

สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ กับสุขภาพชุมชน:
บทเรียน ความท้าทายและบริบทใหม่ของงานสุขภาพภาคประชาชน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

บทนำ

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

แม้ว่านโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะถูกแปรเป็นการปฏิบัติอย่างมีผลสำเร็จ โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษแรก แต่ในช่วงสองทศวรรษต่อมา นโยบายสาธารณสุขมูลฐานเริ่มมีข้อจำกัดและไม่สามารถยกระดับเพดานความสำเร็จให้สูงขึ้นกว่าเดิมมากนัก ที่เป็นเช่นนั้นมิสาเหตุมาจากหลากหลายปัจจัยด้านหนึ่งกระแสโลกและคู่ความขัดแย้งเชิงอุดมการณ์ระหว่างทุนนิยมเสรีนิยมและสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ ซึ่งเป็นบริบทสำคัญที่ทำให้รัฐต้องให้ความสนใจเรื่องความเป็นธรรมและการพัฒนาชนบทยากจนได้คลี่คลายไป อีกด้านหนึ่ง สถานการณ์สุขภาพในแต่ละท้องถิ่นที่เปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะเฉพาะทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้สุขภาพมีความหมายที่แตกต่างหลากหลายมากขึ้นพร้อม ๆ กับปฏิบัติการเพื่อสุขภาพของชุมชนที่แตกต่างกันตามความจำเป็นของแต่ละบริบท

รูปแบบการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่มีลักษณะรวมศูนย์และเน้นกิจกรรมมาตรฐานสำเร็จรูปเป็นข้อจำกัดสำคัญ การพัฒนาสุขภาพชุมชนต้องการความหลากหลายมากขึ้นกว่ารูปแบบมาตรฐานและการจัดการแบบรวมศูนย์จะตอบสนองได้ กระบวนการและกลไกเชิงนโยบายสุขภาพที่จะสามารถรองรับความจำเป็นที่แตกต่างกันทำให้เกิดการปรับตัวของระบบสุขภาพทั้งในเชิงโครงสร้างนโยบาย และการเกิดองค์กรหรือกลไกใหม่ๆ หลากหลายมากขึ้นกว่าเดิม พัฒนาการดังกล่าวมีส่วนทำให้การพัฒนาสุขภาพชุมชนมีพัฒนาการและแตกรูปแบบการทำงานออกไปจากที่เคยเป็นมาโดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่สามนี้ และทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสถานภาพและความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันสามารถเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพได้อย่างเปิดกว้าง รวมทั้งสามารถต่อรองผลประโยชน์ระหว่างกันให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น

ในสถานการณ์ดังกล่าวนี้ การพัฒนาสุขภาพภาคชุมชนควรมีทิศทางอย่างไร บทเรียนจากการทำงานสาธารณสุขมูลฐานในระยะสามทศวรรษที่ผ่านมาบอกอะไรกับเราได้บ้าง นโยบาย กลไก และแนวทางการทำงานที่เกิดขึ้นใหม่ๆ ในแวดวงสุขภาพ (ไม่ว่าจะเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. รวมทั้งการก่อตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช.) มีความหมายต่อการทำงานสุขภาพชุมชนอย่างไร บทความนี้เป็นการทบทวนบทเรียนการพัฒนาสุขภาพชุมชนภายใต้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ในบริบททางสังคมการเมืองและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อแสวงหาคำตอบต่อคำถามดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิกับการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะเหลื่อมซ้อนกัน โดยจะมีการวิเคราะห์และวิพากษ์จุดแข็งและจุดอ่อนของแนวคิดและวิธีปฏิบัติทั้งสองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนและบูรณาการสู่แนวทางใหม่ๆ ที่สมดุลง่ายและสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปมากขึ้น

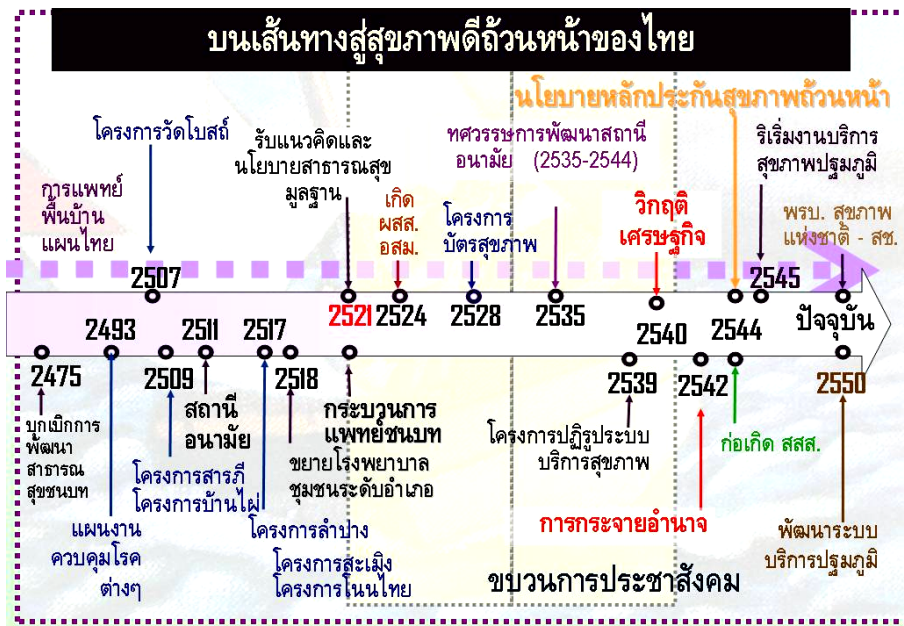
บทความนี้แบ่งการนำเสนอเนื้อหาออกเป็นสี่ส่วนด้วยกัน ส่วนแรกจะนำเสนอถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ทำให้เราต้องหันมาคิดใหม่อย่างจริงจังเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน จากนั้นจะทบทวนถึงความสำเร็จที่เกิดจากการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา โดยจะเน้นถึงผลสำเร็จที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนา รวมทั้งจะได้แสดงให้เห็นว่าปรัชญา แนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานได้มีการพัฒนาต่อยอดเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพใหม่ๆ ในบริบททางสังคมการเมืองที่เปิดพื้นที่ให้กับการทำงานพัฒนาชุมชนด้วยความริเริ่มของท้องถิ่นมากขึ้น ควบคู่ไปกับการพัฒนาโครงสร้างและกลไกการทำงานที่หลากหลายไปกว่าเดิม ส่วนท้ายของบทความจะนำเสนอประเด็นที่จำเป็นต้องพิจารณาเพื่อปรับทิศทางพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยอาศัยบทเรียนจากงานที่ผ่านมาให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ที่กำลังเปลี่ยนแปลง

