

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเพียงบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมไว้ตามแผนจากหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้กำหนดเท่านั้นโดยมีลักษณะการรวมศูนย์อำนาจไว้จากส่วนกลางเป็นหลัก มีมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก จึงทำให้ลดทอนศักยภาพ คุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลง แม้ว่าปัจจุบันจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วก็ตาม แต่ก็ยังถูกกำหนดกิจกรรมให้ตามที่วางแผนไว้จากหน่วยงานส่วนกลางอยู่เช่นเดิม¹²

4. การสาธารณสุขมูลฐานถูกกลืนหายไปจากความทรงจำและผลักดันการส่งเสริมสุขภาพแทน

เนื่องมาจากการเติบโตของภาคประชาชน และการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องทำให้ปรัชญาอุดมการณ์ หรือจิตวิญญาณของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยได้เติบโตกว้างขวางขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาที่มีใจจำกัดแค่อำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข และไม่ได้ผูกโยงกับชื่อ “สาธารณสุขมูลฐาน” อีกต่อไป ทำให้คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” ค่อย ๆ ถูกกลืนหายไปจากความทรงจำ และยุคหลังปี 2000 นี้สังคมมีความเป็นพหุลักษณะมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงมากมายไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยที่องค์กรอนามัยโลกและสมาชิกผลักดันเรื่องการส่งเสริมสุขภาพแทนโดยพยายามสร้างวาทกรรมใหม่แทนที่จะใช้คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” เหมือนในอดีตที่ผ่านมา¹

ความท้าทายใหม่ในระบบสุขภาพ

ตลอดสามทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพประเทศไทยที่สัมพันธ์อยู่กับพลวัตของระบบโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปในหลายทิศทาง จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายการสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญ คือ

1. การสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ กระแสการเรียกร้องในเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพก่อตัวมากขึ้นทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา

และประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า บางประเทศหรือบางสังคมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีประชากรที่มีระดับของสุขภาพและความยืนยาวของชีวิตเพิ่มขึ้นน้อยมากหรือไม่เพิ่มขึ้นเลย แต่ในขณะที่บางประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า พบว่า ประชากรมีระดับของสุขภาพและความยืนยาวของชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามทั้งกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา และด้อยพัฒนามีลักษณะเหมือนกันมากขึ้นอย่างหนึ่ง คือ มีความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพภายในท้องถิ่นของแต่ละประเทศเหล่านั้น เกิดมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งสามารถดูได้จากคุณภาพของสุขภาพของประชากรว่ามีการกระจายตัวของทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างเป็นธรรมเป็นไปตามสภาพกลุ่มสังคมที่ด้อยโอกาสหรือไม่ เพื่อให้เกิดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับโลก โดยเสนอแนะให้ประการแรก คือ การพัฒนาเงื่อนไขของการดำรงชีวิตหรือสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่หลักการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและหลักการปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพ ประการสอง คือ การจัดการปัญหาความไม่เป็นธรรมโดยใช้การกระจายอำนาจ เงิน ทรัพยากร เป็นตัวขับเคลื่อนนำไปสู่หลักการปฏิรูประบบส่งต่อ ประการสุดท้าย คือ การพัฒนากำลังคนซึ่งนำไปสู่หลักการปฏิรูปผู้นำสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การเกิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขมูลฐานในศตวรรษที่ 21^{14, 15, 16}

2. สภาวะการเจ็บป่วยและการตายในยุคโลกาภิวัตน์ที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนรูปแบบการเกิดโรคเป็นโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อมากขึ้น ส่วนใหญ่มักเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลเอง รวมถึงการกลับมาทั้งโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นมาด้วยเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ และทั้งโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อทำให้มีความซับซ้อนของการเกิดโรคมมากขึ้น^{17, 18} เช่น ประชากรไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ของภาวะโรคเรื้อรัง

ตลอดจนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ปี 2009 อัตรการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ในหลายจังหวัดภาคเหนือตอนบนกลายเป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีอัตรการฆ่าตัวตายสูงมากกว่า 13 ต่อประชากรแสนคนอีกด้วย^{16, 19, 20} ทั้งมาจากปัจจัยที่เกิดจากสถานประกอบการ รายได้ และประชาชน สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลง ความท้าทายในเรื่องความปลอดภัยด้านอาหารที่มีรูปแบบการเกิดโรครีการเปลี่ยนแปลงทำให้เชื้อโรคได้แพร่ขยายได้อย่างรวดเร็วทั่วโลก รวมถึงจำนวนการอพยพย้ายถิ่นจากคนในชนบทสู่สังคมเมืองมากขึ้น^{16, 21}

3. ระบบบริการด้านสุขภาพในอดีตไม่อาจตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ในปัจจุบัน เกิดความไม่ชัดเจนมีความเหลื่อมล้ำทางด้านบริการสุขภาพของภาคสาธารณสุขและเอกชนมากขึ้น เช่น คนด้อยโอกาสในชนบทมีโอกาสการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพได้น้อยเนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่มีการกระจายทรัพยากรไม่ทั่วถึงในทุกท้องถิ่น ทำให้ขาดโอกาสในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้งานด้านสุขภาพเมื่อก่อนนั้นจะเป็นเพียงการดูแลพฤติกรรมส่วนบุคคลของคน ลักษณะแบบการใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางมากกว่าการใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง^{22, 23} ทำให้ประชาชนไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสุขภาพ

4. ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงขึ้น เช่น เมื่อเปรียบเทียบอัตรการตายของทารกต่ำมากสมัยอดีต ปี 2006 มีอัตรการตายของทารกเพียง 9.5 ล้านคน และมีแนวโน้มอัตรการตายของทารกลดลงจนถึงปีปัจจุบัน ซึ่งเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นนั้นเอง²¹ ประชาชนมีความรู้มากขึ้นทำให้เกิดใส่ใจด้านสุขภาพของตนเองมากขึ้น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกประเทศมีผลต่อการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของคนเปลี่ยนแปลงไป^{24, 25} ความท้าทายดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพของประชาชน

ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพทั้งในระดับโลก ระดับประเทศจนถึงระดับท้องถิ่นนั้น ทำให้หลายประเทศเกิดการเคลื่อนไหวและเชื่อมโยงจากเหตุปัจจัยต่างๆ ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพภายใต้โลกาภิวัตน์เชื่อมโยงนำไปสู่การเกิดการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในที่สุด เพราะถือว่าเป็นระบบสุขภาพด่านแรกที่เข้าถึงและใกล้ชิดประชาชนในระดับท้องถิ่นมากที่สุด^{10, 11, 12}

ดังนั้นการสาธารณสุขมูลฐานจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยยึดหลักประชาชนเป็นศูนย์กลาง^{9, 26, 27} เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ได้กล่าวถึงมาแล้วนั้นทำให้สาธารณสุขมูลฐานแบบเดิมไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้อีกต่อไป เพราะไม่อาจตอบสนองให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าทุกคนในปี 2000 จึงนับว่าเป็นความท้าทายในการปรับตัวของวงการสาธารณสุขอย่างมากที่จะก้าวสู่การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในยุคศตวรรษที่ 21 โดยยึดหลักการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักพื้นฐานในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานด้วยและเป็นไปตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เพื่อมุ่งให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดในการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าและได้รับความเป็นเท่าเทียมกันทางสุขภาพ

ทิศทางการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานยังสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ควรให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากขึ้นซึ่งการมีส่วนร่วมจัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีภาคประชาชนอันนำไปสู่การพึ่งพาตนเองให้มีสุขภาพที่ดีทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างยั่งยืน¹

การสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยมีหลักการที่สำคัญของการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานตามองค์การอนามัยโลก

