สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ กับสุขภาพชุมชน: บทเรียน ความท้าทายและบริบทใหม่ของงานสุขภาพภาคประชาชน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

บทนำ

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาของการสาธารณสุขมูลฐาน ประเทศไทยเป็นหนึ่งในสมาชิกประเทศขององค์การอนามัยโลกที่มีความมุ่งมั่นที่สุดในการดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 องค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชนได้ระดมมาตรการและความพยายามต่างๆ อย่างทุ่มเทจนทำให้สถานการณ์สาธารณสุขไทย โดยเฉพาะในชนบทดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนในช่วงปี ค.ศ. 1970-1980 อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัญหาสุขภาพตลอดจนบริบททางสังคมและการเมืองได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในระยะ 2-3 ทศวรรษมานี้ บทความนี้เป็นความพยายามที่จะประเมินประสบการณ์การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานจากมุมมองและบริบทที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน โดยการทบทวนสถานการณ์ ความรู้และกรณีศึกษาเกี่ยวกับงานสุขภาพชุมชน เพื่อทบทวนและแสวงหาแนวทางใหม่สำหรับการทำงานสุขภาพชุมชนตามปรัชญาและแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่เหมาะสมกับความเป็นจริงในปัจจุบัน

แม้ว่านโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะถูกแปรเป็นการปฏิบัติอย่างมีผลสำเร็จ โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษแรก แต่ในช่วงสองทศวรรษต่อมา นโยบายสาธารณสุขมูลฐานเริ่มมีข้อจำกัดและไม่สามารถยกระดับเพดานความสำเร็จให้สูงขึ้นกว่าเดิมได้มากนัก ที่เป็นเช่นนั้นมีสาเหตุมาจากหลากหลายปัจจัย ด้านหนึ่งกระแสโลกและคู่ความขัดแย้งเชิงอุดมการณ์ระหว่างทุนนิยมเสรีนิยมและสังคมนิยมคอมมิวนิสม์ ซึ่งเป็นบริบทสำคัญที่ทำให้รัฐต้องให้ความสนใจเรื่องความเป็นธรรมและการพัฒนาชนบทยากจนได้คลี่คลายไป อีกด้านหนึ่ง สถานการณ์สุขภาพในแต่ละท้องถิ่นที่เปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะเฉพาะทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้สุขภาพมีความหมายที่แตกต่างหลากหลายมากขึ้นพร้อมๆ กับปฏิบัติการเพื่อสุขภาพของชุมชนที่แตกต่างกันตามความจำเป็นของแต่ละบริบท

รูปแบบการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่มีลักษณะรวมศูนย์และเน้นกิจกรรมมาตรฐานสำเร็จรูปเป็นข้อจำกัดสำคัญ การพัฒนาสุขภาพชุมชนต้องการความหลากหลายมากเกินกว่ารูปแบบมาตรฐานและการจัดการแบบรวมศูนย์จะตอบสนองได้ กระบวนการและกลไกเชิงนโยบายสุขภาพที่จะสามารถรองรับความจำเป็นที่แตกต่างกันทำให้เกิดการปรับตัวของระบบสุขภาพทั้งในเชิงโครงสร้างนโยบาย และการเกิดองค์กรหรือกลไกใหม่ๆ หลากหลายมากขึ้นกว่าเดิม พัฒนาการดังกล่าวมีส่วนทำให้การพัฒนาสุขภาพชุมชนมีพัฒนาการและแตกรูปแบบการทำงานออกไปจากที่เคยเป็นมาโดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่สามนี้ และทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสถานภาพและความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันสามารถเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพได้อย่างเปิดกว้าง รวมทั้งสามารถต่อรองผลประโยชน์ระหว่างกันให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น

ในสถานการณ์ดังกล่าวนี้ การพัฒนาสุขภาพภาคชุมชนควรมีทิศทางอย่างไร บทเรียนจากการทำงานสาธารณสุขมูลฐานในระยะสามทศวรรษที่ผ่านมาบอกอะไรกับเราได้บ้าง นโยบาย กลไก และแนวทางการทำงานที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ในแวดวงสุขภาพ (ไม่ว่าจะเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. รวมทั้งการก่อตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช.) มีความหมายต่อการทำงานสุขภาพชุมชนอย่างไร บทความนี้เป็นการทบทวนบทเรียนการพัฒนาสุขภาพชุมชนภายใต้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ในบริบททางสังคมการเมืองและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อแสวงหาคำตอบต่อคำถามดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิกับการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะเหลื่อมซ้อนกัน โดยจะมีการวิเคราะห์และวิพากษ์จุดแข็งและจุดอ่อนของแนวคิดและวิธีปฏิบัติทั้งสองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนและบูรณาการสู่แนวทางใหม่ ๆ ที่สมดุลย์และสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปมากขึ้น

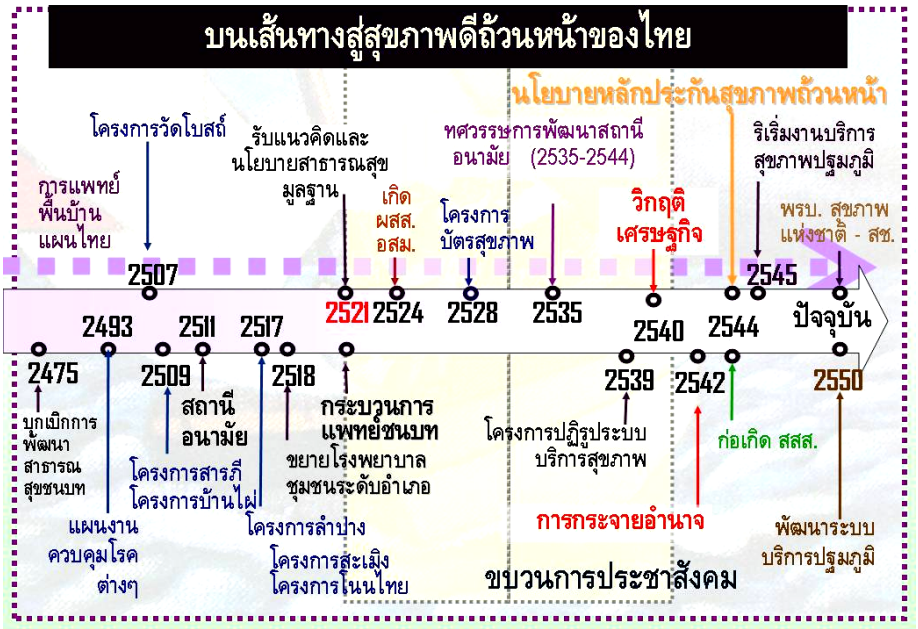
บทความนี้แบ่งการนำเสนอเนื้อหาออกเป็นสี่ส่วนด้วยกัน ส่วนแรกจะนำเสนอถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ทำให้เราต้องหันมาคิดใหม่อย่างจริงจังเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน จากนั้นจะทบทวนถึงความสำเร็จที่เกิดจากการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา โดยจะเน้นถึงผลสำเร็จที่ส่งผลระยะยาวต่อการพัฒนา รวมทั้งจะได้แสดงให้เห็นว่าปรัชญา แนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานได้มีการพัฒนาต่อยอดเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพใหม่ ๆ ในบริบททางสังคมการเมืองที่เปิดพื้นที่ให้กับการทำงานพัฒนาชุมชนด้วยความริเริ่มของท้องถิ่นมากขึ้น ควบคู่ไปกับการพัฒนาโครงสร้างและกลไกการทำงานที่หลากหลายไปกว่าเดิม ส่วนท้ายของบทความจะนำเสนอประเด็นที่จำเป็นต้องพิจารณาเพื่อปรับทิศทางการพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยอาศัยบทเรียนจากงานที่ผ่านมาให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ที่กำลังเปลี่ยนแปลง

การสาธารณสุขมูลฐาน: มองย้อนไปข้างหน้า

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวคิดทางสังคมที่ถูกสร้างขึ้นในยุคสมัยหนึ่งทางประวัติศาสตร์ การทำความเข้าใจแนวคิดดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมองย้อนไปทำความเข้าใจกับบริบททางประวัติศาสตร์ที่ให้กำเนิดแนวคิดดังกล่าวขึ้น แม้ว่าหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา แนวคิดการพัฒนาและการทำประเทศให้ทันสมัยจะได้กลายเป็นเหตุผลสำคัญของการดำรงอยู่ของรัฐชาติ และในการพัฒนาให้ประเทศทันสมัยนั้นก็มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์การสาธารณสุขไม่น้อย แต่บริบทที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานกลายเป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในระดับโลกนั้นคือสงครามเย็นที่ก่อตัวหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา ในระยะสามทศวรรษมานี้ นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้กลายเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพที่สำคัญที่สุดในโลก (WHO 1981) ที่ไม่เพียงแต่ทำให้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพมีความแจ่มชัดที่สุดเท่านั้น แต่ยังเป็นยุทธศาสตร์ที่ให้ความชัดเจนในเชิงอุดมการณ์ทางสังคมที่ทำให้เรื่องสุขภาพนั้นไม่ใช่สิทธิพิเศษเฉพาะสำหรับคนบางคนหรือ

บางกลุ่ม (Cueto 2004: 1868) เพราะภายใต้หลักการของการสาธารณสุขมูลฐานนั้นเป้าหมายสูงสุดอยู่ที่การมีสุขภาพดีของทุกคน ตามคำขวัญที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543”