การสาธารณสุขมูลฐาน: มองย้อนไปข้างหน้า

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวคิดทางสังคมที่ถูกสร้างขึ้นในยุคสมัยหนึ่งทางประวัติศาสตร์ การทำความเข้าใจแนวคิดดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมองย้อนไปทำความเข้าใจกับบริบททางประวัติศาสตร์ที่ให้กำเนิดแนวคิดดังกล่าวขึ้น แม้ว่าหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา แนวคิดการพัฒนาและการทำประเทศให้ทันสมัยจะได้กลายเป็นเหตุผลสำคัญของการดำรงอยู่ของชาติ และในการพัฒนาให้ประเทศทันสมัยนั้นก็มีความเกี่ยวข้องกับการแพทย์สาธารณสุขไม่น้อย แต่บริบทที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานกลายเป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในระดับโลกนั้นคือ สงครามเย็นที่ก่อตัวหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา 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 โครงการและกิจกรรมสำคัญๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การฉีดวัคซีนในเด็ก การรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน การสุศึกษา รวมทั้งการอนามัยแม่และเด็กก็ได้รับการเร่งรัดอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งกองทุนและกรรมกรในชุมชน การจัดตั้งและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจกล่าวได้ว่าในช่วงทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น แนวคิดและปรัชญาการทำงานสุขภาพตามนโยบายดังกล่าว ไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีผลอย่างสำคัญต่อทิศทางการพัฒนาโดยรวมของประเทศ โดยเฉพาะในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 อย่างเด่นชัด



งานสาธารณสุขมูลฐานของไทยยังคงดำเนินไปและมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบททางสังคม การเมืองและนโยบายด้านการแพทย์สาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป ในยุคหลังสงครามเย็นที่เส้นแบ่งและการเผชิญหน้าระหว่างอุดมการณ์ทางการเมืองของฝ่ายเสรีทุนนิยมและสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ล่มสลายลง กระแสโลกาภิวัตน์ที่เชื่อมโยงรากไม่เพียงแต่ทำให้เรื่องสุขภาพและการสาธารณสุขกลายเป็นเรื่องไร้พรมแดนเท่านั้น แต่ทุนนิยมโลกและการค้าเสรียังทำให้สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานไปอย่างรวดเร็ว การเติบโตทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการลงทุนข้ามชาติทำให้เศรษฐกิจไทยพัฒนาไปอย่างก้าวกระโดดและในขณะเดียวกันก็ได้สร้างให้เกิดการขยายตัวของกลุ่มคนชั้นกลางอย่างไม่เคยมีมาก่อน (Pasuk Phongpaichit and Baker 1998) การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมืองและวิถีชีวิตสมัยใหม่กลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคมร่วมสมัยของไทย แนวนโยบายการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจสังคมและด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบราชการ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้โรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่กลายเป็นปัญหาสำคัญ (กระทรวงสาธารณสุข 2550) เหล่านี้เป็นบริบทใหม่ที่เราจำเป็นต้องพิจารณาในการทบทวน เพื่อกำหนดทิศทางในอนาคตของการสาธารณสุขมูลฐาน

บทความนี้มุ่งพิจารณาทบทวนงานสาธารณสุขมูลฐานโดยการถกกับนโยบายและแนวการปฏิบัติที่เกี่ยวกับงานสุขภาพชุมชนในปัจจุบัน โดยจะเน้นการสะท้อนและตรวจสอบทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการทำงานด้านการส่งเสริมระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เห็นความเป็นไปได้ใหม่ๆ จากบทเรียนการทำงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา และเพื่อให้งานบริการปฐมภูมิและการส่งเสริมระบบสุขภาพภาคประชาชนไม่ละเลยปรัชญาแนวคิดและอุดมการณ์ของการสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นไปเพื่อความ เป็นธรรม 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

กลายเป็นต้นแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ

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

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

นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ หนึ่งในผู้บุกเบิกการสาธารณสุขมูลฐานไทยกล่าวถึงความสำเร็จในงานพัฒนาสุขภาพในชนบทว่าเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชน ความร่วมมือระหว่างองค์กรรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน การบูรณาการงานอย่างเป็นเอกภาพ การกระจายอำนาจในการจัดการและการวางแผน รวมทั้งความเอาใจจริงเอาใจงและการติดตามอย่างใกล้ชิดของผู้บริหารตั้งแต่ในระดับประเทศจนถึงระดับปฏิบัติการ (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) นอกจากนี้ การผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีกระบวนการร่างที่ยาวนานและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างกว้างขวางระหว่างประชาคมสุขภาพและชุมชน ได้ทำให้เกิดกลไกและกระบวนการทำงานใหม่ๆ ทั้งในการสร้างจิตสำนึกเรื่องสุขภาพและการสร้างจิตวิญญาณของความเป็นพลเมือง (โกมาตร 2548) แนวคิดใหม่ๆ และความริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นแนวคิดสุขภาพพอเพียง แนวคิดสร้างนำซ่อม การสร้างระบบบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ แนวคิดเรื่องจิตอาสา แนวคิดเรื่องสุขภาพทางจิตวิญญาณ เรื่องสิทธิมนุษยชนและสุขภาพ รวมทั้งการเกิดความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่องขององค์กรภาคประชาสังคม เหล่านี้เป็นพัฒนาการที่กำลังท้าทายทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไทย

พลังแห่งการริเริ่มสร้างสรรค์และพัฒนาการใหม่ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นลอยๆ อย่างไม่มีที่มาที่ไป ในทางตรงข้าม นโยบายและงานพัฒนาที่ก้าวหน้าเหล่านี้เป็นผลผลิตของกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาของบุคคลและองค์กรที่อาจกล่าวได้ว่ามีประสบการณ์ร่วมที่หล่อหลอมอุดมการณ์และวิถีคิดในระหว่างที่ทำงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาสุขภาพชุมชนในระยะสามทศวรรษที่ผ่านมา ในภาวะที่กระแสงานสาธารณสุขมูลฐานซบเซาลงด้วยขาดการสนับสนุนและการผลักดันขององค์กรระดับโลกที่เคยมีบทบาทสำคัญ เช่น องค์กรอนามัยโลกและยูนิเซฟ นโยบายสาธารณสุขมูลฐานไม่ได้เป็นวาระสำคัญของรัฐบาลไทยอีกต่อไป จากงานที่มีอุดมการณ์ก้าวหน้าที่สุดในบรรดานโยบายสาธารณสุขที่ผ่านมา งานสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันกลายเป็นงานที่ไร้ความหมายในสายตาของผู้กำหนดนโยบายและต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้มีทรัพยากรพอที่จะทำงาน ภารกิจหลักประการเดียวที่หลงเหลืออยู่ของหน่วยงานสาธารณสุขมูลฐานในส่วนกลาง (ปัจจุบันกลายเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน) ก็คือการพยายามรักษาความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์กับบางกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขและรับหน้าที่ระดมอาสาสมัครเหล่านี้ให้เป็นฐานคะแนนเสียงสำหรับ

นักการเมืองที่เข้ามามีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุขและนักการเมืองท้องถิ่นที่ต้องการครอบครององค์การชุมชนที่เป็นที่ยอมรับ

ประเมินความสำเร็จ

แม้ว่าในช่วงที่การสาธารณสุขมูลฐานเฟื่องฟูจะมีกิจกรรมและนวัตกรรมต่างๆ มากมายเกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในยุคนั้น แต่ความสำเร็จที่จะทำการประเมินจะเน้นที่กิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาในระยะยาวเป็นหลัก

- **กำลังคนด้านสุขภาพชุมชน**

ในระยะทศวรรษที่สามของการสาธารณสุขมูลฐานนี้ แม้กิจกรรมต่างๆ ตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะได้ยุติการดำเนินการไปเสียส่วนใหญ่แล้ว แต่เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ยังเป็นสิ่งที่มีการดำเนินงานสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ในช่วงทศวรรษที่ 1970 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ได้ถูกจัดตั้งขึ้นในทุกชุมชนจวบจนปัจจุบัน ประเทศไทยมี อสม. อยู่เกือบ 800,000 คนทั่วประเทศ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าวถือว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและเป็นมรดกหรือทุนที่สะสมอยู่ในระบบการสาธารณสุขไทยที่ทำให้การพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ผ่านมาประสบความสำเร็จมากกว่าที่จะบรรลุได้ด้วยการดำเนินการผ่านกลไกรัฐแต่เพียงลำพัง การศึกษาเพื่อประเมินบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขล่าสุด (โกมาตรและคณะ 2550) ได้ข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

1. **อสม. กับบริบทที่เปลี่ยนแปลง** แนวคิดเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผลผลิตของยุคสมัยแห่งการพัฒนาในช่วงทศวรรษที่ 2520 บริบททางสังคมการเมืองไทยในยุคนั้นทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีรูปแบบที่ขึ้นต่อระบบราชการและกลายเป็นแขนงของภาคการเมืองที่ขาดความเป็นอิสระ ในขณะเดียวกัน ภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขก็ถูกกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการและเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาโรคติดต่อ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งปัญหาการสูทากิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด เป็นต้น เมื่อปัญหาสาธารณสุขและบริบทการทำงานเปลี่ยนแปลงไปจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนแนวคิดเบื้องหลังและตัวแบบงานอาสาสมัครสาธารณสุขอีกครั้งอย่างจริงจัง

2. **อสม. กับทุนทางสังคมด้านสุขภาพ** อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. เกือบ 800,000 คนเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่างๆ กัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ก็ได้รับการยอมรับจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและมีความรู้ในเรื่องสุขภาพดี นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์และ

ความรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการทำงานต่าง 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 ให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน การณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล เช่น กรณีไข้หวัดนก (WHO 2006) หรือการณรงค์คัดกรองผู้ป่วย เป็นต้น งานที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น เป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราว ๆ ซึ่งหากเราพิจารณาให้สัมพันธ์กับแบบแผนความเจ็บป่วยที่โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ภาระการดูแลต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนานแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า การพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่นๆ เช่น อาสาสมัครกลุ่มญาติผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง อาจมีความจำเป็นมากขึ้น

5. คุณภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบริบทที่เปลี่ยนไป อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม และมีอาชีพเกษตรกร หรือรับจ้าง ลักษณะดังกล่าวทำให้งานอาสาสมัครสาธารณสุขประสบความสำเร็จอย่างจำกัดในเขตเมือง ในขณะที่เดียวกัน อสม. ที่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่สูงนัก ซึ่งทำให้มีอำนาจต่อรองและได้รับความยอมรับอย่างจำกัดจากกลุ่มที่มีฐานะทางสังคมและการศึกษาสูง อาจมีข้อโต้แย้งที่ว่า กลุ่มทางสังคมที่เศรษฐกิจระดับนั้นไม่ใช่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ อสม. ต้องเข้าถึง อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น อาจทำให้ต้องตั้งคำถามว่า ทำอย่างไร เราจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีเงื่อนไขทางอาชีพการงานและภาระครอบครัวเข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น

6. อสม. ในฐานะองค์กรชุมชนกับระบบสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลง ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปและการกระจายอำนาจทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดี แต่ระบบดังกล่าวได้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขอาจต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับการเมืองท้องถิ่นโดยตรงใน

ระยะประชิด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อระบบ อสม. ในขณะเดียวกัน ที่ผ่านมามีการก่อตั้งเป็นชมรม อสม. ในระดับต่างๆ ขึ้น แต่ก็ยังเป็นการจัดตั้งจากภาคราชการเป็นสำคัญ ทั้งยังมีข้อสังเกตว่าชมรมดังกล่าวถูกใช้เป็นกลไกทางการเมืองและการรวมศูนย์อำนาจมากกว่าเพื่อความเป็นอิสระของ กระบวนการ อสม. โดยรวม