เสนอไว้ โดยมีหลักการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานนี้มี 4 ส่วน^{16, 32} คือ (1) การปฏิรูปความครอบคลุมบริการเพื่อนำไปสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ^{16, 33, 34} (2) การปฏิรูปการจัดบริการประชาชนเป็นศูนย์กลาง¹⁶ (3) การปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพะส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของชุมชน^{16, 35} และ (4) การปฏิรูปภาวะผู้นำทางสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ และความน่าเชื่อถือจากผู้ใช้บริการทางสุขภาพมากที่สุด¹⁶ กลุ่มประเทศที่ควรจะต้องดำเนินการปฏิรูปดังกล่าวก็ได้แก่กลุ่มประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ^{33, 34, 35} แนวคิดและหลักการปฏิรูปดังกล่าวนี้เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพของประเทศไทย และของประชาคมโลกในยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีบริบทต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตมาก ทั้งนี้แต่ละประเทศควรนำมาประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับประเทศของตนเอง

1. การปฏิรูปความครอบคลุมบริการเพื่อนำไปสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ¹⁶

หลักการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อผลักดันให้ระบบสุขภาพสร้างความเท่าเทียมกันในทางสุขภาพ ความยุติธรรมทางสังคม และหยุดการกีดกันทางสังคม โดยมีกลไกการขับเคลื่อนผลักดัน คือการขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และการคุ้มครองสุขภาพทางสังคมให้กับประชาชน จะเห็นว่าหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทย พ.ศ. 2540 แนวคิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้กลับฟื้นคืนมีความสำคัญอีกครั้ง โดยมีองค์กรที่กำกับดูแลงานด้านนี้คือ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินนโยบายที่กล่าวว่า “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” ซึ่งจัดว่าเป็นการบริการสุขภาพที่ต้นทุนต่ำและประชาชนในท้องถิ่นเข้าถึงบริการสุขภาพได้ จนกระทั่งพ.ศ. 2544 เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายกับค่าบริการด้านสุขภาพของตนเองซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีซึ่งต้องขับเคลื่อนไปเน้นให้เข้า

ถึงกลุ่มด้อยโอกาสมากขึ้นด้วยในระบบสาธารณสุขมูลฐาน¹² ในต่างประเทศมีการเสนอแนะให้จัดทำระบบการรวมความเสี่ยงในการประกันสุขภาพ และให้มีการจ่ายประกันสุขภาพแบบจ่ายล่วงหน้า^{29, 32} ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน นโยบายนี้ รัฐมองว่าประชาชน ส่วนใหญ่ในประเทศสามารถรับสิทธิในการรักษาพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนที่สุดทำให้เกิดความครอบคลุมบริการเพื่อนำไปสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ กรอบแนวคิดดังกล่าวได้เสนอให้แพทย์ไปปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัวในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วย¹² จากการปฏิรูปในส่วนนี้อาจกล่าวได้ว่า มีการนำไปพัฒนาปรับใช้กับประเทศไทย และสมควรพัฒนาให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมหน่วยบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากการลดการกีดกันรวมถึงความไม่เสมอภาคทางสังคม แต่มาตรการดังกล่าวก็ยังคงมีข้อจำกัดในอดีตที่ผ่านมาว่า ยังไม่สามารถให้ทุกคนครอบคลุมบริการสุขภาพได้ เพราะข้อจำกัดของระบบการขึ้นทะเบียนทางด้านสุขภาพ ทำให้คนบางกลุ่มถูกกีดกันออกจากระบบประกันสุขภาพจึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่มครอบคลุมได้อย่างทั่วถึง เช่น คนเร่ร่อน เป็นต้น แม้ว่าจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน ไม่เลือกว่าจะเป็นคนยากจน หรือคนรวยก็ตาม

2. การปฏิรูปการจัดบริการประชาชนเป็นศูนย์กลาง¹⁶

สำหรับประเทศไทยนั้นสามารถที่จะนำไปพัฒนาปรับใช้ได้จริง และควรดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น แม้ว่าจะมีการพยายามให้เกิดระบบสาธารณสุขมูลฐานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁶ ให้สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ เน้นการป้องกันส่งเสริมทางด้าน

