

ก้าวสู่การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในศตวรรษที่ 21 Towards Primary Health Care Reforms in 21st Century

ชลธิชา แก้วอนุชิต*, ขวัญศิริ ทองพูน, อัมมندا ไชยกาญจน์
ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

* ผู้รับผิดชอบบทความ, E-mail: sim356@yahoo.com

Chonticha Kaewanuchit*, Kwansiri Thongpoon, Amanda Chaikan

Department of Applied Sciences, Faculty of Science and Technology,

Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

*Corresponding Author: E-mail: sim356@yahoo.com.

บทคัดย่อ

ในยุคศตวรรษที่ 21 สังคมไทยกำลังเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงภายใต้โลกาภิวัตน์ซึ่งเผชิญกับภาวะแรงกดดัน และภาวะวิกฤตของระบบสุขภาพ สาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ การพัฒนาทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมทั้งประชาชนไม่พอใจกับระบบที่สุขภาพที่ต้องการ การตอบสนองที่ดีกว่าและเร็วกว่า ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปในระบบสุขภาพภายใต้การอนามัยโลก และนำไปสู่การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย สำหรับการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยพยายามก้าวเข้าสู่การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในระบบสุขภาพที่กล่าวว่า “ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง” การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในศตวรรษที่ 21 แบ่งเป็นการปฏิรูปสี่ด้าน ได้แก่ การปฏิรูปความครอบคลุมบริการ การปฏิรูปการจัดการบริการประชาชนเป็นศูนย์กลาง การปฏิรูปนโยบายสาธารณะ และการปฏิรูปภาวะผู้นำทางสุขภาพตามลำดับ ซึ่งการปฏิรูปดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับข้อจำกัดในแต่ละเรื่อง ในการตอบสนองระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและความเท่าเทียมทางด้านสุขภาพ ในศตวรรษที่ 21 การปฏิรูปเหล่านี้คาดหวังว่า ประเทศไทยสามารถที่จะทำได้ด้วย โดยมีข้อเสนอแนะว่าต้องสร้างแรงสนับสนุนจากสังคม งานวิจัยทั้งในด้านเชิงปริมาณและคุณภาพ และสร้างนักวิจัยระดับท้องถิ่น

คำสำคัญ : สาธารณสุขมูลฐาน, การปฏิรูป, ศตวรรษที่ 21

Abstract

In Century 21st, Thai society has come to a change under globalization that faced with stress and health crisis. Its causes came from increasing chronic and non-chronic infection diseases and the advance technology. In addition, people were dissatisfied with the health system, and it was needed to respond better and faster, to face the challenges of a changing world. This associated with the reforms in health system under the World Health Organization, and led to primary health care reforms in Thailand. The latter, attempted towards primary health care reforms in health system that “put people at the centre of health care”. Primary Health Care reforms in Century 21st are classified into four sets. These reforms included universal coverage reforms, service deliver reforms, public policy reforms, and leadership reforms, respectively. The reforms depend on the limitation of individual reform with an effective response to health system and health equity in Century 21st. These reforms were expected to be implemented in Thailand. The authors suggest that in the future there should be social support, quantitative and qualitative researches, and local researchers in regards to this matter.

Keywords : Primary Health Care, Reform, Century 21st

บทนำ

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) อาจกล่าวได้ว่ามีหลายสถานะ ได้แก่ การเป็นทั้งระบบชุดคุณค่าอันเป็นเป้าหมายในการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ การเป็นหลักการพัฒนาสุขภาพแบบผสมผสาน หรือวิธีการสร้างอาสาสมัคร¹ ในขณะที่ประเทศไทยมองว่า งานสาธารณสุขมูลฐานถือเป็นนวัตกรรมต้นแบบของโลกที่ให้คุณค่าความสำคัญกับการสาธารณสุขมูลฐานโดยมีวิธีการพัฒนาสุขภาพผ่านกระบวนการทางสังคม ในขณะที่การสาธารณสุขในต่างประเทศจัดว่าเป็นเพียงบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐานในมิติทางการแพทย์แบบผู้เชี่ยวชาญโดยมีหลักการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของคนให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ และเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคม^{2,3} ดังนั้นจึงมีการเรียกร้องความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ มากขึ้นจึงทำให้การสาธารณสุขมูลฐาน

