรียนผดุงครรภ์ เด็กผู้ชายให้เรียนพนักงานอนามัย นับเป็นที่มาของการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

มีการทดลองการทำงานของสื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขที่อำเภอสารภี ใน พ.ศ. ๒๕๐๘ แพทย์คณะทำงานได้ทบทวนนโยบายใหม่ว่าจะดำเนินการแก้ไขเกี่ยวกับโครงการที่พิษณุโลกและที่

เชียงใหม่ โดยที่ต้องการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขจากเหตุผลฉะนั้น อัตราการใช้บริการยังอยู่ในอัตราต่ำเป็นเพราะขาดความร่วมมือจากชุมชน ประชาชนไม่เข้าใจลักษณะของการบริการ และการใช้ประโยชน์จากบริการ จึงได้ดำเนินโครงการใหม่ โดยคัดเลือกชาวบ้านมารับการฝึกอบรมเรื่องต่างๆ เช่นการรักษาโรคต่างๆที่พบบ่อยในท้องถิ่น ให้เห็นความสำคัญของการให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเน้นเรื่องส้วมราด น้ำดื่มสะอาด แล้วก็เรื่องพยาธิ มาลาเรีย ฝึกให้ชาวบ้านเจาะเลือด รู้จักการรักษาขั้นต้น อีกเรื่องคือการวางแผนครอบครัว เน้นเรื่องยาคุมกำเนิด ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกมาอบรมแบ่งเป็นสองกลุ่ม พวกแรกทำหน้าที่ทุกอย่างรวมทั้งการรักษาพยาบาล เรียกพวกนี้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนอีกพวกมีหน้าที่กระจายข่าวสาร ความรู้ด้านการสาธารณสุข รับข่าวสารเจ็บป่วยโรคระบาดในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ

ในทัศนะของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มนี้ ดำเนินงานในรูปแบบของอาสาสมัครภาคบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยร่วมมือกันจัดการสาธารณสุขของหมู่บ้าน ลักษณะการดำเนินงานเป็นการดำเนินงานสาธารณสุขผสมผสาน มีทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเหลือด้านวิชาการในเรื่องเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสารในการศึกษาต่อเนื่องกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษา อัตราการใช้บริการในรอบหนึ่งปีต่อมาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หลังจากนั้นจึงขยายพื้นที่ทดลองจนครบทุกตำบลของอำเภอสารภในจังหวัดเชียงใหม่

ปี พ.ศ.๒๕๑๒ ดำเนินโครงการโนนไทย จ.นครราชสีมา มีอาสาสมัครชุมชนประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุข

ปี พ.ศ.๒๕๑๓ เริ่มโครงการลำปาง (DEIDS Project) มีหลักการว่า ให้ใช้การแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ในชุมชนเป็นประตูเข้าของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ประกอบกับการใช้กลไกชุมชนในการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญมาช่วยเผยแพร่ความรู้ข่าวสารแก่ชุมชน เพื่อให้การขยายบริการและเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุขผสมผสาน จัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานภายในจังหวัด ผสมผสานระหว่างการรักษาพยาบาลกับการป้องกันและบริการส่งเสริมสุขภาพ จัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชน

จัดตั้งฝ่ายเวชกรรมสังคมภายในโรงพยาบาลจังหวัดและพัฒนาสภาตำบลให้ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการ  
สาธารณสุขระดับตำบลและคณะกรรมการหมู่บ้านให้เป็นคณะกรรมการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน

*ผลการพัฒนาโครงการล้าปางได้รับการนำเสนอในที่ประชุม Alma Ata และได้รับการยอมรับ  
ว่าเป็นการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในฝ่ายโลกเสรี*

ต่อมา ในปี พ.ศ.๒๕๑๖-๒๕๑๘ ดำเนินโครงการทดลองผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม.) ที่ อำเภอบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น ได้รูปแบบการคัดเลือก ได้คุณสมบัติที่  
เหมาะสมของ อสม.

พ.ศ.๒๕๑๘- ๒๕๓๓ เริ่มโครงการส่งเสริม จ.เชียงใหม่ กรมอนามัยโดยความช่วยเหลือขององค์การ  
สงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ ( UNICEF) มุ่งทดลองแก้ปัญหาความด้อยประสิทธิภาพของบริการ  
สาธารณสุขในชนบท โดยพยายามใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น เช่น หมอตำแย อาสาสมัคร การจัดระบบการ  
ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ เกษตร สหกรณ์ การศึกษา ให้เข้ามามีบทบาทร่วมกันในโครงการ  
ลักษณะผสมผสานในการแก้ปัญหาโภชนาการ วางแผนครอบครัวและการสาธารณสุขมูลฐาน

พ.ศ. ๒๕๒๐- ๒๕๒๔ โครงการจะนะ จังหวัดสงขลา ( โครงการพัฒนาประชากรแบบผสมผสาน)  
ส่งเสริมความร่วมมือของ ๔ กระทรวงหลักในการแก้ปัญหาของประชาชน พัฒนาศักยภาพของชุมชน ( ศิริพงศ์  
บุญราศรี,๒๕๔๓ :๕-๑๘)

การดำเนินงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องนับแต่เริ่มพุทธศักราช ๒๕๐๐ แสดงถึงความมุ่งมั่นของ  
บุคลากรทางสาธารณสุขของไทยในการระดมสรรพกำลังเพื่อต่อสู้กับโรคระบาด และโรคติดเชื้ออันเนื่อง  
หลัก ทำให้การแก้ปัญหาต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ควบคุมได้ ติดตามได้ ผ่านกลวิธีต่างๆ โดยมีความพยายามถึง  
“ **การมีส่วนร่วมของประชาชน**” เป็นการออกแบบรูปแบบวิธีการการมีส่วนร่วมของประชาชนตามบริบทของ  
สิ่งที่เผชิญอยู่ขณะนั้น ความจำเป็นต้องจัดการกับโรคติดต่อและโรคติดเชื้อต่างๆที่ระบาดเป็นวงกว้างอย่าง  
รวดเร็ว ทำให้การแก้ปัญหาต้องเป็นไปอย่างฉับไว บนพื้นฐานความรู้ในการจัดการโรคดังกล่าวตามแนว  
การแพทย์ตะวันตก ซึ่งชาวบ้านถูกมองว่า ขาดความรู้ ดังนั้น ความรู้ในการจัดการโรคและรูปแบบวิธีการต่างๆ  
จึงเป็นสิ่งที่หมอกคิดให้ เป็นการคิดแทนชาวบ้าน ยึดตามความรู้ความจริงชุดเดียว ซึ่งเป็นกลวิธีที่อาจจะ  
มีประสิทธิภาพในการจัดการ โรคติดเชื้อ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ในระดับหนึ่ง แต่การแก้ปัญหาดังกล่าวใน

ชุมชนระยะยาว ชาวบ้านไม่ได้ถูกกระตุ้นให้คิดต่อ ทำให้รูปแบบ “ การมีส่วนร่วมของประชาชน ” ลักษณะดังกล่าว กลายเป็นรูปแบบหลักที่ใช้จัดการปัญหาสาธารณสุขอื่นๆในเวลาต่อมา โดยมีได้ใคร่ครวญถึงบริบทที่แปรเปลี่ยนไป

“ การมีส่วนร่วมของประชาชน ” จากการตีความจนแปรเป็นรูปแบบปฏิบัติในโครงการสาธารณสุขข้างต้น จึงเป็นการที่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขยึดถือการมีส่วนร่วมให้ชาวบ้านในการจัดการแก่งที่แพทย์มองว่าเป็นปัญหา (Passive community participation ) ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนถูกตีความและยึดติดรูปแบบการจัดการจากแพทย์และรัฐให้มีส่วนร่วมในรูปแบบข้างต้น มีบางชุมชนที่เกิดการต่อต้านการมีส่วนร่วมของชุมชนเอง ในขณะที่ส่วนใหญ่จะติดรูปแบบการมีส่วนร่วมแบบนี้

ทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ( พ.ศ. ๒๕๒๑ – ๒๕๓๐ )

การมีส่วนร่วมของประชาชน :จากแนวคิด สู่หลากหลายรูปแบบการปฏิบัติ

ภายหลังที่ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรอัลมา อตาแล้ว รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเร่งด่วน โดยไทยมีพื้นฐานจากประสบการณ์การดำเนินทดลองงานสาธารณสุขรูปแบบต่างๆในหลายพื้นที่ และประสบความสำเร็จ เช่น โครงการวัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก โครงการสารภี จ.เชียงใหม่ โครงการโนนไถ จ.นครราชสีมา และโครงการลำปาง ประกอบกับความพร้อมด้านการนำของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น งานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยจึงได้รับการขานรับและเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว

มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบสาธารณสุขอย่างเป็นทางการครั้งแรก ในลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ นพ.เสม พรังพวงแก้ว รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ผลักดันแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๔ ( พ.ศ.๒๕๒๐-๒๕๔๐) ซึ่งริเริ่มนโยบายการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน มีการฟื้นฟูการใช้สมุนไพรและสนับสนุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขแห่งชาติ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และชาติชาย มุกสง,บรรณาธิการ, ๒๕๔๕ : ๒๓๐)

นพ.เสม พริงพวงแก้ว ให้ทัศนะต่อสาธารณสุขมูลฐานว่า

“ เรื่องการสาธารณสุขมูลฐานอยากจะเชื่อว่าเป็นของใหม่ ความจริงมันไม่ใช่ของใหม่ เพราะตอนที่ผมเป็นเด็ก ผมเกิดที่กรุงเทพฯ มีบ้านอยู่ที่ถนนรองเมือง ในพ.ศ. ๒๔๕๔ สมัยนั้นการแพทย์ต่างๆ ในเวลานั้นก็ยังไม่เจริญ กรมสาธารณสุขในเวลานั้นก็ยังไม่ มี เพราะฉะนั้นเมื่อเราเกิดมาจำความได้ ผมก็มองเห็นว่าในครอบครัวของเรานั้นก็มีพ่อแม่มีพี่ป้า น้ำอาตุง เวลาเราไม่สบายตอนนั้นก็ยังไม่มียาหมอมากมายเหมือนอย่างเดี๋ยวนี้ ผู้ที่ดูแลเราคนแรกในเวลานั้นก็คือพ่อแม่เรานั่นเอง นั่นคือจุดดั้งเดิมของการแพทย์ที่เราเรียกว่าแพทย์พื้นฐานหรือแพทย์มูลฐาน มูลฐานจริงๆมันอยู่ที่ครอบครัว...” (ศิริพงศ์ บุญราศรี , ๒๕๔๕ : ๑๗ )

ในช่วงแรก เน้นการสร้างโครงสร้างพื้นฐานของงานสาธารณสุขมูลฐานโดยเฉพาะเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุข มีการคัดเลือกและฝึกอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ( ผสส.) เฉลี่ยหมู่บ้านละ ๑๐ คนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านละ ๑ คน เมื่อ ผสส.และ อสม.ผ่านการอบรมแล้ว จะได้รับการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านมูลค่า ๘๐๐ บาท เพื่อเป็นการเริ่มต้นในการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๔ โครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านครอบคลุมประมาณร้อยละ ๕๐ ของหมู่บ้านในชนบท ใน ๖๘ จังหวัด ๖๒๐ อำเภอ ๔,๘๐๐ ตำบล ๒๔,๐๐๐ หมู่บ้าน รวมทั้งเร่งกระจายแนวคิดหลักการการสาธารณสุขมูลฐานให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนมากที่สุด

ในช่วงแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๕ ( พ.ศ.๒๕๒๕- ๒๕๒๙) งานสาธารณสุขมูลฐานยังคงเน้นที่การเร่งผลิต ผสส. และ อสม. ให้ครอบคลุมพื้นที่ เมื่อสิ้นสุดแผน สามารถจัดตั้ง ผสส.และอสม. และโครงสร้างพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐานได้ครอบคลุมร้อยละ ๘๗ ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ และได้เริ่มขยายโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองบางส่วน

การกำหนดบทบาทของ ผสส. ในการเป็นผู้สื่อข่าวหรือนักศึกษาประจำหมู่บ้าน จะไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมของหมู่บ้าน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (๒๕๓๑ : ๘๕-๘๖) วิเคราะห์ว่าบทบาทของผู้ให้การศึกษาหรือการให้คำแนะนำแก่บุคคลอื่นได้นั้น ควรจะเป็นบุคคลที่มีคุณธรรม มีความรู้ อาวุโสและได้รับการยกย่องนับถือจากชาวบ้าน การที่ชาวบ้านคนหนึ่งได้รับการอบรมความรู้เรื่อง

การแพทย์และสาธารณสุขเพียง ๕ วัน แล้วตั้งเป็น ผสส. และคาดหวังว่าจะสามารถให้สุขศึกษาได้นั้น จะเป็นสิ่งที่เป็นจริงได้ยาก

การเร่งรัดในการจัดตั้ง ผสส.และอสม. ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๔ และ ๕ เป็นผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลต้องเร่งปฏิบัติตามนโยบาย โดยไม่มีเวลาศึกษาชุมชนหรือเตรียมชุมชนเสียก่อน การคัดเลือก ผสส.และอสม. จึงขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ชาวบ้านไม่รู้ว่าใครเป็น ผสส./อสม. ไม่รู้ว่ามียาพยาบาลที่อะไร ปัญหาสำคัญคือการสูญเสีย ผสส. ค่อนข้างสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔ อัตราการสูญเสีย ผสส. มีสูงถึงร้อยละ ๖๒.๔

ในช่วงกลางและปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๕ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น ได้ให้ความสนใจต่อการพัฒนาความสามารถในการบริหารจัดการของชาวบ้านโดยเห็นว่าควรรวมกองทุนเฉพาะกิจด้านต่างๆของการสาธารณสุข เป็นกองทุนพัฒนาสาธารณสุขและกองทุนพัฒนาหมู่บ้านหรือเป็นกองทุนเอนกประสงค์ ซึ่งจะมีขอบข่ายการทำงานที่กว้างขวางและสามารถยกระดับความสามารถในการบริหารจัดการให้สูงขึ้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการได้พัฒนาถึงขั้นสูงอีกขั้นหนึ่ง คือ การพัฒนาระบบวางแผนโดยใช้กรอบการวางแผนที่เรียกว่า “ความจำเป็นพื้นฐาน” (จ.ป.ฐ.) การทำงานในลักษณะนี้ ต้องมีการประสานงานจาก ๔ กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ อย่างไรก็ตาม โครงการดังกล่าวขาดการสานงานต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษแรก มีการทำคู่มืออบรม อสม.และ ผสส. เนื้อหาครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนโดย อสม. “การเปิดโอกาสให้ชุมชนยกปัญหาเอง” เป็นประเด็นสำคัญที่ปรากฏในส่วนแรกของคู่มือดังกล่าว โดยอธิบายเพิ่มเติมว่า

ถ้าหากในชุมชนมีปัญหาเฉพาะด้าน และต้องการให้มีตัวแทนของชุมชน หรืออาสาสมัครให้ได้รับความรู้หรือการสนับสนุนอื่นๆจากรัฐมาช่วยแก้ปัญหา ก็อาจจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแผนงานของหมู่บ้าน เสนอผ่านคณะกรรมการสภาตำบลขึ้นมา ขอรับการสนับสนุนได้เช่นกัน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ,๒๕๒๔ : ๕ )

แนวคิดเรื่องการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเองถูกระบุไว้ แต่ไม่มีรูปธรรมหรือโครงสร้างหรือระบบใด ๆ มารองรับให้เกิดขึ้นจริงได้ ในขณะที่เนื้อหาความรู้ต่อโรคและวิธีการจัดการโรค ชัดเจนเป็นรูปธรรมและรัฐพร้อมให้การสนับสนุนผ่านการกระตุ้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปรากฏเนื้อหาในส่วนหลังซึ่งมีจำนวนมากกว่าเป็นการให้ความรู้เรื่องต่อไปนี้

1. งานสุขศึกษา
2. งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
3. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
4. งานส่งเสริมอาหารและโภชนาการ
5. งานสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด
6. งานควบคุมโรคในท้องถิ่น

-โรคอุจจาระ

-ไข้เลือดออก

-ไข้มาลาเรีย

-ไข้สมองอักเสบ

-โรคหนองพยาธิ

-วัณโรค

-โรคเรื้อน

-โรคพิษสุนัขบ้า

-กามโรค

-โรคเท้าช้าง

7. งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น
8. งานจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
9. งานสุขภาพจิตชุมชน
10. งานทัศนสาธารณสุขชุมชน

**งานสาธารณสุขมูลฐาน : ความพยายามผนึกกำลังหลายภาคส่วน**

งานสาธารณสุขมูลฐานได้รับการกำหนดไว้ในระบบการพัฒนาชนบทแห่งชาติ ( กชช.) ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๕ ( พ.ศ.๒๕๒๔-๒๕๒๙) จำเป็นต้องมีการประสานงานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ใน ๔ กระทรวงหลัก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชนและหน่วยงานระดับอำเภอของหน่วยงานเหล่านี้

ระบบการวางแผนตามระบบของการพัฒนาชนบทแห่งชาติ แม้จะมีโครงสร้างที่เอื้อให้หน่วยงานต่างๆ มาช่วยกันคิดและวางแผนก็จริง แต่การกำหนดกรอบนโยบายแต่ละปี เป็นการจัดทำโดยหน่วยงานส่วนกลาง ซึ่งไม่มีการประสานงานระหว่างกรมกระทรวง เป็นเหตุให้นโยบายเหล่านั้นอาจขัดแย้งกัน และยังเป็นข้อจำกัดมิให้หน่วยงานระดับจังหวัดมีอิสระในการวางแผนให้สอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงของพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ ปัญหาในระดับนโยบายคือ จุดเน้นหนักของแต่ละหน่วยงานยังคงให้กับการกิจหลักของตน

ท่าทีระหว่างข้าราชการระดับตำบลและชาวบ้าน ต่างใช้ท่าทีและวิธีปฏิบัติที่เป็นทางการมาก อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เจ้าหน้าที่บางคนยังมีทัศนคติทางลบต่อชาวบ้านอยู่ มีการมองว่าปัญหาของงานสาธารณสุขมูลฐานคือการขาดความร่วมมือจากประชาชนหรือขาดความรู้

การมีส่วนร่วมของประชาชน : วิเคราะห์รากเหง้าแห่งปัญหา

นัยยะอื่นของปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น มีรากเหง้าจากหลายสาเหตุ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากระบบการทำงานลักษณะ “ สั่งการจากเบื้องบน ” กระทรวงสั่งการมาให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่มาสั่งการกับ ผสส.และ อสม. ส่วนใหญ่การจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นไปในลักษณะที่เจ้าหน้าที่เป็นตัวหลัก โดยมี ผสส.และอสม.เป็นลูกมือ และชาวบ้านเป็นผู้เข้าร่วม ขาดการมีส่วนร่วมของชาวบ้านตั้งแต่การตัดสินใจวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผน อันเป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ชาวบ้านต้องเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานโดยอาจไม่ได้เห็นความสำคัญ ไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหาของตน และยังคงเสียสละทุนทรัพย์ เวลาและแรงงาน เมื่อเวลาผ่านไป ความร่วมมือก็ค่อยลดลงตามลำดับ

