

แนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต

ก่อนที่จะกล่าวถึงแนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต จะขอกล่าวถึงแนวโน้มของการพัฒนาสาธารณสุขในประเทศไทยที่แล้วมา ในการวิเคราะห์แนวโน้มของการพัฒนาสาธารณสุขนั้น อาจจะทำด้วยเงื่อนไขต่าง ๆ ได้หลายชนิด สุดแต่วัตถุประสงค์ในการพิจารณาว่าต้องการปรับปรุงแก้ไขอะไร เช่น เงื่อนไขทางสุขภาพ เงื่อนไขทางสังคม ฯลฯ เงื่อนไขประการหนึ่งซึ่งอาจนำมาวิเคราะห์แนวโน้มได้ ได้แก่ เงื่อนไขทางการบริหารโดยศึกษาแนวโน้มของการประยุกต์ใช้ องค์ประกอบต่าง ๆ ของการบริหารโดยทั่วไปว่าได้มีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปอย่างไร เพื่อจะได้เห็นทางที่จะพัฒนาการบริหารให้งานได้รับความสำเร็จได้มากขึ้น ในการวิเคราะห์นั้น อาจจำแนกองค์ประกอบของการบริหารออกไป แล้วศึกษาแนวโน้มในการพัฒนาองค์ประกอบเหล่านั้น ได้แก่

1. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีซึ่งจะมีผลต่อการลดปัญหา
2. องค์กร บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่ใช้เทคโนโลยีนั้น ๆ
3. กำลังคน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภายในองค์กร ซึ่งมีลักษณะเฉพาะบทบาทตำแหน่งต่าง ๆ กัน
4. งบประมาณเพื่อใช้จ่ายดำเนินงาน
5. แผนงาน โครงการ การบริหาร จัดการ คือ วิธีดำเนินงานโดยอาศัยทรัพยากรที่กล่าวแล้วทั้งหมดมาประกอบกันขึ้นเพื่อแก้ปัญหา
6. นโยบาย คือ แนวทางซึ่งกำหนดใช้เป็นหลักเพื่อชี้ทิศทางของการดำเนินงาน

เทคโนโลยี

ในยุคแรกของการพัฒนาสาธารณสุข เมื่อมีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขนั้น องค์ประกอบในการบริหารทั้ง 6 ข้อที่กล่าวนี้ ได้รับการพัฒนาเพื่อที่จะประยุกต์หรือถ่ายทอดคุณประโยชน์ของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ไปสู่ชุมชน โดยหวังว่าเทคโนโลยีเหล่านั้นจะช่วยให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีสภาวะทางสุขภาพีบาล มีน้ำสะอาด มีโภชนาการดี ฯลฯ แต่การถ่ายทอดเทคโนโลยีไปสู่ชุมชนนั้นได้ออกแบบรูปของ

การให้บริการทางสาธารณสุขโดยผ่านสถานบริการประเภทต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้น เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ด้วยเหตุนี้ โครงการที่วางขึ้นในสมัยนั้นจึงมีลักษณะเป็นโครงการสร้างสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ และบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระบะนั้นจึงเป็นบทบาทของผู้ให้ ซึ่งพร้อมที่จะให้บริการแก่ผู้รับ

สิ่งที่เป็นปัญหาหนักในยุคแรกของการพัฒนา คือ โดยส่วนใหญ่แล้วชุมชนที่ได้รับเทคโนโลยีไปปฏิบัติเพื่อประโยชน์สุขของคน คือ คนที่อยู่ในเมืองใหญ่ คนที่มีการศึกษา และมีฐานะดีในสังคมเกือบทั้งสิ้น แต่ส่วนใหญ่ของประเทศโดยเฉพาะในชนบทไม่ได้รับประโยชน์นั้น

เหตุการณ์ดังกล่าวดำเนินมาจนถึงประมาณ พ.ศ. 2500 จึงได้มีการพัฒนากรรมวิธีในการถ่ายทอดเทคโนโลยี โดยการออกแบบปรับปรุงส่งเสริม ผูกอบรม สนับสนุนติดตามผล จนชุมชนเริ่มจะรับเอาเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์มาประยุกต์ใช้บ้าง