สุขภาพมากกว่าการรักษาเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยดังกายภาพของคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพใหม่ให้สามารถตอบสนองความต้องการจำเป็นและความคาดหวังของประชาชน^๖ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สอดคล้องกับสภาวะทางสังคมและสามารถตอบสนองในสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าในอดีต ผ่านกลไกการขับเคลื่อนผลักดันการสนับสนุนใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาสังคมรวมทั้งการขับเคลื่อนของสุขภาพภาคประชาชน การปฏิบัติในพื้นที่ที่เห็นเป็นรูปธรรม เช่น กองทุนสุขภาพตำบล โครงการจิตอาสา To Be number one เป็นต้น ซึ่งได้รับความร่วมมือกับภาคประชาชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้น เพื่อก้าวพ้นจากกรอบคิดเรื่องสุขภาพแบบชีวการแพทย์¹² ซึ่งจะพบว่าประเด็นด้านการบริการทางด้านระบบสาธารณสุขตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกนั้นไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของระบบบริการสุขภาพพื้นฐานเท่าที่ควร ซึ่งประเทศไทยอาจนำระบบบริการสุขภาพพื้นฐานนำมาผสมผสานกับการให้บริการในการปฏิรูประบบการจัดการของสาธารณสุขมูลฐาน และควรเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางที่จัดระบบบริการสุขภาพพื้นฐานด้วยตนเองตามบริบทของแต่ละชุมชน และมีการใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพพื้นฐานที่เน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นหลักเข้ามาเชื่อมโยงการทำงานวิจัยในท้องถิ่น รวมทั้งทุนทางสังคมแต่ละพื้นที่เป็นการปฏิบัติการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและรองรับการสาธารณสุข

มูลฐานไทยให้มีความเข้มแข็งได้ในอนาคต¹

3. การปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างสุขภาพะ ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของชุมชน

การสร้างความมั่นคงเพื่อสร้างสุขภาพะของชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการบูรณาการกิจกรรมด้านการสาธารณสุขเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การสร้างนโยบายสาธารณสุขระหว่างสาขาการพัฒนาและการสร้างความเข้มแข็งปฏิบัติการด้านสุขภาพในระดับประเทศและระบบสุขภาพระหว่างประเทศ การปฏิรูปด้านนี้ จะมีความเป็นไปได้หรือไม่ขึ้นกับความมั่นคงทางระบบการเมืองของประเทศไทย หากวิเคราะห์ที่ผ่านมามากหลายปีจะเห็นว่า ความมั่นคงทางระบบการเมืองของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดอย่างมาก เนื่องจากการปฏิรูปนโยบายสุขภาพดังกล่าวเป็นผลผลิตของระบบการเมืองในแต่ละยุคสมัย^{12, 35} เมื่อระบบการเมืองไม่มั่นคงก็ส่งผลต่อนโยบายสุขภาพที่ไม่มั่นคงด้วยที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะบริบทของสถานการณ์การเมืองทำให้เกิดการพัฒนาที่ล่าช้าจึงเป็นภาพสะท้อนของระบบการเมืองด้วยเช่นกัน อีกทั้งนโยบายยังผูกติดกับเรื่องเศรษฐกิจโดยเฉพาะในช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจโลกตกต่ำทั่วโลกในหลายปีที่ผ่านมา การให้ความสำคัญกับการกระตุ้นเศรษฐกิจสำคัญมากกว่าการปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) นโยบายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในสมัยรัฐบาลยุคนั้นก็มิได้เป็นไปเพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพประชาชนอย่างแท้จริง ต่อมาก็เริ่มให้ความสำคัญกับระดับโครงสร้างโรงพยาบาลมากขึ้น และมีกระจายนโยบายด้านสุขภาพไปสู่การสร้างโรงพยาบาลระดับอำเภอ ระดับภูมิภาคมากขึ้น เริ่มมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมากขึ้น และมีระบบสาธารณสุขมูลฐานตามลำดับ แต่ก็ยังคงเน้นการบริการในเรื่องการรักษาโรคมากกว่าการป้องกัน^๖ จนกระทั่งระบบการเมืองเริ่มมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