ระบบราชการและจิตสำนึกแบบราชการ นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการมีส่วนร่วมกับชุมชน เพราะระบบราชการมีลักษณะการรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจ การรวมศูนย์ทรัพยากร ความซับซ้อน ขาดการประสานงาน การทำงานซ้ำซ้อน ทำให้ขาดประสิทธิภาพและทำงานล่าช้า รวมทั้งทัศนคติของข้าราชการต่อผลงานและการทำงานที่ต้องขึ้นต่อเบื้องบน ทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ขาดความคล่องตัว ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่

การรวมศูนย์อำนาจในระบบสาธารณสุข การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนได้ใช้ตัวแบบเดียวกัน ดำเนินการเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ใช้การประเมิน ตัวชี้วัดแบบเดียวกันทั้งประเทศ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกันในทางสังคมวัฒนธรรม วิถีชีวิต ระบบเศรษฐกิจ

แม้ว่าจะมีความพยายามพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นลำดับขั้น เริ่มต้นจากการให้ประชาชนมีส่วนร่วมแบบเป็นฝ่ายถูกกระทำ ( Passive participation ) คือประชาชนเข้าร่วมโครงการที่รัฐเป็นผู้กำหนด และทำตามที่เจ้าหน้าที่รัฐต้องการหรือร้องขอให้ช่วย จนพัฒนาถึงความพยายามที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมการทำงานของรัฐบาล มีบทบาทในการควบคุมทางสังคม เช่น โครงการบัตรสุขภาพที่ต้องการให้ชุมชนสามารถควบคุมสถานบริการสาธารณสุขที่เขาเลือกซื้อบัตรสุขภาพได้ แต่ในทางปฏิบัติ อำนาจของประชาชนไม่ได้เกิดขึ้นจริง เพราะประชาชนส่วนมากยังไม่เข้าใจถึงเป้าหมายและคุณค่าของการใช้บัตรสุขภาพ ตลอดจนสิทธิและเงื่อนไขต่างๆ

การมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อ สังคมไทยมีการตระหนักถึงความหมายของคำว่า “ ประชาชน ” ที่มากกว่าการเป็นคนของประเทศนั้นๆ ประชาชน ในยุคปัจจุบันควรมีความเป็นพลเมือง ที่เปิดกว้างความหมายพ้นจากปัจเจกสู่การตระหนักถึงสิทธิและบทบาทต่อสังคม

เอนก เหล่าธรรมทัศน์ (๒๕๔๓ : ๒๖-๒๗) อธิบายว่า “ ประชาชน ” หมายถึงคนที่ไม่ใช่ผู้ถูกปกครอง ในสมัยโบราณประชาชนเป็นไพร่หรือทาสเกือบทั้งหมด การเมืองสมัยใหม่ได้ปลดปล่อยประชาชนจากการเป็นไพร่หรือทาสให้กลายเป็นเสรีชน มีสถานะทางกฎหมายเท่าเทียมกัน รวมเรียกอดีตไพร่ ทาส ขุนนางหรือชนชั้นใหม่ๆว่า ราษฎร หมายถึงผู้ที่ต้องเสียภาษีให้รัฐ

ในตะวันตก การเปลี่ยนแปลงการปกครองให้เป็นระบอบประชาธิปไตย คือ การเปลี่ยนราษฎร ให้เป็นพลเมือง พลเมืองนอกจากเสียภาษีและปฏิบัติตามกฎหมายบ้านเมืองแล้ว ยังต้องมีบทบาทและอำนาจทางการเมือง มีสิทธิแสดงความคิดเห็นต่างๆต่อทางการเมือง พลเมืองเป็นฝ่ายรุกเพื่อเรียกร้องกฎหมาย นโยบาย ราษฎรที่ดินนั้นเป็นฝ่ายรับและว่านอนสอนง่าย แต่พลเมืองที่ดินนั้นต้องเป็นฝ่ายรุกได้ ไม่เฉื่อยเนือย

พลเมือง มีความหมายถึง “ ผู้มีสิทธิและหน้าที่อย่างสมบูรณ์ ” สิทธิ มีการแบ่งออกเป็นสองชนิด คือ ความเสมอภาค และความเป็นอิสระ ภาวะการเป็นพลเมืองประกอบไปด้วยสามส่วนสำคัญคือ สิทธิพลเมือง (civil rights) สิทธิการเมือง ( political rights) และสิทธิทางสังคม ( social rights)

ประชาสังคม จึงเป็นองค์ประกอบซึ่งให้กำเนิดคนทุกคนที่เป็น “ พลเมือง ” หรือราษฎรอย่างเท่าเทียมกัน ในขณะที่ สิทธิและบทบาทของความเป็นพลเมือง ได้รับการปฏิบัติและเรียนรู้้อย่างมาก วาทกรรมการเมือง รวมศูนย์ไปที่รัฐและรัฐบาล โดยให้น้ำหนักที่ความมั่นคงของรัฐและความเป็นระเบียบของสังคม (ชเนศ อาภรณ์สุวรรณ, ๒๕๔๕: ๑๑๑ , ๒๐๕.๒๒๕ )

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริงโดยผ่านรูปแบบที่รัฐหรือเจ้าหน้าที่รัฐกำหนดให้ หากแต่จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสร้างสิ่งแวดล้อมและเงื่อนไขให้ประชาชนเรียนรู้และตระหนักถึงบทบาทความเป็นพลเมืองที่มีต่อสังคม

น่าเสียดายว่า การเปลี่ยนแปลงการปกครองมาเป็นประชาธิปไตยของไทย ไม่ได้เปลี่ยน ราษฎรให้เป็นพลเมืองสักเท่าไร ประชาชนคนชั้นล่าง ยังมองตนเองเป็นผู้้อย คอยการอุปถัมป์จากผู้ใหญ่ ประคองหนึ่งครั้ง

“ใครปฏิบัติต่อมุนาย ความสัมพันธ์จึงไม่ใช่เชิงราบที่เท่าเทียม แต่เน้นการสร้างความสัมพันธ์เชิงโค้งระหว่าง “ผู้ใหญ่กับผู้น้อย” มากกว่า

แนวคิดประชาสังคม เน้นความจำเป็นในการปลูกฝังทัศนคติให้ประชาชนเห็นว่าตนเป็นพลเมือง จะทำให้เขาเห็นคุณค่าของความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน การขำแนวคิดเรื่องพลเมือง จะทำให้ประชาชนตื่นตัวทางการเมือง บรรณาการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของส่วนรวม

**ทศวรรษที่สองแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.๒๕๓๐-๒๕๔๐)**

### **การเติบโตของอาสาสมัครสาธารณสุข**

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๖ ( พ.ศ.๒๕๓๐- ๒๕๓๔ ) มีการขยายงานสาธารณสุขมูลฐานจากภาคสุขภาพสู่ภาคสังคม จากเริ่มต้นที่เน้นเรื่องสุขภาพและ Health for All เปลี่ยนมาเน้นที่คุณภาพชีวิตและใช้ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

มีการจัดตั้งชมรม อสม. เกิดขึ้นทุกระดับ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ถึงชมรมระดับประเทศ และมีเครือข่ายของ อสม.ที่ช่วยพัฒนางานสาธารณสุขระหว่าง อสม.ด้วยกันเองได้ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ หลังจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๓๗ เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุข และยกระดับ ผสส.เป็น อสม. มีบัตรประกันสุขภาพ อสม. รักษาฟรีทั้งครอบครัว เป็นเงื่อนไขให้ชมรม อสม. ระดับจังหวัดและระดับภาคมีการพัฒนาอย่างเป็นทางการนับแต่นั้นมา

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีตัวแทนแต่ละครอบครัวอย่างน้อย ๑ คนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดเครือข่ายระหว่าง อสม.และแกนนำของครอบครัวในแต่ละหมู่บ้าน

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๗ เน้นการจัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นกลยุทธหลัก ซึ่งไม่ต้องประสานกับกองและกระทรวงอื่นๆ ทำให้งานสาธารณสุขถอยกลับมาสู่ภาคสุขภาพอีกครั้ง

ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน นพ.สมทรง รัชต์เผ่า วิเคราะห์ว่า กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านไม่ค่อยเกิดขึ้นเท่าที่ควร จากการไม่พัฒนาสื่อ หรือเครื่องมือในการ

ทำงานให้กับกลุ่มอาสาสมัครที่ดำเนินการอยู่ในหมู่บ้าน พสส.ไม่มีเครื่องมืออะไรเลย อสม.มีเล็กน้อย คือ ยา ซึ่งได้จัดตั้งเป็นกองทุนยา (วนิดา วัระกุล ,๒๕๔๕)

งานโภชนาการ งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและระบบกองทุน มีปัญหาการประสานงานในระดับบุคคลและปัญหาระดับนโยบาย ในระดับบุคคลเช่น ความเข้าใจต่องาน ภาวะงานที่มีอยู่ ตลอดจนระดับความร่วมมือที่แตกต่างของประชาชนในพื้นที่

ปัญหาที่พบก็ยังเป็นแบบเดิมที่พบในทศวรรษก่อน คือ ปัญหาการสั่งการจากเบื้องบน การมีส่วนร่วมโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นศูนย์กลางและการใช้รูปแบบเดียวในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั่วประเทศ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น

แนวคิดการจัดตั้ง ชมรม เป็นแนวคิดของประชาสังคม (civil society) ที่เน้นบทบาทภาคประชาชนที่มีการดำเนินงานแบบองค์กร ดำเนินงานโดยอิสระ มิได้อยู่ภายใต้อำนาจของราชการ แต่กรณี ชมรม อสม. เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐ แม้จะเห็นว่า อสม.เป็นภาคประชาชน แต่จิตสำนึกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.ส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าเป็น อสม. ต้องปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่ในแต่ละระดับ โอกาสที่ อสม. จะคิดเอง ทำเอง หรือตรวจสอบ คัดค้านการดำเนินงานของภาครัฐ (โดยเฉพาะระดับนโยบาย) ตามแนวคิดของประชาสังคมจึงมีโอกาสดังกล่าวได้น้อยมาก

เริ่มต้น ชมรม อสม.เกิดจากการรวมตัวกันเองของ อสม.แต่ละ อำเภอและจังหวัด สมาชิก อสม.สามารถรับรู้ข่าวสารและสามารถควบคุมการดำเนินงานกันเองได้ระดับหนึ่ง ตลอดจนผลการดำเนินงานก็ไม่มีลักษณะแปลกแยกจาก อสม.ในจังหวัดนั้นๆ แต่เมื่อกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานมีนโยบายให้มีชมรม อสม.ทุกจังหวัดทั่วประเทศ ทำให้ ชมรม อสม. กลายเป็นโครงสร้างหนึ่งที่เป็นทางการโดยปริยาย โครงสร้างการบริหารชมรมมีลักษณะคล้ายระบบราชการ คือ ประกอบด้วย ชมรม อสม. ระดับประเทศ ระดับภาค ระดับจังหวัดและระดับตำบล รวมทั้งการทำงานมีลักษณะสั่งการจากระดับบนสู่ระดับล่างเช่นกัน

หากวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดประชาสังคม โดยเฉพาะชมรมระดับภาค และระดับประเทศ จะเห็นว่าสมาชิก อสม. ส่วนใหญ่ ไม่รู้ว่าตนเองเป็นสมาชิกหรือไม่ เพราะชมรมที่สร้างขึ้นไม่ได้เกิดจากความต้องการของสมาชิก กลุ่มจึงไม่เกิดจิตสำนึกของความเป็นชมรม (civic consciousness) การมีส่วนร่วมของชุมชนก็เป็นการ

เข้าร่วมโครงการตามที่รัฐกำหนด (passive participation) ดังนั้น แนวคิดที่ประชาสังคมจะมีความสัมพันธ์กับรัฐในลักษณะที่เสมอภาค (mutual relationship) จึงไม่เกิดขึ้นจริง บ่อยครั้งที่ชมรม ถูกข้าราชการนำไปใช้เป็นฐานเสียงให้กับการเมืองด้วย การสื่อสารที่เกิดขึ้น ก็เป็นการสั่งการจากราชการส่วนกลาง ไม่ได้มีลักษณะการสื่อสารแบบที่เกิดจากการพูดคุย ปรัชญาหรือของคนในชุมชน (civic communication)

## **ทศวรรษที่สามแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.๒๕๔๐-๒๕๕๐)**

### **ความพยายามกระจายอำนาจ และความเร่งรัดในการกระทำการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า**

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ปรับปรุงกลไกการสนับสนุนงบประมาณจากรายกิจกรรม มาเป็น การจัดสรรงบประมาณต่อหน่วยหมู่บ้าน เฉลี่ย ๗,๕๐๐ บาท ต่อหมู่บ้าน โดยเริ่มดำเนินการในปี ๒๕๔๑ เพื่อให้ประชาชนและองค์กรชุมชน เป็นผู้บริหารจัดการงบประมาณนี้ด้วยตนเอง โดยคาดหวังว่าประชาชนจะเป็นผู้ริเริ่มและตัดสินใจแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนด้วยตนเองอย่างแท้จริง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยกำหนดแนวทางการสนับสนุนงาน ใน ๓ ลักษณะคือ

๑. การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน

๒. การพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน

๓. การสนับสนุนการจัดบริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

แม้ว่าจะเน้นการกระจายอำนาจและงบประมาณให้ประชาชนมีอิสระในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพด้วยชุมชนเองก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติ หน่วยงานภาครัฐก็ยังกำหนดกรอบกิจกรรมให้หมู่บ้านปฏิบัติตามใน ๓ กลุ่มข้างต้น ซึ่งถ้าชาวบ้านจะทำในสิ่งที่นอกเหนือจากนี้ ก็กังวลว่าจะดำเนินการได้หรือไม่ เมื่อรู้สึกวุ่นวายไม่แน่ใจ ก็ต้องยอมทำตามกรอบที่ภาครัฐกำหนดมาเหมือนเดิม ทำให้ชาวบ้านไม่สามารถคิดเอง ทำเองได้อย่างอิสระ รวมทั้งการกำหนดระเบียบการเบิกงบประมาณซึ่งภาครัฐคิดว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะทำให้เกิดความโปร่งใส อันที่จริง ควรเปิดโอกาสให้ชุมชนคิดค้นวิธีการเบิกจ่ายและตรวจสอบด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับชุมชนนั้นๆ แทนที่จะคิดกำหนดมาให้มีรูปแบบเดียวเหมือนกันหมดทุกพื้นที่ทั้งประเทศ ซึ่งเป็นวิธีคิดแบบราชการ การกระทำได้กล่าวถึงเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความมีส่วนร่วมจากชุมชนและองค์กรท้องถิ่นตาม

หลักการกระจายอำนาจ ส่งผลให้แผนสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน ไม่ใช่แผนของหมู่บ้านอย่างแท้จริง เพราะภาครัฐยังไม่ได้กระจายอำนาจให้ประชาชนมีอิสระในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง

ช่วงก่อนการประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดต่างๆได้เร่งรัดดำเนินงานตามตัวชี้วัด ไม่ได้ดำเนินการแบบประชาชนมีส่วนร่วมเท่าที่ควรในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ ในขณะที่ตัวชี้วัดไม่ได้แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม ตัวชี้วัดบางตัวผ่านเพราะเจ้าหน้าที่จัดทำให้อย่างไรก็ตามถือว่า ประเทศไทยได้ประกาศการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า บนพื้นฐานของการบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน และได้ประกาศความยั่งยืนของการดำเนินงานสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนที่โคราช Korat Agreement for sustainable HFA 2001-2010 หลังการประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายเน้นงานสาธารณสุขมูลฐานเหมือนในอดีต

ทางด้านสาธารณสุข มีความพยายามหาแนวทางใหม่ๆ ที่คิดว่าจะได้ผลดีกว่า ยั่งยืนกว่า มีการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในปี ๒๕๔๓ ทำให้เกิดแนวคิดการมองเรื่องของสุขภาพเป็นสุขภาวะ เป็นองค์รวมที่ต้องเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายๆด้าน เป็นการเปิดพื้นที่ทางสุขภาพให้ผู้คนในหลากหลายวงการเข้าร่วมได้

กระทรวงสาธารณสุขประกาศ สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปีพ.ศ. ๒๕๔๓ มีการประเมินชุมชน หมู่บ้านว่าบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยใช้เกณฑ์ ๓ ประการ คือ

๑. การบรรลุความจำเป็นพื้นฐาน
๒. การพึ่งตนเอง
๓. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

มีการประกาศข้อตกลงสู่การมีสุขภาพที่ยั่งยืน ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๓ ดังนี้

๑. ประเทศไทยต้องดำเนินงานกระบวนการสุขภาพดีถ้วนหน้ายั่งยืน ตลอดไปภายใน ๑๐ ปี ทั้งนี้ ต้องครอบคลุมเป้าหมายให้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน
๒. ขยายบทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้เป็น อสม.เพื่อสังคม ปฏิบัติงานด้านเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ตลอดจนการพัฒนาองค์กร อสม. ให้เข้มแข็งเป็นอิสระ ปฏิบัติงานด้วยจิตสำนึกและอุดมการณ์ขององค์กรเอง
๓. อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน นอกจาก อสม.แล้ว ควรมีการร่วมประสานกับ อาสาสมัครประเภทอื่นๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านและชุมชนด้วย เช่น อาสาสมัครประจำโรงเรียน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อาสาสมัครปศุสัตว์ประจำหมู่บ้าน ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อความครอบคลุมและพัฒนาคุณภาพของสุขภาพดีถ้วนหน้าให้เข้าถึงประชาชนทุกคน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนติดเป็นนิสัยและวัฒนธรรมของชุมชน
๔. หน่วยงานราชการที่อยู่นอกเหนือกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรท้องถิ่น อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ซึ่งเป็นองค์กรที่มีอำนาจในการปกครองและทำการพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ควรมีนโยบายและแนวทางที่จะพัฒนาท้องถิ่นสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน และประกาศให้ประชาชนทราบอย่างชัดเจน
๕. ให้มีประชากรสุขภาพทุกระดับของสังคมไทย อาทิ ประชาคมสุขภาพระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เพื่อให้มีบทบาทในการควบคุม ตรวจสอบ ติดตามประเมินผล ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน

ข้อตกลงสู่การมีสุขภาพที่ยั่งยืน ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๓ โดยใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมืองอย่างรวดเร็ว การใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน จำเป็นต้องมีการปรับหรือหารูปแบบการดำเนินงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง

## งานสาธารณสุขมูลฐาน : ทำมกลำงวิฤติและโอกำส

กำรขยำกรอบแนำคิดเรื่องสุภำพ สู่กำรมองสุภำพเป็นองค์รวม กำรบูรณำกำรทุกมิติของชีวิติ กำรเคลื่อนทำงเศรษฐกิจ สังคม กำรศึกษำ วัฒนธรรมสิ่งแวล้อม ก็เพื่อสร้ำงบริบทให้เอื้อต่อกำรสร้ำงสุภำพอย่ำงย่งยืน ภายใต้ออกดกลงสู่กำรมีสุภำพที่ย่งยืน ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๓ ย่งคงเน้นบทบำทของหน่วยงำนรัฐ แม้ว่ำจะมีการเอ่ยถึงประชำคมสุภำพแต่ขำดควำมชัดเจนที่จะทำให้ออกดความเข้มแข็งของภำคประชำสังคม รัฐย่งคงมองประชำชนเป็นฝ่ำยที่ด้อยรอรับสุภำพและบริกำรสุภำพ ต้องถูกสร้ำงพฤติกรรมสุภำพที่เหมาะสม ทำให้อำสำสมัครทั้งหลำยกลำยเป็นเครื่องมือแห่งอุดมกำรณธ์ของรัฐในกำรครอบงำ ควบคุมประชำชน แทนที่จะให้สุภำพเริ่มต้นจำกประชำชน กำรสร้ำงกำรมีส่วนร่วมของประชำชนที่สร้ำงบทบำทให้ประชำชนร่วมคิด ร่วมวิเครำะห์ หำปัญหำ และวิธีกำรแก้ปัญหำให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชน แต่ทำยสุด รัฐย่งคงเลือกใช้อำสำสมัครเป็นเครื่องมือควบคุมประชำชน ให้ไปสู่เป้าหมายที่รัฐกำหนดไว้

ภำพรวมของกำรประเมินแผนพัฒนำกำรอำรณสุขฉบับที่ ๘ แนำคิดที่จะให้ อสม.ไปสร้ำงควำมรู้ให้กับขำวบ้ำน ย่งไม่ประสบผลสำร็จ ในขณะที่ยังต้องกำรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมำก ยังไม่ได้กำหนดแผนพัฒนำอำรณสุข เป็นแผนท้องถิ่น

ในปี ๒๕๔๔ รัฐมีนโยบายหลักประกันสุภำพถ้วนหน้า ด้วยเหตุผลตำมรัฐธรรมนูญที่กล่าวว่าประชำชนทุกคนมีสิทธิพื้นฐำนของกำรเข้าถึงบริกำรสุภำพ

ปี ๒๕๔๕ เข้าสู่แผนพัฒนำกำรอำรณสุขฉบับที่ ๕ ( ๒๕๔๕-๒๕๔๕ ) รัฐประกาศเป็นปีเริ่มรณรงค์สุภำพท่วไทยอย่ำงจริงจัง ภายใต้อุทธสำสตร์ร่วมพลังสร้ำงสุภำพ มีการรวบรวมรำยชื่อจำกประชำชนในกำรสนับสนุนกำรจัดทำ พระรำชบัญญัติสุภำพแห่งชำติ

ปี ๒๕๔๖ ผลของกำรปฏิรูประบบรำชกำร มีการปรับเปลี่ยน สำนักรงำนคณะกรรมกำรกำรอำรณสุขมูลฐำนเป็นกองสนับสนุนสุภำพภำคประชำชน มีการสร้ำงแนำคิดต่อยอดจำกกำรอำรณสุขมูลฐำน โดยเฉพาะเรื่องสุภำพ เป็นสิทธิ หน้าที่ของประชำชน โดยกองสนับสนุนสุภำพภำคประชำชน กำหนดยุทธสำสตร์ดังนี้

### ๑. กำรเสริมสร้ำงควำมเข้มแข็งชุมชน

๒. เสริมสร้างบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. สร้างความร่วมมือและการสนับสนุนพหุภาคี

๔. ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสาร

ปี ๒๕๔๑ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป้าหมาย เมืองไทยแข็งแรง Healthy Thailand หมู่บ้านแข็งแรง มีแนวคิดบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ มีการ ปรับงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานจาก ๑,๕๐๐ เป็น ๑๐,๐๐๐ บาท ในปี ๒๕๔๕ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน พยายามสร้างกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านเข้มแข็งและยั่งยืน โดยมุ่งให้เกิดการเรียนรู้ของหมู่บ้าน จึงได้วางเป้าหมาย “ หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” โดยยกระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน เน้นให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุนเท่าที่จำเป็น แต่การทำความเข้าใจเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่จะเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาเชิงคุณภาพและความยั่งยืนยังไม่ได้เผยแพร่อย่างจริงจัง

ในทางปฏิบัติจริง เมืองไทยแข็งแรง ยังเป็นงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการ ฝ่ายเดียวและเน้นตัวชี้วัดเชิงผลผลิตที่เกิดจากการผลักดันของเจ้าหน้าที่ แต่ไม่เน้นกระบวนการภาคประชาชน

**การเคลื่อนไหว เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ นอกบริบทนโยบายสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ**

ในรอบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้พบเห็นกับการเคลื่อนไหวทางสังคม ที่มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพหลายครั้ง หนึ่งในความเคลื่อนไหวเหล่านั้น คือ ประชาคมสุขภาพ กำเนิดกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพและสมัชชาสุขภาพ และ การเคลื่อนไหวของเครือข่ายจิตอาสา ฯลฯ การเคลื่อนไหวเหล่านี้ แม้ไม่ได้อาศัยร่มเงาชื่อสาธารณสุขมูลฐาน แต่โดยเนื้อหาและจิตวิญญาณ คือสิ่งเดียวกัน

**ประชาคมสุขภาพ- การมีส่วนร่วมของประชาชน และ เครือข่ายของผู้มีจิตอาสา**

ในเอกสารสรุปบทเรียน 4 ปี สมัชชาสุขภาพ สายศิริ (สายศิริ 2548:16) ได้ให้ภาพขบวนการประชาสังคมสุขภาพว่า มีการเคลื่อนไหวมานานกว่า สองทศวรรษ พร้อมๆไปกับขบวนการการเมืองภาคประชาชน ที่เข้มแข็งขึ้นหลังจากเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2519 ความตื่นตัวทางการเมืองและสังคม บวกกับผลจากนโยบายการพัฒนาชนบทของรัฐบาลในยุคนั้น ทำให้เกิดองค์กรภาคประชาสังคม ที่ขยายบทบาทเข้าร่วมในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ทั้งด้านเศรษฐกิจ การศึกษา สิ่งแวดล้อม และมีบทบาทกำหนดทิศทางสังคมอย่างค่อนข้างชัดเจน ส่วน

หนึ่งขององค์กรเหล่านี้ คือ มูลนิธิแพชชั่นบนตึก มูลนิธิหมอบ้าน มูลนิธิสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย โครงการสมุนไพรรักษาโรคเพื่อตนเอง และมูลนิธิบูรณชนบท เป็นต้น

ในเอกสารดังกล่าวยังระบุว่า ในช่วงปี 2535 ภายหลังการระบาดของโรคเอดส์ ประชาคมสุขภาพเติบโต และขยายตัวเป็นเครือข่ายมากขึ้น ปัญหาเอดส์ ทำให้เกิดจิตสำนึก และทำให้องค์กรภาคประชาสังคม หันมาสนใจงานสุขภาพมากขึ้น โดยในระบายนั้น ประมาณว่ามีกลุ่ม/องค์กรภาคเอกชน ที่ทำงานด้านสุขภาพถึงประมาณ 170 องค์กร องค์กรเหล่านี้ เป็นการรวมตัวเป็นกลุ่มที่ไม่ใหญ่ แต่มีจำนวนมากและหลากหลาย มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย และทำงานร่วมกันแบบภาคี ในปัจจุบัน กลุ่มองค์กรด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมาย ด้านสิทธิสตรี ประชาชนบ้าน ได้หันมาขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพมากขึ้น หรือโยงประเด็นสุขภาพเข้ากับประเด็นอื่น นอกจากนี้ เครือข่ายประชาคมสุขภาพ ในปัจจุบัน ได้ขยายบทบาทสู่งานคุ้มครองสิทธิ การให้ความรู้ การพัฒนาและเสนอรูปแบบทางเลือกในด้านต่างๆให้กับสังคม จนถึงมีการมีบทบาทกำหนดนโยบายสาธารณะ (สายศิริ 2548:17)

หลายปีที่ผ่านมา มีการรายงานการดำรงอยู่และการเคลื่อนไหวของกลุ่มประชาคมต่างๆ ทั้งที่มีอยู่เดิม และเกิดขึ้นใหม่ (สุวิทย์ 2539: 9-10) เกิดกลุ่มประชาสังคมที่เคลื่อนไหวด้านเอดส์ (เพ็ญจันทร์ 2539) เกิด “ชุมชนทางอากาศ (จส.100)” ในการช่วยบรรเทาทุกข์จากวิกฤติจราจรในกรุงเทพฯ ความสำเร็จที่น่าพอใจของบทบาทภาคเอกชนในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ความร่วมมือของกลุ่มอีกเมืองน่านกับบริษัทเงินทุนและหลักทรัพย์ (ชูชัย 2539: 74-83) กลุ่มประชาคมตำบลเมืองจัน จ.น่าน (จุลสารประชาคม 2543)และกลุ่มประชาคมอุบลรัตน์ (จุลสารประชาคม 2542) กลุ่มอีกเมืองน่าน กลุ่มบางกอกฟอรัม และกลุ่มประชาคมต่างๆในกรุงเทพฯ (ยุทธนา และสุพิธา 2539: 109-141) และกองทุนออมทรัพย์ตำบลคลองเปรี๊ยะ (อภิสิทธิ์ และคณะ 2542)

กลุ่มและการเคลื่อนไหวประชาสังคม เป็นทั้งมรรควิธีและเป้าหมายของการสร้างสุขภาพ ด้วยด้วยกระบวนการเชิงสังคม องค์ประกอบของการเป็นกลุ่มประชาสังคม คือ สำนึก(Civic consciousness) องค์กร (Civic organization) และเครือข่าย (Civic networks) จะเป็นพื้นฐานสำคัญให้ของเกิดสังคมหรือชุมชนที่หล่อเลี้ยงด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ร่วมกันเรียนรู้ และแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพ มีพลัง และมีความสุข (ประเวศ ใน ชูชัยและยุติ 2541) กลุ่มและการเคลื่อนไหวในแนวทางประชาสังคมเหล่านี้ คือทุนทางสังคม ที่สามารถเป็นมรรคาสู่การพัฒนาสุขภาพ

การเคลื่อนไหวร่วมกลุ่มของชาวบ้าน จนพัฒนาเป็นองค์กรชุมชน เพื่อดูแลกันเองทางด้านสุขภาพ เป็นความเคลื่อนไหวอีกลักษณะหนึ่ง ที่พบเห็นได้มากขึ้น กองทุนออมทรัพย์ตำบลคลองเปรี๊ยะ เป็นรูปธรรมสะท้อนศักยภาพและภูมิปัญญาของชาวบ้านในการจัดการกับปัญหาเศรษฐกิจและการทำมาหากินของชาวบ้านด้วยกัน ที่ส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมเป็นสุขภาพของชุมชนและผู้คน ผ่านกลไกของสวัสดิการการรักษายาบาล การสงเคราะห์ผู้ประสบภัย และการเป็นสังคมเกื้อกูล (อภิสิทธิ์ และคณะ อ้างแล้ว) รูปธรรมทำนองนี้ เกิดขึ้นที่ จ. ตลิ่งชัน โดยพระสุบิน ปณีโต (ยุทธนา และสุพิดา อ้างแล้ว: 117-118)

### สมัชชาสุขภาพและการปฏิรูประบบสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพ เป็นการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปสุขภาพ ที่ทรงพลังและมีเครือข่ายกว้างขวางที่สุดในปัจจุบัน แนวคิดเรื่องสมัชชาสุขภาพ เกิดขึ้นครั้งแรกในปี 2531 เมื่อมีการจัดเวที “สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ” ที่สนับสนุนโดยคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ มาปรากฏชัดเจนอีกครั้ง ในช่วงปี 2542-2543 เมื่อการผลักดันให้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น จากปี 2543 จนถึงปี 2550 ที่เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเกิดขึ้นนับพันครั้ง ด้วยคนเข้าร่วมนับแสนคน จากกว่า 3000 เครือข่าย แนวคิดของสมัชชาและการปฏิรูปสุขภาพ

“รณรงค์แห่งการปฏิรูประบบสุขภาพจึงอยู่ที่ระบบใหม่ที่พึงประสงค์ บนฐานคิดที่สำคัญคือ ต้องเน้นการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ปรับระบบคิดและระบบโครงสร้างการทำงานให้เป็นแบบองค์รวม กระจายบทบาทและเสริมสร้างศักยภาพให้กับประชาชน ชุมชน และ สังคม ได้ร่วมกันรับผิดชอบดูแลสุขภาพตั้งแต่ระดับพฤติกรรม ส่วนบุคคล ไปจนถึงระดับการร่วมกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและร่วมบริหารจัดการระบบสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่นและประเทศ”

### ข้อเสนอการดำเนินการในทศวรรษที่ 4 ของสาธารณสุขมูลฐานไทย

ในทศวรรษที่ 4 ของสาธารณสุขมูลฐานไทย โจทย์และเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศ และโลก จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เงื่อนไขเชิงบริบทอย่างน้อย 3 ประการ ต่อไปนี้ จะเป็นสิ่งที่ต้องได้รับพิจารณาในการหาข้อเสนอต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในทศวรรษหน้า

## หนึ่ง การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของประชากร

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่คนอายุยืนขึ้น และผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามประเทศ ผลกระทบของโลกาภิวัตน์กับแบบแผนการใช้ชีวิตและการบริโภคอาหาร และการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศโลกที่มีผลให้โลกต้องเผชิญกับภัยพิบัติเพิ่มมากขึ้น ฯลฯ เงื่อนไขเหล่านี้ จะเป็นปัจจัยกำหนดการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของประชากรไทยในทศวรรษหน้า โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพาต ฯลฯ ที่มีเหตุมาจากแบบแผนการกินและการใช้ชีวิต รวมตลอดถึงภาวะสูงอายุ จะเป็นปัญหาสำคัญควบคู่ไปกับปัญหาของโรคติดเชื้อ ทั้งที่เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (ซาร์ ไช้หวัดนก) และ โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ (เช่น วัณโรค มาลาเรีย ไข้ซัง ไข้เลือดออก ฯลฯ) ที่เป็นปัญหาเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศของโลก การเคลื่อนย้ายประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงาน ที่มีเหตุมาจากปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจการเมืองระหว่างประเทศ และกระแสโลกาภิวัตน์ นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากอุบัติภัยของโลกมีการคาดการณ์ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (โกมาตรและคณะ 2550: 16-18 และ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทยและกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2551: 155-187)

ปัญหาเหล่านี้ จะเป็นเงื่อนไขและความท้าทาย การทำงานของระบบสุขภาพของประเทศ และพิสูจน์คุณค่าของสาธารณสุขมูลฐาน

## สอง การเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ที่จะมีผลต่อวิถีชีวิต และภาวะสุขภาพของคน

การเปลี่ยนแปลงภายใต้ยุคโลกาภิวัตน์ ส่งผลต่อสภาพสังคมและชีวิตของคนไทยในปัจจุบันและอนาคตหลายประการ นักวิชาการท่านหนึ่ง (สุวิทย์ 2550) เห็นว่า สังคมไทยกำลังตกอยู่ใน “วิกฤติเชิงซ้อน” เพราะการตกอยู่ในกับดักสี่ประการ คือ หนึ่ง กับดักแห่งความสับสน (สังคมไร้ทิศทาง ไม่มีใครตอบได้ว่าเมื่อไหร่ความสับสนจะจบลง ความไม่มั่นใจในสถานการณ์บ้านเมือง ก่อให้เกิดการชะลอตัวของการลงทุน การบริโภค การจ้างงาน เห็นขบวนการสู่งจรอุบาทว์ของการหดตัวทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบทางสังคมตามมา) สอง กับดักแห่งความขัดแย้ง (สังคมไทยไม่เคยมีความขัดแย้งเช่นนี้มาก่อน มีการแบ่งเป็นฝักเป็นฝ่าย เป็นความขัดแย้งที่มีโอกาสนำไปสู่ความรุนแรง) สาม กับดักแห่งความถดถอย (ดัชนีชี้วัดความสามารถในการแข่งขันของประเทศตกต่ำลง

อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะพิจารณาจากทั้งมิติด้านเศรษฐกิจมหภาค ประสิทธิภาพของภาครัฐ จิตความสามารถของภาคเอกชนและโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ) ที่ กักตักแห่งความเหลื่อมล้ำ (เกิดช่องว่างทั้งระหว่างคนจนกับคนรวย และเริ่มมีช่องว่างของอำนาจ ความมั่งคั่ง และ โอกาส ระหว่างคนรู้กับคนที่ไม่รู้) วิฤติเชิงซ้อนเหล่านี้ จะส่งผลต่อวิถีชีวิตและจังหวะก้าวในอนาคตของสังคมไทย มากน้อยและยาวนานเพียงใด เป็นเรื่องที่ยากที่จะตอบ

อย่างไรก็ดี วิฤติภายในเกิดคู่ไปกับปัญหาที่กระทบจากภายนอก วิฤติเศรษฐกิจในอเมริกาและผลกระทบที่กำลังตามมาในระยะอันใกล้ เริ่มแสดงผลด้วยการว่างงาน การปิดตัวของภาคธุรกิจ และการหดตัวของเศรษฐกิจมหภาค ทั้งวิฤติความขัดแย้งทางการเมืองและวิฤติทางเศรษฐกิจ กำลังทำให้สังคมไทยตั้งคำถามกับทิศทางการพัฒนาที่ผ่านมาและเป็นอยู่ วิฤติจากความหดตัวและผันผวนทางเศรษฐกิจของประเทศ ที่ถูกนำไปผูกติดกับทุนนิยมโลก อาจหมายถึงผลกระทบกับหน่วยงานภาครัฐในแง่ทรัพยากรสุขภาพ ขณะที่วิฤติความขัดแย้งทางการเมือง ทำให้เกิดการถกเถียงหาจริยธรรมทางการเมือง พอๆกับที่การเห็นการขยายตัวของบทบาทของการเมืองภาคประชาชน ที่ไม่ใช่การเมืองที่เป็นรูปแบบทางการเมืองมากขึ้น