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

8. การเกิดขึ้นของรูปแบบอาสาสมัครชุมชนที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองแบบมีส่วนร่วม ในขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ได้ทำให้อสม. ส่วนหนึ่งพัฒนาไปมีบทบาทที่หลากหลายทางสังคม ควบคู่ไปกับการเกิดความหลากหลายของอาสาสมัครอื่น ๆ ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน To be Number One เครือข่ายจิตอาสา อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ กลุ่มมิตรภาพบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดขึ้นของเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิที่ได้ทำให้ความตื่นตัวของอาสาสมัคร โดยเฉพาะเยาวชนคนหนุ่มสาวหลั่งไหลไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยเกิดขึ้นและพัฒนาเป็นกระบวนการ และเครือข่ายจิตอาสาที่ชัดเจนมากขึ้น

ข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่งก็คือ เมื่อการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขทำงานตามเจตนาหรือวาระงานขององค์กรที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละแหล่งก็มีโจทย์หรือมีความคาดหวังของตัวเอง โดยปริยายทำให้อสม. ต้องผันตัวเองไปตามเจตยานั้น ๆ มากขึ้นไปด้วย จึงเป็นประเด็นท้าทายที่ว่า หาก อสม. ไม่สามารถในการบูรณาการงานต่าง ๆ ที่มีเจ้าภาพล้วนแต่มีวาระงาน (agenda) ของตนโดยมีวาระสุขภาพท้องถิ่น (local agenda) ของตัวเองจะทำให้การทำงานเป็นไปแบบขาดการบูรณาการ รวมทั้งจะทำให้ อสม. หลุดออกจากการเป็นคนของชุมชน เพราะองค์กรภายนอกมีผลต่อการทำงานมากกว่า ในแง่นี้จึงมีเสียงเรียกร้องให้คืน อสม. ให้ชุมชนซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจและการส่งเสริมประชาธิปไตยด้านสุขภาพ

- ผลสัมฤทธิ์และความสำเร็จในการพัฒนา

แม้ว่าการแสดงหลักฐานว่าแผนงานการพัฒนาที่มีผลสำเร็จต่อสถานะสุขภาพในชุมชนอย่างชัดเจนจะยังเป็นสิ่งที่ยากจะพิสูจน์ได้อย่างตรงไปตรงมา (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 การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อและภาวะการขาดสารอาหารมาสู่กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อได้ทำให้ปัญหาอันเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังกลายเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชาติ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ และหลอดเลือด รวมทั้งโรคมะเร็ง ได้เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประเทศ (สุวิทย์ บก. 2545) (Ministry of Public Health 2002).

ในช่วงปลายทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา การแพร่กระจายของโรคเอดส์ และการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย ได้เคยเป็นภัยคุกคามต่อสถานะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมไทย ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรง จนถึงขั้นที่มีการเรียกขานกันว่า เป็นศูนย์กลางการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในเอเชีย อย่างไรก็ตามในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่งในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทั้งนี้เกิดจากความร่วมมือกันอย่างไม่เคยเป็นมาก่อนขององค์กรทั้งในภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนในระดับรากหญ้า ระหว่างที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคเอดส์ ได้เกิดการก่อตั้งองค์กรพัฒนาชุมชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ต่าง ๆ ที่ทำงานต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในระดับต่าง ๆ อย่างมากมาย องค์กรเอกชน และองค์กรชุมชนจำนวนหนึ่งมีบทบาท

อย่างยิ่งในการเข้าถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งอยู่ห่างไกลและถูกกีดกันทั้งทางสังคมและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

นอกจากนี้องค์กรเอกชนเหล่านี้ ยังได้ต่อสู้อย่างเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติในลักษณะที่รังเกียจเดียดฉันท์ของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตัวอย่างรูปธรรมประการหนึ่งคือ การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และการออกมามีบทบาทสำคัญของผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่ง โดยทำงานใกล้ชิดกับองค์กรเอกชนและองค์กรชุมชนจนสามารถลบล้างภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ ซึ่งสังคมส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นผู้ที่มีตราบาปเนื่องจากการประพฤติผิดทางศีลธรรม (Lyttleton 2000: 216-219) และสามารถจัดความสัมพันธ์ทางสังคมด้วยการสร้างอัตลักษณ์ใหม่จนผู้คนยอมรับและอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างปกติ (มธุรส 2544) และสามารถสร้างเครือข่ายประชาสังคมต่อรองกับภาครัฐอย่างเข้มแข็งต่อเนื่องจากได้รับยาต้านไวรัสตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐ (มธุรส 2546)

วิพากษ์การสาธารณสุขมูลฐาน

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

งานศึกษาของ มอร์แกน ที่ประเทศคอซตาริกาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นหลักการสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ในทางปฏิบัติทำได้เป็นตามหลักการแนวคิดที่ได้เขียนไว้ในเอกสารไม่ และสิ่งที่เรียกว่าการมีส่วนร่วมนั้น ชุมชนแทบจะไม่มีบทบาทในกระบวนการเชิงนโยบายใด ๆ เลย แต่สิ่งที่พบเห็นอย่างเด่นชัดในงานศึกษาที่คอซตาริกาก็คืองานสาธารณสุขมูลฐานและการมีส่วนร่วมของชุมชนได้กลายเป็นคำขวัญและวลีที่สวยหรูที่จะใช้โฆษณาหาเสียงสำหรับผู้สมัครรับเลือกตั้ง และที่สำคัญกว่านั้น นโยบายสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้กลายเป็นข้ออ้างที่จะถูกนำไปใช้เพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่วาระซ่อนเร้นอื่น ๆ ที่มีได้เป็นไปเพื่อประโยชน์ของชุมชน (Morgan 1993)

แม้ว่างานศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่ง จะได้ชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวของงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่อาจกล่าวได้ว่า ความเคลื่อนไหวของสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประสบความสำเร็จอย่างสำคัญในบางด้าน