องค์กรชุมชน

ในยุคที่ 2 ต่อมา (ประมาณ พ.ศ. 2503—2518) ได้เกิดมีความคิดที่จะพัฒนาสิ่งทีถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญทางการบริหารในส่วนของชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อให้เทคโนโลยีได้กระจายออกไปสู่คนส่วนใหญ่ของประเทศ องค์ประกอบดังกล่าว ได้แก่ องค์กรชุมชน โดยได้เริ่มมีการจัดตั้งกรรมการพัฒนาอนามัย มีการนำเอากำนัน ผู้ใหญ่บ้าน วัด โรงเรียน เข้ามามีบทบาทในงานสาธารณสุขต่าง ๆ โดยหวังว่าเมื่อได้สถาบันของชุมชนเข้ามาช่วยงานแล้ว คงจะถ่ายทอดเทคโนโลยีไปให้ชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ในยุคนี้ได้มีการจัดตั้งโครงการพัฒนาอนามัย ชนบทขึ้นเป็นครั้งแรก ปรากฏว่าการดำเนินงานได้ผลดีกว่าเดิม ชุมชนเริ่มยอมรับ แต่ยังมีปัญหาขัดข้องอีกไม่น้อย

ปัญหาสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่พบในระบะนั้น คือ การจัดรูปองค์กร บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขยังไม่เอื้ออำนวย เนื่องจากนโยบาย ตลอดจนการจัดหน่วยงาน การใช้ทรัพยากรทั้งกำลังคนและกำลังเงินของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นยังเน้นหนักเรื่องรักษาพยาบาลและการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อให้บริการ ในยุคนี้ได้มีความพยายามที่จะปฏิรูปองค์กรกระทรวงเสียใหม่ เพื่อรวมการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพเข้าภายใต้หน่วยงานเดียวกัน เพื่อจะทำให้เกิดการแบ่งสรรปันส่วนทรัพยากรและกำลังคนใหม่ให้สามารถถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สมดุล และกว้างขวางยิ่งขึ้น แต่กรรมวิธีถ่ายทอดนั้นยังยึดแนวทางเดิม

กำลังคน

หลังจากได้มีการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จึงเริ่มเข้าสู่ยุคสมัยที่ 3 (แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520–2524) ได้มีการวิเคราะห์ว่าการพัฒนาสาธารณสุขเท่าที่ผ่านมายังไม่สามารถอำนวยความสะดวกแก่คนส่วนใหญ่ของประเทศได้ สมควรที่จะให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนามากยิ่งขึ้น จึงได้เริ่มนำแนวความคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาใช้ โดยเฟื่องเลี้ยงองค์ประกอบที่จำเป็นในการบริหารในส่วนของชุมชนที่จะต้องจัดให้มีขึ้นคือ กำลังคนที่จะต้องสร้างขึ้นในชุมชน โดยคัดเลือก ฝึกอบรมสมาชิกชุมชนบางคนให้มีความรู้ความเข้าใจทางสาธารณสุขพอสมควร จึงออกมาในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ขึ้น เพื่อให้กำลังคนทางชุมชนนี้มีบทบาทช่วยให้ชุมชนสามารถรับถ่ายทอดเทคโนโลยีไปพัฒนาตนเองได้เร็วยิ่งขึ้น จึงมีโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาในการคัดเลือกอบรม ตลอดจนสนับสนุนเพื่อสร้างให้มี อสม./ ผสส. เป็นสำคัญสำหรับโรงงานซึ่งเป็นกิจกรรม ซึ่งอาสาสมัครทั้งสองจะปฏิบัติใน ในระยะแรกยังมีได้ออกแบบไว้แน่นอนแต่วันแต่ได้เริ่มวางรากฐานในเรื่องการรักษาพยาบาลโดย อสม. ขึ้น ดังนั้น การรักษาพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมชนิดเดียวที่มองเห็นได้ชัดในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ในระยะแรกนั้นจึงได้มีการวิพากษ์วิจารณ์ในส่วนของบทบาทของ ผสส. ว่าไม่มีบทบาทอะไร จึงไม่น่าจะเป็นประโยชน์