ของโลกต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งมวลโดยมีพื้นฐานจากปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ^{4,5,6}

ในยุคศตวรรษที่ 21 ที่ก้าวเข้าสู่สังคมแห่งโลกาภิวัตน์นั้นได้เกิดการเรียกร้องความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพจากบรรดาประเทศต่างๆ มากขึ้น^{4,5} อันส่งผลให้องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงประเด็นดังกล่าวเพื่อให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้า⁷ จึงนำไปสู่แนวทางการปฏิรูประบบสาธารณสุขมูลฐานในประเทศต่างๆ มากขึ้น ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศหนึ่งของพลเมืองโลกจึงได้รับแนวคิดดังกล่าวเพื่อนำมาสู่การปฏิรูประบบสาธารณสุขมูลฐานให้ดียิ่งขึ้น บทความนี้เป็นการศึกษาประเมิณงานสาธารณสุขมูลฐานและเสนอทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 5 ประเด็น คือ (1) บทเรียนของการสาธารณสุขมูลฐานที่ขับเคลื่อนในประเทศไทย (2) ความท้าทายใหม่ในระบบสุขภาพ (3) ทิศทาง

การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐาน (4) ข้อเสนอแนะการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขมูลฐานไทยในศตวรรษใหม่ และ (5) สรุป ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

บทเรียนการสาธารณสุขมูลฐานที่ขับเคลื่อนในประเทศไทย

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยตลอดสามทศวรรษ (พ.ศ.2535-2555) ได้ช่วยยกระดับสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้นมาก และมีบทเรียนสำคัญสำหรับเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่องในอนาคตทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน ดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกำลังคนที่สำคัญทางสุขภาพ (อสม.)

ในระบอบทศวรรษที่สามของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐานกำหนดกิจกรรมตามองค์การอนามัยโลก โดยมีองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานที่ประกอบด้วย การจัดการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมใน 14 องค์ประกอบ คือ งานโภชนาการ งานสุขศึกษา งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น งานจัดหายาที่จำเป็นไว้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน งานสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด งานอนามัยแม่และเด็กตลอดจนการวางแผนครอบครัว งานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพฟัน งานส่งเสริมสุขภาพจิต งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานคุ้มครองบริโภค งานเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น งานควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์^{8, 9}

แม้ว่ากิจกรรมต่างๆ ของสาธารณสุขมูลฐานจะได้หยุดดำเนินการไปแล้ว แต่ยังคงมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจัดว่าเป็นกำลังคนด้านสุขภาพชุมชนที่สำคัญในการขับเคลื่อน

งานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย จัดได้ว่าเป็นทุนทางสังคมด้านสุขภาพที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพตามหลักการพื้นฐานของสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาให้เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข ปัญหาของชุมชน เช่น การสำรวจและใช้ผลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การคัดเลือก และฝึกอบรมต่างๆ ในระดับชุมชน^{10, 11} เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากมักเป็นประชาชนในพื้นที่ผู้ซึ่งเสียสละ มีน้ำใจ ฐานะเศรษฐกิจไม่ดีเท่าไรนัก และสามารถทำงานที่เสร็จเป็นครั้งคราวในระยะเวลาสั้นๆ รวมทั้งยังอยู่ในฐานะองค์กรชุมชนกับระบบสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นซึ่งตอบสนองกับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้เป็นอย่างดี แม้ว่างานอสม.จะถูกลดทอนคุณค่าลงไปในระยะหลัง แต่ก็ยังคงเป็นกำลังคนที่สำคัญของสุขภาพอยู่นั่นเอง¹²