ประเทศไทยยืนอยู่แถวหน้าของการดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจนกลายเป็นแบบอย่างสำหรับการเรียนรู้ของนานาประเทศ ด้วยประสบการณ์การทำงานควบคุมโรคมาเลเรียที่อาศัยชุมชนเป็นฐาน (community-based malaria program) ในช่วงทศวรรษ1950 และประสบการณ์งานสุขภาพชุมชนในโครงการนำร่องสำคัญเช่น โครงการสารภี และโครงการลำปางในยุค ค.ศ. 1960 รวมทั้งบทเรียนและการบุกเบิกในการสร้างระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชนที่ผ่านมา (โปรดดูแผนผังที่ 1 ประกอบ) รัฐบาลไทยได้ริเริ่มแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในปี 1977 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 ก่อนการประกาศอย่างเป็นทางการในการประชุมที่อัลมาอตา ในปี ค.ศ. 1978 ในช่วงหลายปีติดต่อกันหลังจากนั้น แผนงาน โครงการและกิจกรรมสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การฉีดวัคซีนในเด็ก การรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน การสุขศึกษา รวมทั้งการอนามัยแม่และเด็กก็ได้รับการเร่งรัดอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งกองทุนและกรรมการในชุมชน การจัดตั้งและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจกล่าวได้ว่าในช่วงทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น แนวคิดและปรัชญาการทำงานสุขภาพตามนโยบายดังกล่าว ไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีผลอย่างสำคัญต่อทิศทางการพัฒนาโดยรวมของประเทศ โดยเฉพาะในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 อย่างเด่นชัด



งานสาธารณสุขมูลฐานของไทยยังคงดำเนินไปและมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบททางสังคม การเมืองและนโยบายด้านการแพทย์การสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป ในยุคหลังสงครามเย็นที่เส้นแบ่งและการเผชิญหน้าระหว่างอุดมการณ์ทางการเมืองของฝ่ายเสรีทุนนิยมและสังคมนิยมคอมมิวนิสม์ล่มสลายลง กระแสโลกาภิวัฒน์ที่เชี่ยวกรากไม่เพียงแต่ทำให้เรื่องสุขภาพและการสาธารณสุขกลายเป็นเรื่องไร้พรมแดนเท่านั้น แต่ทุนนิยมโลกและการค้าเสรียังทำให้สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานไปอย่างรวดเร็ว การเติบโตทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการลงทุนข้ามชาติทำให้-เศรษฐกิจไทยพัฒนาไปอย่างก้าวกระโดดและในขณะเดียวกันก็ได้สร้างให้เกิดการขยายตัวของกลุ่มคนชั้นกลางอย่างไม่เคยมีมาก่อน (Pasuk Phongpaichit and Baker 1998) การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมืองและวิถีชีวิตสมัยใหม่กลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคมร่วมสมัยของไทย แนวนโยบายการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจสังคมและด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบราชการ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้โรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่กลายเป็นปัญหาสำคัญ (กระทรวงสาธารณสุข 2550) เหล่านี้เป็นบริบทใหม่ที่เราจำเป็นต้องพิจารณาในการทบทวน เพื่อกำหนดทิศทางในอนาคตของการสาธารณสุขมูลฐาน

บทความนี้มุ่งพิจารณาทบทวนงานสาธารณสุขมูลฐานโดยการถกกับนโยบายและแนวการปฏิบัติที่เกี่ยวกับงานสุขภาพชุมชนในปัจจุบัน โดยจะเน้นการสะท้อนและตรวจสอบทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการทำงานด้านการส่งเสริมระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เห็นความเป็นไปได้ใหม่ๆ จากบทเรียนการทำงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา และเพื่อให้งานบริการปฐมภูมิและการส่งเสริมระบบสุขภาพภาคประชาชนไม่ละเลยปรัชญาแนวคิดและอุดมการณ์ของการสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นไปเพื่อความเป็นธรรม การมีส่วนร่วม และการพึ่งตนเองได้ของชุมชน

ภาพรวมของพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานและการประเมินความสำเร็จ

แม้ว่าการสาธารณสุขมูลฐานในไทยจะเริ่มต้นอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 1977 ในฐานะยุทธศาสตร์สำคัญของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (ค.ศ 1977-1981) แต่การริเริ่มและประสบการณ์การทำงานสุขภาพชุมชนในชนบทมีรากฐานยาวนานมาก่อนหน้านั้น ในช่วงปี ค.ศ. 1950 แผนงานควบคุมและป้องกันโรคเขตร้อน (Tropical Disease Control Programs) เริ่มต้นขึ้นเพื่อจัดการกับปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ พยาธิปากขอ และการป้องกันควบคุมวัณโรค เป็นต้น (Sombun Pongaksorn 2524) รวมทั้งแผนงานควบคุมโรคมาเลเรียซึ่งเป็นปัญหาโรคเขตร้อนที่สำคัญ แนวทางการทำงานในยุคแรกๆ ของการควบคุมป้องกันโรคเหล่านี้มีลักษณะเป็นแผนงานเฉพาะด้านหรือที่เรียกกันว่า (vertical program approach) ซึ่งเน้นการออกหน่วยเป็นครั้งคราวเพื่อให้การรักษาพยาบาลหรือให้สุขศึกษา บทเรียนของงานที่ได้ผลอย่างจำกัดทำให้มีการปรับแผนงานให้มีลักษณะที่มีชุมชนเป็นฐานและให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมมากขึ้น อาสาสมัครในชุมชนก็ถูกริเริ่มขึ้นก่อนในยุคดังกล่าวในแผนงานควบคุมมาเลเรียโดยการนำชาวบ้านมาฝึกให้เป็นอาสาสมัครมาเลเรีย ซึ่งต่อมา

กลายเป็นต้นแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันเป็นกลยุทธที่สำคัญที่สุดของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า นโยบายสาธารณสุขมูลฐานก่อกำเนิดขึ้นในบริบททางประวัติศาสตร์และการเมืองของยุคสงครามเย็น ในประเทศไทย ช่วงเวลาดังกล่าวทำให้เกิดพัฒนาการสำคัญที่เป็นปัจจัยความสำเร็จของการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน การเกิดขึ้นของกระแสการต่อสู้เพื่อประชาธิปไตยในหมู่นิสิตนักศึกษา กรรมกรและชาวนา ซึ่งนำไปสู่เหตุการณ์การลุกฮือขึ้นขับไล่เผด็จการในเดือนตุลาคม 2516 ได้เปลี่ยนแปลงโฉมหน้าของการเมืองไทยและได้เปิดพื้นที่ให้กับการต่อสู้ต่อรองเพื่อสังคมที่เท่าเทียมและเป็นธรรมมากขึ้น ในปี ค.ศ. 1975 นโยบายสาธารณสุขครั้งประวัติศาสตร์เกิดขึ้นในสมัยรัฐบาลคึกฤทธิ์ ปราโมช ที่ได้ประกาศให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่คนยากจน นโยบายดังกล่าวทำให้เกิดการขยายตัวของระบบบริการสุขภาพในชนบท เช่น สถานีอนามัยและโรงพยาบาลอำเภอ ระบบบริการสาธารณสุขชนบทนี้เองที่กลายเป็นที่รองรับนักวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีอุดมการณ์ประชาธิปไตยและรักความเป็นธรรมให้ออกไปรับใช้ชนบท (สุวิทย์ 2546; สงวน 2551) แพทย์รุ่นใหม่และนักวิชาชีพทางการแพทย์เหล่านี้ได้ใช้ชีวิตตามอุดมการณ์ทำงานรับใช้ชาวบ้านในชนบทห่างไกลและต่อมาได้กลายเป็นผู้นำในการแปลงแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติอย่างทุ่มเท

จากกลาง ค.ศ. 1970 ถึง 1980 เป็นช่วงทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐานที่กลายเป็นวาระการพัฒนาในระดับชาติ มีการระดมทรัพยากรและงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขมูลฐานอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะลดความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคเมืองและภาคชนบท สถานพยาบาลขนาดเล็กในชนบทมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดนโยบายให้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาออกไปทำงานในชนบทเป็นการใช้ทุน นอกจากนั้น กิจกรรมการพัฒนาในระดับชุมชนก็มีการคิดค้นสร้างสรรค์อย่างกระตือรือล้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดตั้งองค์กรชุมชน สหกรณ์และกองทุนประเภทต่าง ๆ รวมทั้งการปรับระบบโครงสร้างการจัดการงานสาธารณสุขและการสร้างความร่วมมือระหว่างสาขาผ่านงานพัฒนาของสี่กระทรวงหลักได้แก่ มหาดไทย เกษตร ศึกษา และสาธารณสุข งานหลายด้านเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขคลี่คลายไปในทางที่ดี ไม่ว่าจะเป็นภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ การมีน้ำสะอาดไว้ใช้อุปโภคบริโภคในครัวเรือน อัตราการได้รับภูมิคุ้มกันและวัคซีน รวมทั้งการมียาและการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในชุมชน

นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ หนึ่งในผู้บุกเบิกการสาธารณสุขมูลฐานไทยกล่าวถึงความสำเร็จในงานพัฒนาสุขภาพในชนบทว่าเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชน ความร่วมมือระหว่างองค์กรรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน การบูรณาการงานอย่างเป็นเอกภาพ การกระจายอำนาจในการจัดการและการวางแผน รวมทั้งความเอาจริงเอาจังและการติดตามอย่างใกล้ชิดของผู้บริหารตั้งแต่ในระดับประเทศจนถึงระดับปฏิบัติการ (Sanguan Nitayarumphong 1990) ทศวรรษเศษหลังจากนั้นเมื่อสงครามเย็นยุติลงและประเทศไทยมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมอย่างรวดเร็วตามนโยบายการเปลี่ยนสนามรบเป็นสนามการค้า รัฐได้ให้ความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมเพื่อให้