ทุน

ในการทดลองพัฒนากิจการสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาศัย อสม. เป็นต้นแบบ เพื่อทดลองระบบบริหารงานสาธารณสุขโดยชุมชนเอง ได้ปรากฏว่า อสม. เป็นจำนวนมากปฏิบัติงานไม่ได้ผล เนื่องจากไม่มีทุนสำหรับทุนที่โครงการให้ไปเป็นการตั้งต้นเพื่อซื้อเวชภัณฑ์มาดำเนินการ (500 บาท) นั้น สูญไปในเวลาอันสั้น ประสบการณ์ได้นำมาสู่การเรียนรู้ว่า ชุมชนจะพัฒนาตนเองต่อไปได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบสำคัญข้อหนึ่งคือ ทุน ซึ่งจะต้องได้มาจากทรัพยากรของชุมชนเอง จึงเริ่มจัดให้มีโครงการกองทุนเวชภัณฑ์ขึ้น นับเป็นการเริ่มต้นของยุคสมัยของการพัฒนาสมัยที่ 4 (ประมาณ พ.ศ. 2521) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกของกองทุนด้วย ในสมัยเดียวกันนี้ กระทรวงสาธารณสุขเองก็เริ่มปรับปรุงการงบประมาณโดยจัดรูปแบบใหม่เป็นงบประมาณตามแผน นับเป็นการพัฒนาระบบการเงินทางภาครัฐ ซึ่งได้เกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาระบบกองทุนในชุมชน

การบริหารการจัดการ

เมื่อจัดให้มีกองทุนเวชภัณฑ์ขึ้นแล้ว ปรากฏว่ากิจกรรมงานของ อสม. มีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น เนื่องจากนอกจากทุนแล้ว ยังเกิดมีทักษะทางการบริหารและจัดการกองทุน โดยมีการจัดแบ่งหน้าที่และมีผู้ร่วมรับผิดชอบแบ่งปันกันไปในรูปของคณะกรรมการกองทุนฯ ต่อมาได้เริ่มนำไปประยุกต์ใช้กับงานสาธารณสุขด้านอื่น ๆ เริ่มด้วยงานสุขภาพิบาลและการจัดหาผ้าสะอาดในหมู่บ้านอย่างได้ผลดี จึงทำให้ได้ประสบการณ์ต่อมาว่า ในการพัฒนาสาธารณสุขโดยชุมชนเป็นแกนสำคัญนั้น ชุมชนต้องมีทักษะในการบริหารจัดการแผนงานโครงการอันเป็นแผนส่วนร่วม นอกเหนือจากการบริหารจัดการซึ่งทำกันอยู่แล้วภายในครอบครัวแต่ละครอบครัว ความเข้าใจนี้เกิดขึ้นประมาณ พ.ศ. 2523 เป็นการนำเข้าสู่สมัยของการพัฒนาที่ 5 อันเน้นหนัก เรื่อง การบริหารจัดการทรัพยากรและโครงการโดยชุมชนเอง และเป็นที่น่าสังเกตว่า ในยุคสมัยที่ 4-5 นี้ รัฐบาลโดยส่วนรวมก็มีนโยบายในการที่จะตั้งทุนให้ชุมชนใช้พัฒนาโดยตรง ได้แก่ โครงการเงินผันตามด้วยโครงการ กสช. และตามด้วยกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน และมีความพยายามที่จะสร้างทักษะทางการบริหารจัดการให้ชุมชนเช่นเดียวกัน โดยการจัดให้มีแผนตำบลโดย กสช.

