

สาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ Primary Health Care and Primary Care

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Nithra Kittreerawuttiwong

Faculty of Public Health, Naresuan University

บทคัดย่อ

บริการปฐมภูมิ (Primary Care) และการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) มีความหมายที่ใกล้เคียงกัน บางครั้งพบคำสองคำนี้ใช้แทนกัน แต่โดยแท้จริงแล้วสองคำนี้มีแนวคิดที่แตกต่างกัน มีการรับรู้อย่างแพร่หลายในระดับนานาชาติที่อธิบายความแตกต่างของสองคำนี้

ในบริบทของประเทศไทย บริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพที่จัดให้ประชาชนเข้าถึงอย่างถ้วนหน้า โดยมีการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับอื่นผ่านการส่งต่อและเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่นด้วยความร่วมมือ นอกจากนี้ยังเป็นการจัดบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน ตามคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ ส่วนการสาธารณสุขมูลฐานคือแนวคิดที่เกี่ยวเนื่องกับนโยบายสุขภาพและการจัดบริการ ทั้งในระดับบุคคลและกลุ่มประชากร มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้รับบริการและการสาธารณสุข และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่กล่าวในปี ค.ศ. 2010 ว่าบริการปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับประเทศไทยสถานบริการที่น่าแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมาสู่การปฏิบัติ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานีอนามัย ดังนั้น ในปัจจุบันบริการปฐมภูมิและการสาธารณสุขมูลฐาน มีพัฒนาการโน้มเข้าหากัน แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกันของทั้งสองคำนี้ ตามที่ประกาศไว้ที่อัลมา อตาและมุ่งไปสู่ความเป็นธรรมที่มากขึ้น

คำสำคัญ : บริการปฐมภูมิ, การสาธารณสุขมูลฐาน

Abstract :

The definitions of primary care and primary health care are very similar, which are often employed interchangeably in meaning. However, these two terms have different concepts which are well-known widely internationally of their distinct interpretation.

In Thailand, primary care is the first-line contact of care within the national health system that provides to all Thais with universal access to health services. Primary care is connected to other levels of care through the referral system and functions in coordination with other sectors. Moreover, primary care provides services both in the health-care facility and in the community according to its attributes. In contrast, primary health care is the concept which is related to health

policy and service provision at both individual and population group levels, and it is also related to primary care for individual patients and public health services. This definition is consistent with what the World Health Organization (2010) described, i.e. primary care is a component of primary health care. In Thailand, the health-care facilities that translate the concept of primary health care into practice are sub-district health promoting hospitals or health centers. Therefore, at present primary care and primary health care have a tendency to merge, reflecting their linkages according to the Alma-Ata Declaration in achieving equity in health.

Keywords : primary care, primary health care

บทนำ

คำสองคำ ได้แก่ “การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) และ “บริการปฐมภูมิ” (Primary Care) มีความหมายที่ใกล้เคียงกัน บางครั้งจะพบการใช้คำสองคำนี้แทนกัน¹⁻⁴ ก่อให้เกิดความสับสนในความเข้าใจระหว่างคำสองคำนี้ ซึ่งบริการปฐมภูมิในบางบริบทของระบบบริการสุขภาพ มีความหมายที่กว้างรวมถึงการสาธารณสุขมูลฐานที่มีการเชื่อมประสานกับบริการภาพกว้าง เช่น บริการดูแลที่บ้าน (Home Care) แต่ในบางระบบบริการสุขภาพ บริการปฐมภูมิ เป็นจุดเชื่อมต่อไปถึงบริการสาธารณสุขอื่น ๆ⁵ ในระดับนานาชาติมีการให้ความหมายของสองคำนี้ที่ต่างกัน⁶⁻⁸ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวน และ พิจารณาความหมายของทั้งสองคำ โดยพิจารณาที่มาและความหมาย เพื่อเป็นการปรับกระบวนการทัศน์ การทำความเข้าใจความหมายพื้นฐานของทั้งสองคำนี้ร่วมกัน ในการที่จะพัฒนางานในระบบบริการสาธารณสุขให้บรรลุความเป็นธรรม การมีส่วนร่วม และการพึ่งตนเองได้ของชุมชน

ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้ “การดูแลสุขภาพที่จำเป็นจะต้องมี โดยยึดหลักของการใช้วิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ วิธีการที่มีเหตุผลสมควรทางวิทยาศาสตร์และเป็นวิธีการที่ยอมรับได้ของสังคมนั้น ด้วยวิธีการที่ใช้

เทคโนโลยีที่ปัจเจกบุคคลและครอบครัวในชุมชนสามารถที่จะเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้า เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับวิถีทางของการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ชุมชนและประเทศนั้น ๆ สามารถจะจ่ายได้เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งทุกขั้นตอนของการพัฒนาชุมชนในการที่จะให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการที่จะต้องสามารถบูรณาการให้เข้ากับระบบสุขภาพของประเทศ โดยเป็นบริการที่เป็นจุดเน้นและเป็นหน้าที่หลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ และเป็นส่วนที่จะต้องบูรณาการแบบองค์รวมให้เข้ากับการพัฒนา ของชุมชนทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นจุดบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพของประเทศของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะสามารถนำบริการสุขภาพไปให้ประชาชนโดยอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการใกล้ชิดสถานที่ที่ประชาชนอยู่อาศัยและที่ทำงาน การให้บริการสุขภาพภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐานไม่ได้หยุดเพียงแค่การให้บริการระดับปฐมภูมิหรือบริการด่านแรก หากผู้รับบริการมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการอื่น ๆ ที่จำเป็นหรือบริการที่ต้องการการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง จะต้องมีการส่งต่อไปรับบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นได้ นอกจากนี้ การสาธารณสุขมูลฐานยังรวมถึงองค์ประกอบของกระบวนการให้บริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง⁹

จากคำประกาศดังกล่าว ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน มีความหมายทั้งที่เป็นปรัชญา คือ

แนวคิดข้างต้น และประกอบด้วยอีก 3 มุมมอง คือ

- 1) ชุดของกิจกรรม
- 2) ระดับของบริการ และ
- 3) หลักการหรือกลยุทธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ มุมมองที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเกี่ยวข้องกับชุดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ 1.1) การให้สุศึกษา 1.2) ปัญหาโภชนาการ 1.3) น้ำสะอาดและสุขาภิบาลอาหาร 1.4) อนามัยแม่และเด็กรวมถึงการวางแผนครอบครัว 1.5) การให้วัคซีน 1.6) การควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่น 1.7) การดูแลรักษาโรคพื้นฐาน และ 1.8) การมียาที่จำเป็นเพียงพอ ซึ่งในมุมมองนี้การสาธารณสุขมูลฐานต้องการให้เกิดความสมดุลของการสาธารณสุขและการรักษาทางการแพทย์ มุมมองที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานคือระดับของบริการที่ให้ความสำคัญกับบริการระดับต้น (Primary level of care) ซึ่งก็คือจุดบริการด่านแรก (The first level of contact) ที่ประชาชนเข้ามารับบริการจากระบบบริการสุขภาพ แต่ทั้งนี้การให้ความสำคัญกับบริการระดับต้นไม่ได้หมายความว่า บริการระดับสูงกว่าไม่มีความสำคัญ ในทางตรงข้ามบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (Secondary and Tertiary care) เป็นสิ่งจำเป็นในการสนับสนุน นิเทศ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ นั่นคือการสาธารณสุขงานมูลฐานเป็นกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuing Health Care Process) ผ่านระบบการส่งต่อ และ มุมมองที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน คือ หลักการหรือกลยุทธ์ที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์ 3.1) การมีส่วนร่วมของชุมชน 3.2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 3.3) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนอื่น และ 3.4) การปรับระบบบริการสุขภาพ⁵⁻⁷

จากคำประกาศนี้ ประเทศต่าง ๆ ให้ความหมายและมียุทธวิธีดำเนินงานที่แตกต่างกัน ตามบริบทของแต่ละประเทศ

ประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่เป็นการให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อชุมชนและความต้องการของประชาชนมากขึ้น ดำเนินการผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยมีผู้ให้บริการคือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner) หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