ไทยกลายเป็นหนึ่งในประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (NICs, Newly Industrialized Countries) งานพัฒนาชนบทและการสาธารณสุขมูลฐานกลายเป็นประเด็นที่ไม่ได้รับความสนใจมากนัก จนกระทั่งในช่วง ค.ศ. 1990 หรือในช่วงเข้าสู่ทศวรรษที่สามนี้เองที่การสาธารณสุขมูลฐานกลายเป็นนโยบายที่ถูกละเลยไปโดยสิ้นเชิง

พัฒนาการใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเดียวกันคือการก่อกำเนิดของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานกองทุนฯ (สสส.) โดยอาศัยงบประมาณจากส่วนหนึ่งของภาษีสุราและยาสูบที่ได้พลิกโฉมหน้าการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของประเทศและเป็นแบบอย่างให้กับนานาชาติ (Buasai 1997; Rob Moodie et al. 2000) ในขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็ได้ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนชาวไทยเป็นไปได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมมากกว่าเดิมด้วยการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้บ้านและทำงานร่วมกับชุมชน (Adrian Towse, Anne Mills, and Tangcharoensathien 2004) นอกจากนั้น การผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีกระบวนการยกร่างที่ยาวนานและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างกว้างขวางระหว่างประชาคมสุขภาพและชุมชน ได้ทำให้เกิดกลไกและกระบวนการทำงานใหม่ๆ ทั้งในการสร้างจิตสำนึกเรื่องสุขภาพและการสร้างจิตวิญญาณของความเป็นพลเมือง (โกมาตร 2548) แนวคิดใหม่ๆ และความริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นแนวคิดสุขภาพพอเพียง แนวคิดสร้างนำซ่อม การสร้างระบบบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ แนวคิดเรื่องจิตอาสา แนวคิดเรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เรื่องสิทธิมนุษยชนและสุขภาพ รวมทั้งการเกิดความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่องขององค์กรภาคประชาสังคม เหล่านี้เป็นพัฒนาการที่กำลังท้าทายทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไทย

พลังแห่งการริเริ่มสร้างสรรค์และพัฒนาการใหม่ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นลอยๆ อย่างไม่มีที่มาที่ไป ในทางตรงข้าม นโยบายและงานพัฒนาที่ก้าวหน้าเหล่านี้เป็นผลผลิตของกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาของบุคคลและองค์กรที่อาจกล่าวได้ว่ามีประสบการณ์ร่วมที่หล่อหลอมอุดมการณ์และวิธีคิดในระหว่างที่ทำงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาสุขภาพชุมชนในระยะสามทศวรรษที่ผ่านมา ในภาวะที่กระแสงานสาธารณสุขมูลฐานซบเซาลงด้วยขาดการสนับสนุนและการผลักดันขององค์กรระดับโลกที่เคยมีบทบาทสำคัญ เช่น องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ นโยบายสาธารณสุขมูลฐานไม่ได้เป็นวาระสำคัญของรัฐบาลไทยอีกต่อไป จากงานที่มีอุดมการณ์ก้าวหน้าที่สุดในบรรดานโยบายสาธารณสุขที่ผ่านมา งานสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันกลายเป็นงานที่ไร้ความหมายในสายตาของผู้กำหนดนโยบายและต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้มีทรัพยากรพอที่จะทำงาน ภารกิจหลักประการเดียวที่หลงเหลืออยู่ของหน่วยงานสาธารณสุขมูลฐานในส่วนกลาง (ปัจจุบันกลายเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน) ก็คือการพยายามรักษาความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์กับบางกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขและรับหน้าที่ระดมอาสาสมัครเหล่านี้ให้เป็นฐานคะแนนเสียงสำหรับ

นักการเมืองที่เข้ามามีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุขและนักการเมืองท้องถิ่นที่ต้องการครอบครององค์กรชุมชนที่เป็นที่ยอมรับ

ประเมินความสำเร็จ

แม้ว่าในช่วงที่การสาธารณสุขมูลฐานเฟื่องฟูจะมีกิจกรรมและนวตกรรมต่าง ๆ มากมายเกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในยุคนั้น แต่ความสำเร็จที่จะทำการประเมินจะเน้นที่กิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาในระยะยาวเป็นหลัก

- **กำลังคนด้านสุขภาพชุมชน**

ในระยะทศวรรษที่สามของการสาธารณสุขมูลฐานนี้ แม้กิจกรรมต่าง ๆ ตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะได้ยุติการดำเนินการไปเสียส่วนใหญ่แล้ว แต่เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ยังเป็นสิ่งที่มีการดำเนินงานสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ในช่วงทศวรรษที่ 1970 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) ได้ถูกจัดตั้งขึ้นในทุกชุมชน จวบจนปัจจุบัน ประเทศไทยมี อสม. อยู่เกือบ 800,000 คนทั่วประเทศ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าวถือว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและเป็นมรดกหรือทุนที่สะสมอยู่ในระบบการสาธารณสุขไทยที่ทำให้การพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ผ่านมาประสบความสำเร็จมากกว่าที่จะบรรลุได้ด้วยการดำเนินการผ่านกลไกรัฐแต่เพียงลำพัง การศึกษาเพื่อประเมินบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขล่าสุด (โกมาตรและคณะ 2550) ได้ข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

1. อสม. กับบริบทที่เปลี่ยนแปลง แนวคิดเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผลผลิตของยุคสมัยแห่งการพัฒนาในช่วงทศวรรษที่ 2520 บริบททางสังคมการเมืองไทยในยุคนั้นทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีรูปแบบที่ขึ้นต่อระบบราชการและกลายไปเป็นแขนขาของภาคการเมืองที่ขาดความเป็นอิสระ ในขณะเดียวกัน ภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขก็ถูกกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการและเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาโรคติดเชื้อ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งปัญหาการสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด เป็นต้น เมื่อปัญหาสาธารณสุขและบริบทการทำงานเปลี่ยนแปลงไปจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขอีกครั้งอย่างจริงจัง

2. อสม. กับทุนทางสังคมด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. เกือบ 800,000 คนเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ก็ได้รับการยอมรับจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและมีความรู้ในเรื่องสุขภาพดี นอกจากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์และ

ความรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำงานต่าง ๆ จึงนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพของระบบสุขภาพไทย

3. กระบวนการ อสม. ยังมีชีวิตอยู่และมีความเป็นผู้หญิงมากขึ้น ในการศึกษา อสม. จำนวน 791,383 คนนั้น ปรากฏว่ามีอาสาสมัครจำนวนถึง 292,598 คน (36.97%) หรือมากกว่า 1 ใน 3 ที่มีช่วงเวลาของการเป็น อสม. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังมีอาสาสมัครใหม่ ๆ เข้ามาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ยังพบว่าผู้หญิงเป็น อสม. มากขึ้นถึงเกือบ 70 % ในปัจจุบัน ความเป็นผู้หญิงมากขึ้นนี้ทำให้กระบวนการ อสม. มีศักยภาพในงานบางด้านเป็นพิเศษ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ หรือการทำงานที่ต้องการความละเอียดและความซื่อสัตย์ เป็นต้น

4. จุดแข็ง อสม. ที่เป็นอยู่คือการทำงานที่เสร็จเป็นครั้งคราวในระยะเวลาสั้น ๆ อสม. มีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล เช่น กรณีไข้หวัดนก (WHO 2006) หรือการรณรงค์คัดกรองผู้ป่วย เป็นต้น งานที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น เป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราว ๆ ซึ่งหากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วยที่โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ภาระการดูแลต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่น ๆ เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง อาจมีความจำเป็นมากขึ้น

5. คุณภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบริบทที่เปลี่ยนไป อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม และมีอาชีพเกษตรกร หรือรับจ้าง ลักษณะดังกล่าวทำให้งานอาสาสมัครสาธารณสุขประสบความสำเร็จอย่างจำกัดในเขตเมือง ในขณะเดียวกัน อสม. ที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีอำนาจต่อรองและได้รับความยอมรับอย่างจำกัดจากกลุ่มที่มีฐานะทางสังคมและการศึกษาสูง อาจมีข้อโต้แย้งที่ว่า กลุ่มทางสังคมที่เศรษฐานะดีนั้นไม่ใช่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ อสม. ต้องเข้าถึง อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น อาจทำให้ต้องตั้งคำถามว่าทำอย่างไร เราจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีเงื่อนไขทางอาชีพการงานและภาระครอบครัวเข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น

6. อสม. ในฐานะองค์กรชุมชนกับระบบสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลง ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปและการกระจายอำนาจทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดี แต่ระบบดังกล่าวได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขอาจต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่นโดยตรงใน

ระยะประชิด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อระบบ อสม. ในขณะเดียวกัน ที่ผ่านมาพบว่ามีการก่อตัวตั้งเป็นชมรม อสม. ในระดับต่างๆ ขึ้น แต่ก็ยังเป็นการจัดตั้งจากภาคราชการเป็นสำคัญ ทั้งยังมีข้อสังเกตว่าชมรมดังกล่าวถูกใช้เป็นกลไกทางการเมืองและการรวมศูนย์อำนาจมากกว่าเพื่อความเป็นอิสระของกระบวนการ อสม. โดยรวม