ในปี พ.ศ. 2525 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 กรมอนามัยได้นำรูปแบบกิจกรรมซึ่งอาสาสมัครสามารถปฏิบัติ เพื่อพัฒนาหมู่บ้านของตนได้ในเรื่องการสุขภาพ และการจัดหาผ้าสะอาด และการโภชนาการ เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากโครงการสร้างสาธารณสุขมูลฐาน ที่สร้างมาแล้วตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 4 โครงการทั้งสองนี้มีลักษณะเป็นโครงการของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชนโดยแท้จริง ซึ่งเมื่อรวมกันโครงการเรื่องการรักษาพยาบาลโดย อสม. และสุศึกษา ผสส. แล้วก็นับได้ว่าเป็นการเข้าสู่สมัยที่ 6 อันเป็นยุคที่ชุมชนสามารถพัฒนาตนเองทางสาธารณสุขได้ในบางเรื่อง และพร้อมที่จะรับมอบอำนาจการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาไปจากกระทรวงสาธารณสุขได้ในรูปที่ชุมชนเองเป็นผู้ริเริ่มดำเนินการส่วนรัฐเป็นผู้สนับสนุน ในปี พ.ศ. 2526 และ 2527 ได้นำรูปแบบของการอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว และการให้ภูมิคุ้มกันโรค เข้าในระบบสาธารณสุขมูลฐาน ในรูปของโครงการบัตรสุขภาพ และกรมควบคุมโรคติดต่อกำลังจะนำรูปแบบเรื่องการควบคุมป้องกันโรคติดต่อเข้าสู่ระบบสาธารณสุขมูลฐานต่อไปเช่นเดียวกันจุดอ่อนจุดแข็งของงานสาธารณสุข (Strength and Weakness of Past Performance)

บัดนี้ก็ใกล้เวลาต้องเริ่มการทำงานวางแผนสาธารณสุขแผน 6 แล้ว แต่ก่อนจะทำแผนอนาคต เราต้องทบทวนเสียก่อนว่า งานสาธารณสุขที่แล้มาเราได้ทำอะไรไปแล้วบ้าง มีจุดอ่อนจุดแข็งที่ไหนดังไรบ้าง ซึ่งพอจะกล่าวโดยย่อดังต่อไปนี้

1. การยอมรับและดำเนินการเรื่อง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (Adoption of HFA Strategies and Its Implication) การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ทุกคนซึ่งมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะมีสุขภาพดี นี่เป็นส่วนหนึ่งของคำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนอันเป็นที่มาของคำว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หรือ Health for All ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบันนี้ สำหรับประเทศไทยมีเป้าหมายว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” แต่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าหลายท่านเข้าใจผิดคิดว่าประชาชนจะไม่เจ็บป่วยเลย หรือจะมีโรงพยาบาลพร้อมเจ้าหน้าที่ที่จะทำการรักษาให้กับประชาชนทุกคนในประเทศนี้ แต่ “สุขภาพดีถ้วนหน้านั้น เป็นการวาดภาพสังคมในอนาคตว่า ทุกครอบครัวทุกคนจะได้มีสิทธิมีส่วนร่วมกันพัฒนาสุขภาพ ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมที่จะเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากการสาธารณสุขขั้นมูลฐานทรัพยากรที่จะพัฒนานั้น จะได้รับการจัดสรรอย่างเป็นธรรม และเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หมายถึงว่า ทุกคนที่เกิดบนแผ่นดินนี้จะต้องเกิดมา เต็มโต แก่และตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยทั่วกัน “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ยังหมายถึงว่าในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องเป็นชีวิตที่มีสุขภาพดีพอที่จะเป็นประโยชน์ และได้มีส่วนร่วมกันสร้างเสริมเศรษฐกิจและสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่อย่างเต็มที่

สำหรับประเทศไทย เมื่อต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 เรายอมรับการมีสุขภาพดีถ้วนหน้ามาดำเนินการอยู่ 2 เรื่องใหญ่ ๆ คือ บทบาทของประชาชน และบทบาทเจ้าหน้าที่ในกระทรวง และมหาวิทยาลัย ซึ่งจะกล่าวละเอียดในข้อต่อไป

2. ประชาชนมีบทบาทเพิ่มมากขึ้น (People's Increasing Role) การที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น จากผลประชุมใหญ่ที่เมืองอัลมาอตา ประเทศรัสเซีย ได้มีข้อตกลงระบุว่า ให้ “การสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นกลวิธีหลักที่จะช่วยให้บรรลุ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และเรียกร้องให้ทุกประเทศให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่องโดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นตั้งได้กล่าวข้างต้น และพยายามให้บทบาทของชาวบ้านในเรื่องการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในเรื่องใหญ่ ๆ 3 เรื่อง คือ

2.1 การถ่ายทอดเทคโนโลยี (Technology Transfer) กิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานหรือองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานที่กำหนด โดย WHO มีอยู่ 8 องค์ประกอบด้วยกัน คือ

