



ทิศทางสาธารณสุขมูลฐาน ในทศวรรษที่สี่ของประเทศไทย

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ / นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

ทิศทางสาธารณสุขมูลฐาน

ในทศวรรษที่สี่ของประเทศไทย

นพ.สมศักดิ์ คุนกรักษ์มี

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

เลขมาตรฐานประจำหนังสือ

978-974-299-123-4

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

สร้างคุณค่าความเป็นคน

สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง



สารบัญ



จากสำราณสุขมูลฐานสู่สุขภาพชุมชน:	
ข้อเสนอสำหรับผู้กำหนดนโยบายและทีมสุขภาพชุมชน	7
การสาธารณสุขมูลฐานไทยในทศวรรษต่อไป	9
ข้อเสนอระดับนโยบาย	11
ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน	13
พัฒนาการของ อสม. และทางออกในอนาคต	14
ข้อเสนอระดับนโยบาย	15
ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน	16
ระบบบริการปฐมภูมิและการพัฒนาในทศวรรษต่อไป	17
ข้อเสนอระดับนโยบาย	20
ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน	22
เอกสารอ้างอิง	25



ทิศทางสาธารณสุขมูลฐาน ในทศวรรษที่สี่ของประเทศไทย

จากสาธารณสุขมูลฐานสู่สุขภาพชุมชน: ข้อเสนอสำหรับผู้กำหนดนโยบายและทีมสุขภาพชุมชน

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง หลังคำประกาศ Alma Ata ในปี ค.ศ.1978 โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ.2000 (Health for All by the year 2000) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เป็นผู้นำในการดำเนินงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานอย่างกระตือรือร้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงทศวรรษแรกหลังคำประกาศ Alma Ata และเป็นทศวรรษที่บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนในชนบทอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตาม ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก มีการปฏิรูปในหลายส่วนของระบบสุขภาพ บทบาทบุคลากรสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไป ด้วยภาระงานด้านบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บทบาทการทำงานในชุมชนลดลง เหลือเพียงการจัดบริการพื้นฐานที่จำเป็น

การสาธารณสุขมูลฐานไทย ในทศวรรษต่อไป



1. ผลจากการทบทวนวรรณกรรมและการแลกเปลี่ยนกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เป็นที่ยอมรับกันว่า ประเทศไทยได้ใช้แนวคิด Primary Health Care มาใช้กับการพัฒนาการสาธารณสุขไทยตั้งแต่ก่อนคำประกาศ Alma Ata ในปี ค.ศ.1978 และหลังคำประกาศ Alma Ata ประเทศไทยได้ใช้คำว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)” เพื่อสะท้อนแนวคิดดังกล่าว และใช้คำดังกล่าวเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุขไทย ความหมายของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ได้ถูกลดทอนและตีความจำกัดเหลือเพียงบางรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะการมี “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)”

ในโอกาสครบสามทศวรรษการดำเนินงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ จึงได้ใช้โอกาสนี้ทบทวนประสบการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมา และพัฒนาข้อเสนอสำหรับการดำเนินงานในทศวรรษต่อไป ทั้งนี้โดยมอบหมายนักวิชาการไปทบทวนความรู้ในประเด็นที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) บริการปฐมภูมิ (Primary Care และ Primary Health Care): ที่มา การใช้ และความหมาย โดย นพ.ดร.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ 2) ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดย นพ.ดร.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ¹ และ 3) ข้อเสนอการดำเนินงานทศวรรษที่สี่ของการสาธารณสุขมูลฐานไทย โดย รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง และ ท.ญ.ศุภลักษณ์ เลิศมนิรัตน์ นอกจากนี้ สวรส. ยังได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นอีก 1 คณะ เพื่อพิจารณาข้อมูลและแลกเปลี่ยนในประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนเอกสารทั้งหมด หลังจากนั้นได้พัฒนาข้อเสนอจำนวนหนึ่งขึ้น เพื่อกำหนดนโยบายและบุคลากรที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน (ในที่นี้เรียก “ทีมสุขภาพชุมชน”) ได้ใช้พิจารณาเพื่อประกอบการตัดสินใจหรือประกอบแนวปฏิบัติต่อไป