2. ความหลากหลายของอาสาสมัครชุมชน

เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการเกิดขึ้นขององค์กรเอกชน สาธารณะประโยชน์ ทำให้เกิดรูปแบบอาสาสมัครที่หลากหลาย เช่น เครือข่ายจิตอาสา โครงการ To be Number One เป็นต้น จะเห็นว่าทำให้เกิดการกระจายกำลังคนทางด้านสุขภาพที่สำคัญในระดับชุมชนมากขึ้น¹² ความหลากหลายดังกล่าวมีผลต่อกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ทำงานตามเจตนารมณ์ของรูปแบบอาสาสมัครที่จัดตั้งขึ้นทำให้เกิดการพัฒนาเป็นกระบวนการในกิจกรรมของสาธารณสุขมูลฐานที่ชัดเจนให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นในแต่ละกิจกรรม

3. การสร้างพื้นที่ให้ประชาชนทั่วไปในชุมชน

เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพด้วยตนเอง จากการศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่งที่ผ่านแม้ว่า

จะสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ยังคงพบว่าการสาธารณสุขมูลฐานที่ขับเคลื่อนตลอดสามทศวรรษที่ผ่านมาไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การเกิดศูนย์สุขภาพชุมชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนได้ประสบความสำเร็จอย่างหนึ่ง กล่าวคือ สามารถเปิดพื้นที่ให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพและดูแลการเจ็บป่วยด้วยตนเอง¹³ จึงกล่าวได้ว่า เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับปฏิบัติการ¹²

4. การเคลื่อนไหวทางสังคมก่อให้เกิดองค์กรและกลไกการสนับสนุนใหม่ ๆ ในระยะหลังปี 2000 เช่น การเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบบริการปฐมภูมิ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคประชาสังคมที่มีบทบาทในการตรวจสอบภาครัฐที่เกิดขึ้นมาซึ่งเป็นการสร้างความเป็นธรรมทางด้านการดูแลรักษาสุขภาพที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อนำไปสู่การให้ชุมชนและสังคมไทยสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพให้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูและพลิกโฉมการสาธารณสุขมูลฐานอันเป็นกระบวนการพัฒนาในระบบสุขภาพในระดับประเทศภายใต้บริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งแตกต่างจากพื้นฐานเดิมที่ก่อกำเนิดงานสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมาอย่างมาก¹²

5. หลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมีการพัฒนาารูปธรรมที่ชัดเจน

การสาธารณสุขมูลฐานไทยที่ยึดหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญมี 4 ประการคือ^{10, 11} หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน หลักการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมไม่ซับซ้อนก่อให้เกิดความเหมาะสมกับแต่ละสภาพชุมชนที่นำไปสู่การปฏิบัติงานจริงได้ หลักการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ

เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐานให้มีความเข้มแข็งและสุดท้ายเป็นหลักการผลิตผลงานด้านสาธารณสุขมูลฐานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ ทั้งในภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งระดับนานาชาติ มีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่น โครงการทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย เป็นต้น¹²

จุดอ่อน

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลายเป็นเป้าหมายสร้างฐานอำนาจการเมือง

กล่าวคือ อสม. กลายเป็นเครื่องมือทางการเมืองที่ต้องการได้เป็นฐานคะแนนเสียง จึงมีความพยายามในการหาเสียงกับกลุ่มดังกล่าวไม่ว่าจะเป็นนโยบายการเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการต่าง ๆ ให้กับ อสม. ในขณะที่กลไกของราชการที่ดูแลและสนับสนุนงาน อสม. เกิดความต้อของระบบธรรมาภิบาลซึ่งไม่สอดคล้องกับลักษณะธรรมชาติและจุดเด่นของงานอาสาสมัครที่เน้นความเป็นอิสระและไม่ฝักใฝ่ด้านการเมือง¹²

2. ลักษณะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแบบเฉพาะกิจ

จะเห็นได้จากการเกิดขึ้นรูปแบบอาสาสมัครชุมชนที่หลากหลายที่ทำงานตามวาระงานขององค์กรที่สนับสนุนทำให้เกิดการทำงานแบบเฉพาะกิจเกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดภารกิจดังกล่าวก็จะทำให้ อสม. หลุดออกจากความเป็นคนของชุมชนได้เช่นกัน¹² ซึ่งขาดการสนับสนุนทั้งจากหน่วยงานต่าง ๆ กับกลุ่มเหล่านี้ให้มีการพัฒนาและคงอยู่อย่างยั่งยืนในชุมชนนั้น ๆ

3. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขให้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว

สะท้อนให้เห็นถึงว่า กิจกรรมทางด้านสาธารณสุขทุกอย่างที่ดำเนินการนั้นจะเป็นกิจกรรมที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว ไม่ว่าจะเป็น การชั่งน้ำหนักเด็ก การจัดตั้งกองทุนโภชนาการ การฉีดวัคซีน การสร้างส้วม เป็นต้น ดังนั้นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเพียงบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมไว้ตามแผนจากหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้กำหนดเท่านั้นโดยมีลักษณะการรวมศูนย์อำนาจไว้จากส่วนกลางเป็นหลัก มีมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก จึงทำให้ลดทอนศักยภาพ คุณค่าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลง แม้ว่าปัจจุบันจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วก็ตาม แต่ก็ยังถูกกำหนดกิจกรรมให้ตามที่วางแผนไว้จากหน่วยงานส่วนกลางอยู่เช่นเดิม¹²

4. การสาธารณสุขมูลฐานถูกกลืนหายไปจากความทรงจำและผลักดันการส่งเสริมสุขภาพแทน

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

ความท้าทายใหม่ในระบบสุขภาพ

ตลอดสามทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพประเทศไทยที่สัมพันธ์อยู่กับพลวัตของระบบโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปในหลายทิศทาง จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายการสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญ คือ

1. การสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
กระแสการเรียกร้องในเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพก่อตัวมากขึ้นทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา

และประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า บางประเทศหรือบางสังคมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีประชากรที่มีระดับของสุขภาพและความยืนยาวของชีวิตเพิ่มขึ้นน้อยมากหรือไม่เพิ่มขึ้นเลย แต่ในขณะที่บางประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่า พบว่า ประชากรมีระดับของสุขภาพและความยืนยาวของชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามทั้งกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา และด้อยพัฒนามีลักษณะเหมือนกันมากขึ้นอย่างหนึ่ง คือ มีความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพภายในท้องถิ่นของแต่ละประเทศเหล่านั้นเกิดมากขึ้นเช่นกัน 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 และทั้งโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อทำให้มีความซับซ้อนของการเกิดโรคมักขึ้น^{17, 18} เช่น ประชากรไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ของภาวะโรคเรื้อรัง

ตลอดจนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ปี 2009 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ในหลายจังหวัดภาคเหนือตอนบนกลายเป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากกว่า 13 ต่อประชากรแสนคนอีกด้วย^{16, 19, 20} ทั้งมาจากปัจจัยที่เกิดจากสถานประกอบการ รายได้ และประชาชน สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลง ความท้าทายในเรื่องความปลอดภัยด้านอาหารที่มีรูปแบบการเกิดโรคมะเร็งเปลี่ยนแปลงทำให้เชื้อโรคได้แพร่ขยายได้อย่างรวดเร็วทั่วโลก รวมถึงจำนวนการอพยพย้ายถิ่นจากคนในชนบทสู่สังคมเมืองมากขึ้น^{16, 21}