ความสำเร็จที่มีความหมายอย่างยิ่งประการหนึ่งคือ การที่นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้สร้างพื้นที่สำหรับสามัญชนคนธรรมดา โดยเปิดโอกาสให้พวกเขาเหล่านั้นเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพและดูแลการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (บัณฑูร 2545) นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มองสามัญชนเป็นเพียงผู้ที่จะต้องคอยรับบริการจากระบบบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเปรียบเทียบกับวิธีคิดก่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ที่มองว่าการฝึกอบรมให้ประชาชนรักษาตนเอง แม้แต่โรคภัยไข้เจ็บที่ง่าย ๆ มักถูกต่อต้านจากฝ่ายวิชาชีพแพทย์ที่ถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการสร้างหมอเถื่อน แต่นโยบายสาธารณสุขมูลฐานได้เปิดพื้นที่ใหม่สำหรับสามัญชนให้สามารถมีบทบาทในการรักษาเยียวยาตนเองและดูแลสมาชิกในชุมชน โดยการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมอย่างเด่นชัดจากหมอเท้าเปล่าในประเทศจีน และการดูแลตนเองดังกล่าว ได้ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โรคภัยไข้เจ็บและการแก้ปัญหาด้วยองค์การและอาสาสมัครในชุมชน เราอาจจะถือได้ว่าเป็นกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับของการปฏิบัติ มากกว่าที่จะเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองที่จะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทในการอภิปราย ถกเถียง แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจ ว่าอะไรเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

อาจจะกล่าวได้ว่า แม้การประเมินผลหรือการตีความผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมาจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับจุดยืนทางการเมืองของการวิเคราะห์ แต่หากมองย้อนหลังไป ถึงกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนในนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ก็อาจจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่ากระบวนการมีส่วนร่วมนั้นแม้ว่าจะเกิดกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนและเสริมศักยภาพในการดูแลรักษาความเจ็บป่วย รวมทั้งการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นการมีส่วนร่วมในระดับวิธีทำ โดยปราศจากการมีส่วนร่วมในระดับวิถีคิดและตัดสินใจ 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) การให้บริการสุขภาพที่ถูกละเลยทอดออกมาผ่านแนวคิดการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 3 ประการคือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) การดูแลอย่างผสมผสาน (Integrated Care) การดูแลอย่างองค์รวม (Holistic Care) เป้าหมายของการพัฒนาระบบสาธารณสุขคือการสร้างระบบสาธารณสุขบูรณาการ (Integrated Health Care) ที่มีบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือเวชปฏิบัติครอบครัวคือองค์ประกอบหลัก (ดูยุทธ 2542ก: 2-3; ดูรายละเอียดเพิ่มเติมโครงการอยุธยา จาก ยุทธ 2542ข)

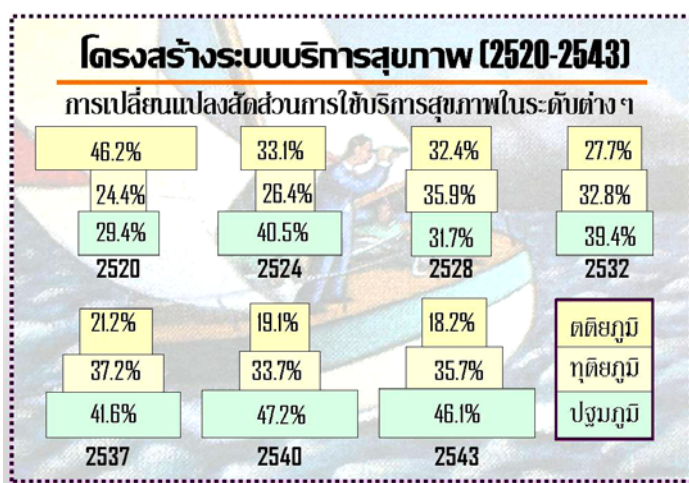
ข้อค้นพบจากโครงการอยุธยาตอกย้ำให้เห็นว่า แม้สถานีอนามัยจะเป็นผลผลิตที่สำคัญอย่างหนึ่งของวิวัฒนาการของระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่อยู่ในภาครัฐ และมีหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ สิ่งที่ได้รับการเน้นย้ำมักเป็นด้านการให้บริการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ส่วนงานรักษาพยาบาลมีบทบาทค่อนข้างน้อย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

ช่วงปี 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัยในชื่อ “ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ปี 2535-2544)” ในช่วงเวลานี้ ได้กำหนดให้สถานีอนามัยหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ สถานีอนามัยทั่วไปและสถานีอนามัยขนาดใหญ่ โดยกำหนดให้สถานีอนามัยขนาดใหญ่มีบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับสถานีอนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางด้านที่สูงกว่า ตลอดจนมีเครื่องมือเครื่องมือทางการแพทย์มากขึ้น ช่วงเวลาของทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยมีการปรับปรุงและพัฒนาสถานีอนามัยอย่างมากทั้งในแง่อาคารสถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์การรักษายาบาลให้ทันสมัย เพื่อหวังจะยกมาตรฐานคุณภาพบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น 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 รัฐบาลใหม่ นำโดยนายทศพร ทักขิณ ชินวัตร ได้เสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนมากกว่า 40 ล้านคนได้ขึ้นทะเบียนเพื่อรับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี หลักการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามโครงการดังกล่าวเป็นการจัดหาสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนไทยทุกคน นโยบายดังกล่าวได้นำไปสู่การเน้นการสร้างระบบบริการปฐมภูมิอย่างจริงจังที่สุดเท่าที่เคยมีมา

ปัจจุบันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพขนาดใหญ่ โดยเฉพาะระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้กลายเป็นด้านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพใหม่ครั้งนี้ และหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิก็ได้รับความสำคัญขึ้นอีกครั้ง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นพัฒนาการต่อเนื่องจากแนวคิดบริการสุขภาพดี ต้นทุนต่ำของรัฐ โดยมองว่าหากการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพของชาติโดยรวมจะลดลง งานศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2548: 450) ก็ยืนยันไปในทำนองดังกล่าว กล่าวคือ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่า รัฐควรให้ความสำคัญในการลงทุนกับสถานพยาบาลระดับต้นในชุมชน โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ เพื่อให้เกิด



ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ การมีบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริม และป้องกันโรค เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ภายใต้การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เองมีการเสนอแนวความคิดในการให้