เอกสารฉบับนี้ได้รวบรวมข้อมูล ประเด็นต่างๆ และสรุปข้อเสนอดังกล่าวข้างต้น แม้ว่าข้อเสนอนี้จะยังไม่ครอบคลุมในทุกประเด็น แต่หวังว่าเอกสารนี้จะช่วยกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนกันอย่างกว้างขวางในโอกาสต่อไป 

1. ข้อเสนอที่จัดทำขึ้นโดยคณะทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่าง สวรส. และอีกหลายองค์กร โดยมี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เป็นประธานคณะทำงาน



2. แนวคิด Primary Health Care ที่มุ่งเน้นสร้างความเป็นธรรม (equity) ในระบบสุขภาพ โดยมีหลักการพื้นฐาน 4 ประการที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้ประเทศทั้งหลายใช้ คือ หลักความครอบคลุมบริการ (universal coverage) หลักการจัดบริการโดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centred service) หลักนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public policies) และหลักภาวะการนำ (leadership) (WHO 2008) ยังเป็นแนวคิดและหลักการที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพของไทยและของประชาคมโลกในปัจจุบัน แม้ว่าบริบทของแต่ละประเทศจะแตกต่างจากเดิมไปมาก ทั้งนี้แต่ละประเทศต้องรู้จักปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของตนเอง

3. ปรัชญา อุดมการณ์ หรือ จิตวิญญาณ ของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย โดยเฉพาะในเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชน ในระบบสุขภาพ ได้เติบโตขยายวงกว้างขึ้นมากในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ภายใต้พื้นที่ใหม่ทางสังคมที่มีได้จำกัดอยู่ภายใต้บริบทการทำงานหรืออำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข และมีได้ผูกโยงด้วยชื่อทางการคำว่า “**สาธารณสุขมูลฐาน**” อีกต่อไป ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเติบโตของภาคประชาชน หลังการปฏิรูปการเมืองโดยการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ.2540 และการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนมีการประกาศใช้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 (ลือชัย ศรีเงินยวง และ ศุภลักษณ์ เลิศมนิรัตน์ 2552)

4. สำหรับประเทศไทย การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ช่วยสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนได้มาก แต่ยังมีปัญหาความไม่เป็นธรรมระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐอยู่ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ และคุณภาพ

บริการ รวมถึงการที่คนจำนวนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แต่มีปัญหาเรื่องสัญชาติหรือรพ.พิสูจน์สถานะ กลุ่มประชากรไร้รัฐ รวมถึงแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ที่ปัจจุบันยังไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพใดๆ ทำให้ไม่สามารถได้รับบริการสุขภาพได้เมื่อจำเป็น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2552)

ข้อเสนอระดับนโยบาย

1) แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานยังสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพไทย โดยทศวรรษที่สี่ของการสาธารณสุขมูลฐาน ควรให้ความสำคัญกับ “**ความเป็นธรรม (equity)**” และ “**การมีส่วนร่วมของประชาชน (participation)**” โดยการมีส่วนร่วมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ “**เสริมสร้างพลัง (empowerment)**” ภาคี ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน ในระยะยาว

2) นอกจากการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว การเสริมสร้างพลังภาคียังสามารถดำเนินการได้ผ่านกลวิธีต่างๆ ได้แก่

- **การกระจายอำนาจ (decentralization)** ให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทในการตัดสินใจจัดการปัญหาสุขภาพในระดับท้องถิ่นมากขึ้น ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย และตามความพร้อม ทั้งนี้ต้องระมัดระวังมิให้ตีความเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพแบบจำกัด เหลือแค่เพียงการถ่ายโอนสถานพยาบาลรัฐไปอยู่ภายใต้การดูแลของ อปท. เท่านั้น

- **การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (access to health information)** ผ่านการจัดตั้งระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในระดับชุมชน (community health information



system) การจัดทำและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่สาธารณะให้ครอบคลุม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในประเด็นสำคัญต่างๆ การควบคุมและกำกับดูแลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลประโยชน์ทางธุรกิจแอบแฝง

3) การจะจัดบริการโดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centred service) ได้ ระบบบริการสุขภาพต้องเป็นระบบที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และสนับสนุนการเสริมสร้างพลังในทุกระดับ รวมทั้งเป็น “ระบบที่เรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง” โดยสร้างและใช้ภูมิปัญญา อันประกอบด้วย ภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) ความรู้จากการปฏิบัติซ้ำภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ (tacit knowledge) ความรู้จากการวิจัย (research) รวมทั้งทุนทางสังคม (social capital) ในแต่ละพื้นที่