เพื่อให้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลด้านสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ให้บริการด้านสุขภาพระดับชุมชน แต่ก็ยังไม่มี ความเพียงพอกับการให้บริการประชาชน อีกทั้งยังขาดแคลนทรัพยากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งกระจุกในตัวเมืองใหญ่ ๆ หรือตัวจังหวัดเท่านั้น แต่ในระดับภูมิภาคหรือท้องถิ่นยังขาดแคลน อุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นเรื่อง ที่ควรดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน อีกกลุ่มที่ไม่ควรมองข้ามคือกลุ่มเปราะบางเฉพาะ เช่น คนด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ซึ่งเกิดความไม่เป็นธรรม เช่น เรื่องเข้าถึงการบริการสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งยังเกิดความเหลื่อมล้ำกันระหว่างกลุ่มประชาชน หรือแม้กระทั่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งยังไม่ทราบสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ด้านสุขภาพที่พึงมีพึงได้ โดยกลุ่มเป้าหมายเฉพาะนี้ควรจะมีนโยบายด้านสุขภาพจำเพาะ เพื่อให้การดูแลประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะนี้ ซึ่งต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจนการขับเคลื่อนของสุขภาพภาคประชาชนที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากภาคการเมืองแบบทางการที่เป็นภาพสะท้อนของความคาดหวังด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมไทย^{1, 12} ซึ่งสอดคล้องกับหลักพื้นฐานในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในด้านการผสมผสานงานด้านสาธารณสุขมูลฐานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาตลอดจนสามารถนำไปสู่การปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพ

4. การปฏิรูปภาวะผู้นำทางสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ และความน่าเชื่อถือจากผู้ใช้บริการทางสุขภาพมากที่สุด

การปฏิรูปภาวะผู้นำทางสุขภาพโดยการสร้างความสมดุลของอำนาจ เปิดโอกาสในการเข้าร่วมการมีส่วนร่วม และการเจรจาต่อรองบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันแทนลักษณะการสั่งการและการควบคุมเป็นลำดับชั้น รวมถึงปราศจากการแทรกแซงของรัฐเพื่อเป็นผู้นำระบบสุขภาพที่เป็นระบบซับซ้อน

หลักการปฏิรูปผู้นำสุขภาพในประเทศไทยนั้นต้องพัฒนาให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจน ในยุคศตวรรษที่ 21 จะเห็นความพยายามให้มีการกระจายอำนาจไปสู่ชุมชนมากขึ้น¹⁶ แต่ในทางปฏิบัติก็ยังเป็นลักษณะการสั่งการแบบการบริหารที่รวมศูนย์อยู่ในส่วนกลาง แม้ว่าจะเริ่มมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วก็ตาม ในระยะหลังวงการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมักยกย่องให้แพทย์เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพในการรักษาโรคจึงมีอำนาจในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ แต่ในหลักการของการปฏิรูปผู้นำทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลกนั้น ผู้นำทางสุขภาพนั้นต้องมีทั้งตัวแทนที่มาจากหน่วยงานในภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนภาคประชาชน และต้องมาจากหลายหน่วยงานที่มีความหลากหลายมาเป็นผู้ดำเนินการปฏิรูปด้านสาธารณสุขมูลฐานโดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น โดยบุคลากรที่เป็นผู้นำทางสุขภาพในระบบสุขภาพที่มาจากหลากหลายหน่วยงานล้วนเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้มุ่งไปสู่ผลสัมฤทธิ์ และปฏิรูปผู้นำทางสุขภาพควรจะนำเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาในระบบสาธารณสุขมูลฐาน การปฏิรูปข้อนี้จะเน้นหลักพื้นฐานในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน คือเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นผู้รับปัญหาของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี จนสามารถวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนได้โดยเฉพาะควรให้ความสำคัญกับเครือข่ายองค์กรสุขภาพภาคประชาชนให้มากขึ้น เช่น สมัชชาสุขภาพ ประชาคมสุขภาพ และในอนาคตจะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติโดยพยายามดึงเครือข่ายองค์กรสุขภาพภาคประชาชน และประชาชนในอาศัยอยู่ในชุมชนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยปัญหาด้านสุขภาพในระดับชุมชนเพิ่มขึ้นให้มีการเชื่อมโยงอย่างมีระบบ ในฐานะเป็นผู้นำด้านสุขภาพคนหนึ่งด้วยในชุมชน^{16, 35}