- 1) การจัดหน้าสะอาดและการกำจัดของเสียต่าง ๆ
- 2) การควบคุมโรคติดต่อที่จำเป็นและพบบ่อยในท้องถิ่น

- 3) การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ
- 4) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ
- 5) อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
- 6) การรักษาโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น
- 7) การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน หรือเพื่อช่วยเหลือในการรักษาโรคที่พบบ่อย ๆ ที่จำเป็น
- 8) การให้สุศึกษา

สำหรับประเทศไทยได้มีการเพิ่มเติมทันตสาธารณสุขและสุขภาพจิตเข้าไปด้วยรวมเป็น 10 องค์ประกอบ

ในการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น จำเป็นจะต้องทำให้ง่ายพอที่จะชาวบ้านจะสามารถทำได้ จึงต้องประยุกต์ให้ง่ายที่สุด หรือการใช้เทคโนโลยีเหมาะสม (Appropriate Technology) ยกตัวอย่างเช่น ในเรื่องของโภชนาการ เราสอนให้ชาวบ้านโดย อสม./ ผสส. หรือแม่ซึ่งนำหน้าเด็ก หรือนำหน้าลูกเอง เขาก็จะรู้ปัญหาและจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เขาแก้ปัญหาเอง โดยเราให้ความรู้เรื่องการให้อาหารเด็ก การให้อาหารเสริมที่มีโปรตีนและกำลังงานสูงเพื่อแก้ปัญหา และให้เขาซึ่งนำหน้าเด็กเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอที่เรียกว่า ให้มีการเฝ้าระวังทางโภชนาการ เพื่อให้แก้ปัญหาได้ทันทั่วๆ ก่อนที่จะเป็นมาก ในไม่ช้าโรคขาดสารอาหารก็จะหมดไป ในทำนองเดียวกันในเรื่องของการสุขาภิบาลและน้ำสะอาด เราสอนหรือสาธิตให้ชาวบ้านสร้างถังเก็บน้ำในด้วยวิธีการง่าย ๆ ชาวบ้านก็เริ่มสร้างถังน้ำฝน แทนที่จะใช้การสูบน้ำหรือปั้มน้ำ ซึ่งชาวบ้านดูแลไม่ไหวยอมรับไม่ได้ สำหรับการรักษาโรคเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เป็นกันบ่อย ๆ ในหมู่บ้าน เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ท้องเสีย ฯลฯ เราก็ฝึก อสม. มาดำเนินการ ซึ่งก็ได้ทำไปแล้ว

2.2 การบริหารการเงินและโครงการ (Financial Support and Program Management) โดยชาวบ้านเอง หลังจากที่มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ประยุกต์ให้ง่ายสู่ชาวบ้านแล้ว เมื่อดำเนินการไปก็พบว่างานหลายอย่างยังไม่ค่อยเดินและไปได้ยาก เพราะขาดองค์ประกอบด้านการบริหารการเงิน เพราะต้องมีทุน ดังนั้น ต้องให้ชาวบ้านรวมทุนเป็นรูปของสหกรณ์ เกิดกองทุนขึ้นได้ โครงการต่าง ๆ ก็ให้พร้อมกับเรื่องการบริหารจัดการและกองทุน ให้ชาวบ้านบริหารกองทุนเอง ซึ่งเป็นผลสำเร็จมาก และพบว่าชาวบ้านสามารถนำเทคโนโลยีที่เราให้ไปดำเนินการต่อไป