(Family Medicine) ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนามีทรัพยากรน้อย จะให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานในประเด็นที่เป็นการให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง" โดยสรุปการสาธารณสุขมูลฐานคือแนวคิดที่กว้างขวางของการพัฒนาสุขภาพ (Health Development)⁸ สอดคล้องกับ Bhatia และ Riikin¹ ที่กล่าวว่าสาธารณสุขมูลฐาน คือผลของการจัดบริการสุขภาพด่านแรกที่รวมปัญหาสุขภาพของทุกกลุ่มประชากร การสร้างกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความหมายของบริการปฐมภูมิ (Primary Care)

จากคำประกาศขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.1978 ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานที่ครอบคลุมไปถึงการจัดบริการด่านแรก กล่าวคือการสาธารณสุขมูลฐานมีความหมายที่กว้างกว่าบริการปฐมภูมิ" นอกจากนี้ความหมายของบริการปฐมภูมิแตกต่างกันในแต่ละประเทศ¹⁰

สถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (The US Institute of Medicine; IOM)¹¹ ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ คือบริการแบบบูรณาการ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโดยแพทย์ที่สามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพหลักและความจำเป็นทางสุขภาพ ด้วยการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ รวมถึงมีความเข้าใจบริบทของครอบครัว Starfield¹² ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ คือบริการระดับแรกจัดให้กับประชาชนสำหรับความจำเป็นและปัญหาสุขภาพใหม่ ให้ความสำคัญกับบุคคลเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงการรักษาโรคเท่านั้น บริการการดูแลสุขภาพช่วงเวลา (Care over time) และให้บริการการดูแลสุขภาพในระดับสูงด้วยการประสานงานและบูรณาการกับหน่วยงานอื่น จากความหมายนี้ บริการปฐมภูมิมีสลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ 1) การบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย 2) ความต่อเนื่องของบริการ 3) บริการที่รอบด้าน และ 4) การประสานงานกับบริการทางการแพทย์และสังคม

สุพิศตรา¹³ ได้ให้คำนิยาม ของบริการปฐมภูมิ หมายถึง ระบบบริการที่จัดบริการสุขภาพในระดับที่เป็น

ด้านแรกของระบบบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์องค์ความรู้ทั้งด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล

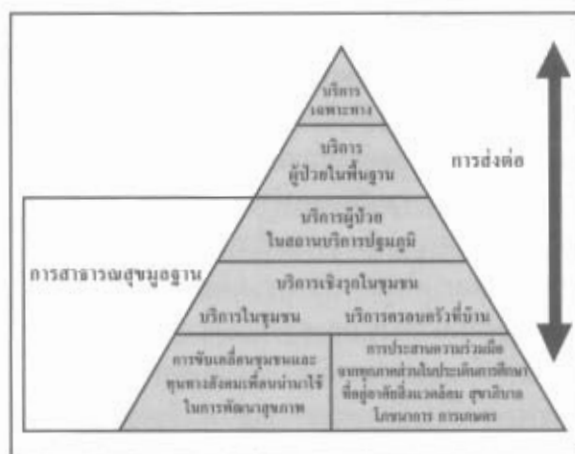
นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (2010)⁶ ให้ความหมายบริการปฐมภูมิ คือบริการด้านแรกที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ การติดต่อกับบริการด้านแรกนี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ ในเขตชนบท ให้บริการโดยสถานีนามัย หรือคลินิกเอกชนให้บริการโดยแพทย์ พยาบาล หรือผดุงครรภ์ ส่วนในเขตเมืองให้บริการโดยคลินิกเอกชน โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เฉพาะทาง หรือโรงพยาบาล

ความหมายที่หลากหลายนี้ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่พัฒนามาแตกต่างกันของแต่ละประเทศ บริบททางสังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจ การเมืองที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ

เปรียบเทียบการสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ

จากการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของความหมายคำสองคำนี้ พบว่าบริการปฐมภูมิ อธิบายถึงบริการสุขภาพ (Health Service) ที่ให้บริการโดยผู้ให้บริการ โดยอาจจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่น ตามบริบทของแต่ละประเทศ แต่ยังคงขาดประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่วนการสาธารณสุขมูลฐานอธิบายถึงแนวคิดเชิงปรัชญาและบริการสุขภาพ คือการเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า ความเป็นธรรมทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือจากภาคส่วนอื่น ดังนั้นการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health care) จะเป็นแนวคิดที่รวมการให้บริการทางสาธารณสุข (Public Health)

กับบริการปฐมภูมิ (Primary Care) สอดคล้องกับ Muldoon, Hogg and Levitt² ที่กล่าวว่าการสาธารณสุขมูลฐานคือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพและการจัดบริการ ทั้งในระดับบุคคลและกลุ่มประชากร มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้รับบริการและการสาธารณสุข และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (2010)⁶ ที่กล่าวว่าบริการปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิในบริบทของระบบสุขภาพ

ที่มา: ดัดแปลงจาก Lawn J E et al. Alma-Ata 30 years on: revolution, relevant, and time to revitalize. Lancet. 2008;372:917-927.