ข้อเสนอแนะเชิงหลักการ และวิธีปฏิบัติ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก

1. การจัดการบริการสุขภาพให้ครอบคลุมโดยประชาชนมีส่วนร่วมและใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสม ซึ่งสามารถปฏิบัติตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกโดยการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมตามหลักพื้นฐานในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยรัฐและเอกชน เป็นผู้ให้การสนับสนุนอยู่ภายนอกบนพื้นฐานของการวิจัยซึ่งต้องเน้นในการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในด้านกลุ่มวัฒนธรรม สภาพเศรษฐกิจ บริบททางสังคม ของแต่ละชุมชน ตลอดจนสภาพแวดล้อม และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วภายใต้โลกาภิวัตน์ การวิจัยด้านการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมในด้านการหาปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานไม่เป็นดังที่คาดหวังไว้ในแต่ละส่วน ส่วนมากมักจะเน้นงานวิจัยที่ศึกษาด้านผลที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่ค่อยเน้นงานวิจัยที่หาปัจจัยเชิงสาเหตุซึ่งเป็นลักษณะการวิจัยแบบหาสาเหตุที่แท้จริงในเชิงย้อนกลับด้วย

2. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างสุขภาพของประชาชนสามารถปฏิบัติได้โดยในระดับนโยบายจะต้องมีการประเมินติดตามสถานการณ์การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานที่กำลังอยู่ในช่วงการดำเนินงานในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องทุก 4-5 ปี โดยร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างๆ และส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อช่วยในการควบคุม กำกับและเสนอแนะในการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความเป็นจริง และการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นจริงในสังคม ซึ่งจะต้องใช้หลักฐานจากการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพมาอ้างอิง รวม

ทั้งการวิจัยระบบสาธารณสุขมูลฐานเฉพาะกลุ่มและท้องถิ่น เพื่อพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมกับงานของสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องการส่งเสริมให้เกิดขึ้นกับพื้นที่ของแต่ละชุมชนด้วย

3. การสร้างภาวะผู้นำทางด้านสุขภาพนี้สามารถปฏิบัติได้โดยให้ประชาชนในชุมชนนั้นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาท ในฐานะนักวิจัยระดับชุมชนร่วมกับนักวิจัยที่เสี่ยงให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ และรับทราบสาเหตุปัญหาที่แท้จริงในการนำไปใช้หาแนวทาง ปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

สรุป

การปฏิรูประบบสาธารณสุขมูลฐานทั้งสี่ด้านนั้น ได้แก่ การปฏิรูปความครอบคลุมบริการเพื่อนำไปสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ การปฏิรูปการจัดการบริการประชาชนเป็นศูนย์กลาง การปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของชุมชน และการปฏิรูปภาวะผู้นำทางสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้และความน่าเชื่อถือจากผู้ให้บริการทางสุขภาพมากที่สุด หลักการทั้งสี่ด้านจะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับข้อจำกัดในเรื่องต่างๆ ดังที่กล่าวไว้ในข้างต้น หากสามารถบริหารจัดการควบคุมหรือเตรียมความพร้อมได้ก็จะทำให้มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเกิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยที่ชัดเจนมากขึ้นเพื่อนำไปสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ลือชัย สีเงินยวง และศุภลักษณ์ เลิศมนโรรัตน์. พัฒนาการและข้อเสนอทศวรรษที่สี่การสาธารณสุขมูลฐานไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
2. World Health Organization. Health For All Series No.1: Primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.