ในภาคสังคม วิถีชีวิตอุบัติใหม่ (Emerging lifestyle) ที่เป็นผลจากการพัฒนาที่ผ่านมา “กำลังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป ตั้งแต่ระดับครอบครัว จนถึงระดับสังคมใหญ่ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น” วิถีชีวิตอุบัติใหม่ มีผลทำให้ครอบครัวในสังคมเมือง เปลี่ยนไป คนวัยทำงานมุ่งหาเงินสร้างฐานะมากกว่ามีครอบครัว แต่งานซ้ำ และมีบุตรน้อยลง ทำให้ประชากรวัยเด็กน้อย และส่งผลให้เกิดวิฤติ 1:2:4 ในอนาคต (วิฤติที่สังคมที่คนรุ่นหลานหนึ่งคนดูแลคนรุ่นพ่อแม่สองคน และดูแลคนรุ่นปู่ย่าตายายสี่คน) สภาพดังกล่าวทำให้เด็กรุ่นใหม่ เป็นเด็กโดดเดี่ยว ไม่มีทักษะการสัมพันธ์กับคนอื่น อยู่ในโลกลำพัง สนุกแบบ passive ไม่รู้จักตนเอง เปราะบาง เป็นผู้ใช้ ผู้บริโภค ไม่พยายามเป็นผู้ผลิต วิถีชีวิตอุบัติใหม่ ยังมีผลถึงวิถีการดำเนินชีวิตแบบบริโภคสิ้นเกิน โดยเฉพาะที่เป็นการบริโภคสัญญาในสินค้ามากกว่าประโยชน์ใช้สอย (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทยและกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2551: 70-86)

สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม และเศรษฐกิจการเมืองเหล่านี้ จะเป็นเงื่อนไขเชิงบริบท ที่ท้าทายต่อการพัฒนาสุขภาพในทศวรรษหน้า

สาม พลวัตในระบบสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงของระบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมาและกำลังเกิดขึ้นใหม่ๆในอนาคต จะมีผลกระทบในระยะยาว โดยเฉพาะต่อบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เคยอยู่ในฐานะที่เคยเป็นตัวกระทำหลัก (main actor) ในระบบสุขภาพของประเทศ การปฏิรูปภาครัฐ และการกระจายอำนาจ การเติบโตของภาคประชาคมและชุมชน ความเข้มแข็งของการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนนโยบายการพัฒนากระบวนการใหม่ๆ เช่น การจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ล้วนเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อทิศทางของงานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า

ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 และหลังวิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 ระบบราชการไทย ได้เผชิญกับการปฏิรูปขนานใหญ่ โดยเฉพาะ “การปฏิรูประบบบริหารจัดการของภาครัฐ โดยเน้นการบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ การปรับเปลี่ยนบทบาทภาครัฐสู่การทำงานแบบพหุภาคี ภายใต้หลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี การปฏิรูประบบราชการ โดยการปฏิรูปโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ระบบบริหารและการทำงาน เพื่อให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ กำหนดให้มีแผน บริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติราชการและการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ และระบบการสร้างข้อตกลงในการปฏิบัติงานเพื่อการวัดผลสัมฤทธิ์” (โกมาตร และคณะ 2550:15)

ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบราชการ รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 และกฎหมายลูกที่ติดตามมา ยังส่งผลให้เกิดการดำเนินการเพื่อการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ภายใต้ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ทุกกระทรวงรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข ต้องจัดทำรายละเอียดแผนถ่ายโอนภารกิจ ทรัพยากรและบุคลากรไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ อบต เทศบาล และ/หรือ อบจ ภายใน 10 ปี (ภายในปี 2553) การปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนด จะมีผลให้ร้อยละ 80 ของงบประมาณประจำปี และ ร้อยละ 90 ของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข จะถูกกระจายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ โรงพยาบาลของรัฐรวมทั้งสถานีนอกราชการภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข จำนวนกว่า 9000 แห่ง จะไปอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่นเดียวกัน (สุวิทย์ และ คณะ 2545: 439; นิภาพรณ (บรรณาธิการ) 2551: 15-19)

การเติบโตของภาคประชาสังคมด้านสุขภาพในยุคเอดส์เรื่อยมาจนปัจจุบัน และภายใต้บริบทของกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพภาคประชาชน และการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน เป็นอีกบริบทหนึ่งที่บ่งบอกถึงการขยายพื้นที่การพัฒนาสุขภาพ ที่ไป

ไกลและกว้างกว่าพื้นที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ นโยบายล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้รัฐบาลนำโดยพรรคประชาธิปัตย์ คือ นโยบายในการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ซึ่งจะมีผลต่อบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับล่าง ในการพัฒนาสุขภาพในชุมชน

## ข้อเสนอการดำเนินการในทศวรรษที่ 4

หนึ่ง ระบบสุขภาพไทยในทศวรรษที่ 4 มีสาธารณสุขมูลฐานเป็นกระบวนการพัฒนา

1. บนพื้นฐานการทบทวนข้อมูลและวิเคราะห์ ที่ผ่านมาข้างต้นทั้งหมด ไม่มีข้อกังขาใดเลยว่า การรื้อฟื้นจิตวิญญาณของสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นกระบวนการหลักและเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่ประชาชนทุกคนเข้าถึง มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และเพื่อเผชิญกับปัญหาและความท้าทายในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งจำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่พ้นทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต หากไม่กำกับด้วยปรัชญาสาธารณสุขมูลฐาน มีความเป็นไปได้สูงมาก ที่จะเดินสู่วิกฤติและความล้มเหลวในเรื่องค่าใช้จ่าย ประสบกับปัญหาความไร้ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และ การไม่สามารถตอบโจทยปัญหาและความท้าทายใหม่ๆทางสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นกับสังคมไทย
2. ความท้าทายสำคัญก็คือ จะทำอะไร ที่จะทำให้สาธารณสุขมูลฐาน กลับมาได้รับการยอมรับ และเข้าใจ ในฐานะของปรัชญาการพัฒนาระบบสุขภาพ มิใช่บริการขั้นพื้นฐานระดับหมู่บ้าน หรือการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข การนำสาธารณสุขมูลฐานไปให้พ้นจากความหมายที่แคบและผิวเผิน ซึ่งกลายกลายเป็นกรงขังจินตนาการของผู้คนในสังคมไปแล้ว มิใช่เรื่องไม่ง่าย เหตุเพราะความหมายเหล่านี้ ได้ถูกตอกย้ำมาตลอด 3 ทศวรรษที่ผ่านมา สาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้บริบทการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ต้องตกอยู่ในวัฏฏะของระบบราชการ คือความเป็นอนิจจัง ผ่านมาแล้วก็ผ่านไป ขึ้นและลงตามยุค ด้วยแรงผลักดันนโยบายและการเมืองคล้ายกับนโยบายอื่นๆ สาธารณสุขมูลฐานที่จากยิ่งใหญ่ทรงพลัง สร้างความศรัทธามากกับการพัฒนาสาธารณสุขในชนบท ค่อยๆแผ่วเบาลงจนเลือนหายไปในปลายทศวรรษที่สาม การยุบคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ และการเปลี่ยนชื่อ

กองสาธารณสุขมูลฐานและศูนย์เขตต่างๆก็ดี มีส่วนทำให้คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” ในปัจจุบัน ไม่ต่างจากการเป็นซากหรือร่องรอยของอดีต ที่เสื่อมหรือหมดคุณค่าไปตามยุค

3. ท่ามกลางการหด ถอยลงของสาธารณสุขมูลฐานในกระทรวงสาธารณสุข ปรากฏการณ์ที่เกิดควบคู่กันไปในพื้นที่อื่น ก็คือ การเติบโต เบ่งบาน ของบทบาทของประชาชน ชุมชน องค์กร เครือข่าย องค์กรปกครองท้องถิ่น กับการดูแลส่งเสริมสุขภาพภายใต้ชื่อที่หลากหลาย เช่น การส่งเสริมสุขภาพ ประชาคมสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และอาสาสมัครสุขภาพ/ ชมรมจิตอาสา ฯลฯ การเคลื่อนไหวเหล่านั้น มีตั้งแต่การร่วมดูแล รักษาสุขภาพกันเองในกลุ่ม ในท้องถิ่น ในเครือข่าย จนถึง การขับเคลื่อนระดับนโยบาย ทั้งการคัดค้าน ผลักดัน กฎหมาย นโยบาย ที่ส่งผลต่อสุขภาพ (รูปธรรมหนึ่งที่สำคัญก็คือ กระบวนการผลักดันของสมัชชาสุขภาพ จนเกิด พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) การเคลื่อนไหวเหล่านี้ แม้ไม่ใช่ชื่อ สาธารณสุขมูลฐาน แต่โดยเนื้อหา กระบวนการ สะท้อนปรัชญาของสาธารณสุขมูลฐานอย่างเต็มที่ (การพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม การส่งเสริม/ป้องกัน การจัดการสิ่งแวดล้อมทางสังคมเศรษฐกิจให้เอื้อต่อสุขภาพ ความเท่าเทียม/เป็นธรรม)
4. ความจำเป็นในการคิดค้นนวัตกรรม หรือ สัญลักษณ์ เพื่อเป็นเครื่องหมาย ในการรื้อฟื้นปรัชญาสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นแกนกลางของการพัฒนาระบบสุขภาพในทศวรรษหน้า จึงจะมีความสำคัญในภาครัฐคือของกระทรวงสาธารณสุข มากกว่าภาคสังคมภายนอก คำหรือสัญลักษณ์ชุดใด ที่จะถูกนำมาเป็นธงนำ นอกเหนือจากการกลับมาใช้คำเดิม คือ สาธารณสุขมูลฐาน (ซึ่งไม่น่าเชื่อว่าจะสามารถถูกรื้อฟื้นกลับมาให้มีความขลังและทรงพลังได้ดังเดิม) เป็นเรื่องที่ต้องคิดต่อไป คำหลายคำที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เช่น สุขภาพภาคประชาชน ระบบสุขภาพชุมชน ระบบสุขภาพท้องถิ่น ฯลฯ มีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน โดยเฉพาะเมื่อต้องถูกใช้ เพื่อเป็นกรอบในการปรับเปลี่ยนให้เกิดสิ่งที่ต้องการอนามัยโลก เรียกว่า ระบบสุขภาพที่มีสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน (PHC-based health system) ในขณะที่เดียวกับที่ การเคลื่อนไหวของการพัฒนาสุขภาพนอกภาครัฐ ไปไกลและหลากหลาย เกินกว่าที่จะต้องการ วาทกรรมใด วาทกรรมหนึ่ง เพียงวาทกรรมเดียวมาชี้นำ หรือ กำกับ

สอง อาสาสมัครสาธารณสุข กับบทบาทที่ต้องเปลี่ยนแปลงสู่ “อาสาสมัครสุขภาพที่มีจิตวิญญาณอิสระ”

1. อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนกว่า 800,000 คน ที่อยู่ในชุมชนทั่วประเทศ นับเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีคุณค่า และสมควรได้รับ การพัฒนา ต่อยอด ทั้งนี้ด้วย ประสบการณ์การทำงานอันยาวนาน ศักยภาพ

และความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ตลอดจนจิตสำนึกสาธารณะ ของอาสาสมัครเหล่านี้ ล้วนเป็นทรัพยากร สังคม ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาาระบบสุขภาพและสังคมได้อีกมาก อย่างไรก็ตาม ทัศนทางการพัฒนาที่ควรจะเป็นก็คือ การปรับปรุงในเชิงโครงสร้างและเป้าหมายการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ และยกระดับจิตสำนึกไปสู่ การเป็นอาสาสมัครสุขภาพ ที่ทำหน้าที่ให้กับสังคม โดยไม่จำเป็นต้องมีสังกัดติดอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษ หน้า ต้องงานอาสาสมัคร น่าจะเป็นการทำงานในระดับโครงสร้างและวิธีคิด ที่จะหาทางเอื้อต่อการ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และปลดปล่อยสู่สังคม ชุมชน

2. การจ่ายเงินตอบแทน 600 บาทแก่ออาสาสมัครสาธารณสุข มีความเสี่ยงสูงมาก ที่จะเกิดผลเสียมากกว่า ผลดี การสนับสนุนทางการเงิน แม้หลายฝ่ายจะเห็นว่าเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนทำงาน แต่ก็ยากมากที่จะไม่ทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบ ด้วยการสร้างความขัดแย้งในหมู่อาสาสมัคร และ อาสาสมัครกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สำคัญก็คือ การตอบแทนเป็นตัวแทนกับปัจเจกบุคคล สามารถเป็น ตัวทำลายจิตวิญญาณของการเป็นอาสาสมัครทั้งในระดับบุคคล และ ระบบอาสาสมัครโดยรวม นอกจากนี้ การมีเงินตอบแทนประจำ อาจมีผลต่อกระบวนการเข้าสู่อาสาสมัครในชุมชน ในระยะยาว เช่น ผู้นำหรือนักการเมืองท้องถิ่น อาจใช้ตำแหน่ง อสม ที่มีเงินตอบแทนรายเดือน คัดเลือกคนที่ใกล้ชิด หรือในกลุ่ม เพื่อเป็นการตอบแทน หรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ทางการเมือง นอกจากนี้ การให้เงิน ตอบแทน ยังเป็นการจรรโลงโครงสร้างความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกับ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นการผูกตรึงระบบอาสาสมัครสุขภาพไว้กับความเป็นระบบราชการ เป็น อุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่านหรือยกระดับระบบอาสาสมัครสาธารณสุข ไปสู่จิตวิญญาณอาสาสมัคร สุขภาพ ที่เป็นจิตสาธารณะและมีความอิสระ
3. เป็นที่เข้าใจได้ว่า นโยบายการสนับสนุนทางการเงินให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข มีที่มาจากเหตุผลทาง การเมืองอยู่มาก หากที่จะต้องเดินหน้าโดยไม่มีทางเลือกเลย ทางเลือกอื่นที่น่าจะนำมาพิจารณาก็คือ แทนที่จะให้การสนับสนุนเป็นรายบุคคลและรายเดือน (ที่คาดจะใช้ระบบการนำผลงานที่ได้รับ มอบหมายมาแลก) การสนับสนุนอาจทำได้อีกอย่างน้อย สองทาง คือ หนึ่ง การนำไปรวมกับเงิน 10,000 บาท ที่สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้ชุมชนร่วมกันบริหารจัดการการเงินเพื่อจัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆที่เป็นส่วนรวม ด้วยตนเอง โดยที่ชุมชน อาจใช้ เงินส่วนหนึ่ง เพื่อเป็นค่าตอบแทนให้กับคนทำงาน วิธีการเช่นนี้น่าจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้ง และ

ผลแทรกซ้อนจากการให้เงินตอบแทนเป็นรายบุคคลได้มาก ทางเลือกที่สอง คือ การนำเงินสนับสนุนดังกล่าว ไปสนับสนุนบทบาทของ อสม. ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่รัฐบาลกำลังมีนโยบายที่จะจัดตั้งขึ้น โดยอาจให้การสนับสนุนเป็นครั้งคราว ตามกิจกรรมที่เข้าร่วม ที่ อสม. อาจหมุนเวียนเข้ามาทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ทางเลือกที่สองนี้ นอกจากเกิดผลในการสร้างขวัญกำลังใจให้กับ อสม. แล้ว ยังมีผลในการพัฒนาความเข้มแข็งของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ได้มาก

4. กระทรวงสาธารณสุข สามารถที่จะเป็นพลังผลักดันสาธารณสุขมูลฐาน ในฐานะอุดมการณ์การพัฒนา โดยการเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุข ไปสู่บทบาทผู้นำการส่งเสริมผลักดัน พัฒนาและร่วมมือกับเครือข่ายจิตอาสา/องค์กรอื่น ในการสร้างระบบอาสาสมัครสุขภาพ ให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง และหลากหลาย ในทุกพื้นที่ทางสังคม (เช่น อาสาสมัครสุขภาพในโรงเรียน ที่ทำงาน กองทัพ วัด กลุ่ม/ชุมชนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพร่วมกัน ฯลฯ) ประสพการณ์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการฝึกอบรม สร้างเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข อาจนำไปใช้ในการ รณรงค์ เผยแพร่แนวคิด การสร้างเครือข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของอาสาสมัครสุขภาพ ประเภทต่างๆ ด้วยบทบาทเช่นนี้ กระทรวงสาธารณสุข จะเป็นภาคีหนึ่ง ที่สำคัญ ที่ให้ปรัชญาของการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน ของสาธารณสุขมูลฐาน มีชีวิต และเติบโต อย่างมีพลัง (ดูข้อเสนออื่นๆในการพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เป็นรูปธรรม ได้ใน โทมัส และคณะ 2550 หน้า 169-176)

#### สาม งานบริการปฐมภูมิ- ยกระดับสู่ปรัชญาการทำงานเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน

5. การพัฒนาการของบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย มีความก้าวหน้ามากขึ้นเป็นลำดับ จากบทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัยในอดีต มาสู่นวัตกรรมใหม่ๆ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หน่วยแพทย์ชุมชน (CMU) และล่าสุดคือ แนวคิดในการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บนเส้นทางการเติบโตของบริการปฐมภูมิ การสร้างคุณภาพ ระหว่างการพัฒนาให้หน่วยบริการหรือกิจกรรมการบริการด้านหน้า ให้เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานในชุมชน ก่อนการส่งต่อระบบบริการที่สูงขึ้น หรือเป็นกลไกการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่ทำงานด้วยทัศนะสุขภาพแบบองค์รวม และวิธีการทำงานแบบบูรณาการและเชื่อมโยง มีความพยายามหลายอย่างที่ใช้ให้เห็นความเข้าใจที่ผิดพลาดเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิ และชี้ให้เห็นว่าบริการปฐมภูมิ แท้ที่จริง คือปรัชญาการพัฒนาสุขภาพ ที่เป็น

พื้นฐานของระบบสุขภาพที่เหลือทั้งหมด (โกมาตร และ ประชาธิป 2550) และ ระบบบริการปฐมภูมิ การสาธารณสุขมูลฐาน และการส่งเสริมสุขภาพ ล้วนมีพื้นฐานปรัชญาอันเดียวกัน (โกมาตร และ ประชาธิป เฟิงอ้าง; โกมาตร 2551; สุพัตรา มปด; อำพล สุรเกียรติและดรณี 2550) นอกจากนี้ ที่ผ่านมา มีการรายงานถึงประสบการณ์การทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัย และ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวนมาก ที่ก้าวข้าม งานบริการสุขภาพและการส่งเสริมป้องกันโรคแบบจารีตดั้งเดิม ไปสู่การทำงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองท้องถิ่น โรงเรียน กลุ่มเยาวชน ผู้ป่วย ฯลฯ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปด้วยกัน งานเชิงรุกที่มีลักษณะบูรณาการ ใช้ชุมชนเป็นฐาน พัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม ฯลฯ ล้วนเป็นอีกหลายรูปแบบที่สะท้อน การข้ามผ่านนิยามทางทฤษฎี สู่การบรรลุปรัชญาสาธารณสุขมูลฐานด้วยปฏิบัติในชีวิตจริง