4) ระบบบริการสุขภาพจะพัฒนาไปสู่ระบบที่มีความยั่งยืนได้ ต้องพัฒนาให้เป็นระบบที่มี “ประสิทธิภาพ (efficiency)” ผ่านกลวิธีต่างๆ เช่น

4.1) การส่งเสริมการใช้ “บริการปฐมภูมิ”² เป็นหลักในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีการขยายหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมประชาชนสามารถเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำตนเองหรือครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม (care coordinator/gate keeper)

4.2) การลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับการลงทุนด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้พบว่าในปี 2550

2. บริการปฐมภูมิหรือ Primary Care จริงๆ แล้ว เป็นส่วนหนึ่งและกลไกสำคัญของแนวคิด Primary Health Care อย่างไรก็ตาม ต่อมาแนวคิด Primary Health Care ได้ถูกลดทอนและมีความหมายเท่ากับ Primary Care ซึ่งเป็นเพียงกลไกหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ และมีการใช้แทนกันในเอกสารวิชาการต่างๆ จำนวนมาก (ดู ยุทธ พงษ์สุภาพ 2552)

ประมาณการค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่ากับร้อยละ 0.25 ของผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (GDP) หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 7.0 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 4 ต่อปี ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 10 ต่อปี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2551)

ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน

1) บุคลากรสาธารณสุขยังมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของปัจเจก ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้บทบาทดังกล่าวมีมากกว่าแค่การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องในระหว่างขั้นตอนการให้บริการ แต่ควรประกอบด้วย

1.1) การเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนในภาพรวมหรือการพัฒนา “ชุมชนสุขภาพะ” ผ่านกลไกที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมัชชาสุขภาพ และกลุ่มประชาสังคมอื่นๆ

1.2) การเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีการให้ข้อมูลต่างๆ อย่างรอบด้าน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

1.3) การสนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของชุมชน เพื่อให้ชุมชนใช้ในการตัดสินใจวางแผนพัฒนาสุขภาพะของชุมชน

2) บุคลากรสาธารณสุขควรปรับบทบาทในการทำงานและการให้บริการ เน้นสร้างความสัมพันธ์ในเชิงราบ (horizontal relationship) ทั้งภายในทีมงานสุขภาพชุมชนและกับประชาชน เพราะเป็นความสัมพันธ์ที่สนับสนุนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มากกว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจในแนวดิ่ง (vertical relationship) ๕



พัฒนาการของ อสม. และทางออกในอนาคต



1. อสม. เป็นรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่ยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และเป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่ายิ่ง อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดกำลังคนในระบบบริการสุขภาพ ประกอบกับมีการบริหารจัดการ อสม. ภายใต้โครงสร้างการดำเนินงานภาครัฐที่โน้มเอียงสร้างระบบความสัมพันธ์แนวตั้ง (vertical relationship) ทำให้บทบาท อสม. ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ในลักษณะ “ผู้ช่วย” บุคลากรสาธารณสุขมาตลอด

2. อสม. ที่กระตือรือร้น ส่วนใหญ่คือคนในชุมชนที่มีความสนใจประเด็นของส่วนรวม มีความเสียสละและมีบทบาทสนับสนุนการจัดกิจกรรมในชุมชนในทุกๆ ด้าน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ 2550) อสม. แต่ละคนจึงไม่ได้มีบทบาทจำกัดแค่การเป็นอาสาสมัครด้าน

สาธารณสุขของชุมชนเท่านั้น แต่ยังเป็นอาสาสมัครอื่นๆ และมีบทบาททางสังคมด้านอื่นที่หลากหลายด้วย ความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับ บุคลากรและกลไกภาครัฐ เป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบที่ต่างฝ่ายต่างเกื้อกูลกันและกัน และเอื้อประโยชน์ต่อชุมชนโดยรวม

3. การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ทำให้ อสม. ต้องปฏิบัติงานภายใต้บริบทใหม่ที่เงินสนับสนุนการดำเนินงานมาจาก อปท. ขณะที่ยังคงความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อสม. กลายเป็นเป้าหมายที่การเมืองฝ่ายต่างๆ ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ต้องการเข้ามาครอบครองเป็นฐานคะแนนเสียง และเป็นที่มาของนโยบายของพรรคการเมืองต่างๆ ในการเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ ของ อสม. รวมถึงนโยบายการจ่ายค่าตอบแทน อสม. 600 บาทต่อเดือนที่เป็นนโยบายของรัฐบาลชุดปัจจุบันด้วย