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย

หลักการและปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐานได้กระจายเข้ามาสู่ประเทศไทย จากการประชุมที่ Alma Alta โดยการยอมรับในหลักการและนำไปสู่การปฏิบัติตามความจำเพาะแบบไทย การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะเชื่อมหลักการปรัชญาหรือคุณลักษณะกับสภาพที่เป็นอยู่ โดยการริเริ่มและประสานการทำงานสุขภาพชุมชนของประเทศไทยมีรากฐานยาวนานตั้งแต่ในช่วงปี ค.ศ. 1950 มีแผนงานควบคุมป้องกันโรคเขตร้อน ได้แก่ การจัดการกับโรคพยาธิปากขอ การป้องกันควบคุมวัณโรค¹⁴ รวมทั้งแผนงานควบคุมโรคมาเลเรีย การทำงานในยุคแรกเน้นการออกหน่วยเพื่อให้

การรักษาพยาบาล การให้สุศึกษา และการสร้าง การมีส่วนร่วมโดยการฝึกชาวบ้านให้เป็นอาสาสมัคร มาเลเซีย ซึ่งต่อมาเป็นต้นแบบของอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข¹⁵

การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเริ่มต้นอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 1977 ในฐานะยุทธศาสตร์ ของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (ค.ศ. 1977-1981) มีการพัฒนาหน่วยบริการพื้นฐาน ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น มีการปรับ บทบาทภาครัฐให้เป็นผู้สนับสนุนและเพิ่มบทบาทของ ประชาชน โดยการพัฒนาผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข มีกลไกการพัฒนาชุมชน ไม่ว่า จะเป็นการจัดตั้งองค์กรชุมชน สหกรณ์ และกองทุน ประเภทต่าง ๆ รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานผ่านงานพัฒนาของสี่กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ส่งผล ให้บริการด้านสาธารณสุขมีความครอบคลุมสถานการณ์ สาธารณสุขดีขึ้น อัตราตายของแม่และเด็กลดลง ภาวะ ทุพโภชนาการในเด็กต่ำกว่า 5 ปี ลดลง ประชาชนมี น้าสะอาดในการใช้บริโภคบริโภคในครัวเรือน อัตรา การได้รับวัคซีน รวมทั้งการมียาที่จำเป็นและการรักษา พยาบาลโรคเบื้องต้นดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งความสำเร็จ ของการสาธารณสุขมูลฐานในช่วงนี้เกิดจากการมี ส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชน ความร่วมมือระหว่าง องค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน การกระจาย อำนาจในการจัดการและการติดตามอย่างใกล้ชิดของ ผู้บริหารระดับประเทศถึงระดับปฏิบัติการ¹⁶

ต่อมาในระยะหลังปี ค.ศ. 1998 ก้าวสู่ ทศวรรษที่สามของการประกาศอัลมาอัลตา มีการ เปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมอย่างรวดเร็ว รวมทั้งปัญหาสุขภาพเปลี่ยนไปตามแบบแผนการ ดำเนินชีวิต โรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่กลายเป็นปัญหา สำคัญ¹⁷ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย จากการปฏิรูประบบสุขภาพ การก่อกำเนิดของ หน่วยงานต่าง ๆ เช่น กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.)¹⁸ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(สปสข.)¹⁹ รวมถึง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง ประชาคมสุขภาพและชุมชน นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการประกาศนโยบายโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เน้นการจัดบริการเชิงรุก เน้นการ ส่งเสริมสุขภาพ มุ่งจัดการปัจจัยเสี่ยง บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อได้ตลอดเวลา และมีความเชื่อมโยง มีส่วนร่วมกับบริการสุขภาพระดับอื่น และประชาชน ชุมชน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นหากพิจารณาการดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐาน ในยุคนี้ พบว่าสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการปฏิรูปที่ ปรากฏในรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2008²⁰ ใน 4 ประเด็น คือ 1) การปฏิรูปความครอบคลุมของ บริการ (Universal Coverage Reform) 2) การปฏิรูป ระบบบริการสุขภาพ (Services Delivery Reform) 3) การปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy Reform) และ 4) การปฏิรูปภาวะผู้นำ (Leadership Reform)