7. อสม. ชนชั้นนำและความเกี่ยวข้องกับการเมือง อสม. กลายเป็นเป้าหมายทางการเมืองที่ต้องการได้เป็นฐานคะแนนเสียง มีการพยายามหาเสียงกับ อสม. ด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเพิ่มสวัสดิการให้กับ อสม. การพา อสม. ไปเที่ยวหรือการจัดการชุมนุม อสม. เพื่อให้นักการเมืองมาหาเสียง กลไกราชการที่รับผิดชอบในการให้การสนับสนุน อสม. เองก็ขาดความเข้มแข็งและความเป็นอิสระที่จะทานแรงรุกทางการเมือง หรือไม่ก็สมรู้ร่วมคิดกับทางการเมือง ปัญหานี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องระบบธรรมาภิบาลที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับธรรมชาติและจุดเด่นของงานอาสาสมัครที่ต้องมีความเป็นอิสระและไม่ยึดถือความเป็นฝักเป็นฝ่ายทางการเมือง

8. การเกิดขึ้นของรูปแบบอาสาสมัครชุมชนที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองแบบมีส่วนร่วม ในขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ได้ทำให้ อสม. ส่วนหนึ่งพัฒนาไปมีบทบาทที่หลากหลายทางสังคม ควบคู่ไปกับการเกิดความหลากหลายของอาสาสมัครอื่น ๆ ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน To be Number One เครือข่ายจิตอาสา อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ กลุ่มมิตรภาพบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดขึ้นของเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิที่ได้ทำให้ความตื่นตัวของอาสาสมัครโดยเฉพาะเยาวชนคนหนุ่มสาวหลั่งไหลไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยเกิดขึ้นและพัฒนาเป็นกระบวนการและเครือข่ายจิตอาสาที่ชัดเจนมากขึ้น

ข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่งก็คือ เมื่อการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขทำงานตามเจตนาหรือวาระงานขององค์กรที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละแหล่งก็มีโจทย์หรือมีความคาดหวังของตัวเอง โดยปริยายทำให้ อสม. ต้องผันตัวเองไปตามโจทย์นั้น ๆ มากขึ้นไปด้วย จึงเป็นประเด็นท้าทายที่ว่า หาก อสม. ไม่สามารถในการบูรณาการงานต่าง ๆ ที่มีเจ้าภาพล้วนแต่มีวาระงาน (agenda) ของตนโดยมีวาระสุขภาพท้องถิ่น (local agenda) ของตัวเองจะทำให้การทำงานเป็นไปแบบขาดการบูรณาการ รวมทั้งจะทำให้ อสม. หลุดออกจากการเป็นคนของชุมชนเพราะองค์กรภายนอกมีผลต่อการทำงานมากกว่า ในแง่นี้จึงมีเสียงเรียกร้องให้คืน อสม.ให้ชุมชนซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจและการส่งเสริมประชาสังคมด้านสุขภาพ

- **ผลสัมฤทธิ์และความสำเร็จในการพัฒนา**

แม้ว่าการแสดงหลักฐานว่าแผนงานการพัฒนามีผลสำเร็จต่อสถานะสุขภาพในชุมชนอย่างชัดเจนจะยังเป็นสิ่งที่ยากจะพิสูจน์ได้อย่างตรงไปตรงมา (S M Moazzem Hossein et al. 2004) แต่ข้อมูลเชิงสถิติและระบาดวิทยาของไทยก็ได้แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนชนบทอย่างชัดเจน การลดลงของอัตราเพิ่มประชากร และการค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนไทย ได้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้โครงสร้างประชากรปรับจากรูปปิระมิดที่มีฐานกว้างในปี พ.ศ. 2510 ไปเป็นประชากรในโครงสร้างรูปแท่ง ซึ่งหมายถึง การเพิ่มขึ้นในสัดส่วนของประชากรวัยกลางคนและสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม ที่เน้นการมีอัตราการเพิ่มของประชากรไม่สูงเกินไป เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพของประชากรได้ดีขึ้น ในด้านอัตราการตายของทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบสาธารณสุขก็มีการปรับไปในลักษณะที่ดีขึ้น โดยอัตราการตายของทารกได้ลดลงจาก 125 ต่อ 1,000 ของการเกิดในปี พ.ศ. 2500 ไปเหลือเพียง 26.1 ในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว (สุวิทย์ บก. 2545: 3, Yongyuth and Somsak 1993).

รายงานทางด้านระบาดวิทยา ยังได้ชี้ให้เห็นถึงแบบแผนการเจ็บป่วยที่เกิดในประเทศไทยในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดเชื้อแบคทีเรีย และพยาธิ รวมทั้งโรคขาดสารอาหารได้ลดลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่แผนการให้ภูมิคุ้มกันก็ประสบความสำเร็จอย่างกว้างขวางจนนำไปสู่การลดลงอย่างรวดเร็วของโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ เช่น โรคคอตีบ และบาดทะยัก เป็นต้น วัณโรคและมาเลเรีย ได้ถูกควบคุมจนมิได้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แต่ถึงแม้ว่าโรคติดเชื้อต่าง ๆ จะไม่ได้เป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายของประชากรไทยอีกต่อไป ทว่าโรคติดเชื้อบางชนิด เช่น โรคท้องร่วง หรือการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บจากโรคติดเชื้อและภาวะการขาดสารอาหารมาสู่กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อได้ทำให้ปัญหาอันเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังกลายเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชาติ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ และหลอดเลือด รวมทั้งโรคมะเร็ง ได้เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประเทศ (สุวิทย์ บก. 2545) (Ministry of Public Health 2002).

ในช่วงปลายทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา การแพร่กระจายของโรคเอดส์ และการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย ได้เคยเป็นภัยคุกคามต่อสถานะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมไทย ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรง จนถึงขั้นที่มีการเรียกขานกันว่าเป็นศูนย์กลางการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในเอเชีย อย่างไรก็ตามในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่งในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทั้งนี้เกิดจากความร่วมมือกันอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อนขององค์กรทั้งในภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนในระดับรากหญ้า ระหว่างที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคเอดส์ ได้เกิดการก่อตั้งองค์กรพัฒนาชุมชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ต่าง ๆ ที่ทำงานต่อสู้กับการแพร่ระบาดโรคเอดส์ในระดับต่าง ๆ อย่างมากมาย องค์กรเอกชน และองค์กรชุมชนจำนวนหนึ่งมีบทบาท

อย่างยิ่งในการเข้าถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งอยู่ห่างไกลและถูกกีดกันทั้งทางสังคมและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

นอกจากนั้นองค์กรเอกชนเหล่านี้ ยังได้ต่อสู้อย่างเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติในลักษณะที่รังเกียจเดียดฉันท์ของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ ตัวอย่างรูปธรรมประการหนึ่งคือ การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และการออกมามีบทบาทสำคัญของผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่ง โดยทำงานใกล้ชิดกับองค์กรเอกชนและองค์กรชุมชนจนสามารถลบล้างภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ ซึ่งสังคมส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นผู้ที่มีตราบาปเนื่องจากการประพฤติผิดทางศีลธรรม (Lyttleton 2000: 216-219) และสามารถจัดความสัมพันธ์ทางสังคมด้วยการสร้างอัตลักษณ์ใหม่จนผู้คนยอมรับและอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างปกติ (มธุรส 2544) และสามารถสร้างเครือข่ายประชาสังคมต่อรองกับภาครัฐอย่างเข้มแข็งต่อเนื่องจนได้รับยาต้านไวรัสตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐ (มธุรส 2546)

วิพากษ์การสาธารณสุขมูลฐาน

ในช่วงที่ผ่านมา มีงานศึกษาผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยพยายามติดตามเพื่อประเมินการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนา (ทวีทองและคณะ 2530; Morgan 1993) ในงานศึกษาเหล่านี้ มีข้อค้นพบตรงกันว่า บทบาทของอาสาสมัครและองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นมีบทบาทหลักอยู่ที่การให้ความร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการชั่งน้ำหนักเด็ก การจัดตั้งกองทุนโภชนาการ การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค การสร้างส้วมหรือภาชนะเก็บน้ำ อาสาสมัครและองค์กรชุมชนเหล่านี้แทบจะไม่มีบทบาทใด ๆ ในการตัดสินว่า อะไรคือปัญหาของชุมชน และจะดำเนินการอย่างไรต่อปัญหาเหล่านั้น ในทางตรงกันข้าม อาสาสมัครและองค์กรชุมชนต่าง ๆเหล่านี้ มีบทบาทเพียงเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการกำหนดไว้แล้วจากการวางแผนที่มีลักษณะรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง แผนงานและกิจกรรมที่ถูกกำหนดล่วงหน้าไว้แล้วนั้น มีลักษณะเป็นมาตรฐานเดียว มีรูปแบบตายตัวที่ถอดมาจากคู่มืองานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้อยู่ทั่วโลก

งานศึกษาของ มอร์แกน ที่ประเทศคอสตาริก้าพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นหลักการสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ในทางปฏิบัติหาได้เป็นตามหลักการแนวคิดที่ได้เขียนไว้ในเอกสารไม่ และสิ่งที่เรียกว่าการมีส่วนร่วมนั้น ชุมชนแทบจะไม่มีบทบาทในกระบวนการเชิงนโยบายใด ๆ เลย แต่สิ่งที่พบเห็นอย่างเด่นชัดในงานศึกษาที่คอสตาริก้าก็คืองานสาธารณสุขมูลฐานและการมีส่วนร่วมของชุมชนได้กลายเป็นคำขวัญและวลีที่สวยหรูที่จะใช้โฆษณาหาเสียงสำหรับผู้สมัครรับเลือกตั้ง และที่สำคัญกว่านั้น นโยบายสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้กลายเป็นข้ออ้างที่จะถูกนำไปใช้เพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่วาระซ่อนเร้นอื่น ๆ ที่มิได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของชุมชน (Morgan 1993)