3. World Health Organization Regional Officer for South-East Asia and WHO Regional Officer for the Western Pacific. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. Muntaner C, Sridharan S, Solar O, Benach J. Commentary: against unjust global distribution of power and money: the report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health: global inequality and the future of public health policy. *J Public Health Policy* 2009; 30: 163-75.
5. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M, EMCONET Network. Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) Study, with a Glossary on Employment Relations. *Int J Health Serv* 2010; 40: 195-207.
6. ชลธิชา แก้วอนุชิต. แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2556; 53: 123-131.
7. World Health Organization, the Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Switzerland: World Health Organization; 2008.
8. Jindawatthana A, Achananuparp S, Pipatrotchanakamol S. Health Promotion in Thailand. Bangkok: National Health Commission Office of Thailand; 2008.
9. Wasi P. Medical Education and Humanized Health Care. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute; 2006.
10. Department of Local Administration, Ministry of Interior. Standard of Public Health. [online]. 2011. [cited 2013 January 2]. Available from: <http://www.tlg.rmutt.ac.th/wp-content/uploads/2011>.
11. Office of Primary Health Care Board. 25 years: Office of Primary Health Care Board. Nonthaburi: Office of Primary Health Care Board; 2002.
12. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. เอกสารวิชาการงานมหกรรมสุขภาพชุมชน เรื่อง สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ กับสุขภาพชุมชน: บทเรียนความท้าทายและบริบทใหม่ของงานสุขภาพภาคประชาชน. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
13. บัณฑิต อ่อนดำ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
14. World Health Organization. World Health Report 2006. Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
15. Sadana R, Harper S. Data systems linking social determinants of health with health outcomes: advancing public goods to support research and evidence-based policy and programs. *Public*

- Health Rep 2011; 126: 6-13.
16. World Health Organization. The World Health Report 2008 Primary Health Care –Now more Than Ever. Switzerland: World Health Organization; 2008.
 17. คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2547. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2549 (อัดสำเนา).
 18. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย 2551-2553. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
 19. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals Int Med* 2003; 138: 244-7.
 20. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?. *Health Policy Plan.* 2008; 23: 95-100.
 21. World Health Organization. World Health Statistics 2008. Geneva: World Health Organization; 2008.
 22. Kjellstrom T, Mercado S. Towards action on social determinants for health equity in urban settings. *Environ. Urban.* 2008; 20: 551-74.
 23. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
 24. World Health Organization. World health report 2010: health systems financing-the path to universal coverage. Switzerland: World Health Organization; 2010.
 25. Labonte R, Schrecker T, Packer C, Runnes V. Globalization and health pathways, evidence and policy. New York: Taylor & Francis; 2009.
 26. Chuengsatiansup K, Society and Health Institute. Deliberative action: civil society and health systems reform in Thailand. Bangkok: Society and Health Institute; 2005.
 27. Stanhope M, Lancaster J. Public health nursing: population centered health care in the community. U.S.A.: Mosby, and imprint of Elsevier, Inc; 2012.
 28. Ostlin P, Schrecker T, Sadana R, Bonnefoy J, Gilson L, Hertzman C, et al. Priorities for research on equity and health: Towards on equity-focused health research agenda. *PLoS Med* 2011; 8: e1001115.
 29. Orenstein M, Rondeau K. Scan of health equity impact assessment tools. Calgary: Habitat Health Impact Consulting; 2009.
 30. World Health Organization. World health report 2010: health systems financing-the path to universal coverage. Switzerland: World Health Organization; 2010.
 31. Jakab Z. Message from the WHO Regional Director for Europe: Addressing health inequities. *Eur J Public Health* 2010; 20: 479.
 32. Sen G, Iyer A, Mukherjee C. Methodology to analyze the intersections of social

- inequalities in health. *JHDC* 2009; 10: 397-415.
33. Kelly MP. The axes of social differentiation and the evidence base on health equity. *J R Soc Med* 2010; 203: 266-72.
34. Labonte R. Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution. Globalisation, knowledge network. Geneva: World Health Organization; 2007.
35. Benach J, Muntaner C, Chung H, Benavides FG. Immigration, employment relations, and health: Developing a research agenda. *Am J Ind Med* 2010; 53: 338-43.