แต่อย่างไรก็ตาม การสาธารณสุขมูลฐานและ บริการปฐมภูมิของประเทศไทยเป็นงานที่มีลักษณะ เหลื่อมซ้อนกัน การนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน มาดำเนินการในประเทศไทย มีพัฒนาการที่แตกต่าง กันตามระยะเวลา จะเห็นได้ว่าในยุคก่อน ค.ศ. 1978 เน้นการสาธารณสุข ยุคต่อมาหลังจาก ค.ศ. 1978 เน้นไปที่กิจกรรมที่เป็นชุดบริการเพื่อแก้ไขปัญหา สาธารณสุข ส่วนของกลยุทธ์นั้นให้ความสำคัญกับการ มีส่วนร่วมของชุมชน การให้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนอื่น และการปรับระบบ บริการสุขภาพนั้นดำเนินการผ่านโครงการทศวรรษ สถานอนามัยเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ แต่อย่างไร ก็ตามจากการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและบริการ ปฐมภูมิที่ผ่านมาพบว่าประชาชนไปใช้บริการที่หน่วย บริการปฐมภูมิน้อย เนื่องจากการถ่ายทอดการดำเนินงาน ไปสู่การปฏิบัติ ดำเนินการโดยมีการนิเทศ ติดตาม งานที่เน้นไปที่กิจกรรมมากกว่าเป้าหมายสำคัญที่ต้องการ ให้บรรลุ คือการสร้างศักยภาพให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ ดังนั้นจึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าใจความหมาย ของสาธารณสุขมูลฐาน คือการมี อาสาสมัครสาธารณสุข

มีกองทุนชุมชน หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยประชาชน และชุมชน ส่วนการจัดบริการด้านแรก ที่เรียกว่า บริการปฐมภูมิ นั้นเป็นการจัดบริการของสถานีกนอามัย โรงพยาบาลชุมชน²¹ ซึ่งโดยแท้จริงแล้ว การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องดำเนินการโดยสถานีกนอามัยทั้งแนวคิด ชุดกิจกรรม บริการระดับต้นด้านแรก และดำเนินการตามกลยุทธ์ รวมทั้งให้บริการการสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิควบคู่กันไปกับการดำเนินงานโดยภาคประชาชน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัจจุบันบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มมุ่งไปสู่การตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของชุมชนรวมถึงของปัจเจกบุคคลซึ่งมารับบริการสุขภาพ ทำให้ความหมายของบริการปฐมภูมิเข้าใกล้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน²² สอดคล้องกับยงยุทธ²³ ที่กล่าวว่าปัจจุบันบริการปฐมภูมิและการสาธารณสุขมูลฐาน มีพัฒนาการโน้มเข้าหากัน แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกันของทั้งสองคำนี้ ตามที่ประกาศไว้ที่อัลมา อตและมุ่งไปสู่ความเป็นธรรมที่มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก

1) ความหมายของสุขภาพที่กว้างขึ้น สุขภาพไม่ได้มีความหมายเพียงการไม่เป็นโรค หรือไม่เจ็บป่วย แต่สุขภาพหมายถึงการมีสุขภาพ (Well Being)

2) แนวคิดการเคลื่อนไหวของการสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health) ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพของกลุ่มประชาชน (Population Health)²⁴ มีวัตถุประสงค์ที่จะรักษาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของประชาชน ลดความไม่เป็นธรรมของสถานะสุขภาพของประชาชนแต่ละกลุ่ม การที่ประชาชนมีสุขภาพดี อารมณ์สุขภาพของตนเองได้ในระยะยาว ทำให้สังคมเข้มแข็ง ผลผลิตมวลรวมของประเทศเพิ่ม ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีหลักการคือ สุขภาพคือศักยภาพของประชาชน มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน การตัดสินใจต้องใช้ข้อมูลหลักฐาน ผลลัพธ์ทางสุขภาพต้องตรวจสอบได้ จัดการกับปัญหาสุขภาพในแนวราบโดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย และร่วมมือกับหลายภาคส่วน

3) แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานในฐานะการพัฒนาสุขภาพ จากการปฏิรูปเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันทั้ง 4 ด้านได้แก่ (1) การปฏิรูปเพื่อให้เกิดการครอบคลุมและการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยประชาชนต้องได้รับบริการตามความจำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน (2) การปฏิรูปเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนและกลืนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (3) การปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ นอกเหนือจากภาคสาธารณสุข และ (4) การปฏิรูปภาวะผู้นำของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เปลี่ยนจากการสั่งการและควบคุม เป็นการต่อรองและการหาทางออกร่วมกัน และการกำกับทิศทาง ซึ่งแนวคิดทั้งหมดได้แปลงสู่การปฏิบัติที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือปัจจุบันเรียกว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากกรณีที่รัฐบาลประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ต่อมามีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จากสถานีกนอามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน และในปี พ.ศ. 2552 มีการประกาศนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เน้นการทำงานเชิงรุก มุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพ โดยใช้กระบวนการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน รวมถึงการปรับบทบาทของผู้ให้บริการเป็นนักพัฒนาสุขภาพ ในการประสานบทบาทกับองค์กรชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

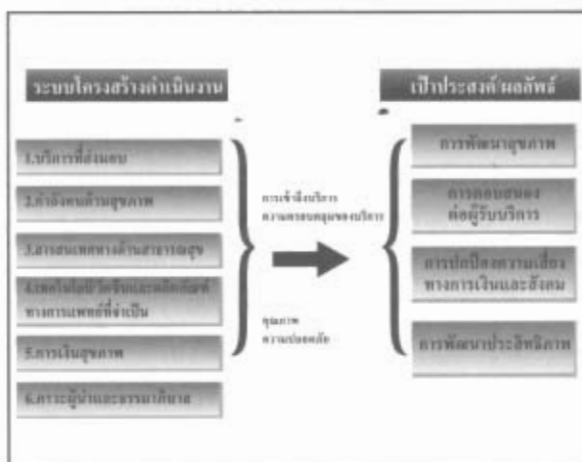
แนวคิดทั้งสามประการนี้ ส่งผลต่อการออกแบบการจัดบริการให้กับประชาชน ประกอบกับปรัชญาที่เป็นหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ คือการทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้ การมีส่วนร่วม การประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย จะทำให้การสาธารณสุขมูลฐานที่มีความเชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิ มีความเข้มแข็งในการพัฒนาสุขภาพ จัดบริการให้ประชาชนเข้าถึง อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และเกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ทิศทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

โดยสรุป บริการปฐมภูมิ คือการพัฒนาสุขภาพที่มีความหมายกว้างกว่ากระบวนการดูแลสุขภาพด้านชีวการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันสุขภาพ การใช้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง¹ สิ่งท้าทายในบริการปฐมภูมิคือ 1) การเปลี่ยนผ่านทางโครงสร้างประชากรและระดับวิทยา^{24,25} ที่ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น รูปแบบของโรคเปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรัง ประชาชนต้องการการดูแลที่เกินกว่าบริการทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional medicine) ที่ดูแลโรคแบบฉับพลันและสนองตอบต่อปัญหาสุขภาพระยะสั้น (Acute and short lasting health problem) มาเป็นการดูแลที่ครอบคลุมมีส่วนร่วมด้วยการสนับสนุนแบบเครือข่าย (Network) จากชุมชน²⁶ 2) กำลังคนในระบบบริการสุขภาพขาดแคลน (ในเชิงปริมาณ) รวมถึงระบบบริการปฐมภูมิก็ประสบปัญหานี้เช่นกัน โดยปัจจุบันพบว่าจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานอนามัยมีอัตราเฉลี่ยที่ 2.9 คน²⁷ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ในงานดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล²⁸ รวมถึงมีการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสมระหว่างเขตเมืองและชนบท นอกจากนี้กำลังคนในเชิงคุณภาพยังพบว่ามีทักษะที่ไม่เหมาะสม 3) มีความไม่ชัดเจนของการให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่งผลต่อการจัดบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการกำหนดสุขภาพ 4) งบประมาณที่จำกัด 5) ภาวะผู้นำที่ไม่ตอบสนองต่อระบบบริการที่ต้องปรับตัวในสถานการณ์ที่ซับซ้อน (Complex Adaptive System) 6) ระบบข้อมูลสารสนเทศที่ไม่เหมาะสม และ 7) ความร่วมมือระหว่างชุมชน ภาคส่วนอื่นที่ไม่เพียงพอ²⁹