แม้ว่างานศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่ง จะได้ชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวของงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่อาจกล่าวได้ว่า ความเคลื่อนไหวของสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประสบความสำเร็จอย่างสำคัญในบางด้าน

ความสำเร็จที่มีความหมายอย่างยิ่งประการหนึ่งคือ การที่นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้สร้างพื้นที่สำหรับสามัญชนคนธรรมดา โดยเปิดโอกาสให้พวกเขาเหล่านั้นเข้ามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพและดูแลการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (บัณฑร 2545) นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้เปลี่ยนแปลงทัศนะที่มองสามัญชนเป็นเพียงผู้ที่จะต้องคอยรับบริการจากระบบบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเปรียบเทียบกับวิธีคิดก่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ที่มองว่าการฝึกอบรมให้ประชาชนรักษาตนเอง แม้แต่โรคภัยไข้เจ็บที่ง่าย ๆ มักถูกต่อต้านจากฝ่ายวิชาชีพแพทยที่ถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการสร้างหมอเถื่อน แต่นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้เปิดพื้นที่ใหม่สำหรับสามัญชนให้สามารถมีบทบาทในการรักษาเยียวยาตนเองและดูแลสมาชิกในชุมชน โดยการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลอย่างเด่นชัดจากหมอเท้าเปล่าในประเทศจีน และการดูแลตนเองดังกล่าว ได้ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โรคภัยไข้เจ็บและการแก้ปัญหาด้วยองค์กรและอาสาสมัครในชุมชน เราอาจจะถือได้ว่าเป็นกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับของการปฏิบัติ มากกว่าที่จะเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองที่จะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทในการอภิปราย ถกเถียง แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจ ว่าอะไรเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

อาจจะกล่าวได้ว่า แม้การประเมินผลหรือการตีความผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมาจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับจุดยืนทางการเมืองของการวิเคราะห์ แต่หากมองย้อนหลังไป ถึงกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ก็อาจจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่ากระบวนการมีส่วนร่วมนั้นแม้ว่าจะเกิดกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนและเสริมศักยภาพในการดูแลรักษาความเจ็บป่วย รวมทั้งการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นการมีส่วนร่วมในระดับวิธีทำ โดยปราศจากการมีส่วนร่วมในระดับวิธีคิดและตัดสินใจ เพราะเน้นการดำเนินกิจกรรมตามสูตรสำเร็จและตามรูปแบบที่กำหนดล่วงหน้าไว้แล้วเป็นสำคัญ ภาคประชาชนจะไม่สามารถมีความเห็นโต้แย้งหรือแตกต่างไปจากที่กำหนดไว้แล้วได้

จากการสาธารณสุขมูลฐานสู่บริการปฐมภูมิ

แม้ว่านโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะได้สร้างความก้าวหน้าในกับงานสุขภาพชุมชนได้อย่างไม่เคยมีมาก่อน โดยยึดหลักการสำคัญ 4 ประการคือ

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology)

ความร่วมมือระหว่างสาขา (Intersectorial collaboration)

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเบื้องต้น (Basic health service reorientation)

ตลอดช่วงสองทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐานไทย แม้ประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และความร่วมมือระหว่างสาขาจะได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม แต่ในเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเบื้องต้นนั้นได้รับการเน้นย้ำและมีการนำไปสู่การ

ปฏิบัติน้อยกว่าหลักการสามประการแรกมาก ความพยายามที่จะพัฒนาระบบบริการระดับต้นเป็นรูปธรรมมากขึ้นเมื่อกระทรวงสาธารณสุขเริ่มโครงการทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย โดยโครงการดังกล่าวอาศัยบทเรียนจากโครงการอยุธยาและได้กลายเป็นต้นแบบของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในระยะต่อมา

การพัฒนาเพื่อหาต้นแบบ (model) ของแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) ที่ชัดเจนสำหรับประเทศไทย ตลอดจนรูปแบบการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นไปได้ทั้งในระดับชนบท ชานเมือง และในเมืองเกิดขึ้นอย่างจริงจัง ในปี 2532 ภายใต้ “โครงการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พร้อมไปกับการดำเนินโครงการอยุธยาอันเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) การให้บริการสุขภาพที่ดีถูกถ่ายทอดออกมาผ่านแนวคิดการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 3 ประการคือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) การดูแลอย่างผสมผสาน (Integrated Care) การดูแลอย่างองค์รวม (Holistic Care) เป้าหมายของการพัฒนาระบบสาธารณสุขคือการสร้างระบบสาธารณสุขบูรณาการ (Integrated Health Care) ที่มีบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือเวชปฏิบัติครอบครัวคือองค์ประกอบหลัก (ดูยงยุทธ 2542ก: 2-3; ดูรายละเอียดเพิ่มเติมโครงการอยุธยา จาก ยงยุทธ 2542ข)

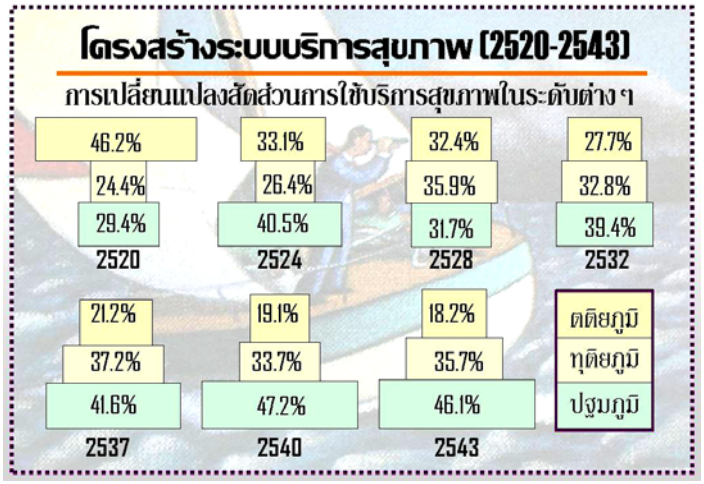
ข้อค้นพบจากโครงการอยุธยาตอกย้ำให้เห็นว่า แม้สถานีอนามัยจะเป็นผลผลิตที่สำคัญอย่างหนึ่งของวิวัฒนาการของระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่อยู่ในภาครัฐ และมีหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ สิ่งที่ได้รับการเน้นย้ำมักเป็นด้านการให้บริการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ส่วนงานรักษาพยาบาลมีบทบาทค่อนข้างน้อย นอกจากนั้น จากการศึกษาพบว่าระบบบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชุมชนยังไม่สามารถใช้ข้อได้เปรียบในฐานะที่รู้จักคนไข้ รู้จักชุมชน และสถานการณ์จริงมากกว่าได้เท่าที่ควร (ยงยุทธ 2542ข: 24, 30-33) อย่างไรก็ตามโครงการอยุธยาก็ได้พัฒนาแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความชัดเจนและนำเสนอต้นแบบการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ พร้อมกับเป็นแหล่งศึกษาดูงานการพัฒนางานการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

ช่วงปี 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัยในชื่อ “ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ปี 2535–2544)” ในช่วงเวลานี้ ได้กำหนดให้สถานีอนามัยหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ สถานีอนามัยทั่วไปและสถานีอนามัยขนาดใหญ่ โดยกำหนดให้สถานีอนามัยขนาดใหญ่มีบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับสถานีอนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางด้านที่สูงกว่า ตลอดจนมีเครื่องไม้เครื่องมือทางการแพทย์มากขึ้น ช่วงเวลาของทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยมีการปรับปรุงและพัฒนาสถานีอนามัยอย่างมากทั้งในแง่อาคารสถานที่และอุปกรณ์เครื่องไม้เครื่องมือทางการรักษาพยาบาลให้ทันสมัย เพื่อหวังจะยกมาตรฐานคุณภาพบริการทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่จากการประเมินโครงการหลังจากดำเนินการมาระยะเวลาหนึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญคือ การให้ความสำคัญกับนโยบายขึ้นอยู่กับผู้บริหารระดับสูงของ

กระทรวงแต่ละคน และการที่ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบนโยบายโดยตรงก็ทำให้การดำเนินโครงการไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง (สุวิทย์, อำพล, บุญเรียง และคณะ 2539)

หลังวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศในปี พ.ศ. 2540 แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้รับการให้ความสำคัญอีกครั้งหนึ่ง โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบาย “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” เพื่อแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณของประเทศจากผลของปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ เพราะรัฐมองว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่ต้นทุนต่ำและชาวบ้านเข้าถึงบริการได้ง่าย (ดู ปรีดาและคณะ 2543; ปรีดา 2544: 264-265) ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลใหม่นำโดยนายกฯ ทักษิณ ชินวัตร ได้เสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนมากกว่า 40 ล้านคนได้ขึ้นทะเบียนเพื่อรับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี หลักการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามโครงการดังกล่าวเป็นการจัดหาสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนไทยทุกคน นโยบายดังกล่าวได้นำไปสู่การเน้นการสร้างระบบบริการปฐมภูมิอย่างจริงจังที่สุดเท่าที่เคยมีมา

ปัจจุบันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพขนานใหญ่ โดยเฉพาะระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้กลายเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพใหม่ครั้งนี้ และหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิก็ได้รับความสำคัญขึ้นอีกครั้ง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นพัฒนาการต่อเนื่องจากแนวคิดบริการสุขภาพดี ต้นทุนต่ำของรัฐ โดยมองว่าหากการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพของชาติโดยรวมจะลดลง งานศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2548: 450) ก็ยืนยันไปในทำนองดังกล่าว กล่าวคือ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่า รัฐควรให้ความสำคัญในการลงทุนกับสถานพยาบาลระดับต้นในชุมชน โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ การมีบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริม และป้องกันโรค เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย



ภายใต้การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เองมีการเสนอแนวความคิดในการให้แพทย์ลงไปทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว (family medicine หรือ family practice) ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ทวีเกียรติ และยงยุทธ 2548: 256-267) แนวคิดการเสนอให้แพทย์จากโรงพยาบาลออกไป

ทำงานยังหน่วยบริการปฐมภูมิถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นแนวคิดที่ไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านอัตรากำลังแพทย์ของประเทศที่มีจำนวนไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานีอนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมกับศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นการจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแบบใหม่ที่มีแพทย์ลงไปช่วยตรวจรักษาพยาบาล ชาวบ้านผู้รับบริการพึงพอใจในบริการ (ครอบคลุมประเด็น ความสะดวก, การดูแลเอาใจใส่, คุณภาพบริการ, การให้ข้อมูล และค่าใช้จ่าย) ของศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าการให้บริการของสถานีอนามัยแบบเดิม (อรทัย และปรีดา 2547: 644-647)

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน กว่า 95% ของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้ารับการรักษาตามสิทธิประโยชน์โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกปฏิเสธการรักษาเพราะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นไปได้ ที่สำคัญการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่เกิดขึ้นพร้อมกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้การจัดสรรงบประมาณการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีความเป็นธรรมตามจำนวนประชากรที่แต่ละหน่วยบริการต้องรับผิดชอบ นอกจากนั้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังได้ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและหน่วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอื่น ๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกและให้บริการใกล้บ้านอีกด้วยแนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุขมีสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นในปี 2548 เป็นร้อยละ 42.8 และ 33.3 ตามลำดับ จากการพัฒนาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมีทีมบริการสุขภาพสหวิชาชีพให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกเป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

หลักการสำคัญและลักษณะเด่นของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

จากที่กล่าวมาข้างต้น เราอาจสรุปหลักการสำคัญและคุณลักษณะเด่นที่เป็นจุดแข็งของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้เป็นประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลแบบองค์รวม คือดูแลคนทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและความสุขทุกข์ของคนมากกว่าที่จะดูแลแบบแยกชีวิตและแยกปัญหาสุขภาพออกเป็นส่วน ๆ เป็นอวัยวะ ๆ
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการทำงานเชิงรุก คือมุ่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งแต่แรกเริ่มมากกว่าที่จะรอให้เกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ลุกลามมากขึ้นแล้วค่อยหาทางแก้ไข
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการผสมผสานงานส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู **โดยทำควบคู่ผสมผสานกันในกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กรและกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่**

- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้น**การดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต**มากกว่าที่จะเน้นการรักษาเป็นครั้ง ๆ โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิต สุขภาพและการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของเขา
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงหลายระดับ: ทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน **โดยถือว่าปัญหาทุกระดับส่งผลถึงกันและการแก้ปัญหาต้องดำเนินการควบคู่ในหลายระดับพร้อมกัน**
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงหลายมิติ: ทั้งมิติทางกาย/ใจ/สังคม/จิตวิญญาณ **ที่ต้องใส่ใจให้ทุกมิติเกื้อกูลส่งเสริมซึ่งกันและกันเป็นสุขภาวะได้อย่างมีดุลยภาพ**
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทำงานเชื่อมโยงระดับบริการ **โดยช่วยเอื้ออำนวยและประสานให้การใช้บริการทางการแพทย์ในระดับอื่น ๆ เป็นไปอย่างสะดวก ราบรื่นและได้ผล**
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิทำงานโดยผสมผสานระบบการแพทย์ที่หลากหลายในชุมชน **ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและทางเลือกสุขภาพแบบต่าง ๆ ให้เป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อสุขภาพได้**
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของท้องถิ่น

จะเห็นได้ว่าหลักการสำคัญดังกล่าวอาจไม่ได้แตกต่างไปจากหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานเท่าใดนัก เพียงแต่มีการเน้นเพิ่มบทบาทด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการใกล้บ้านมากขึ้นจากเดิมที่เน้นบทบาทด้านการรักษาพยาบาลง่าย ๆ ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น การใช้น้ำตาลเกลือแร่ในการรักษาโรคอุจจาระร่วง เป็นต้น หลักการดังกล่าวเมื่อมีความพยายามแปลออกเป็นรูปธรรมการปฏิบัติก็มีการเสนอภารกิจของงานสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนออกเป็น 7 ภารกิจได้แก่

- สร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน
- รักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน
- ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน-ความดัน
- ดูแลใส่ใจผู้สูงอายุ
- การส่งเสริมสุขภาพ
- การควบคุมและป้องกันโรค
- สร้างชุมชนเข้มแข็ง

ภารกิจดังกล่าวอาจไม่มีความเป็นรูปธรรมเท่ากับที่กิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐานเคยได้รับการนำเสนอที่กลายเป็นรูปแบบมาตรฐานในการทำงาน 7 องค์ประกอบหลักของการสาธารณสุขมูลฐานได้แก่

N: Nutrition งานโภชนาการ มีรูปธรรมคือการชั่งน้ำหนักเด็ก เฝ้าระวังเด็กขาดสารอาหาร การส่งเสริมการทำอาหารเสริม การให้โภชนศึกษา หรือการจัดตั้งกองทุนอาหารกลางวันเป็นต้น

E: Education งานสุขศึกษา เน้นการถ่ายทอดความรู้ผ่านผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข การจัดตั้งหอกระจายข่าว และการพัฒนาสื่อสุขศึกษาต่าง ๆ

W: Water Supply การจัดหาน้ำสะอาดไว้ใช้อย่างเพียงพอในชุมชน มีกิจกรรมมาตรฐาน ได้แก่ การจัดทำถังเก็บน้ำฝน การประปาหมู่บ้าน และการจัดทำโอ่งน้ำให้มีน้ำสะอาดเพียงพอต่อการใช้ 5 ลิตรต่อคนต่อวัน

S: Sanitation การสุขาภิบาล เน้นการสร้างส้วมให้ครบทุกครัวเรือน มีการก่อตั้งกองทุนสุขภัณฑ์ การอบรมช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน

I: Immunization การสร้างภูมิคุ้มกันโรค เน้นการฉีดวัคซีนในเด็กให้ครบ ตั้งแต่แรกเกิด

T: Treatment of Common Diseases การรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน โดยเน้นการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถรักษาโรคง่าย ๆ ได้

E: Essential Drugs การจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้มีใช้ในชุมชน รูปแบบมาตรฐาน ได้แก่การจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ หรือสหกรยา ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นกองทุนอเนกประสงค์ด้วย

M: Maternal and Child Health งานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงจากอัตราตายของมารดาและทารกหลังคลอดที่สูง กิจกรรมได้แก่ การส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์ การฉีดวัคซีนให้แม่ และการให้บริการคลินิกเด็กหลังคลอดเป็นต้น

แม้ว่าเนื้อหากิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการระบุว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญนี้จะถูกวิพากษ์จากบางมุมมองว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานแบบถูกเลือกเรื่องที่จะทำไว้แล้วล่วงหน้า (Selective primary health care) แทนที่จะเป็นการทำงานแบบบูรณาการที่ใช้หลักการแนวคิดนำและสร้างกิจกรรมขึ้นจากความจำเป็นที่ได้ค้นพบร่วมกันกับชุมชน (Comprehensive primary health care) แต่เราก็จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าแม้จะเป็น Selective primary health care แต่งานสาธารณสุขมูลฐานมีเนื้อหาที่ครอบคลุมมิติทางสาธารณสุขได้ครบถ้วนเป็นระบบทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค จะมีอ่อนไปบ้างก็คือเรื่องการฟื้นฟูสภาพซึ่งถือว่าเป็นงานในระบบบริการทางการแพทย์ ในขณะที่งานบริการปฐมภูมิแม้โดยหลักการจะมีงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แต่ในทางปฏิบัติภาระและความคาดหวังถูกเน้นหนักไปที่การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งก็มีความจำเป็นอย่างมากในสถานการณ์ปัจจุบัน ทางเลือกในอนาคตจึงไม่ได้อยู่ที่การลดภาระด้านการรักษาโรค เช่น โรคเรื้อรัง แต่อยู่ที่การเพิ่มศักยภาพหน่วยงานสุขภาพชุมชนให้สามารถตอบสนองความจำเป็นที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนมากกว่า

ข้อเสนอแนะทิศทางในอนาคต

จากการทบทวนบทเรียน แนวคิดและทิศทางการพัฒนาที่วิวัฒนาการจากการสาธารณสุขมูลฐานมาถึงสถานการณ์แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทยอาจทำให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะสำหรับทิศทางในอนาคตหลายประการดังนี้