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

4. ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงขึ้น เช่น เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายของทารกต่ำมากสมัยอดีต ปี 2006 มีอัตราการตายของทารกเพียง 9.5 ล้านคน และมีแนวโน้มอัตราการตายของทารกลดลงจนถึงปีปัจจุบัน ซึ่งเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นนั่นเอง²¹ 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) การปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพะ ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของชุมชน^{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 แนวคิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้กลับฟื้นให้มีความสำคัญอีกครั้ง 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 ซึ่งประเทศไทยอาจนำระบบบริการสุขภาพพื้นฐานนำมาผสมผสานกับการให้บริการในการปฏิรูประบบการจัดการบริการของสาธารณสุขมูลฐาน และควรเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางที่จัดระบบบริการสุขภาพพื้นฐานด้วยตนเองตามบริบทของแต่ละชุมชน และมีการใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพพื้นฐานที่เน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นหลักเข้ามาเชื่อมโยงการทำงานวิจัยในท้องถิ่น รวมทั้งทุนทางสังคมแต่ละพื้นที่เป็นการปฏิบัติการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและรองรับการสาธารณสุข

มูลฐานไทยให้มีความเข้มแข็งได้ในอนาคต¹

3. การปฏิรูประบบนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างสุขภาพะ ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของชุมชน

การสร้างความมั่นคงเพื่อสร้างสุขภาพะของชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการบูรณาการกิจกรรมด้านการสาธารณสุขเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การสร้างนโยบายสาธารณสุขระหว่างสาขาการพัฒนาและการสร้างความเข้มแข็งปฏิบัติการด้านสุขภาพในระดับประเทศและระบบสุขภาพระหว่างประเทศ การปฏิรูปด้านนี้ จะมีความเป็นไปได้หรือไม่ขึ้นกับความมั่นคงทางระบบการเมืองของประเทศไทย หากวิเคราะห์ที่ผ่านมามากหลายปีจะเห็นว่า ความมั่นคงทางระบบการเมืองของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดอย่างมาก เนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพดังกล่าวเป็นผลผลิตของระบบการเมืองในแต่ละยุคสมัย^{12, 35} เมื่อระบบการเมืองไม่มั่นคงก็ส่งผลต่อนโยบายสุขภาพที่ไม่มั่นคงด้วยที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะบริบทของสถานการณ์การเมืองทำให้เกิดการพัฒนาที่ล่าช้าจึงเป็นภาพสะท้อนของระบบการเมืองด้วยเช่นกัน อีกทั้งนโยบายยังผูกติดกับเรื่องเศรษฐกิจโดยเฉพาะในช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจโลกตกต่ำทั่วโลกในหลายปีที่ผ่านมา การให้ความสำคัญกับการกระตุ้นเศรษฐกิจสำคัญมากกว่าการปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่เริ่มมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 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. การจัดการบริการสุขภาพให้ครอบคลุมโดยประชาชนมีส่วนร่วมและใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมซึ่งสามารถปฏิบัติตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกโดยการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมตามหลักพื้นฐานในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยรัฐและเอกชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนอยู่ภายนอกบนพื้นฐานของการวิจัยซึ่งต้องเน้นในการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในด้านกลุ่มวัฒนธรรม สภาพเศรษฐกิจ บริบททางสังคมของแต่ละชุมชน ตลอดจนสภาพแวดล้อม และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วภายใต้โลกาภิวัตน์ การวิจัยด้านการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมในด้านการหาปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานไม่เป็นดังที่คาดหวังไว้ในแต่ละส่วน ส่วนมากมักจะเน้นงานวิจัยที่ศึกษาด้านผลที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่ค่อยเน้นงานวิจัยที่หาปัจจัยเชิงสาเหตุซึ่งเป็นลักษณะการวิจัยแบบหาสาเหตุที่แท้จริงในเชิงย้อนกลับด้วย

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

ทั้งการวิจัยระบบสาธารณสุขมูลฐานเฉพาะกลุ่มและท้องถิ่น เพื่อพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมกับงานของสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องการส่งเสริมให้เกิดขึ้นกับพื้นที่ของแต่ละชุมชนด้วย

3. การสร้างภาวะผู้นำทางด้านสุขภาพนี้สามารถปฏิบัติได้โดยให้ประชาชนในชุมชนนั้นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทในฐานะนักวิจัยระดับชุมชนร่วมกับนักวิจัยที่เสี่ยงให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ 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.