4. การเพิ่มขึ้นของชนชั้นกลางในสังคมไทย และบริบทของสังคมที่เปิดกว้างการมีส่วนร่วมทางสังคมและทางการเมืองมากขึ้น ทำให้อาสาสมัครในรูปแบบอื่นๆ มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นมากในปัจจุบัน โดยมีความหลากหลายทางชนชั้น ความหลากหลายตามลักษณะของพื้นที่ ความหลากหลายทางด้านทักษะและความรู้ของอาสาสมัคร และระดับการเข้ามามีส่วนร่วม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ 2550)

ข้อเสนอระดับนโยบาย

1) การขยายบทบาท อสม. ที่กระตือรือร้น เพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพชุมชนที่สถานีนอนามย (หน่วยบริการปฐมภูมิ)



มีการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวทั้งในระยะเริ่มต้นและฝึกอบรมเสริมเป็นระยะๆ โดยมีการจ่าย “เงินสนับสนุนการปฏิบัติงาน” ดังกล่าว ทั้งนี้การใช้คำว่า “เงินสนับสนุนการปฏิบัติงาน” น่าจะรักษาคุณค่าความเป็น “อาสาสมัคร” ได้ดีกว่าการใช้คำว่า “ค่าตอบแทน” ตามที่กำหนดในนโยบายรัฐบาลชุดปัจจุบัน

2) ส่งเสริมสนับสนุนอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่นให้แพร่หลาย โดยการส่งเสริมให้เกิดเป็นค่านิยมของคนในสังคม รวมทั้งพัฒนากลไกบริหารจัดการและระบบข้อมูลเพื่อให้ผู้สนใจสามารถร่วมเป็นอาสาสมัครในกิจกรรมและเงื่อนไขเวลาที่เหมาะสม

ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน

- 1) ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของอาสาสมัคร เพื่อสร้างสำนึกที่เห็นคุณค่าอาสาสมัครอย่างแท้จริง
- 2) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเปิดพื้นที่รองรับอาสาสมัครช่วยงานส่วนรวม โดยเฉพาะงานบริการต่างๆ ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ๕

ระบบบริการปฐมภูมิและ การพัฒนาในทศวรรษต่อไป



1. บริการปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญภายใต้แนวคิด Primary Health Care การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทยมุ่งเน้นการจัดบริการโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการจัดบริการมาตั้งแต่อดีต ทำให้บริการปฐมภูมิขาดความเข้มแข็ง ต่างจากการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพในประเทศทางตะวันตกที่เริ่มจากการมี “หมอชุมชน” ก่อน แล้วค่อยพัฒนาเป็นโรงพยาบาลในภายหลัง (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ 2552)

2. ที่ผ่านมามีความพยายามพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิในหลายช่วง ตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) ที่มีการสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยครอบคลุมอำเภอและตำบลทั่วประเทศ แผนทศวรรษ



พัฒนาสถานีนอามัยในระหว่างปี 2535-2544 ซึ่งเน้นการลงทุนพัฒนาโครงสร้างสถานีนอามัย และหลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 ที่เน้นใช้มาตรการทางการเงินสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จนปัจจุบันมีผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด และเป็นกลไกหลักที่สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับคนยากจนและคนส่วนใหญ่ในชนบท

3. รูปแบบพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิสำหรับพื้นที่ชนบทของประเทศไทยคือ การจัดบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอามัย หรือที่เรียกว่าระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District health system) การสร้างความเข้มแข็งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอามัยรวมทั้งพัฒนารูปแบบการจัดบริการร่วมกัน จึงเป็นเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท สำหรับรูปแบบระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองยังขาดความชัดเจนต่างๆ ที่ประชากรในเขตเมืองขยายเพิ่มขึ้นมากในสองทศวรรษที่ผ่านมาจากร้อยละ 29.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 37 ในปัจจุบัน และคาดว่าจะขยายเป็นร้อยละ 50 ในอีก 10 ปีข้างหน้า

4. แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนจะยังมีปัญหาความเข้มแข็งในการจัดบริการ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดแคลนและการหมุนเวียนของแพทย์ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตาม ความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ระดับสถานีนอามัยมีมากกว่า เพราะความขาดแคลนในทุกๆ ด้าน ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในเรื่องคุณภาพบริการ และสถานีนอามัยมีจุดแข็งในด้านความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ดีและจำเป็นสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิแบบองค์รวม

5. การเปลี่ยนแปลงบริบทระบบบริการสุขภาพในระยะหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีการเรียกชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (Contracted Unit for Primary Care-CUP) ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit-PCU) ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit-CMU) และคลินิกชุมชนอบอุ่น แต่ละชื่อจะมีความหมายแตกต่างกันอยู่บ้าง แต่ยังไม่มีการเรียกใดเป็นที่นิยมในวงกว้างโดยยังสามารถสะท้อนความหมายที่แท้จริงของบริการปฐมภูมิ ถ้าสูตรรัฐบาลปัจจุบันได้ประกาศยกฐานะสถานีนอามัยเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล” โดยคงบทบาทการให้บริการปฐมภูมิเหมือนเดิม (ไม่ใช่เป็น “โรงพยาบาล”) โดยมีการลงทุนด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้คาดว่าจะสามารถช่วยยกระดับความมั่นใจคุณภาพบริการของสถานีนอามัยได้

6. มีความพยายามพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิขึ้นมาอีกครั้ง (แผนระยะ 5 ปี) โดยสถาบันพัฒนาวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาคีต่างๆ ที่เสนอเป็นกรอบยุทธศาสตร์ 5 ด้านซึ่งมีการนำไปปรับใช้ในการวางแผนงบประมาณของ สปสช. และวางแผนระดับจังหวัด แต่การแปลงไปสู่การปฏิบัติอาจจะยังไม่กว้างขวาง ชัดเจน และจริงจัง ทำให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมียังได้รับการสนับสนุนทางนโยบายไม่เข้มข้น และเป็นระบบ **๕**



ข้อเสนอระดับนโยบาย

1) การพัฒนาและจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนทศวรรษการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผ่านกลไก สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยอิงกับนโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน และจัดทำ เป็น “**แผนทศวรรษพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตชนบทโดยเน้นการ สร้างความเข้มแข็งโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล**” หรือ “**แผนทศวรรษพัฒนา รสต.**” โดยมีลักษณะสำคัญคือ

1.1) แผนยกระดับขีดความสามารถของทีมสุขภาพชุมชน โดย จัดให้มีบุคลากรเพิ่มขึ้น โดยยังคงเป็นบุคลากรที่สามารถให้บริการแบบ ผสมผสาน (multi-purpose personnel) ทั้งการรักษาพยาบาล การสร้าง เสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แทนการใช้บุคลากร ที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน ทั้งนี้เสนอให้มีการพัฒนาหลักสูตรต่อยอด หลักสูตรพยาบาลเพื่อพัฒนาบุคลากรปฏิบัติงานสุขภาพในชุมชน

1.2) พัฒนาระบบการจัดบริการที่เชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ระหว่างบริการในชุมชน โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล และ โรงพยาบาลชุมชน โดยการทำงานร่วมกันระหว่าง “**ผู้ช่วยทีมสุขภาพ ชุมชน**” หรือ อสม. เดิม กับทีมสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลสร้างเสริม สุขภาพประจำตำบล และบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ให้ ประชาชนมีสิทธิเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือ โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการประจำ

1.3) จัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิขึ้นในระดับอำเภอ เพื่อให้มีงบประมาณสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน โดยมีกลไก บริหารจัดการกองทุนที่แยกจากกลไกบริหารสถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลทุกแห่ง รวมถึงการมี ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้แทนจากชุมชน ร่วมบริหาร

กองทุนดังกล่าว (ดู ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ กระทรวงสาธารณสุข โดย สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ 2552)

2) จัดตั้งกลไกบริหารแผนทศวรรษการพัฒนา ที่มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ และมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการรายงานต่อที่ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน และรายงานต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีละครั้ง

3) การพัฒนารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง โดยมีรูปแบบ ที่แตกต่างตามบริบทพื้นที่เขตเมืองแต่ละแห่ง