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

ทำงานยังหน่วยบริการปฐมภูมิถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นแนวคิดที่ไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดด้าน อัตรากำลังแพทย์ของประเทศที่มีจำนวนไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม การประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า เมื่อ เปรียบเทียบระหว่างสถานอนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมกับศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่ง เป็นการจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแบบใหม่ที่มีแพทย์ลงไปช่วยตรวจรักษาพยาบาล ชาวบ้าน ผู้รับบริการพึงพอใจในบริการ (ครอบคลุมประเด็น ความสะดวก, การดูแลเอาใจใส่, คุณภาพบริการ, การให้ข้อมูล และค่าใช้จ่าย) ของศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าการให้บริการของสถานอนามัยแบบเดิม (อรรถัย และปรีดา 2547: 644-647)

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ครอบคลุมทั่วอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน กว่า 95% ของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถ เข้ารับการรักษาตามสิทธิประโยชน์โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกปฏิเสธการรักษาเพราะไม่มีเงินจ่ายค่า รักษาพยาบาล โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบ สำคัญที่ทำให้การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นไปได้ ที่สำคัญการ เปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังสาธารณสุขที่เกิดขึ้นพร้อมกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ทำให้การจัดสรรงบประมาณการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีความเป็นธรรมตามจำนวน ประชากรที่แต่ละหน่วยบริการต้องรับผิดชอบ นอกจากนี้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังได้ ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและหน่วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอื่น ๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุก และให้บริการใกล้บ้านอีกด้วยแนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุขมีสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาล อำเภอและสถานอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นในปี 2548 เป็นร้อยละ 42.8 และ 33.3 ตามลำดับ จากการพัฒนาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีทีมบริการสุขภาพสหวิชาชีพให้บริการทั้งเชิง รับและเชิงรุกเป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

หลักการสำคัญและลักษณะเด่นของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

จากที่กล่าวมาข้างต้น เราอาจสรุปหลักการสำคัญและคุณลักษณะเด่นที่เป็นจุดแข็งของการ ดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้เป็นประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลแบบองค์รวม คือดูแลคนทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและ ความสุขทุกข์ของคนมากกว่าที่จะดูแลแบบแยกชีวิตและแยกปัญหาสุขภาพออกเป็น ส่วน ๆ เป็นอวัยวะ ๆ
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการทำงานเชิงรุก คือมุ่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังแต่ แรกเริ่มมากกว่าที่จะรอให้เกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ลุลกลามมากขึ้นแล้วค่อย หาทางแก้ไข
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการผสมผสานงานส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู โดยทำ ควบคู่ผสมผสานกันในกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กรและกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่

- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตมากกว่าที่จะเน้นการรักษาเป็นครั้ง 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 เพียงแต่มีการเน้นเพิ่มบทบาทด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการใกล้บ้านมากขึ้น จากเดิมที่เน้นบทบาทด้านการรักษาพยาบาลง่าย ๆ ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น การใช้น้ำตาลเกลือแร่ในการรักษาโรคอุจจาระร่วง เป็นต้น หลักการดังกล่าวเมื่อมีความพยายามแปลออกเป็นรูปธรรม การปฏิบัติก็มีการเสนอภารกิจของงานสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนออกเป็น 7 ภารกิจได้แก่

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

ภารกิจดังกล่าวอาจไม่มีความเป็นรูปธรรมเท่ากับที่กิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐานเคยได้รับการนำเสนอที่กลายเป็นรูปแบบมาตรฐานในการทำงาน 7 องค์ประกอบหลักของการสาธารณสุขมูลฐานได้แก่

N: Nutrition งานโภชนาการ มีรูปธรรมคือการชั่งน้ำหนักเด็ก เฝ้าระวังเด็กขาดสารอาหาร การส่งเสริมการทำอาหารเสริม การให้โภชนศึกษา หรือการจัดตั้งกองทุนอาหารกลางวัน เป็นต้น

E: Education งานสุขศึกษา เน้นการถ่ายทอดความรู้ผ่านผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การจัดตั้งหอกระจายข่าว และการพัฒนาสื่อสุขศึกษาต่างๆ

W: Water Supply การจัดหาสะอาดไว้ใช้อย่างเพียงพอในชุมชน มีกิจกรรมมาตรฐาน ได้แก่ การจัดทำถังเก็บน้ำฝน การประปาหมู่บ้าน และการจัดทำโถ่งน้ำให้มีน้ำสะอาดเพียงพอต่อการใช้ 5 ลิตรต่อคนต่อวัน

S: Sanitation การสุขาภิบาล เน้นการสร้างส้วมให้ครบทุกครัวเรือน มีการก่อตั้งกองทุนสุขภัณฑ์ การอบรมช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน

I: Immunization การสร้างภูมิคุ้มกันโรค เน้นการฉีดวัคซีนในเด็กให้ครบ ตั้งแต่แรกเกิด

T: Treatment of Common Diseases การรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน โดยเน้นการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถรักษาโรคง่ายๆ ได้

E: Essential Drugs การจัดหาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้มีใช้ในชุมชน รูปแบบมาตรฐาน ได้แก่การจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ หรือสหกรยา ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นกองทุนอเนกประสงค์ด้วย

M: Maternal and Child Health งานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงจากอัตราการตายของมารดาและทารกหลังคลอดที่สูง กิจกรรมได้แก่ การส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์ การฉีดวัคซีนให้แม่ และการให้บริการคลินิกเด็กหลังคลอด เป็นต้น

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

ข้อเสนอแนะทิศทางในอนาคต

จากการทบทวนบทเรียน แนวคิดและทิศทางการพัฒนาที่วิวัฒนาการจากการสาธารณสุขมูลฐานมาถึงสถานการณ์แนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทยอาจทำให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะสำหรับทิศทางในอนาคตหลายประการดังนี้