ดังนั้นการจะสร้างความเข้มแข็งให้บริการปฐมภูมิในอนาคต จะต้องคำนึงถึงสถานการณ์ที่รอบด้านทั้งระดับวิทยา โครงสร้างประชากร การเมือง และเศรษฐกิจ บริการปฐมภูมิจะต้องพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ เนื่องจากบริการปฐมภูมิคือการพัฒนาสุขภาพโดยนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบของระบบบริการ

ปฐมภูมิ ตามแนวคิด The six building blocks²⁹ ที่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 องค์ประกอบในการสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิ

ที่มา: WHO SEARO. The Regional Six-point Strategy for Health Systems Strengthening based on the Primary Health Care Approach. New Delhi: World Health Organization; 2007.

องค์การอนามัยโลก (2007)²⁹ ได้เสนอกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งผ่านแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้ 1) บริการที่ส่งมอบ (Service Delivery) บริการปฐมภูมิที่ดีต้องมีการส่งมอบบริการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีการให้บริการสุขภาพส่วนบุคคลและระดับประชากรแก่ประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับบริการ ในเวลาที่ต้องการ ณ สถานที่ที่จำเป็น ภายใต้การสูญเสียทรัพยากรที่น้อยที่สุด 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ให้ความสำคัญของการพัฒนากำลังคนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยมีการพัฒนาทักษะบุคลากรในระบบบริการสุขภาพให้มีสมรรถนะที่ตอบสนองต่อสิ่งท้าทายในระบบบริการปฐมภูมิประกอบด้วย 2.1) การให้บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2.2) การทำงานแบบหุ้นส่วน 2.3) การพัฒนาคุณภาพ 2.4) การสื่อสารและการ

จัดการข้อมูล และ 2.5) มุมมองด้านสาธารณสุข³⁰ เพื่อให้กำลังคน มีความสามารถในการตอบสนอง และมีผลิตภาพที่ดี 3) สารสนเทศสาธารณสุข (Health Information) จะต้องมีการผลิต การวิเคราะห์ การเผยแพร่แจกจ่าย และการใช้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย เชื่อถือได้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนด สุขภาพ ผลการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพ และสถานะสุขภาพ 4) เทคโนโลยี และผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (Medical products, Vaccines, and Technologies) ระบบ ปฐมภูมิที่ดีต้องสามารถทำให้มั่นใจถึงการเข้าถึง เทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนที่จำเป็นซึ่ง จะต้องมีการประกันคุณภาพ มีความปลอดภัย มี ประสิทธิภาพ คุ่มค่า เป็นเทคโนโลยีที่มีเหตุผลทาง วิทยาศาสตร์ และมีการใช้ที่แสดงให้เห็นถึงการคุ้มทุน 5) การเงินสุขภาพ (Health Financing) มีการจัดหา ทุนที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการสุขภาพซึ่งทำให้ ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับการบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น และได้รับการปกป้องจากการล้มละลายทางการเงินจาก การเจ็บป่วย หรือ ประสบภาวะยากจนจากการจ่ายเงิน ไปใช้ในการรักษาพยาบาล และ 6) ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล (Leadership and Good Governance) มีการออกแบบยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน รวมถึงมีการ ควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ มีการสร้างความร่วมมือ การออกกฎหมายและกฎระเบียบรวมถึงคำตอบแทน ที่เหมาะสม มีการใส่ใจในเรื่องการออกแบบระบบ มี ความรับผิดชอบ และตรวจสอบได้ เพื่อที่จะทำให้ ประชาชนมีการพัฒนาสภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้รับการปกป้องสิ่งที่คุกคาม ต่อสุขภาพรวมถึงปกป้องในด้านผลกระทบการเงิน จากการเจ็บป่วย ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มี ประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างเป็นธรรม และทำให้ ประชาชนสามารถร่วมตัดสินใจในสุขภาพและระบบ สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Bhatia M, Rifkin S. A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe? *Globalization and Health*. 2010;6:13-8.
2. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC) : What is the Differences? *Canadian Journal of Public Health*. 2006;97(5):409-11.
3. Goicoechea J. Primary Health Care Reforms. Copenhagen: World Health Organization; 1996.
4. Roger W, Veale B. Primary Health Care and General Practice: Department of General Practice Flinders Medical Centre. Australia: The national Information Service; 2000.
5. World Health Organization. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1978 Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September; 1978.
6. World Health Organization. Primary Health Care: The basis for health systems strengthening. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2010.
7. World Health Organization South-East Asia Regional Office. The Regional Strategic Plan for Health Workforce Development in the South East Asia Region. New Delhi: World Health Organization; 2007.
8. สุพัตรา ศรีวณิชกร. สาธารณสุขมูลฐานระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว: นิยามความหมายและความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว. 2551;1(1):11-5.
9. Rifat A, Henrietta L. What is good primary care? -What is the evidence that it is 'good'? *Developing Primary Care Resource Pack*: Jan 1996, M2-4; 1996.
10. Showstack J, Rothman AA, Hassmiller S. Primary Care at a Crossroads. *Ann Intern Med*. 2003;138:242-3.
11. Donaldson JS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow

- NA. Primary care America's health in a new era. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
12. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press, 1998.
13. สุพัตรา ศรีวณิชกร. บริการปฐมภูมิ สถานบริการด้านหน้า. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ; 2545.
14. Pongkasorn S. History of Work on Tuberculosis in Thailand. In: Prachyanon B, Pongasorn S, editors. Tuberculosis Bangkok: Anti-Tuberculosis Association of Thailand; 1981.
15. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิกับสุขภาพชุมชน: บทเรียนความท้าทายและบริบทใหม่ของงานสุขภาพภาคประชาชน: เอกสารวิชาการงานมหกรรมสุขภาพชุมชน 25๕2; 2552.
16. Nitayaronphong S. Evolution of Primary Health Care in Thailand: What Policies Worked. Health Policy and Planning. 1990;5 (3):246-54.
17. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
18. Moodie R, Borthwick C, Phongphit S, Galbally R, Hsu Hage B H-H. Health Promotion in South East Asia. Indonesia, DPR Korea, Thailand, The Maldives and Myanmar. Health Promotion International. 2000;15(3):249-57.
19. Towse A, Mills A, Tangcharoen sathien V. Learning from Thailand's Health Reforms. BMJ. 2004;328:103-5.
20. World Health Organization. Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
21. สุพัตราศรีวณิชกร. งานสุขภาพชุมชน "จุดตามจัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ". ดิฉันลึก ถอดการณบริการปฐมภูมิสู่การปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน: เอกสารงานประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศ ครั้งที่ 2 วันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2550; 2550.
22. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. ทบทวนวรรณกรรม ที่มา การให้และความหมายบริการปฐมภูมิ. ใน ลือชัย ศรีเงินยาว, ศุภลักษณ์ เลิศมนโรจน์, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, editors. Primary Care vs Primary Health Care พัฒนาการและข้อเสนอทศวรรษที่สี่การสาธารณสุขมูลฐานไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วันดีคืนดี; 2552.
23. Health Canada. A population health approach: Definitions and guiding principles. Health Promotion and Programs Branch. Manito/ Saskatchewan Region; 1999.
24. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. Lancet 2008;372:940-9.
25. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. Lancet 2009;374:170-3.
26. Olmen J, Criel B, Narayanan D, Parityo G, Vos P D, et al. Primary health care in the 21st Century: primary care providers and people's empowerment. Tropical Medicine and International Health. 2010;15(4): 386-390.
27. คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550-2554. สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: นโม พรินต์ติ้งแอนด์พบลิชซิง; 2550.
28. ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. มุสนธิสาธารณสุข

- แห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ที ดีว พี จำกัด; 2552.
29. World Health Organization South-East Asia Regional Office. The Regional Six-point Strategy for Health Systems Strengthening based on the Primary Health Care Approach. New Delhi: World Health Organization; 2007.
 30. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. New Delhi: World Health Organization; 2005.