3.1) ปรับปรุงศักยภาพและโครงสร้างฝ่ายเวชกรรมสังคมของ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพื่อเป็นหน่วยจัดบริการปฐมภูมิในเขตเมือง โดยให้เป็นหน่วยงานที่มีอิสระ มีความคล่องตัว ในรูปแบบองค์การ มหาชน และทำหน้าที่คล้ายโรงพยาบาลชุมชนในชนบท คือ เป็นแม่ข่าย และจัดบริการร่วมกับคลินิกเอกชน และศูนย์บริการสาธารณสุขของ อปท. ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการดูแลประชากรในจำนวนที่ เหมาะสม ทั้งนี้ให้มีศักยภาพในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคให้ครอบคลุมประชากร กรณีที่คลินิกเอกชนไม่สามารถให้บริการได้

3.2) ในบางพื้นที่ อปท. มีนโยบายและศักยภาพในการลงทุน และจัดบริการสุขภาพ ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขของ อปท. จัดบริการ ร่วมกับคลินิกเอกชน โดยให้มีศักยภาพในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้ครอบคลุมประชากร กรณีที่คลินิกเอกชนไม่สามารถให้ บริการได้

3.3) ปรับปรุงระบบการเงินการคลังระบบประกันสุขภาพภาค รัฐ เพื่อเปิดโอกาสให้หน่วยปฐมภูมิเอกชนสามารถเข้าร่วมให้บริการ รักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด หน่วยบริการ ปฐมภูมิในเขตเมือง จะต้องให้บริการเชิงรุกที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ



และป้องกันโรค และดูแลรักษาพยาบาลประชาชนที่ในความดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างความสัมพันธ์ที่ดี เป็นหน่วยบริการประจำตัวและครอบครัวอย่างแท้จริง ไม่ใช่ให้บริการในลักษณะคลินิกแพทย์ที่ให้บริการแบบตั้งรับ โดยไม่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชนแต่อย่างใด

3.4) ปรับปรุงระบบส่งต่อ (referral system) เพื่อมิให้โรงพยาบาลปฏิเสธการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากคลินิกเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชนเมือง โดยใช้ทั้งมาตรการทางการเงินและมาตรการทางสังคมอื่น

ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน

- 1) สนับสนุนการดำเนินงานตาม “แผนทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล” โดยร่วมเรียนรู้และพัฒนาารูปแบบต่างๆ ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ของตนเอง
- 2) พัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้พร้อมสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนได้ในอนาคต
- 3) พัฒนาขีดความสามารถในการทำงานร่วมกับชุมชน ท้องถิ่น ในลักษณะที่เป็นความร่วมมือร่วมใจของชุมชนที่แท้จริง **๕**





เอกสารอ้างอิง

โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 3-4 (ตค.-ธค. 2550)

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2552) Primary Care vs. Primary Health Care พัฒนาการและข้อเสนอทศวรรษที่สี่การสาธารณสุขมูลฐานไทย

ลือชัย ศรีเงินยวง และศุภลักษณ์ เลิศมนิรัตน์ (2552) Primary Care vs. Primary Health Care พัฒนาการและข้อเสนอทศวรรษที่สี่การสาธารณสุขมูลฐานไทย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2552) ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2551) โครงการวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2552) รวมมติและข้อเสนอแนะจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551



สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (2551) คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี
ต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ 29 ธันวาคม 2551

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (2550) แผนยุทธศาสตร์ความ
ร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2550-2554 นโม พรรณิณตั้งแอนด์พิบบลิตซิง

WHO 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever: World Health
Report 2008. ๕





รายชื่อคณะทำงาน

1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
3. รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินวง
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ
สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
8. นพ.สมชาย พิระปกรณ์
องค์การอนามัยโลก
9. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

10. คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
11. คุณประจักษ์ ทองงาม
ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
12. คุณสุธาทิพย์ จันทรักษ์
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
13. คุณอมรศรี ยอดคำ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
14. คุณประสงค์ มั่นกันน่าน
ชมรมอาสาสมัคร
15. อาจารย์วิรัตน์ คำศรีจันทร์
สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
16. คุณกษิธิศ ชันธรรัตน์
สมาคมหมออนามัย
17. Dr.Sebastian Chakrit Punyaratabandhu Bhakdi,
MD, MScIHTM
German Research Foundation
18. ผศ.ดร.พัชรภาพร เกิดมงคล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
19. คุณปารณัฐ สุขสุทธิ
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
20. คุณวนิดา ช่วยปลอด
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