1. งานสาธารณสุขมูลฐานในรูปแบบดั้งเดิมที่ได้ดำเนินการมาอย่างเข้มข้นในช่วงทศวรรษแรกได้สร้างผลพวงและคุณูปการต่อการพัฒนาสุขภาพไทยอย่างเด่นชัด การเกิดขึ้นของกิจกรรมและนวัตกรรมใหม่ๆ กลายเป็นพื้นฐานให้มีการพัฒนาต่อยอดมาจนถึงปัจจุบัน แต่สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและบริบททางสังคมการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้รูปแบบการทำงานที่เคยเป็นมาหมดศักยภาพที่จะพัฒนาต่อไปหากไม่มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนอย่างถึงรากถึงโคน
2. ในขณะที่รูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐานแบบดั้งเดิมดำเนินมาจนถึงเพดานความสำเร็จ งานพัฒนาสุขภาพและงานสาธารณสุขชุมชนก็มีการปรับเปลี่ยนไปสู่รูปแบบใหม่ๆ ผ่านโครงสร้างองค์กรและกลไกการสนับสนุนใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบบริการปฐมภูมิพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 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 ไม่ใช่การพัฒนาที่นำไปสู่การครอบงำของงานด้านการรักษาพยาบาลจนกดทับงานด้านการสาธารณสุขอื่นๆ โดยเฉพาะงานด้านการควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชน การเสริมบุคลากรด้านการรักษาพยาบาล เช่น แพทย์หรือพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพชุมชน จะต้องเน้นการสร้างกลไกการทำงานที่เท่าเทียม เคารพให้เกียรติและเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน
5. การที่ปัญหาโรคเรื้อรังที่รุนแรงมากขึ้นและทำให้ภาระด้านงานรักษาพยาบาลในระบบบริการเพิ่มมากขึ้นนั้น อาจกล่าวได้ว่าเกิดจากการที่งานด้านการสาธารณสุข โดยเฉพาะแผนงานโครงการด้านการควบคุมป้องกันโรคในระดับประเทศประสบความสำเร็จ จนทำให้ระดับวิทยาของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งก็เป็นเพราะวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลมีอำนาจมากและกดทับงานด้านการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ภาระโรคที่ทำให้งานด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเกิดจากการสูญเสียดุลยภาพของอำนาจระหว่างวิชาชีพด้านการสาธารณสุขและด้านการแพทย์นั่นเอง ความจำเป็นที่ต้องเพิ่มศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลในระบบบริการสุขภาพชุมชนจึงสะท้อนสิ่งที่ควรปฏิรูปในระบบโครงสร้างการสาธารณสุขของประเทศด้วย
 6. รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพชุมชนยังต้องมีการคิดค้นสร้างสรรค์เพื่อให้เป็นระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม ชุมชนมีส่วนร่วม และสามารถตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริงในชีวิตของชุมชนได้ ระบบการให้บริการรูปแบบใหม่ๆ 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. ปัญหาการบริหารสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นอยู่ที่การมองการปฏิรูปอยู่ในวงแคบ ๆ ด้านการเงินการคลังเท่านั้น ทิศนะดังกล่าววางอยู่บนฐานคติที่ผิดพลาดสำคัญประการหนึ่งคือ การมองว่าบริการสุขภาพเป็นสินค้าและบริการชนิดหนึ่งถึงแม้ว่าจะมีความคิดที่ว่าสินค้าและบริการดังกล่าวจะต้องเป็นไปเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้และต้องไม่มีการกีดกันและไม่มีอุปสรรคในด้านรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจโดยอาศัยการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบรวมหมู่เข้ามาจัดการ แต่ทว่า การมองว่าสุขภาพดีเป็นผลลัพธ์มาจากบริการทางการแพทย์นั้นได้ทำให้บทบาทของชุมชนและพลเมืองซึ่งมีภารกิจในการร่วมมือกันสร้างชีวิตความเป็นอยู่ของส่วนรวมที่ดีขึ้นถูกลดทอนลงไปเป็นเพียงผู้บริโภคเท่านั้น แทนที่จะมองว่าบริการสุขภาพเป็นเพียงสินค้าและบริการ เราควรจะต้องมองบริการสุขภาพในฐานะที่เป็นโอกาสสำหรับความร่วมมือร่วมใจและการแก้ปัญหาาร่วมกันที่ทั้งผู้

- ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยและชุมชนจะต้องร่วมมือกันในการทำงาน มากกว่าที่จะต้องเป็นการมารับบริการอย่างเดียว
8. การเคลื่อนไหวทางสังคมของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในช่วงครึ่งหลังของทศวรรษ 2540 มีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดนิยามสุขภาพใหม่ที่ก้าวพ้นจากการบริหารจัดการเฉพาะภาครัฐสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม (ดู สายศิริ 2548; โกมาตร 2548) ผลที่เกิดขึ้นทำให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวการเมืองเรื่องสุขภาพของภาคประชาชน เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพปฐมภูมิในหลายพื้นที่ปรับบทบาทการทำงานเรื่องสุขภาพโดยรวมมีกับองค์กรภาคประชาชนที่ก้าวพ้นจากกรอบคิดเรื่องสุขภาพสู่แนวคิดสุขภาวะหรือสุขภาพองค์รวมที่ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอีกแง่หนึ่งได้ขยายขอบเขตการจัดการเรื่องสุขภาพของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่พ้นจากกรอบคิดแบบชีวการแพทย์
 9. การมีส่วนร่วมของชุมชน ประสบการณ์การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการจัดตั้งองค์กรชุมชนในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถมีบทบาทสำคัญในงานพัฒนาสุขภาพชุมชนได้ แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะยังคงมีบทบาทในบริบทของนโยบายการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ แต่ความจำเป็นในการหารูปแบบใหม่ๆ ขององค์กรชุมชนและการมีส่วนร่วมที่หลากหลายมากขึ้นก็เป็นสิ่งที่ปรากฏอย่างเด่นชัด รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง หรืออาสาสมัครรูปแบบอื่นๆ จำเป็นต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุน นอกจากการมีส่วนร่วมในฐานะของผู้ช่วยหรือแรงงานที่เสียสละเวลาแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางสุขภาพแล้ว ในบริบททางการเมืองใหม่ของการกระจายอำนาจและภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมในระดับนโยบาย เช่น กระบวนการสมัชชาสุขภาพต่างๆ หรือการคุ้มครองสิทธิสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบของนโยบายหรือการทำงานของรัฐ การมีส่วนร่วมมีความหมายกว้างขวางขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการเติบโตขององค์กรภาคประชาสังคมและองค์กรชุมชนที่หลากหลายขึ้น กลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมจำเป็นต้องได้รับการทบทวนและสร้างสรรค์ขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และรวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในระดับโลกที่มีผลกระทบต่อชีวิตชุมชนอีกด้วย