6. ในทศวรรษหน้า หากปรัชญาสาธารณสุขมูลฐาน จะมีบทบาทสำคัญในฐานะกระบวนทัศน์หลัก ของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพทั้งหมด ระบบบริการปฐมภูมิ ต้องได้รับการส่งเสริมในระดับปรัชญาการพัฒนา ที่มุ่งเป้าความสำเร็จที่การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับ ระบบสุขภาพในท้องถิ่นหรือชุมชน มิใช่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการกับหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน การเปิดพื้นที่การทำงานร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น วัด โรงเรียน เครือข่ายผู้ป่วย ฯลฯ จะเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งทั้งชุมชน และ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผ่านการเป็นภาคี เครือข่าย ทางสุขภาพ การสูญเสียดุลยภาพของบทบาทหน้าที่ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เอนเอียงไปสู่การเป็นหน่วยบริการการแพทย์พื้นฐาน (Primary medical care) ด้วยการการเน้นการเสริมกำลังแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพลงไป หรือด้วยอิทธิพลของระบบงบประมาณ ที่ใช้ค่าตอบแทนรายหัวเป็นแรงจูงใจ เป็นอันตรายที่ต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง

สี่ การเปิดพื้นที่สังคมให้กับอาสาสมัคร และจิตอาสาได้เติบโตและขยายตัวอย่างเต็มที่

7. ในสังคมที่เปิดกว้าง เช่นปัจจุบันและอนาคต พื้นที่การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการรับผิดชอบต่อความเป็นไปในสังคม ผ่านการเคลื่อนไหวด้วยจิตสำนึกการเมืองใหม่ หรือ การขยายตัวของเครือข่ายจิตอาสา ต่างๆ คือโอกาส อันเป็นเงื่อนไขสำคัญ ของการฟื้นตัวของจิตวิญญาณสาธารณสุขมูลฐาน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมให้งานอาสาสมัคร ที่มีเป้าหมายเพื่อการสร้างสังคมที่ดี และมีสุขภาวะเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย ให้เป็นระบบคุณค่าร่วมกันของสังคม ทั้งนี้ด้วยมาตรการสนับสนุนและส่งเสริม

ต่างๆ (การเผยแพร่แนวคิด สร้างและสนับสนุนเครือข่าย ใช้การทำงานอาสาเป็นเงื่อนไขในการเข้าเรียน  
จบ และรับทำงาน ฯลฯ (ดู โภมาตรและคณะ อ้างแล้ว หน้า 173-175)

## บรรณานุกรม

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2551) สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิกับสุขภาพชุมชน: บทเรียน ความท้าทายและ  
บริบทใหม่ของงานสุขภาพภาคประชาชน บทควมนำเสนอใน การประชุมทิศทางการงานสาธารณสุขมูลฐาน และ  
เส้นทางงานสุขภาพปฐมภูมิ วันที่ 18-19 กันยายน 2551 โรงแรม อมารี คอนเมือง แอร์พอร์ต

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2550) อาสาสมัครสาธารณสุข: จิตอาสากับสุขภาพะไทย นนทบุรี: สำนักวิจัย  
สังคมและสุขภาพ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง ( บรรณาธิการ) (๒๕๔๕). พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์  
การแพทย์ และสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงศักดิ์ ดันติปัญ (๒๕๕๐). สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ :  
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ศิริพงศ์ บุญราศรี (ผู้เรียบเรียง) สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (๒๕๔๕) ๒๕ ปี  
สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.

สันติสุข โสภณศิริ (บรรณาธิการ) (2548) ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 3: ฟื้นความหวัง สร้าง  
กำลังใจ มุ่งรับใช้สังคม (หลัง 6 ตุลาคม 2519-2525) กรุงเทพฯ : ปาปรัส พับลิเคชั่นจำกัด

สุวิทย์ เมษินทรีย์ (2550) โลกพลิกโฉม: ความมั่งคั่งในนิยามใหม่ กรุงเทพฯ : สยามเอ็มแอนด์บีพับลิชชิ่งจำกัด

นิภาพรณ สุขศิริ (บรรณาธิการ) (2551) ก้าวที่ผ่านไป... บนเส้นทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ นนทบุรี:  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) (2545) การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
กระทรวงสาธารณสุข

สายศิริ คำนวณนะ (2548) 4 ปีสมัชชาสุขภาพ (พ.ศ. 2544-2547) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (๒๕๒๕) คู่มือการ  
ปฏิบัติงานสำหรับ พสส./อสม. การดูแลสุขภาพอนามัย ของชุมชน โดย อาสาสมัครสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (๒๕๓๓) ก ๑ ร  
พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ ๒ จาก รายงานการสัมมนาผู้บริหาร ระดับสูง กระทรวง  
สาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๕-๑๐ พฤษภาคม ๒๕๓๓ ณ โรงแรมแอม บาเตอร์ซิตี จอมเทียน จ.ชลบุรี.  
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2552) บริการปฐมภูมิ (Primary Care and Primary Health Care): ที่มา ความหมาย และการ  
ใช้ในวารสารและชุมชนวิชาการนานาชาติ

อำพล จินดาวัฒนะ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ สุรณี พิพัฒน์โรจน์โกมล (บรรณาธิการ) 2550 การสร้างเสริม  
สุขภาพ แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิหมอชาวบ้าน

Dubos, Rene (1984) Mirage of Health. In Health and Disease: A Reader. D.B. Nick Black, Alastair Gray, Sean Murphy, Jennie Popay,, ed. Pp. 2-9. Philadelphia: Open University Press.

Gish, O. (1979) The political economy of primary care and "health by the people": an historical exploration Soc. Sci. & Med Vo 13C pp. 203-211

WHOa 2008 Primary Health Care: Now More Than Ever" : World Health Report 2008

WHOb 2008 Primary Health Care: Now more than ever Geneva

WHOc 2008 News Release WHO/38 13 October 2008



## บทวนวรรณกรรม

ที่มา การใช้ และความหมายบริการปฐมภูมิ  
(Primary Care และ Primary Health Care)

นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ



ในวารสารวิชาการคำว่า “Primary Care” และ “Primary Health Care” มีการใช้ทั้งในความหมายที่เหมือนและแตกต่าง จากการค้นใน Medline จนถึงเดือนธันวาคม 2008 ถ้าใช้ “Primary Care” เป็น Key word พบเอกสารจำนวน 51,862 ฉบับ และถ้าใช้ “Primary Health Care” พบจำนวน 46,006 ฉบับ ประมาณ 82% ของเอกสารที่พบเป็น เอกสารฉบับเดียวกัน และจากการสุ่มตัวอย่าง (Random sampling) พบว่ามีมากกว่า 90% ของเอกสารทั้งหมด ที่ใช้คำทั้งสองในความหมาย เดียวกัน หรือในลักษณะทดแทนกันได้

เนื่องจากเอกสารฉบับนี้เป็นการสังเคราะห์ที่มา ความหมาย และการใช้ ด้วยกระบวนการวิธีทบทวนวรรณกรรม โดยสืบค้นจากรายการ เอกสารที่จัดเก็บไว้ใน Medline เป็นหลัก ดังนั้นเพื่อความสะดวกในการ สื่อสาร และง่ายต่อการทำความเข้าใจ จึงใช้คำว่า “**บริการปฐมภูมิ**” เป็นตัวแทน “**ภาพรวม**” ของทั้ง Primary Care (PC) และ Primary



Health Care (PHC) แต่จะยังคงความแตกต่างกับบริบทที่มีที่มา การให้ความหมาย และการใช้ที่ต่างกัน ในบริบทของประเทศไทยจะยังคงความหมายของ PHC ตามที่มา ความหมาย และการใช้ที่มีความจำเพาะว่า **"สาธารณสุขมูลฐาน"** พร้อมกับสังเคราะห์การโน้มเข้าหากันของ PC และ PHC ซึ่งกำลังมีการแลกเปลี่ยนกันอย่างสร้างสรรค์ ผสมผสานกับแนวโน้ม และเงื่อนไขเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิของไทย จากที่มีการแสดงออกผ่านเอกสารและวารสารวิชาการนานาชาติ 

## การเริ่มใช้คำว่า **บริการปฐมภูมิ** ในสังคมตะวันตก

เอกสารที่ได้รับการยอมรับว่า เริ่มนำคำว่า **"Primary Health Care (Service)"** หรือ **"บริการปฐมภูมิ"** มาใช้อธิบายองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ คือ Dawson Report<sup>1</sup> ซึ่งตีพิมพ์ในปี 1920 (Dawson, 1920) โดยแบ่งบริการออกเป็นปฐมภูมิ (การให้บริการในชุมชน)-ทุติยภูมิ (การให้บริการในโรงพยาบาล)-และตติยภูมิ (การให้บริการในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์) ทั้งนี้เป็นการแบ่งในช่วงที่กระบวนการทัศน์ทางการแพทย์มีความคาดหวังจากการแพทย์เฉพาะทาง (Brieger, 1997) ซึ่งพัฒนาองค์ความรู้อย่างมีพลังในลักษณะแยกส่วน (Hashem et al., 2003) เป็นพัฒนาการหลังจากที่

1. Dawson Report เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้มีการแบ่งบริการเป็นปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-และตติยภูมิ (the germ of primary/secondary/tertiary care distinction) และยังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นฐานที่ทำให้มีการพัฒนาการบริหารและการจัดระบบบริการ (Beales, 1980; Egwu, 1984; Grayson and Moss, 1980)



**“วิทยาศาสตร์”** เข้ามามีบทบาทสำคัญทางการแพทย์ เริ่มต้นจากหมอตามบ้านค้นพบเชื้อโรค<sup>2</sup> ต่อมา มีการ **“ปฏิวัติการพยาบาล”<sup>3</sup>** ทำให้ **“โรงพยาบาล”<sup>4</sup>** ซึ่งเดิมมีไว้สำหรับดูแลคนด้อยโอกาส คนจน คนไม่มีบ้าน และผู้ป่วย กลายเป็นแหล่งผลิตองค์ความรู้ที่สำคัญและเป็นสถานบริการที่จำเป็นสำหรับทุกคน (Granshaw, 1994)

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Physician)<sup>5</sup> มีพัฒนาการของการเป็น **“หมอชุมชน”** ด้วยการรับมรดก **“ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้”** มาจากหมอตามบ้าน (Shorter, 1993) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีคุณค่าสูงมาก<sup>6</sup> ในบรรดาความสัมพันธ์ทั้งหลายที่เพื่อนมนุษย์พึงมีต่อกันในชุมชน (Friedson, 1970; Pellegrino, 1983; Toop, 1998) ถึงแม้ในบางช่วงโรงพยาบาลจะได้รับการพัฒนาและมีศักดิ์ศรีเชิงวิชาการมากกว่า แต่ด้วยคุณค่าของความสัมพันธ์ดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลในสังคมตะวันตก ไม่มีประสบการณ์ของการมีคนไข้แน่นที่แผนกผู้ป่วยนอก แต่พัฒนาการจนกระทั่งมีวัฒนธรรมของการเป็นสถานบริการที่รับการส่งต่อ และจะให้บริการในลักษณะเป็นสถานบริการ

2. หมอตามบ้านในสังคมตะวันตกมีฐานมาจากความเชื่อในเรื่องของการเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับความดี ความชั่ว ภูต ผี ปีศาจ และมีสาเหตุทางจิต เช่นเดียวกับกับทุกๆ สังคม (Loux, 1997) หลังจากค้นพบเชื้อโรคทำให้เริ่มมีทัศนคติว่า โรคเกิดจากการรุกรานของเชื้อโรค (Pelling, 1997)
3. พยาบาลมีต้นกำเนิดมาจาก ความละเอียดอ่อนของความเป็นผู้หญิงที่มีต่อเพื่อนมนุษย์ ในการใส่ใจ เห็นอกเห็นใจ และให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใส่ใจให้การช่วยเหลือดูแลผู้ตกทุกข์ได้ยาก (Maggs, 1993) ต่อมาจึงมีการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติ จนกระทั่งกลายเป็นวิชาชีพ ซึ่งเริ่มต้นความเป็นวิชาชีพในโรงพยาบาล และต่อมาจึงขยายลงสู่ชุมชน (Muecke and Srisuphan, 1989)
4. โรงพยาบาลในสังคมตะวันตกมีฐานมาจากการเป็นองค์กรการกุศล (Gelfand, 1993; Granshaw, 1994)
5. มีพัฒนาการอย่างเป็นเนื้อเดียวกันและต่อเนื่อง จากหมอตามบ้าน ค่อยๆ ผสมผสานกับองค์ความรู้ใหม่ๆ จนกระทั่งกลายเป็น “Scientific doctor” โดยผ่านการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ (Gelfand, 1993)
6. คุณค่าของความสัมพันธ์ ของ **“หมอกับคนไข้”** อาจเทียบได้กับ **“ครูกับศิษย์”** หรือ **“พ่อแม่กับลูก”** ในมิติที่แตกต่าง (Toop, 1998)

ด้านแรกเฉพาะกรณีฉุกเฉินเท่านั้น (Granshaw, 1994; Rosser, 1996) ซึ่งแตกต่างจากประเทศยากจนหรือประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งนำเข้าบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ทำให้การแพทย์ในโรงพยาบาลเติบโตมีพลังในการดึงดูดทรัพยากร และกลายเป็นศูนย์กลางของระบบอย่างรวดเร็ว<sup>7</sup> (Donaldson, 1976; Riley, 1977) การแพทย์ในโรงพยาบาลยังมีพลังในการดึงดูดบริการปฐมภูมิ ในฐานะที่เป็นสถานบริการด้านแรกที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ มาเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการในโรงพยาบาล ทำให้ในระบบมีช่องว่าง (บริการที่ประชาชนจำเป็นต้องได้รับ แต่ไม่มีการจัดให้ในระบบบริการ) และมีความซ้ำซ้อน (ให้บริการที่เหมือนกัน จึงมีนัยของการแข่งขันมากกว่าการร่วมมือ และลดประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในระบบ) กับบริการในชุมชน (Van Lerberghe and Lafort, 1990) ทั้งนี้การนำเข้าบริการปฐมภูมิ เพื่อการให้บริการในชุมชน เนื่องจากมีความจำเพาะเชิงบริบทสูง ทำให้ต้องการเวลาเพื่อการผสมผสาน ทั้งการแพทย์-การสาธารณสุข เศรษฐกิจ-สังคม ความเชื่อ-ความศรัทธา ตลอดจนการลดปัญหาที่อาจมีการเผชิญหน้าทางวัฒนธรรม<sup>8</sup> (Riley, 1977)

7. การแพทย์ในประเทศไทย การเข้ามาช่วยเหลือของมูลนิธิ Rockefeller ด้วยเงื่อนไขให้รัฐบาลไทยทำตาม 3 ข้อ 1) เพิ่มเงินให้แพทย์; 2) สร้างโรงพยาบาลให้เป็นพื้นที่ให้บริการของแพทย์; และ 3) แพทย์ต้องปฏิบัติตามเดียว (Pearce, 1922) มีส่วนช่วยทำให้การแพทย์ในโรงพยาบาลมีพัฒนาการและเติบโตอย่างรวดเร็ว และทำให้ภาพพจน์ของแพทย์กลายเป็น **“หมอโรงพยาบาล”** (Donaldson, 1976; Goldstein and Donaldson, 1977; Hongladarom, 1988; Pearce, 1922; Riley, 1977; Shapiro et al., 1992)
8. ตัวอย่างการเผชิญหน้าทางวัฒนธรรมได้จากการวิพากษ์วิจารณ์หมอมตามบ้านของไทยที่เขียนโดยหมอบรัดเลย์ ในเอกสารชื่อ **“Siam theory and practice of medicine”** ดังตัวอย่างของการวิพากษ์วิจารณ์หมอมตามบ้านของไทยดังนี้ **“...enveloped in the deep darkness of ignorance and superstition; craft and deception; destroyers of human life; chains of ignorance and consequent misery; unnatural, cruel, and destructive custom; diametrically oppose to nature; the most ludicrous notions; puerility, imbecility, nonsensical;...”** (Bradley, 1865; Riley, 1977)

ดังนั้นในเชิงยุทธศาสตร์ การลดช่องว่างและลดการซ้ำซ้อนระหว่างบริการในโรงพยาบาลกับบริการในชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงการปรับบทบาทการให้บริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล ในลักษณะที่สอดคล้องกับการเพิ่มสมรรถนะของระบบในส่วนที่ขาดหรือยังมีไม่พอ ตามความจำเป็นของผู้ให้บริการปฐมภูมิที่อยู่ที่สถานบริการที่อยู่ในชุมชน (Unger and Criel, 1995; Van Lerberghe and Lafor, 1990)

ในสังคมตะวันตก การเริ่มต้นแบ่งบริการออกเป็น ปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ อยู่บนพื้นฐานของการสะท้อนให้เห็นที่พึ่งทางการแพทย์จากง่ายไปยาก เพื่อการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ตามกระบวนการทางสุขภาพ และวัฒนธรรมของการให้บริการในขณะนั้น (Dawson, 1920) ดังนี้

- **บริการปฐมภูมิ (Primary health care<sup>9</sup>)** หมายถึงการให้บริการที่บ้านและในชุมชน ผู้ให้บริการประกอบไปด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners: GP) และผู้ให้บริการอื่นๆ ที่อยู่ในชุมชน เช่น ผดุงครรภ์ พยาบาลชุมชน เกษตรกร ชุมชน และอื่นๆ ซึ่งมีพัฒนาการควบคู่มากับการให้บริการทางการแพทย์ (Larkin, 1997) ใน Dawson report ได้เสนอให้รัฐบาลสร้าง Primary health centres เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ให้บริการปฐมภูมิที่กระจายอยู่ในชุมชนมีศูนย์บริการที่ผู้ให้บริการที่อยู่ในชุมชนเหล่านี้สามารถมาใช้ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องยา Lab X-ray รวมทั้งตึกผู้ป่วย (Ward) สำหรับ admit คนไข้ และอื่นๆ ที่พึงมีร่วมกัน โดยแบ่ง Primary health centres ออกเป็น 3 ชนิด (Types) ประกอบด้วย Type A ไม่มี

9. บางครั้งใช้คำว่า “Primary health services” ในขณะนั้นใช้อย่างไม่เคร่งครัดในเรื่องของคำที่ใช้ (Terminology) ระหว่างการใช้คำว่า Primary health care กับ Primary health service

ward; Type B มี 1 ward: 16 เตียง; Type C มี 2 wards: 32 เตียง

**หมายเหตุ** Primary health centres Type B กับ Type C ที่เสนอใน Dawson report มีลักษณะใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชน (District hospitals) ของประเทศไทย แต่ที่มีพัฒนาการและยังคงอยู่จนถึงปัจจุบันคือ Type A ซึ่งเป็นชนิดที่ไม่มีเตียง เรียกสั้นๆ ว่า “Health centre” เป็นที่ทำงานหลักของผู้ให้บริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ซึ่งยังคงมีกิจกรรมการให้บริการทั้งในสถานบริการ ที่บ้าน และในชุมชน (de Maeseneer et al., 2008)