2.3 การวางแผนและการนำความจำเป็นพื้นฐานมาใช้ในการพัฒนา (Planning

Leading to Application of Basic Minimum Needs Approach) ในการดำเนินงานต่อมาพบว่า การวางแผนสาธารณสุขนี้จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ด้วยดี ชาวบ้านจะต้องนำแผนงานสาธารณสุขนี้ใส่ไว้ในแผนพัฒนาตำบลด้วย เนื่องจากรัฐเร่งรัดให้ชาวบ้านทำแผนตั้งแต่ตำบล อำเภอ ขึ้นมา ถ้างานของเราไม่อยู่ในแผนตำบลก็ทำไม่ได้ จะต้องอยู่ในแผนตำบลให้ได้โดยจำเป็นต้องวิเคราะห์ออกมาว่าปัญหาสาธารณสุขนี้เป็นปัญหาของหมู่บ้าน ชาวบ้านต้องบอกได้ว่างานสาธารณสุขนี้เป็นสิ่งที่จะต้องมีในหมู่บ้านพัฒนากันมานานแล้ว แต่ชาวบ้านไม่เคยรู้เลยว่าเขาต้องการงานสาธารณสุข เขาต้องการแต่ถนนไฟฟ้า โทรทัศน์ ฯลฯ ดังนั้น จึงได้ติดต่อกับสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) แล้วอธิบายให้เข้าใจ ประเทศไทยต้องมีแผนระยะยาวทางสังคม สังคมจะเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นย่อมไม่ได้ (ขณะนั้นกำลังอยู่ระยะวางแผนฯ 5) จะเอา 5 ปีไม่ได้ ควรเป็นหลัก 20 ปี ซึ่งเรานึกตรงกับเรื่องสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าพอดี และถ้าเราพูดเพียงเรื่องสุขภาพไม่สำเร็จ เพราะเป็นงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ ควรรับไปทำ ดังนั้น เราจึงพูดในแง่ของสังคมว่าคุณภาพชีวิตของคนไทยจะต้องดีขึ้นใน 20 ปีข้างหน้าจะต้องมีอะไรบ้าง จึงได้นำไปสู่การใช้ความจำเป็นพื้นฐานย่อว่า จปฐ.* มาจากภาษาอังกฤษว่า Basic Minimum Needs หรือ BMN ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ทำให้เราแทรกงานสาธารณสุขเข้ากับงานพัฒนาสังคมอื่น ๆ ได้ ถือว่าประชาชนจะมีคุณภาพดีต้องมีความจำเป็นพื้นฐาน 9 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยงานสาธารณสุข งานของเกษตร งานของมหาดไทย และงานของการศึกษา และอื่น ๆ จึงทำให้ถูกยอมรับในหน่วยงานอื่น ๆ ปัจจุบันกำลังจะเสนอเข้า กชช. โดยได้ปรับปรุงตัวแปรเหลือเพียง 21 ตัวแปร และมีเครื่องชี้วัด 38 ข้อ ในจำนวนนี้ กชช. อนุมัติแล้ว 12 ข้อ เป็นของกระทรวงศึกษาธิการ 1 ข้อ และกระทรวงสาธารณสุข 11 ข้อ จปฐ. 9 ข้อ ของคนไทย ได้แก่.—

- (1) ประชาชนในครอบครัวได้กินอาหารถูกสุขลักษณะและเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย
- (2) ประชาชนในครอบครัวมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
- (3) ประชาชนในวัยทำงานมีงานทำมีเสรีภาพในการประกอบอาชีพและอยู่ใน สภาพแวดล้อมของการทำงานที่เหมาะสม
- (4) ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ
- (5) ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
- (6) ประชาชนมีการผลิตหรือจัดหาอาหารอย่างเพียงพอแก่การดำรงชีพ
- (7) ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตรได้ตามต้องการ

- (8) ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาความเป็นอยู่และกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง
- (9) ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข (Changing Role of University and Ministry of Public Health)

3.1 แนวความคิดและเจตคติ (Concept and Attitude) ปัจจุบันแนวความคิดและเจตคติของเจ้าหน้าที่และนักศึกษาเปลี่ยนแปลงไปในทำนองที่ยอมรับและมีความสำคัญต่อสังคมมากขึ้น เท่าที่เราสังเกตมา เช่น เรื่องการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าและเรื่องอื่น ๆ ก็เป็นที่ยอมรับกันอยู่

3.2 มีการจัดรูปแบบองค์กรใหม่ (Reorganization) เริ่มมาในกระทรวงสาธารณสุข แท้ที่จริงเริ่มมาก่อนเรื่อง การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า คือ การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข โดยการผสมผสานป้องกันและรักษาพยาบาลเข้าด้วยกัน และมีการกระจายอำนาจ