1. งานสาธารณสุขมูลฐานในรูปแบบดั้งเดิมที่ได้ดำเนินการมาอย่างเข้มข้นในช่วงทศวรรษแรกได้สร้างผลพวงและคุณูปการต่อการพัฒนาสุขภาพไทยอย่างเด่นชัด การเกิดขึ้นของกิจกรรมและนวัตกรรมใหม่ๆ กลายเป็นพื้นฐานให้มีการพัฒนาต่อยอดมาจนถึงปัจจุบัน แต่สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและบริบททางสังคมการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้รูปแบบการทำงานที่เคยเป็นมาหมดศักยภาพที่จะพัฒนาต่อไปหากไม่มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนอย่างถึงรากถึงโคน
2. ในขณะที่รูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐานแบบดั้งเดิมดำเนินมาจนถึงเพดานความสำเร็จ งานพัฒนาสุขภาพและงานสาธารณสุขชุมชนก็มีการปรับเปลี่ยนไปสู่รูปแบบใหม่ๆ ผ่านโครงสร้างองค์กรและกลไกการสนับสนุนใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบบริการปฐมภูมิ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคประชาสังคมที่พัฒนาขึ้นมีบทบาททั้งเสริมและตรวจสอบภาครัฐ พัฒนาการเหล่านี้อาจถือได้ว่าเป็น “อวตาร” ภาคใหม่ๆ ของปรัชญาและแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีรากฐานสำคัญคือการสร้างความเป็นธรรมในการให้การดูแลรักษาสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายเพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองได้มากขึ้นของชุมชนและสังคมไทย
3. แม้ว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจะมีแนวโน้มที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านอื่น แต่หากพิจารณาจากความจำเป็นของสภาพปัญหาความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปและภาระที่เพิ่มขึ้นในการให้การดูแลรักษาโรคเรื้อรังในชุมชนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างทบทวี การเพิ่มงานด้านการรักษาพยาบาลที่สะดวกที่หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านก็เป็นเรื่องที่มีเหตุผลอย่างยิ่ง ยิ่งหากพิจารณาจากความทุกข์ที่ซ้ำเติมจากการต้องไปรอรับการรักษาพยาบาลที่แออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลาที่สูญเสียไป การมีระบบบริการที่มีศักยภาพการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นก็เป็นสิ่งที่ชอบธรรมและเป็นธรรม ในแง่หนึ่ง แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่มีหลักการสำคัญคือการปฏิรูปบริการสุขภาพเบื้องต้น (Reorientation of health service) ก็เป็นสิ่งที่ถูกละเลยมานานและควรจะมีการดำเนินการเสียที
4. ปัญหาการพัฒนาศักยภาพทางด้านการรักษาพยาบาลแม้ว่าจะมีเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวแล้ว แต่ก็ยังต้องระมัดระวังที่จะต้องให้ระบบบริการในระดับชุมชนมีความสมดุลและมีการบูรณาการทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่ทีมงานสุขภาพชุมชนมีความหลากหลายทางวิชาชีพมากขึ้น ทิศทางที่จำเป็นต้องพัฒนาคือการ

ทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพที่เชื่อมโยงหนุนเสริมกัน ไม่ใช่การพัฒนาที่นำไปสู่การครอบงำของงานด้านการรักษาพยาบาลจนกดทับงานด้านการสาธารณสุขอื่น ๆ โดยเฉพาะงานด้านการควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชน การเสริมบุคลากรด้านการรักษาพยาบาล เช่น แพทย์หรือพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพชุมชนจะต้องเน้นการสร้างกลไกการทำงานที่เท่าเทียม เคารพให้เกียรติและเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน

5. การที่ปัญหาโรคเรื้อรังที่รุนแรงมากขึ้นและทำให้ภาระด้านงานรักษาพยาบาลในระบบบริการเพิ่มมากขึ้นนั้น อาจกล่าวได้ว่าเกิดจากการที่งานด้านการสาธารณสุข โดยเฉพาะแผนงานโครงการด้านการควบคุมป้องกันโรคในระดับประเทศประสบความล้มเหลว จนทำให้ระบาดวิทยาของโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งก็เป็นเพราะวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลมีอำนาจมากและกดทับงานด้านการควบคุมป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ภาระโรคที่ทำให้งานด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเกิดจากการสูญเสียดุลยภาพของอำนาจระหว่างวิชาชีพด้านการสาธารณสุขและด้านการแพทย์นั่นเอง ความจำเป็นที่ต้องเพิ่มศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลในระบบบริการสุขภาพชุมชนจึงสะท้อนสิ่งที่ควรปฏิรูปในระบบโครงสร้างการสาธารณสุขของประเทศด้วย
6. รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพชุมชนยังต้องมีการคิดค้นสร้างสรรค์เพื่อให้เป็นระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม ชุมชนมีส่วนร่วม และสามารถตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริงในชีวิตของชุมชนได้ ระบบการให้บริการรูปแบบใหม่ ๆ เช่น การสร้างระบบเตียงพยาบาลที่บ้าน (Home ward) การสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือกลุ่มสนับสนุน (Self-help, self-support group) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยและคนชราในชุมชน (Adult day care center) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน (Community hospice & end-of-life care) ระบบการดูแลแทนเพื่อชดเชยให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลาได้มีโอกาสพักผ่อน (Respite care) เหล่านี้ล้วนแต่ต้องคิดพัฒนาขึ้นเพื่อไม่ให้งานด้านการรักษาพยาบาลในชุมชนเป็นรูปแบบตายตัวแบบเดียวกับระบบโรงพยาบาล
7. ปัญหางานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นอยู่ที่การมองการปฏิรูปอยู่ในวงแคบ ๆ ด้านการเงินการคลังเท่านั้น ทัศนะดังกล่าววางอยู่บนฐานคติที่ผิดพลาดสำคัญประการหนึ่งคือ การมองว่าบริการสุขภาพเป็นสินค้าและบริการชนิดหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะมีความคิดที่ว่าสินค้าและบริการดังกล่าวจะต้องเป็นไปเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้และต้องไม่มีการกีดกันและไม่มีอุปสรรคในด้านรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจโดยอาศัยการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบรวมหมู่เข้ามาจัดการ แต่ทว่า การมองว่าสุขภาพดีเป็นผลลัพธ์มาจากบริการทางการแพทย์นั้นได้ทำให้บทบาทของชุมชoและพลเมืองซึ่งมีภารกิจในการร่วมมือกันสร้างชีวิตความเป็นอยู่ของส่วนรวมที่ดีขึ้นถูกลดทอนลงไปเป็นเพียงผู้บริโภคเท่านั้น แทนที่จะมองว่าบริการสุขภาพเป็นเพียงสินค้าและบริการ เราควรจะต้องมองบริการสุขภาพในฐานะที่เป็นโอกาสสำหรับความร่วมแรงร่วมใจและการแก้ปัญหาร่วมกันที่ทั้งผู้

ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยและชุมชนจะต้องร่วมมือกันในการทำงาน มากกว่าที่จะต้องเป็นการมารอรับบริการอย่างเดียว

8. การเคลื่อนไหวทางสังคมของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในช่วงครึ่งหลังของทศวรรษ 2540 มีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดนิยามสุขภาพใหม่ที่ก้าวพ้นจากการบริหารจัดการเฉพาะภาครัฐสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม (ดู สายศิริ 2548; โกมาตร 2548) ผลที่เกิดขึ้นทำให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวการเมืองเรื่องสุขภาพของภาคประชาชน เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพปฐมภูมิในหลายพื้นที่ปรับบทบาทการทำงานเรื่องสุขภาพโดยร่วมมือกับองค์กรภาคประชาชนที่ก้าวพ้นจากกรอบคิดเรื่องสุขภาพสู่แนวคิดสุขภาวะหรือสุขภาพองค์รวมที่ครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอีกแง่หนึ่งได้ขยายขอบเขตการจัดการเรื่องสุขภาพของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่พ้นจากกรอบคิดแบบชีวการแพทย์
9. การมีส่วนร่วมของชุมชน ประสบการณ์การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการจัดตั้งองค์กรชุมชนในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่าสามารถมีบทบาทสำคัญในงานพัฒนาสุขภาพชุมชนได้ แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะยังคงมีบทบาทในบริบทของนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แต่ความจำเป็นในการหารูปแบบใหม่ ๆ ขององค์กรชุมชนและการมีส่วนร่วมที่หลากหลายมากขึ้นก็เป็นสิ่งที่ปรากฏอย่างเด่นชัด รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง หรืออาสาสมัครรูปแบบอื่น ๆ จำเป็นต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุน นอกจากการมีส่วนร่วมในฐานะของผู้ช่วยหรือแรงงานที่เสียสละเวลามาแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางสุขภาพแล้ว ในบริบททางการเมืองใหม่ของการกระจายอำนาจและภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมในระดับนโยบาย เช่น กระบวนการสมัชชาสุขภาพต่าง ๆ หรือการคุ้มครองสิทธิสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบของนโยบายหรือการทำงานของรัฐ การมีส่วนร่วมมีความหมายกว้างขวางขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการเติบโตขององค์กรภาคประชาสังคมและองค์กรชุมชนที่หลากหลายขึ้น กลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมจำเป็นต้องได้รับการทบทวนและสร้างสรรค์ขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และรวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในระดับโลกที่มีผลกระทบต่อชีวิตชุมชนอีกด้วย