- **บริการทุติยภูมิ (Secondary health care)** มี “โรงพยาบาล” ที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์เป็นสถานที่ให้บริการ ใน Dawson's report ใช้คำว่า Secondary health centres
- **บริการตติยภูมิ (Tertiary health care)** มีโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ (Teaching hospitals) เป็นสถานที่ให้บริการ ใน Dawson's report ใช้คำว่า Tertiary health centres

อนึ่ง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวค่อยๆ เปลี่ยนจากการใช้คลินิกส่วนตัวเป็นสถานที่ให้บริการ มาใช้ Health centres เป็นสถานที่ให้บริการมากขึ้น หลังจากมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Geyman, 1971; Lillie-Blanton and Hoffman, 2005) และเปลี่ยนจากการให้บริการในลักษณะแข่งขัน มาเป็นการให้บริการในลักษณะของการเป็นทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิที่เหมือนกันกับพยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ให้บริการอยู่ในชุมชน (Jefferys, 1998) และแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการให้บริการในชุมชน ซึ่งมีธรรมชาติของการมอง วินิจฉัย และแก้ปัญหาสุขภาพ แตกต่างไปจากการให้บริการในโรงพยาบาล (Bosanquet and Salisbury, 1998; Starfield, 2001) ❖



## ความสำคัญ และศักดิ์ศรีเชิงวิชาการของ บริการปฐมภูมิในชุมชน

ในช่วงที่การแพทย์เฉพาะทางมีการเติบโตอย่างก้าวกระโดด (Full-time specialism 1910-1960)<sup>10</sup> มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งเปิดคลินิกอยู่ในชุมชน (ในที่นี้เรียกว่าหมอชุมชน) ได้รวมกลุ่มกันประมาณ 10 คนทำการวิจัยเรียกว่า “Research seminar<sup>11</sup>” นำโดยนายแพทย์ Balint โดยตั้งชื่องานวิจัยขึ้นว่า “The doctor, his patient and the illness” เริ่มทำวิจัยในปี 1950 และตีพิมพ์ครั้งแรกในปี 1957 (Balint, 1957) และได้รับตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องอีกหลายครั้ง<sup>12</sup> เป็นการแสดงให้เห็นความจำเป็นของการเป็น “หมอชุมชน” ในลักษณะของการเป็นทั้ง

10. จนกระทั่งมีการสะท้อนโดยครูแพทย์บางท่านโดยใช้คำพูดว่า “Death the professor of medicine” โดยให้ความหมายว่าครูแพทย์ที่สามารถสอนการแพทย์ทั่วไป (General medicine) ได้หายสาบสูญไปแล้ว (Peart, 1970)

11. ต่อมามีการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวแพร่หลายไปทั่วยุโรป โดยเรียกการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมในลักษณะนี้ว่า “Balint group” (Balint et al., 1993)

12. ตีพิมพ์ครั้งแรกในปี 1957 และหลังจากนั้นมีการตีพิมพ์อีกหลายครั้ง เช่น 1963, ..., 2000, 2002, 2003,



หมอรักษาและนักปรัชญาที่เข้าใจชีวิตคน (Doctor as well as Philosopher) (Balint, 1969; Balint et al., 1993)

การวิจัยดังกล่าวใช้วิธีนำ **“กรณีที่น่าสนใจ”** มานำเสนอในกลุ่ม เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนสัปดาห์ละครั้ง (ช่วงบ่ายของวันที่ว่าง) ต่อเนื่องกันเป็นเวลามากกว่า 3 ปี การนำเสนอผลการวิจัยทำได้ที่น่าสนใจโดยแบ่งเป็น i) ปัญหาทั่วไปที่ทำหายและถูกละเลย; ii) คนไข้เสนอหมอสนอง; iii) ระดับของการวินิจฉัยบนพื้นฐานความทุกข์ของคนไข้; iv) การสมรู้ร่วมคิดที่จะปิดบัง; v) ตัวหมอนั่นแหละแทนยา (Drug Doctor); vi) การรักษาทางใจโดยไม่ต้องใช้ยาเริ่มต้นอย่างไรและเมื่อไหร่ถึงจะหยุด; และ vii) ความแตกต่างของหมอชุมชน (General Practitioner) กับหมอโรงพยาบาล (Specialist)

อย่างไรก็ตาม ความจำเพาะเชิงวิชาชีพซึ่งมีความสำคัญในแง่ของศักดิ์ศรีเชิงวิชาการ ในการทำให้เกิด **“ความเป็นสถาบัน”** ที่สำคัญเกิดจากการมีภาคีวิชาชีพศาสตร์ทั่วไปโดยใช้สถานบริการที่อยู่ในชุมชนเป็นที่สอน (ที่สอนแห่งแรกคือที่ University of Edinburgh, Scotland ในปี 1963)<sup>13</sup> (Howie et al., 1986) การฝึกอบรมหลังปริญญาเริ่มในปี 1965 (Geyman, 1971) มีพัฒนาการและศักดิ์ศรีไม่น้อยกว่าการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล (Gray, 1998) การเป็นสาขาหนึ่งทางการแพทย์ (Academic discipline<sup>14</sup>) ในทวีปอเมริกาเหนือ (McWinney, 1966) ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อจากเวชปฏิบัติทั่วไปเป็นเวชปฏิบัติครอบครัว (Taylor, 1994) และในปี 1972 มีการ

13. การสอน Lecture ตามโรงเรียนแพทย์ต่างๆ มีมาตั้งแต่ 1935 (Barber, 1952)

14. ใช้คำว่า **“Discipline”** เพื่อสะท้อนว่าเป็นสาขาที่ยังเรียนรู้หรือยังไม่ประสบการณ์จะยิ่งกว้าง ส่วนความหมายของคำว่า Specialty หมายความว่า ยังเรียนยังฝึกแต่แคบ (Ben-Zira, 1986; McWinney, 1966)

ก่อตั้งเป็น องค์การแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัวของโลก (ใช้ชื่อย่อว่า WONCA<sup>15</sup>: มีสมาชิกเริ่มต้น 72 ประเทศ) (Cartwright and Anderson, 1981) และมีการพัฒนาคุณค่าสำคัญ จากประสบการณ์ของการให้บริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ยุโรป (WONCA, 1991; WONCA, 2005) ส่วนอเมริกาเหนือมีการเติบโตที่แคนาดา มากกว่าสหรัฐอเมริกา (Horder, 1998)

นอกจากการสังเคราะห์ประสบการณ์จากการให้บริการในชุมชน จนกระทั่งมีพัฒนาการของความเป็นสถาบันทั้งในระดับชาติและนานาชาติแล้ว กระบวนทัศน์ทางสุขภาพเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมองไปข้างหน้า ในการทำให้เห็นคุณค่าและความสำคัญของบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหันมาสนใจ และให้ความสำคัญกับแนวคิดแบบองค์รวม<sup>16</sup> ของการแพทย์แผนใหม่ ที่อาจเรียกในปัจจุบันได้ว่าเป็นการแพทย์สากล (Cosmopolitan medicine)<sup>17</sup>

ช่วงเริ่มต้นของการความสนใจแนวคิดองค์รวม (ช่วงทศวรรษที่ 1970s) วงการแพทย์สากลได้ให้ความหมายของการให้บริการแบบองค์

15. มีชื่อเต็มว่า World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians ประเทศไทยเริ่มใช้ชื่อเวชศาสตร์ครอบครัวในปี 1998

16. คำว่า **“องค์รวม (Holistic)”** เป็นคำสำคัญ ที่ถูกนำไปใช้ในทุกวงการ ถูกประดิษฐ์ขึ้นในปี 1926 (Smuts, 1926) โดยให้ความหมายว่า **“องค์รวมแห่งชีวิต ยิ่งใหญ่และแตกต่างไปจากการนำเอาชิ้นส่วนของชีวิตมารวมกัน (Entities are greater than and different from the sum of their parts)”** ถูกนำมาใช้มากขึ้น หลังจาก J.C. Smuts เสียชีวิตไปแล้ว (เสียชีวิตปี ค.ศ. 1950) การใช้ในทางการแพทย์เริ่มนำมาใช้ในช่วงปี 1960s โดยนำมาเทียบเคียงกับการแพทย์ที่มีมานาน (การแพทย์แผนโบราณ) ของทั้งจีนและอินเดียว่า มีแนวคิดเป็นลักษณะ Holistic ด้วยการมองว่าเป็นการให้การดูแลรักษาที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ในลักษณะที่นำมาเสริมสิ่งที่โซเครตีส (Socrates) ได้กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ว่า **“ส่วนใดส่วนเดียวจะดีไปไม่ได้เว้นเสียแต่ถ้าทั้งหมดดี (The part can never be well unless the whole is well)”** (Loux, 1997)

17. การแพทย์สากล (Cosmopolitan medicine) มีพัฒนาการมาจาก การแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์ (Scientific medicine) บางครั้งเรียกแบบแยกแยะว่าเป็นการแพทย์ตะวันตก (Western medicine) ซึ่งปัจจุบันกล่าวได้ว่ามีอยู่อย่าง เป็นสากลทั่วโลก (Brieger, 1997)

รวมว่า องค์รวมแห่งชีวิตประกอบด้วยจิตใจ-ร่างกาย-และจิตวิญญาณ (Mind-body-spirit) ดังนั้นในการให้บริการ นอกจากจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วย (Illness) แล้ว ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิต (Well-being) และความเป็นอยู่ที่ดี (Wellness) ของผู้รับบริการไปพร้อมกันด้วย (Yahn, 1979)

ปัจจุบันมีการให้ความหมายของปัญหาสุขภาพ ในลักษณะที่เชื่อมโยงกับความหมายขององค์รวมแห่งชีวิต ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนของร่างกาย-จิตใจ-สังคม และสิ่งที่ทำให้ชีวิตอยู่ได้ตามความเชื่อ-ศรัทธา-และปัญญา (ในยุโรปใช้คำว่า Existential dimension (WONCA, 2005) ในขณะที่ประเทศไทยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทางปัญญา)<sup>18</sup> (Astrow et al., 2001; Koenig, 2000; Larimore et al., 2002; Levin, 1996; Levin et al., 1997; Loux, 1997; Shi, 1994; WHO, 2008)

ในเอกสารและวารสารวิชาการ การให้บริการโดยหมอชุมชนตามความหมายที่เป็นแนวคิดแบบองค์รวม มีการถ่ายทอดจนกลายเป็นศัพท์เฉพาะเชิงวิชาการ (Technical term) ด้วยการใช้คำว่า **“การถือคนไข้เป็นศูนย์กลาง (Patient-centredness)”**<sup>19</sup> (May and Mead, 1999) โดยมีความสัมพันธ์ที่มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy) (Squier, 1990) เป็นกลไกสำคัญ (Black, 2004) และมีพัฒนาการของ

การให้ความหมายด้วยการให้ความสำคัญกับ ความรู้สึกทุกข์ (Cassell, 1982; Levin, 1996) ภาพรวมของความเป็นบุคคล (Tarrant et al., 2003) ความจำเพาะของแต่ละบุคคล (Unique human being) (Balint, 1969; Balint et al., 1993) การใช้ความรู้และประสบการณ์ของคนไข้เป็นตัวกำหนดทิศทางของการเยียวยา (Byrne and Long, 1976) การเข้าไปสู่โลกของคนไข้ (Patient world) ผ่านการมองแบบคนไข้ (The patient's eye) ในฐานะหมอชุมชน (McWhinney, 1985) การสร้างทางเลือกเพื่อส่งเสริมการร่วมตัดสินใจของคนไข้ (Grol et al., 1990; Lipkin, Jr. et al., 1984; Winefield et al., 1995) การให้ความสำคัญกับความคิด ความรู้สึก และความคาดหวัง (Henbest and Stewart, 1990; Henbest and Stewart, 1989; Lipkin, Jr. et al., 1984) การตอบสนองต่อ ความต้องการ ความจำเป็น และสิ่งที่คนไข้เลือก (Mead and Bower, 2000a) ตลอดจนมีการให้ความหมายที่เพิ่มความสมบูรณ์ในลักษณะของการแยกให้เห็นเป็นองค์ประกอบ เช่น

- การสืบหาโรคและประสบการณ์การเจ็บป่วยของคนไข้, ทำความเข้าใจความเป็นคนทั้งคน, หาฐานร่วมเพื่อการจัดการ, สอดประสานไปถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ, เพิ่มความสัมพันธ์, อยู่กับความเป็นจริงบนพื้นฐานของข้อจำกัดของตัวบุคคล เวลา และทรัพยากร (Stewart et al., 1995)
- การเชื่อมโยงและปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย-จิตใจ-สังคม, คนไข้ในฐานะบุคคล, รวมพลังและร่วมกันรับผิดชอบ, พันธมิตรแห่งการเยียวยา, และหมอในฐานะปณูชน (Mead and Bower, 2000b)

18. ในยุโรปปัจจุบันใช้คำว่า Existential dimension ซึ่งก่อนหน้านี้ใช้คำว่า Spiritual dimension แปลเป็นไทยว่า **“จิตวิญญาณ”** ซึ่งสังคมไทยเปลี่ยนมาใช้คำว่า **“ปัญญา”** ตามความหมายใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติหมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเลือกเพื่อผู้อื่น

19. คำว่า **“Patient-centredness (ในอเมริกาและแคนาดาใช้คำว่า patient-centered care)”** มีการใช้ในลักษณะที่เป็น technical term ของหมอชุมชน มาก่อนที่จะมีการนำคำหรือแนวคิดขององค์รวมมาใช้ในการวางแผนการแพทย์สากล แต่มีความหมายที่เหมือนหรือใกล้เคียงโดยบังเอิญ (May and Mead, 1999)

- การค้นหาข้อมูลในสิ่งที่คนไข้มองว่าเป็นเรื่องจำเป็นและเป็นกังวล, เข้าใจเข้าใจโลกของคนไข้, ค้นหาฐานร่วมเพื่อการวินิจฉัยและการจัดการ, เพิ่มโอกาสเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, ประเทืองความสัมพันธ์ในฐานะหมอกับคนไข้อย่างต่อเนื่อง (Stewart, 2001) เป็นต้น

การผสมผสาน-บูรณาการ (Integration) เป็นอีกแนวคิดที่มีความสำคัญ มีการให้ความหมาย “บูรณาการ” ใน 2 ลักษณะคือ i) ถ้าบริการในชุมชนและโรงพยาบาลเชื่อมกันอย่างบูรณาการ ผลลัพธ์ที่ได้ (ผลผลิตเพื่อสุขภาพ) จะมีมากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากสถานบริการที่อยู่ในชุมชนและโรงพยาบาลรวมกัน (Mercenier, 1992; Unger and Criel, 1995; Van Lerberghe and Lafort, 1990) และ ii) ถ้าผสมผสาน (บูรณาการ) รักษา-ส่งเสริม-ป้องกัน-ฟื้นฟู เข้าด้วยกัน โดยทีมผู้ให้บริการทีมเดียวกัน (Polyvalent team) ผลลัพธ์ที่ได้จะมากกว่าการให้บริการแบบแยกกัน (Mercenier, 1986; Starfield, 2001)

นอกจากนี้ยังมีประเด็น “ความต่อเนื่อง (Continuity)” ซึ่งให้ความสำคัญกับธรรมชาติของแต่ละปัญหาสุขภาพ ที่เกิดขึ้น-ตั้งอยู่-และดับไป โดยบริการที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง จะมีผลต่อสุขภาพอย่างสร้างสรรค์ ตามการมีปฏิสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพนั้นๆ กับองค์ประกอบต่างๆ ในระบบ สัมพันธ์กับกาลเวลาที่ผ่านไป (Forrest and Starfield, 1998; Freeman and Hjortdahl, 1997) และแนวคิดอื่นๆ เช่น การประสานงาน (Coordination: intra- and inter-sector) (Bodenheimer et al., 1999; Taylor, 1994; WHO, 2008) การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community involvement and participation) (Morgan, 2001; Raeburn et al., 2006; Zakus and Lysack, 1998) ตลอดจนการทำให้

เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อม (Solidarity) (Lillie-Blanton and Hoffman, 2005; Smith, 1992) เพื่อทำให้เกิดความเป็นธรรม (Equity) (Gwatkin, 2001; Shi et al., 1999) อันมีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Accessibility) ของประชาชนทุกคน (Starfield, 1994) ซึ่งบริการปฐมภูมิคือ หัวใจหรือศูนย์กลางในฐานะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการทำให้ระบบบริการมีคุณลักษณะเหล่านี้ (de Maeseneer et al., 2008; WHO, 2008)

นอกจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (เวชปฏิบัติครอบครัว) ในสังคมตะวันตก ยังมีผู้ให้บริการปฐมภูมิอื่นในหลากหลายวิชาชีพ<sup>20</sup> ที่ร่วมให้บริการในชุมชน (Drury, 1998; Jefferys, 1998) ซึ่งแตกต่างไปจากประเทศยากจนหรือประเทศที่กำลังพัฒนา ที่ความหลากหลายของความเป็นวิชาชีพ มักรวมศูนย์อยู่เพียงเฉพาะในโรงพยาบาล (Unger and Criel, 1995) ส่วนการให้บริการในชุมชน เนื่องจากมีทรัพยากรจำกัด ทำให้ทีมผู้ให้บริการมีขนาดเล็ก และถึงแม้ผู้ให้บริการแต่ละคนมีฐานของการฝึกอบรมที่แตกต่าง แต่การที่ต้องตอบสนองตามความจำเป็นของการให้บริการในชุมชน ทำให้ต้องพัฒนาตนเองให้สามารถให้บริการได้หลายด้าน และทำงานแทนกันได้ กลายเป็นคุณลักษณะพื้นฐานพิเศษที่เหมาะสมกับการให้บริการตามแนวคิดผสมผสาน (Mercenier, 1986; Pongsupap, 2007) และเป็นคุณลักษณะที่เหมาะสมในการพัฒนา

20. มีการวิพากษ์วิจารณ์ในวารสารวิชาการว่า การมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวอยู่ในทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการในชุมชน เป็นบริการที่หรูหรา เหมาะกับประเทศแถบตะวันตกที่มีความร่ำรวย ซึ่งมีคุณลักษณะสำคัญคือการให้บริการที่ถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centredness) (Grol et al., 1990) ทั้งนี้ได้มีการพิสูจน์ว่าในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดว่า การให้บริการการปฐมภูมิในลักษณะถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความจำเป็นและเป็นไปได้เช่นกัน (Henbest and Fehrson, 1992; Henbest and Stewart, 1990; Henbest and Stewart, 1989; Pongsupap and Van Lerberghe, 2006b; Pongsupap and Van Lerberghe, 2006a; Unger et al., 2002)



ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ให้บริการทุกคนในทีมขนาดเล็กดังกล่าวกับสมาชิกทุกคนในชุมชน (Pongsupap et al., 2006; Pongsupap, 2007; Pongsupap and Van Lerberghe, 2006b; Toop, 1998; Unger et al., 2002; Unger and Criel, 1995) ❖



## บริการปฐมภูมิ ในบริบทที่มีทรัพยากรจำกัด

บริการปฐมภูมิได้รับความสนใจไปทั่วโลก หลังจากมีคำประกาศขององค์การอนามัยโลก ที่เมือง Alma-Ata<sup>21</sup> ในปี ค.ศ. 1978 โดยมี “Health for All by the year 2000” เป็นเป้าหมายหลัก และระบุให้ “Primary Health Care (PHC)” เป็นกลวิธีสำคัญที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมาย (WHO, 1978) ส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากอุดมการณ์ใหม่ของโลกหลังยุคปลดปล่อยอาณานิคม ซึ่งเรียกหาความเป็นธรรม การดูแลตนเอง การพึ่งตนเอง ตลอดจนการทำให้มีความเป็นตัวของตัวเอง ทั้งในระดับประเทศ ชุมชน ครอบครัว และรายบุคคล ทั้งนี้ คำประกาศดังกล่าวในช่วงเริ่มต้นได้รับความสนใจเฉพาะประเทศที่

21. Alma Ata Declaration (1978): PHC is essential care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at cost that the community can afford to maintain at every stage in a spirit of self reliance and self determination พร้อมกับการกำหนด Basic minimum needs 8 ประการ (WHO, 1978)



ด้วยและกำลังพัฒนา (Doherty and Govender, 2004) ต่อมาได้รับการยอมรับว่าจำเป็นสำหรับทุกประเทศทั่วโลก (de Maeseneer et al., 2008)

อนึ่ง ในหลายประเทศ เช่น จีน (Young, 1983) อินเดีย (Leslie, 1976) Zaire (Kasongo project team, 1982) รวมถึงประเทศไทย (Rakue et al., 1998; Vachrotai, 1976; Vachrotai, 1979) ต่างมีประสบการณ์ของการพัฒนาบริการที่อยู่ในชุมชน ในบริบทที่มีทรัพยากรจำกัดมาก่อนที่จะมีการประกาศขององค์การอนามัยโลก (Rohde et al., 2008) อย่างไรก็ตาม คำประกาศขององค์การอนามัยโลกมีส่วนเป็นอย่างมากในการกระตุ้นให้มีการดำเนินการ และสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ (Favin et al., 1984; Wibulpolprasert et al., 2008) ซึ่งประเทศไทยเรียกการดำเนินการดังกล่าวว่า **“สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)”<sup>22</sup>** โดยให้ความหมายว่า เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีการดำเนินการโดยประชาชน (Kawee, 1983; Rakue et al., 1998; Singhadej et al., 1983)

หลังคำประกาศที่ Alma-Ata ในวารสารวิชาการ เริ่มมีการแบ่งอย่างไม่เป็นทางการ (Egwu, 1984; Muldoon et al., 2006) ระหว่าง Primary Care (PC) ซึ่งเน้นไปที่การให้บริการเป็นรายบุคคล (Engstrom et al., 2001; Muldoon et al., 2006; Rethans, 1988) กับ Primary

22. “สาธารณสุขมูลฐาน” เป็นชื่อเรียกเฉพาะในบริบทของไทย กรณีประเทศไทยถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นกรณีตัวอย่าง ในการพัฒนาบริการบริการปฐมภูมิด้วยเหตุผลที่สำคัญดังนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชน (การมี อสม. มากกว่า 800000 คน) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน; การมีสถานอนามัยในทุกตำบล การมีโรงพยาบาลในทุกอำเภอ; การให้การดูแลและปกป้องคนจน (จากการมีบัตรสำหรับผู้มีรายได้ต่ำถึงการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า); การใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (การใช้ HIV/AIDS prevalence เชื่อมกับกิจกรรม Condom promotion, Prevention of other-to-child transmission) (Rohde et al., 2008)

Health Care (PHC) ซึ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมของชุมชน (Egwu, 1984; Favin et al., 1984; Muldoon et al., 2006; Van Balen, 1994; Van Damme et al., 2002)

การดำเนินการ PHC ในประเทศกำลังพัฒนาหรือยากจน มีประสบการณ์ที่หลากหลาย แม้แต่การดำเนินการภายในประเทศเดียวกัน (Doherty and Govender, 2004) ซึ่งอาจแบ่งเป็นกลุ่มของการดำเนินการที่แตกต่างได้ดังนี้

- Comprehensive PHC ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการมีสมรรถนะในการให้บริการหลายด้าน (Polyvalent health personnel) (Doherty and Govender, 2004; Unger and Criel, 1995; Van Damme et al., 2002)
- Selective PHC เน้นการดำเนินการในลักษณะเป็นโปรแกรมพิเศษ (Vertical programs) (Boyles, 1998; Cueto, 2004; Walsh and Warren, 1979)
- การมีอาสาสมัครสาธารณสุข (Rakue et al., 1998; Vachrotai, 1979);
- การมีส่วนร่วมและพัฒนาชุมชนโดยรวม (Morgan, 2001; Zakus and Lysack, 1998)
- การพัฒนา PHC ในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ<sup>23</sup> (Mercenier, 1986; Unger and Criel, 1995) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศความสำคัญใน Harare Declaration<sup>24</sup>

23. ในประเทศแถบตะวันตกเรียกว่า ระบบบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ (Local health system) (WHO, 1988)

ประเทศไทยมีประสบการณ์ของการพัฒนาสถานบริการในระดับอำเภอมากกว่าครึ่งศตวรรษ (Harinasuta, 1973; Rohde et al., 2008) และมีความจำเพาะเชิงประวัติศาสตร์ที่แตกต่างไปจากระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอโดยทั่วไป<sup>25</sup> (Piyaratn, 1982; Zimmerman, 1931) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของการบริหารจัดการที่มีพัฒนาการของความพยายาม ในการเชื่อมระหว่างโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย (สถานบริการที่อยู่ในชุมชน) (Nitayarumphong et al., 2000; Van Lerberghe and Lafort, 1990) ทำให้มีความท้าทายในการทำให้เกิดการผสมผสาน เพื่อบูรณาการการบริหารจัดการภายในอำเภอ (Pongsupap, 2007) ในขณะที่องค์ความรู้ทางด้านการให้บริการ มีการให้ความสำคัญกับ การทำความเข้าใจ เจาะลึกปัญหาสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงระหว่างร่างกาย-จิตใจ-วัฒนธรรม-สังคม-ความเชื่อ ตามความจำเพาะของรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน ซึ่งเป็นฐานองค์ความรู้สำคัญและเป็นความท้าทายของบริการปฐมภูมิ (Chuengsatiansup,

24. Harare Declaration (1987): A District Health System (DHS) is taken to mean a more or less self-contained segment of the national health system which comprise a well defined population living within a clearly defined administrative and geographical area, either rural or urban, and all institutions and sectors whose activities contribute to improve health.... district concept derives from two rationales:... the implementation of the PHC strategy, requiring a decentralised management, (and) the organisation of integrated health systems which implies that one single team manages simultaneously the district hospital and the network of health centres (dispensaries)... (WHO, 1987; WHO, 1988)

25. Prof. Zimmerman ได้ทำ Rural survey ที่ประเทศไทยในปี 1930 พบว่า แพทย์ที่ผลิตตามมาตรฐานที่กำหนดโดย Rockefeller Foundation พบว่าเป็นการยากมากที่จะเป็นประโยชน์กับชาวชนบท เนื่องจากอยู่ในชนบทไม่ได้ และมีช่องว่างกับประชาชนเนื่องจากสอนโดยผู้สอนจากต่างชาติ จึงแนะนำให้รัฐบาลไทยผลิตแพทย์แบบเร่งรัดโดยเรียกว่า “Junior doctor” เพื่อลดช่องว่างกับชาวบ้านโดยทั่วไปและอยู่ในชนบทได้ (Zimmerman, 1931) แต่ในปี 1935 รัฐบาลไทยได้ตัดสินใจผลิต “Junior sanitarian” เพื่อให้บริการด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรค (Nitayarumphong et al., 2000) และได้มีพัฒนาการกลายเป็น “หมอชุมชน” พันธุ์ใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทของไทย (Pongsupap, 2007)

1999) พร้อมกับมีการพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์ที่เรียกในปัจจุบันว่า เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเริ่มมีประสบการณ์ของการพัฒนาตามความจำเพาะในบริบทของประเทศ (Hathirat et al., 2001; Pongsupap, 2007) เป็นความเคลื่อนไหวที่ประเทศไทยเริ่มได้รับการกล่าวถึงมากขึ้นในระดับนานาชาติ (Rawaf et al., 2008; Williams et al., 2002)

พัฒนาการของการดูแลปกป้องผู้ด้อยโอกาสและคนจนของไทย (Pannarunothai et al., 2000; Pannarunothai and Mills, 1997) ได้รับการกล่าวถึงว่า มีผลทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมมีความโดดเด่นเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาด้วยกัน (Rohde et al., 2008) การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นประสบการณ์จำเพาะที่ประเทศไทยได้รับยอมรับในลักษณะของกรณีตัวอย่างสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา (Pannarunothai et al., 2004; Towse et al., 2004; WHO, 2008) ซึ่ง เป็นเงื่อนไขเชิงระบบที่เอื้อต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยรวม (Smith, 1992; WHO, 2008) ทำให้ประเทศไทยถูกกล่าวถึงใน World Health Report ฉบับล่าสุดว่า มีศักยภาพสูงในการพัฒนาบริการปฐมภูมิ (WHR, 2008) โดยที่การมีโรงพยาบาลในทุกอำเภอ สถานีอนามัย (สถานบริการที่อยู่ในชุมชน) ในทุกตำบล และในแต่ละชุมชน (Rohde et al., 2008) เป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการบูรณาการ ทั้งในเชิงบริหารจัดการ (Administrative integration) และในเชิงปฏิบัติการ (Operational integration) เพื่อทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนที่มีระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการที่อยู่ในชุมชนหมดไป (Pongsupap, 2007)

ระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ มีความสำคัญต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ด้วยเหตุผลเชิงระบบที่สำคัญ 2 ประการ (WHO, 1987) **ประการแรก** ในระดับอำเภอมีศักยภาพมากพอในการรองรับ

นโยบายจากส่วนกลาง (กระบวนการจากบนลงล่าง: Top-down process) พร้อมกับรับรู้ความต้องการและความจำเป็นในพื้นที่ (กระบวนการจากล่างขึ้นบน: Bottom-up process) ทำให้เกิดความสมดุล เมื่อต้องมีการตัดสินใจ เพื่อการพัฒนาระบบบริการโดยรวม และมีความใกล้ชิดในการช่วยบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ และ ประการที่สอง ระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ เชื่อมต่อการเกิดระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated health care system) ทำให้เกิดการผสมผสานของสถานบริการต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล และสถานบริการที่อยู่ในชุมชนที่มีอยู่ในอำเภอ ซึ่งควรมีการบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหารจัดการ (Unger and Criel, 1995; Van Lerberghe and Lafort, 1990; Mercenier, 1986)

ถึงแม้จะมีประสบการณ์ของการดำเนินการ PHC (ในที่นี้เน้นให้เป็นประสบการณ์ที่มีการดำเนินการในประเทศยากจนหรือกำลังพัฒนา) และ PC (ในที่นี้เน้นไปที่การดำเนินการในประเทศในแถบตะวันตกหรือร่ำรวย) ในบริบทที่แตกต่าง ปัจจุบันมีแนวโน้มของการโน้มเข้าหากันของความแตกต่างดังกล่าว กล่าวคือ PHC ซึ่งมีจุดเด่นในเรื่องการดำเนินการโปรแกรมควบคุมโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วน PC มีจุดเด่นในเรื่องของการให้บริการทางคลินิก (Clinical practice) และการมีส่วนร่วมของคนไข้ในระดับรายบุคคล ซึ่งจุดเด่นทั้งหมดดังกล่าวได้รับการพิสูจน์ว่ามีความจำเป็นและมีความเป็นไปได้สำหรับทุกคน ทุกชุมชน ทุกสังคม และทุกประเทศ ไม่ว่าจะเป็นร่ำรวยหรือยากจน (Doherty and Govender, 2004; Muldoon et al., 2006; Unger et al., 2002)

ใน World Health Report 2008 ได้นำเสนอกรอบแนวคิด การวางยุทธศาสตร์ และการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติว่า PHC และ PC สามารถเชื่อมกันได้เป็นเรื่องเดียวกัน โดยพยายามให้นิยาม ด้วยการกำหนด

กรอบในลักษณะของการยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมว่าอะไร “ใช่”<sup>26</sup> อะไร “ไม่ใช่”<sup>27</sup> อย่างยืดหยุ่น ทั้งนี้การมีบุคลากรไม่พอไม่ใช่ข้อจำกัด สามารถดำเนินการด้วยการพัฒนาสมรรถนะข้ามวิชาชีพ (Shifting of Tasks) แต่ต้องมีมาตรฐานและมีระบบรองรับ โดยที่ประสิทธิภาพของการให้บริการไม่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (WHO, 2008) ❖

26. “ใช่” ในที่นี้ หมายถึง สิ่งที่ PHC พยายามไปให้ถึงในปัจจุบันประกอบด้วย 1) Transformation and regulation of existing health systems; aiming for universal access and social health protection; 2) Dealing with the health of everyone in the community; 3) A comprehensive response to people's expectations and needs, spanning the range of risks and illnesses; 4) Promotion of healthier lifestyles and mitigation of the health effects of social and environmental hazards; 5) Teams of health workers facilitating access to and appropriate use of technology and medicines ; 6) Institutionalized participation of civil society in policy dialogue and accountability mechanisms; 7) Pluralistic health systems operating in a globalized context; 8) Guiding the growth of resources for health towards universal coverage; 9) Global solidarity and joint learning; 10) Primary care as coordinator of a comprehensive response at all levels; 11) PHC is not cheap: it requires considerable investment, but it provides better value for money than its alternatives (WHO, 2008)
27. “ไม่ใช่” ในที่นี้หมายถึงความพยายามที่ผ่านมา แต่ไม่จำกัดอยู่เพียงเท่านั้นประกอบด้วย 1) Extended access to a basic package of health interventions and essential drugs for the rural poor; 2) Concentration on mother and child health; 3) Focus on a small number of selected diseases; 4) Improvement of hygiene, water, sanitation and health education at village level; 5) Simple technology for volunteer, non-professional community health workers; 6) Participation as the mobilization of local resources and health-centre management through local health committees; 7) Government-funded and delivered services with a centralized top-down management; 8) Management of growing scarcity and downsizing; 9) Bilateral aid and technical assistance; 10) Primary care as the antithesis of the hospital; 11) PHC is cheap and requires only a modest investment (WHO, 2008)





ในสังคมตะวันตก Dawson เป็นผู้นำคำว่า “**บริการปฐมภูมิ**” มาใช้เรียกบริการที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมีพัฒนาการในลักษณะของการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น จากหมอตามบ้าน จนกระทั่งปัจจุบันเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (เวชศาสตร์ครอบครัว) ซึ่งให้บริการในชุมชนร่วมกับผู้ให้บริการในหลากหลายวิชาชีพ และมีศักดิ์ศรีเชิงวิชาการไม่น้อยกว่าบริการในโรงพยาบาล

คำประกาศ Alma-Ata ขององค์การอนามัยโลก ได้จุดประกายให้บริการปฐมภูมิมีความสำคัญเชิงอุดมการณ์ โดยเน้นว่าทุกคนมีสุขภาพดีได้ ด้วยเงื่อนไขสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วม ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน ตลอดจนการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ อันจะส่งผลให้มีการเพิ่มศักยภาพในการพึ่งและดูแลตนเองในทุกกระดับ จากประสบการณ์ของประเทศในบริบทที่แตกต่าง ทำให้มีการแบ่งอย่างไม่เป็นทางการ โดย “Primary Health Care (PHC)” เน้นไป



ที่การมีส่วนร่วมของชุมชนและดำเนินการในประเทศที่ยากจนหรือ  
ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบมีน้อย ส่วน “Primary Care (PC)” เน้นไปที่  
การให้บริการในระดับรายบุคคล ซึ่งมีพัฒนาการที่ต่อเนื่องและยาวนาน  
ในสังคมตะวันตก ประเทศไทยเรียกการดำเนินการในลักษณะ PHC ว่า  
“**การสาธารณสุขมูลฐาน**” ซึ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้มี  
การดำเนินการโดยประชาชน

ปัจจุบัน PC และ PHC มีพัฒนาการของการโน้มเข้าหากัน มี  
เอกสารวิชาการจำนวนมากรวมถึง World Health Report 2008 ได้  
แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมเป็นเรื่องเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับ  
ยุทธศาสตร์ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ บริการปฐมภูมิมีบทเรียนที่มี  
ความจำเพาะเชิงบริบทสูงมาก การเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์  
จากบริบทหนึ่ง ไปยังอีกบริบทหนึ่งมีความยาก เมื่อเปรียบเทียบกับ  
บริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้ยังไม่มีบริการปฐมภูมิใดๆ ได้รับการ  
ยอมรับ ในลักษณะของการเป็น “**ตัวอย่าง**” หรือ “**ตัวแทน**” ที่สะท้อน  
ภาพรวมที่เป็นคุณค่าร่วมทั้งหมด ซึ่งมีการเข้าถึงเป็นคุณลักษณะพื้นฐาน  
และเพิ่มคุณค่าทำให้มีความจำเพาะด้วยคุณลักษณะของ องค์รวม-  
ต่อเนื่อง-ผสมผสาน-ประสานงาน-และการมีส่วนร่วม ทั้งนี้ตัวอย่างที่มียัง  
คงเป็นเพียงกรณีที่ห่างไกล หรือใกล้เคียง ในบางแง่มุม ในบริบทที่  
แตกต่าง อย่างไรก็ตามการพัฒนาบริการปฐมภูมิในบริบทของระบบ  
บริการระดับอำเภอหรือระดับพื้นที่ เป็นเงื่อนไขเชิงระบบที่สำคัญของการ  
พัฒนา

ประเทศไทยกล่าวได้ว่าอยู่แนวหน้า ของการถูกหยิบยกขึ้นมาเป็น  
กรณีตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการมีประสบการณ์ของการให้  
การดูแลปกป้องคนจน ผู้ด้อยโอกาส และการมีระบบหลักประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้า ซึ่งเป็นฐานสำคัญเชิงระบบ ในการทำให้บริการปฐมภูมิ

ได้รับการพัฒนาตามคุณลักษณะที่เป็นคุณค่าสำคัญ เพื่อส่งผลอย่าง  
สร้างสรรค์ต่อสุขภาวะและสุขภาพของประชาชนคนไทยทุกคน 





## บรรณานุกรม

Astrow,AB, C M Puchalski, D P Sulmasy, 2001, Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations: Am.J.Med., v. 110, p. 283-287.