บทส่งท้าย

หากเราพิจารณาทั้งบทเรียนการทำงานสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน เราจะเห็นได้ไม่ยากว่ากลไกและกระบวนการเชิงนโยบายทั้งสองล้วนใช้ฐานวิธีคิดที่มีรัฐเป็นศูนย์กลาง ในเชิงปรัชญานั้น กระบวนการเชิงนโยบายที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางนั้นเป็นวิธีคิดแบบสมัยใหม่ที่ใช้สำหรับการแก้ไขปัญหาที่มีลักษณะตายตัวและมีคำตอบสำเร็จรูปเป็นสำคัญ กระบวนการดังกล่าว

จึงเริ่มจากการมีทฤษฎีที่เป็นกฎเกณฑ์ตายตัวที่เราจะต้องดำเนินตาม โดยที่ทฤษฎีที่ใช้ให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์ที่วัดได้อย่างเป็นภววิสัยและการประเมินสิ่งต่าง ๆ จากข้อมูลเชิงปริมาณ การทำงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นอยู่นั้นเป็นไปตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีซึ่งถือเป็นกฎเกณฑ์ที่ทุกส่วนจะต้องเคารพและดำเนินตาม กระบวนการดังกล่าวจึงเป็นการยึดเอาทฤษฎีเป็นหลักและได้ทำให้ประสบการณ์ชีวิตจริงและปัญหาความทุกข์ยากซึ่งเป็นความรู้จริงในชีวิตทางสังคมของชุมชนกลายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถปรับใช้กับกรอบทฤษฎีดังกล่าวได้ แนวคิดดังกล่าวจึงเป็นวิธีคิดที่แข็งทื่อและขาดความยืดหยุ่น รวมทั้งขาดมิติของความเป็นมนุษย์ และขาดความเคารพต่อประสบการณ์ท้องถิ่น ละเลยที่จะเชื่อเชิญให้ผู้คนจากภาคประชาสังคมมาร่วมกันสร้างสรรค์กระบวนการปฏิรูปจากสิ่งที่ตนเรียนรู้จากประวัติศาสตร์เฉพาะของตนเอง

หากเรามองการพัฒนาสุขภาพจากมุมมองของภาคประชาชนแล้ว กระบวนการสุขภาพจะต้องเริ่มต้นจากประสบการณ์ชีวิตของผู้คน และความทุกข์ที่สาธารณะรู้สึกร่วมกันในสถานการณ์ชีวิตจริง การปรับเปลี่ยนจากกระบวนการทัศน์ที่ยึดทฤษฎี มาสู่กระบวนการทัศน์ที่ยึดประสบการณ์ จะเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ที่จะทำให้ประสบการณ์และบทเรียนที่สะสมอยู่ในภาคประชาชนสามารถนำไปสู่การปลดปล่อยศักยภาพและพลังของชุมชน มากกว่าการเอาแนวคิดสำเร็จรูปมาดำเนินการในลักษณะบังคับให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางเดียว กระบวนการและกลไกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูปที่ภาคประชาสังคมจะมีส่วนร่วมจึงจำเป็นที่จะต้องมิลักษณะที่เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และมีลักษณะหลากหลายเป็นพหุนิยมมากขึ้น เพื่อที่จะให้เราสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความแตกต่างกันอย่างหลากหลายในสังคม มากกว่าที่จะใช้ข้อคิดความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่เพียงด้านเดียว ดังที่แคร์รี่ 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 ในสถานะเช่นนี้ พลเมืองสามัญชนมีโอกาสน้อยนิดที่จะเรียนรู้ สะสมทักษะในการทำงาน หรือมีปฏิบัติการในกิจการสาธารณะ พลเมืองสามัญชนขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ ที่จะประเมินผล

หรือนำเสนอความคิดเห็น ในมุมมองที่ทำให้ประชาชนธรรมดามีฐานะ เป็นหัวใจของการ
แก้ไขปัญหา และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการเมืองภาคประชาสังคม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข 2550 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ 2550 ขับเคลื่อนวาระสุขภาพะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูป
ระบบสุขภาพ กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ 2550 จิตอาสาสุขภาพไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน นนทบุรี สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
- บัณฑุร อ่อนดำ และคณะ. 2545 บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ.
รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
มธรส ศิริสถิตย์กุล. 2546 “ประชาคมเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การเมืองวัฒนธรรมของ
กระบวนการเคลื่อนไหวจากรากหญ้าสู่นโยบายสุขภาพ,” รายงานการวิจัย แผนงานวิจัย
ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ทุนสนับสนุนการวิจัย
จากมูลนิธิรีออคกีเฟลเลอร์.
- ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2548). การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวใน
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 มีนาคม-
เมษายน 2548. หน้า 256-267.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, ลือชัย ศรีเงินยวง, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ 2530
ปัญหาและทางออกของผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
งานสาธารณสุข มูลฐาน. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. (2543). ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการ
ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ปรีดา เต๋ออารักษ์. (2544). การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น.ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ).
ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542ก). การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชน เมืองนครศรี
อยุธยา. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542ข). ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: โครงการปฏิรูป
ระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญญา ดิษยาธิคม, ภูษิต ประคองสาย และคณะ. (2548).ความเป็นธรรม
ในระบบสุขภาพไทย: ประสพการณ์ของผู้บริหารระดับสูง 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 ศรีวิเศษชากร. (2550). งานสุขภาพชุมชน “จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ” ใน ตก ผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิสู่ปฏิบัติการ งานสุขภาพชุมชน เอกสารงานประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศ ครั้งที่ 2 วันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2550.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, อำพล จินดาวัฒนะ, บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ. (2539). *อนาคต สถานีนอมาภัยไทย (การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอมาภัย พ.ศ. 2539)*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บก. 2546 25 ปีชว่นการแพทย์ชนบทในประเทศไทย กรุงเทพฯ องค์การ นอมาภัยโลก
- อรทัย เขียวเจริญ และปรีดา เต๋ออาร์ักษ์. (2547). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของ สถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*. 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 Iyorklumun 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.