บทส่งท้าย

หากเราพิจารณาทั้งบทเรียนการทำงานสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน เราจะเห็นได้ไม่ยากว่ากลไกและกระบวนการเชิงนโยบายทั้งสองล้วนใช้ฐานวิธีคิดที่มีรัฐเป็นศูนย์กลาง ในเชิงปรัชญานั้น กระบวนการเชิงนโยบายที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางนั้นเป็นวิธีคิดแบบสมัยใหม่ที่ใช้สำหรับการแก้ไขปัญหาที่มีลักษณะตายตัวและมีคำตอบสำเร็จรูปเป็นสำคัญ กระบวนการดังกล่าว

จึงเริ่มจากการมีทฤษฎีที่เป็นกฎเกณฑ์ตายตัวที่เราจะต้องดำเนินตาม โดยที่ทฤษฎีที่ใช้ให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์ที่วัดได้อย่างเป็นภววิสัยและการประเมินสิ่งต่าง ๆ จากข้อมูลเชิงปริมาณ การทำงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นอยู่นั้นเป็นไปตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีซึ่งถือเป็นกฎเกณฑ์ที่ทุกส่วนจะต้องเคารพและดำเนินตาม กระบวนการดังกล่าวจึงเป็นการยึดเอาทฤษฎีเป็นหลักและได้ทำให้ประสบการณ์ชีวิตจริงและปัญหาความทุกข์ยากซึ่งเป็นความรู้จริงในชีวิตทางสังคมของชุมชนกลายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถปรับใช้กับกรอบทฤษฎีดังกล่าวได้ แนวคิดดังกล่าวจึงเป็นวิธีคิดที่แข็งทื่อและขาดความยืดหยุ่น รวมทั้งขาดมิติของความเป็นมนุษย์ และขาดความเคารพต่อประสบการณ์ท้องถิ่น ละเลยที่จะเชื้อเชิญให้ผู้คนจากภาคประชาสังคมมาร่วมกันสร้างสรรค์กระบวนการปฏิรูปจากสิ่งที่ตนเรียนรู้จากประวัติศาสตร์เฉพาะของตนเอง

หากเรามองการพัฒนาสุขภาพจากมุมมองของภาคประชาชนแล้ว กระบวนการสุขภาพจะต้องเริ่มต้นจากประสบการณ์ชีวิตของผู้คน และความทุกข์ที่สาธารณะรู้สึกร่วมกันในสถานการณ์ชีวิตจริง การปรับเปลี่ยนจากกระบวนทัศน์ที่ยึดทฤษฎี มาสู่กระบวนทัศน์ที่ยึดประสบการณ์ จะเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ที่จะทำให้ประสบการณ์และบทเรียนที่สะสมอยู่ในภาคประชาชนสามารถนำไปสู่การปลดปล่อยศักยภาพและพลังของชุมชน มากกว่าการเอาแนวคิดสำเร็จรูปมาดำเนินการในลักษณะบังคับให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางเดียว กระบวนการและกลไกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูปที่ภาคประชาสังคมจะมีส่วนร่วมจึงจำเป็นที่จะต้องมีลักษณะที่เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และมีลักษณะหลากหลายเป็นพหุนิยมมากขึ้น เพื่อที่จะให้เราสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความแตกต่างกันอย่างหลากหลายในสังคม มากกว่าที่จะใช้ข้อคิดความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่เพียงด้านเดียว ดังที่แคร่ และคณะ (Kari et al.1994) ได้กล่าวไว้ว่า

> *ตลอดช่วงศตวรรษที่ 20 นี้ หน่วยงานภาครัฐบาลและธุรกิจเอกชนได้ขยายตัวและเติบโตอย่างรวดเร็วจนก่อให้เกิดชนชั้นสำคัญอย่างใหม่ขึ้นคือ ชนชั้นผู้จัดการและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้จัดการเหล่านี้ได้มีบทบาทและกลายเป็นกลจักรสำคัญในการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวสังคม โดยอาศัยวิธีคิดและภาษาจากรากฐานวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ วัฒนธรรมของนักวิชาชีพเหล่านี้ปรากฏอยู่ทั่วไปในทุกสาขาวิชาโดยมีจุดเน้นที่ความเป็นเหตุเป็นผลมีระเบียบวิธีที่แน่นอนตายตัว และมีมาตรฐานที่กำหนดขึ้นอย่างเป็นภววิสัย ซึ่งการเน้นเหตุผล ระเบียบวิธีและภววิสัยนี้ได้เข้ามาแทนที่การจะอภิปรายถกเถียง หรือแสดงความคิดเห็นจากมุมมองและประสบการณ์ของพลเมือง ทุกวันนี้ ผู้เชี่ยวชาญได้นิยามและวินิจฉัยปัญหา ประดิษฐ์คิดค้นภาษา และศัพท์แสงต่าง ๆ เพื่อที่จะพูดถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ตนนิยามขึ้น รวมทั้งได้เสนอวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาและประเมินผลว่าปัญหานั้นถูกแก้ไขสำเร็จหรือไม่ ในสภาวะเช่นนี้ พลเมืองสามัญชนมีโอกาสน้อยนิดที่จะเรียนรู้ สะสมทักษะในการทำงาน หรือมีปฏิบัติการในกิจการสาธารณะ พลเมืองสามัญชนขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ ที่จะประเมินผล*

หรือนำเสนอความคิดเห็น ในมุมมองที่ทำให้ประชาชนธรรมดามีฐานะ เป็นหัวใจของการแก้ไขปัญหา และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการเมืองภาคประชาสังคม

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข 2550 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ 2550 ขับเคลื่อนวาระสุขภาวะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ 2550 จิตอาสากับสุขภาพไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นนทบุรี สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

บัณฑร อ่อนดำ และคณะ. 2545 บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

มธุรส ศิริสถิตย์กุล. 2546 "ประชาคมเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การเมืองวัฒนธรรมของกระบวนการเคลื่อนไหวจากรากหญ้าสู่นโยบายสุขภาพ," รายงานการวิจัย แผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิร็อคกีเฟลเลอร์.

ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2548). การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.*วารสารวิชาการสาธารณสุข*. ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 มีนาคม-เมษายน 2548. หน้า 256-267.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, ลือชัย ศรีเงินยวง, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ 2530 ปัญหาและทางออกของผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุข มูลฐาน. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ. (2543). *ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปรีดา แต้อารักษ์. (2544). การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น.ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ). *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542ก). *การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชน เมืองนครศรีอยุธยา*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542ข). *ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญจนา ติษยาธิคม, ภูษิต ประคองสาย และคณะ. (2548).ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทย: ประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม-มิถุนายน 2548. หน้า 436-451.

สายศิริ ด่านวัฒนะ. (2548). *ผลึกแห่งการเรียนรู้ 4 ปี สมัชชาสุขภาพ พ.ศ. 2544-2547*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2550). งานสุขภาพชุมชน "จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ" ใน ตกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิสู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน เอกสารงานประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศ ครั้งที่ 2 วันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2550.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, อำพล จินดาวัฒนะ, บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ. (2539). *อนาคตสถานีอนามัยไทย (การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย พ.ศ. 2539)*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ บก. 2546 25 ปีขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย กรุงเทพฯ องค์การอนามัยโลก

อรทัย เขียวเจริญ และปรีดา แต้อารักษ์. (2547). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม-สิงหาคม 2547. หน้า 642-652.

Adrian Towse, Anne Mills, and Viroj Tangcharoensathien. 2004. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ* 328:103-105.

Buasai, S. 1997. An organised approach to setting up a health promotion organisation in Thailand. *Health Promotion Matters* 1:18-20.

Cueto, Marcos. 2004. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 94 (11):1864-74.

Kari, N., H. C. Boyte, & B. Jennings et al. 1994. "Health as a Civic Question." Prepared for American Civic Forum. November 28, 1994. Available online at http://www.cpn.org/topics/health/healthquestion.html.

Lyttleton, C. 2000. Endangered Relations: Negotiating Sex and AIDS in Thailand. Bangkok, White Lotus.

Ministry of Public Health. 2002. Thailand Health Profile. Nonthaburi, Thailand: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.

Morgan, L. 1993. Community participation in health, The politics of primary care in Costa Rica. Cambridge, UK, Cambridge University Press.

Pasuk Phongpaichit, and Chris Baker. 1998. *Thailand's Boom and Bust*. Bangkok: Silkworm.

Rob Moodie, Chris Borthwick, Seri Phongphit, Rhonda Galbally, and Bridget H.-H. Hsu-Hage. 2000. Health promotion in South-East Asia: Indonesia, DPR Korea, Thailand, the Maldives and Myanmar. *Health Promotion International* 15 (3 (September)):249-257.

S M Moazzem Hossein, Abbas Bhuiya, Alia Rahman Khan, and Iyorlumun Uhaa. 2004. Community development and its impact on health: South Asian experience. *BMJ* 328:830-833.

Sanguan Nitayarumphong. 1990. Evolution of primary health care in Thailand: What policies worked. *Health Policy and Planning* 5 (3):246-254.
Sombun Pongaksorn. 2524. History of Work on Tuberculosis in Thailand. In *Tuberculosis*, edited by Banyat Prachyanon and Sombun Pongaksorn. Bangkok: Anti-Tuberculosis Association of Thailand.
WHO. 1981. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organization.
WHO. 2006. Thailand's Village Health Volunteers Blaze the Trail for Avian Flu Work in the Communities. New Delhi: World Health Organization, Southeast Asia Regional Office.
Yongyuth Kachondham, and Somsak Chunharas. 1993. At the Crossroad: Challenges for Thailand's Health Development. *Health Policy and Planning* 8 (3):208-216.