Balint,E, 1969, The possibilities of patient-centered medicine: J.R.Coll. Gen.Pract., v. 17, p. 269-276.

Balint,E, M Courtenay, A Elder, S Hull, P Julian, 1993, The doctor, his patient and the group: Balint revisited, London, Routledge.

Balint,M, 1957, The doctor, his patient and the illness., London, Pitman Medical.

Barber,G, 1952, Education in general practice: an experiment at St. Mary's Hospital: Br.Med.J., v. 2, p. 490-491.



Beales,JG, 1980, Dawson Report: the centres of discontent: Health Soc. Serv.J., v. 90, p. 644-645.

Ben-Zira,Z, 1986, The plight of primary health care: the problematics of committedness to practice: Soc.Sci.Med., v. 22, p. 699-712.

Black,DM, 2004, Sympathy reconfigured: Some reflections on sympathy, empathy and the discovery of values: Int.J.Psychoanal., v. 85, p. 579-595.

Bodenheimer,T, B Lo, L Casalino, 1999, Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers: JAMA, v. 281, p. 2045-2049.

Bosanquet,N, C Salisbury, 1998, The practice, in I Loudon, J Horder, and C Webster (eds), General practice under the national health service 1948-1997: London, Clarendon press, p. 45-64.

Boyles,S, 1998, Is universal better than selective immunization in developing world? Vaccines (HBV): Hepatitis.Wkly., p. 7-8.

Bradley,DB. Siam Theory and Practice of Medicine. 53-71. 1865. Bangkok, Microfilm 30/038: 1862-1873, The National Libery of Thailand. Ref Type: Generic

Brieger,R, 1997, The historiography of medicine, in WF Bynum and R Porter (eds), Companion encyclopedia of the history of medicine: London, Routledge, p. 24-44.

Byrne,P, B Long, 1976, Doctors talking to patients, London, HMSO.

Cartwright,A, R Anderson, 1981, General practice revisited., London, Tavistock.

Cassell,EJ, 1982, The nature of suffering and the goals of medicine: N.Engl.J.Med., v. 306, p. 639-645.

Chuengsatiansup,K, 1999, Sense, symbol, and soma: illness experience in the soundscape of everyday life: Cult.Med Psychiatry., v. 23, p. 273-301.

Cueto,M, 2004, The origins of primary health care and selective primary health care: Am.J.Public Health., v. 94, p. 1864-1874.

de Maeseneer,J, S Moosa, Y Pongsupap, A Kaufman, 2008, Primary health care in a changing world: Br.J.Gen.Pract., v. 58, p. 806-8ii.

Dawson,TL, 1920, Dowson report: Consultative Council on Medical and Allied Services, London, Ministry of Health.

Doherty,J, R Govender, 2004, The cost effectiveness of primary health care service in developing countries: a review of international literature, Disease control priorities project.

Donaldson,PJ, 1976, Foreign intervention in medical education: a case study of the Rockefeller Foundation's involvement in a Thai medical school: Int.J.Health Serv., v. 6, p. 251-270.

Drury,M, 1998, Primary care and professional organisations, in I Loudon, J Horder, and C Webster (eds), General practice under the national health service 1948-1997: London, Clarendon press, p. 205-223.



Egwu,IN, 1984, Update: Primary care is not the same as primary health care, or is it?: *Fam.Community Health.*, v. 7, p. 83-88.

Engstrom,S, M Foldevi, L Borgquist, 2001, Is general practice effective? A systematic literature review: *Scand.J.Prim.Health Care.*, v. 19, p. 131-144.

Favin,M, P Parlato, S Kessler, 1984, Primary health care progress and problems: *Public Health Rev.*, v. 12, p. 272-278.

Forrest,CB, B Starfield, 1998, Entry into primary care and continuity: the effects of access: *Am.J.Public Health.*, v. 88, p. 1330-1336.

Freeman,G, P Hjortdahl, 1997, What future for continuity of care in general practice?: *BMJ.*, v. 314, p. 1870-1873.

Friedson,E, 1970, Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge, New York, Harper & Row.

Gelfand,T, 1993, The history of medical profession, in WF Bynum and R Porter (eds), *Companion encyclopedia of the history of medicine*: London, Routledge, p. 1119-1150.

Geyman,JP., 1971, The history of General Practice, the modern family doctor and changing medical practice. 1-13, Meredith co-operation, New York.

Goldstein,MS, P J Donaldson, 1977, Medical education in Thailand: an alternate perspective: *Med.Educ.*, v. 11, p. 221-230.

Granshaw,L, 1994, The hospital, in WF Bynum and R Porter (eds), *Companion Encyclopedia of the history of medicine*: New York, Routledge, p. 1180-1198.

Gray,DP, 1998, Post graduate training and continuous education, in I Loudon, J Horder, and C Webster (eds), *General practice under the national health service 1948-1997*: London, Clarendon, p. 182-204.

Grayson,H, R Moss, 1980, Dawson Report: more and smaller theme: *Health Soc.Serv.J.*, v. 90, p. 646-648.

Grol,R, J de Maeseneer, M Whitfield, H Mokkink, 1990, Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands: *Fam.Pract.*, v. 7, p. 100-103.

Gwatkin,DR, 2001, The need for equity-oriented health sector reforms: *Int.J.Epidemiol.*, v. 30, p. 720-723.

Harinasuta,C, 1973, The need for clinical assistants in Thailand: *Lancet.*, v. 1, p. 1298-1300.

Hashem,A, M T Chi, C P Friedman, 2003, Medical errors as a result of specialization: *J.Biomed.Inform.*, v. 36, p. 61-69.

Hathirat,S, Y Talbot, N Byrne, 2001, Sense of identity as a family physician. Applying the four principles of family medicine in a remote Thai village: *Can.Fam.Physician*, v. 47, p. 1963-5, 1967.



Henbest,RJ, G S Fehrsen, 1992, Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes: Fam.Pract., v. 9, p. 311-317.

Henbest,RJ, M Stewart, 1990, Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference?: Fam.Pract., v. 7, p. 28-33.

Henbest,RJ, M A Stewart, 1989, Patient-centredness in the consultation. 1: A method for measurement: Fam.Pract., v. 6, p. 249-253.

Hongladarom,T, 1988, The development of medical education in Thailand: Chulalongkorn Medical Journal, v. 132, p. 319-325.

Horder,J, 1998, Development in other countries, in I Loudon, J Horder, and C Webster (eds), General Practice under the National Health Service 1948-1977: New York, Oxford University Press, p. 247-274.

Howie,JGR, D R Hannay, J S K Stevenson, 1986, The Mackenzie report, Edinburgh, McDonald Printers.

Jefferys,M, 1998, General practitioners and the other caring professions, in I Loudon, J Horder, and C Webster (eds), General practice under the national health service 1948-1997: London, Clarendon press, p. 128-145.

Kasongo project team, 1982, The Kasongo Project: lessons of an experiment in the organisation of a system of primary health care, Antwerp, The Public Health Research and Teaching Unit of the Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.

Kawee,T, 1983, Primary health care and volunteer health workers--an experiment in northeastern Thailand: JOICFP.Rev., p. 32-36.

Koenig,HG, 2000, MSJAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice: JAMA, v. 284, p. 1708.

Larimore,WL, M Parker, M Crowther, 2002, Should clinicians incorporate positive spirituality into their practices? What does the evidence say?: Ann.Behav.Med., v. 24, p. 69-73.

Larkin,G, 1997, The emergence of para-medical professions, in WF Bynum and R Porter (eds), Companion encyclopedia of the history of medicine: New York, Routledge, p. 1329-1349.

Leslie,C, 1976, The ambiguities of medical revivalism in modern India, in C Leslie (ed), Asian Medical Systems: Acomparative study: Berkley, University of California Press.

Levin,JS, 1996, How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance: Soc.Sci.Med., v. 43, p. 849-864.

Levin,JS, D B Larson, C M Puchalski, 1997, Religion and spirituality in medicine: research and education: JAMA, v. 278, p. 792-793.

Lillie-Blanton,M, C Hoffman, 2005, The role of health insurance coverage in reducing racial/ethnic disparities in health care: Health Aff.(Millwood.), v. 24, p. 398-408.



Lipkin,M, Jr., T E Quill, R J Napodano, 1984, The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine: Ann.Intern.Med., v. 100, p. 277-284.

Loux,F, 1997, Holistic Conception of The Body and Traditional Therapists, in WF Bynum and R Porter (eds), Companion Encyclopedia of the History of Medicine: New York, Routledge, p. 665-667.

Maggs,C, 1993, A general history of nursing: 1800-1900, in WF Bynum and R Porter (eds), Companion encyclopedia of the history of medicine: London, Routledge, p. 1309-1328.

May,C, N Mead, 1999, Patient-centredness: a history, in C Dowrick and L Frith (eds), General practice and ethics: uncertainty and responsibility: London, Routledge.

McWhinney,I, 1985, Patient-centred and doctor-centred models of clinical decision making, in M Sheldon, J Brook, and A Rector (eds), Decision making in general practice: London, Stockton.

McWhinney,IR, 1966, General Practice as academic discipline: The Lancet, v. 1, p. 419-423.

Mead,N, P Bower, 2000a, Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments: Patient.Educ.Couns., v. 39, p. 71-80.

Mead,N, P Bower, 2000b, Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature: Soc.Sci.Med., v. 51, p. 1087-1110.

Mercenier,P, 1986, The role of health centre in the context of district health system based on primary health care, Antwerp, ITM-A press.

Mercenier,P, 1992, Methodology and Relevance of Health System Research. 15-21.. Paris, Centre International de l'Enfance, Paris. Commission of the European Communities.

Morgan,LM, 2001, Community participation in health: perpetual allure, persisting challenge.: Health Policy Plan., v. 16, p. 221-230.

Muecke,MA, W Srisuphan, 1989, Born female: the development of nursing in Thailand: Soc.Sci.Med., v. 29, p. 643-652.

Muldoon,LK, W E Hogg, M Levitt, 2006, Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference?: Can.J.Public Health, v. 97, p. 409-411.

Nitayarumphong,S, S Srivanichakorn, Y Pongsupap, 2000, Strategies to respond to health manpower needs in rural Thailand in "Providing health care under adverse circumstances: Health personnel performance & individual coping strategies". Ferrinho, P. and Van Lerberghe, W. [16], 55-72. Antwerp, ITG-Press. Studies in Health Services Organisation & Policy. Van Lerberghe, W., Kegels, G., and De Brouwere, V.

Pannarunothai,S, A Mills, 1997, The poor pay more: health-related inequality in Thailand: Soc.Sci.Med., v. 44, p. 1781-1790.

Pannarunothai,S, D Patmasirawat, S Srithamrongsawat, 2004, Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling: Health Policy, v. 68, p. 17-30.



Pannarunothai,S, S Srithamrongsawat, M Kongpan, P Thumvanna, 2000, Financing reforms for the Thai health card scheme: Health Policy Plan., v. 15, p. 303-311.

Pearce,RM, 1922, Letter from The Director of Medical Education of The Rockefeller Foundation to The Minister of Education of Siam. Archive of Thai National Library.

Peart,WS, 1970, Death of the professor of medicine: Lancet., v. 1, p. 401-402.

Pellegrino,ED, 1983, The Healing Relationship: The Architectonics of Clinical Medicine, in EE Shelp (ed), The Clinical Encounter: Dordrecht, Holland, D. Reidel Publishing Company, p. 153-172.

Pelling,M, 1997, Contagion/Germ theory/Specificity, in WF Bynum and R Porter (eds), Companion encyclopedia of the history of medicine: New York, Routledge, p. 309-334.

Piyaratn,P, 1982, Doctors' roles in primary health care: Trop.Doct., v. 12, p. 196-202.

Pongsupap,Y, 2007, Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice, PhD thesis, VUB press.

Pongsupap,Y, T Boonyapaisarncharoen, W Van Lerberghe, 2006, The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey: Journal of Health Science, v. 14, p. 475-483.

Pongsupap,Y, W Van Lerberghe, 2006a, Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok: Trop.Med.Int.Health., v. 11, p. 81-89.

Pongsupap,Y, W Van Lerberghe, 2006b, Is motivation enough? Responsiveness, patient-centredness, medicalization and cost in family practice and conventional care settings in Thailand: Hum.Resour.Health., v. 4:19., p. 19.

Raeburn,J, M Akerman, K Chuengsatiansup, F Mejia, O Oladepo, 2006, Community capacity building and health promotion in a globalized world: Health Promot.Int., v. 21 Suppl 1:84-90., p. 84-90.

Rakue,Y, C Panasoponkul, O Suthienkul, P Radomyos, 1998, Overview reflection of primary health care in Thailand supported from 1976 to 1996 by Japan-Thailand partnership: Southeast Asian J.Trop.Med.Public Health., v. 29, p. 622-627.

Rawaf,S, J de Maeseneer, B Starfield, 2008, From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care: The Lancet, v. 372, p. 1365-1367.

Rethans,JJ, 1988, Standards for primary care: J.Fam.Pract., v. 26, p. 248, 250.

Riley,JN, 1977, Western medicine's attempt to become more scientific: examples from the United States and Thailand [1]: Soc.Sci.Med., v. 11, p. 549-560.



Rohde,J, S Cousens, M Chopra, V Tangcharoensathien, R Black, Z A Bhutta, J E Lawn, 2008, 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?: Lancet., v. 372, p. 950-961.

Rosser,WW, 1996, Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference?: J.Fam.Pract., v. 42, p. 139-144.

Shapiro,MC, R A Shapiro, S Ubolcholket, 1992, Medical education in Thailand: Med.Educ., v. 26, p. 251-258.

Shi,L, 1994, Primary care, specialty care, and life chances: Int.J.Health Serv., v. 24, p. 431-458.

Shi,L, B Starfield, B Kennedy, I Kawachi, 1999, Income inequality, primary care, and health indicators: J.Fam.Pract., v. 48, p. 275-284.

Shorter,E, 1993, The history of doctor-patient relationship, in WF Bynum and R Porter (eds), Companion encyclopedia of the history of medicine: London, Routledge, p. 783-799.

Singhadej,O, R Sangchai, O Pacheun, P Phijaisanit, 1983, Introducing primary health care concept to Bangkok low socio-economical population through a community volunteer program 1981 - 1982: J.Med. Assoc.Thai., v. 66 Suppl 1:63-8., p. 63-68.

Smith,A, 1992, Health insurance in developing countries: lesson from experience: Health Policy Plan., v. 7, p. 215-226.

Smuts,JC, 1926, Holism and Evolution: The Original Source of the Holistic Approach to Life, (in 1999 edited by Sanford Holst), Sierra Sunrise Pub.

Squier,RW, 1990, A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships: Soc.Sci.Med., v. 30, p. 325-339.

Starfield,B, 1994, Is primary care essential?: Lancet., v. 344, p. 1129-1133.

Starfield,B, 2001, New paradigms for quality in primary care: Br.J.Gen. Pract., v. 51, p. 303-309.

Stewart,M, 2001, Towards a global definition of patient centred care: BMJ, v. 322, p. 444-445.

Stewart,M, J Brown, W Weston, I McWhinney, C McWilliam, T Freeman, 1995, Patient-centred medicine: transforming the clinical method, London, Sage.

Tarrant,C, K Windridge, M Boulton, R Baker, G Freeman, 2003, How important is personal care in general practice?: BMJ., v. 326, p. 1310.

Taylor,R, 1994, Family medicine principle: current expression, in R Taylor (ed), Family Medicine: principle and practice: New York, Springer-Verlag.

Toop,L, 1998, Primary care: core values. Patient centred primary care: BMJ, v. 316, p. 1882-1883.



Towse,A, A Mills, V Tangcharoensathien, 2004, Learning from Thailand's health reforms: BMJ, v. 328, p. 103-105.

Unger,JP, B Criel, 1995, Principles of health infrastructure planning in less developed countries: Int.J Health Plann.Manage., v. 10, p. 113-128.

Unger,JP, M Van Dormael, B Criel, d van, V, P De Munck, 2002, A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries: Int.J.Health Serv., v. 32, p. 799-815.

Vachrotai,S, 1976, The Lampang Project, an alternative approach to rural health care in Thailand: Assignment.Child., v. 33:88-96., p. 88-96.

Vachrotai,S, 1979, Primary health care manpower development in Thailand: Concern.(Anaheim.), v. 15:10-3., p. 10-13.

Van Balen,H, 1994, The Kasongo project: a case study in community participation: Journal of Tropical Docotr, v. 24, p. 13-16.

Van Damme,WI, W I Van Lerberghe, M Boelaert, 2002, Primary health care vs. emergency medical assistance: a conceptual framework: Health Policy Plan., v. 17, p. 49-60.

Van Lerberghe,W, Y Lafort, 1990, The role of the hospital in the district. SHS papwer number 2, Geneva, World Health Organisation. Current concern.

Walsh,JA, K S Warren, 1979, Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries.: N.Engl.J Med, v. 301, p. 967-974.

WHO, 1978, Alma Ata declaration: Health for all by the year 2000, International conference on Primary Health Care, Alma-Ata

WHO, 1987, Harare declaration: Iner-regaional meeting on strengthening district health system based on primary health care. Harare, World Health Organisation.

WHO, 1988, The challenge of implementation: District health system for primary health care. WHO/SHS/DHS/88.1/rev.1, Geneva, World Health Organisation.

WHO, 2008, World health report 2008: primary health care now more than ever, Geneva, World Health Organisation.

Wibulpolprasert,S, V Tangcharoensathien, C Kanchanachitra, 2008, Three decades of primary health care: reviewing the past and defining the future: Bull.World Health Organ., v. 86, p. 3.

Williams,RL, E Henley, S Prueksaritanond, A Aramrattana, 2002, Family practice in Thailand: will it work?: J.Am.Board Fam.Pract., v. 15, p. 73-76.

Winefield,HR, T G Murrell, J V Clifford, E A Farmer, 1995, The usefulness of distinguishing different types of general practice consultation, or are needed skills always the same?: Fam.Pract., v. 12, p. 402-407.

WONCA, 1991, Statement issued at 13th WONCA Conference, Vancouver

WONCA, 2005, European definition of family practice, Barcelona



Yahn,G, 1979, The impact of holistic medicine, medical groups, and health concepts: JAMA, v. 242, p. 2202-2205.

Young,A, 1983, The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care: Soc.Sci.Med, v. 17, p. 1205-1211.

Zakus,J, C Lysack, 1998, Review article. Revisiting community participation.: Health Policy Plan., v. 13, p. 1-12.

Zimmerman,CC, 1931, Siam Rural Economic Survey 1930-31, Bangkok, revision in 1999 by White Lotus. 📖