3.3 การกระจายอำนาจ (Decentralization) วัตถุประสงค์ของการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยไว้ด้วยกัน เพื่อรวมอำนาจไปที่ปลัดกระทรวง ซึ่งจะมีเอกภาพในการสั่งการ (Unity of Command) และกระจายอำนาจลงไปจังหวัดที่สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจะไปดูแลหน่วยงานในจังหวัด เรื่องการกระจายอำนาจนี้ เราจะพยายามเร่งรัดให้ถึงอีก 3 กระทรวงด้วย ไม่ทราบจะสำเร็จเพียงใด อีก 3 กระทรวงน่าจะกระจายอำนาจลงสู่จังหวัดหมด รวมทั้งงบประมาณด้วย แต่เรามีความคิดว่า ถ้า จปฐ. ได้รับอนุมัติจากรัฐแล้ว เราจะเสนอแนะสำนักงบประมาณให้ตั้งงบประมาณให้จังหวัดเลย เพื่อให้เขาดูแลเรื่อง จปฐ. ของจังหวัดเลย โดยไม่ต้องผ่านกระทรวง ทั้ง 4 กระทรวง อย่างน้อยทางด้านบริการพื้นฐานต่าง ๆ จังหวัดควรจะได้รับผิดชอบไป ให้อำนาจเขาไปให้เต็มที่ เพราะเขาอยู่ใกล้ปัญหาอยู่มรรู้ดีกว่าเรา ความคิดนี้มีอยู่แล้วในกระทรวงมหาดไทย

3.4 การฝึกอบรมและวิจัย (Training Strategy and Research) ทางมหาวิทยาลัย ได้มีการแก้ไขการจัดหลักสูตรให้เข้ากับสภาพของประเทศและแนวทางดำเนินการ การวิจัยค้นคว้าก็เปลี่ยนแปลงไปสู่แนวทางการวิจัยเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นของดี และเป็นจุดแข็งที่แสดงว่าเราพร้อมในการไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า แต่ทางด้านมหาวิทยาลัยก็น่าจะมีการปรับปรุงรูปองค์กร บทบาทครูในด้านการสอนเพื่อจะนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าด้วย

4. การจัดสรรทรัพยากร (Resource Reallocation—Manpower and Finance) เป็นเรื่องสำคัญคือมีการผันงบประมาณสู่หมู่บ้านมากขึ้นมากกว่าเดิม การก่อสร้างใหญ่ ๆ ลดลงมาก โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล 1,000 เตียงไม่อยู่ในนโยบายแผนฯ 5 เลย เราเฉลี่ยงบประมาณสู่ตำบล อำเภอ จังหวัด เดิมเงินลงสู่หมู่บ้าน 10% ก็เพิ่มเป็น 20-25% และจะเพิ่ม

เรื่อย ๆ ต่อไป ควรผันตรงลงสู่หมู่บ้านเลยจะได้ประโยชน์สูงสุด ถ้าผ่านหน่วยงานของรัฐจะถูกดูดซึมโดยหน่วยงานของรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง ถึงหมู่บ้านเพียง 10% ฉะนั้น นโยบายระยะหลัง เช่นเงินผัน หรือเงิน กสช. ส่งตรงเลย สุดท้ายนี้ เงินพัฒนาชนบทจะส่งตรงเองไปใช้ในหมู่บ้านเลย จะเห็นว่าใช้หลักเดียวกันคือไม่ยอมให้ตั้งค่าใช้จ่าย โดยเอาจากงบประมาณ เงินพัฒนาจะสู่หมู่บ้านจริง ๆ ทั้งหมด เรื่องนี้ไม่ได้มีการพูดไว้ชัดเจนแต่ควรวิเคราะห์ได้ซึ่งก็เป็นการถูกต้อง

5. ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร (Effective Utilization of Resources) ในช่วงที่ผ่านมการใช้ทรัพยากรดีขึ้น

6. ความสามารถในการวางแผนสาธารณสุข (Strength in Sector Planning) ตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 4 เป็นต้นมา แผนพัฒนาสาธารณสุขได้เป็นที่ยอมรับของหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นที่ยอมรับมาตลอด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่เราสามารถเข้าทางสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้ ที่เราน่า จปฐ. เข้าไปได้ เพราะทาง สศช. ยอมรับความสามารถในการวางแผนของเราอยู่แล้ว รวมทั้งต่างประเทศก็ยอมรับแผนพัฒนาสาธารณสุขของเราด้วย

7. การเป็นตัวกลางประสานระหว่างหน่วยงาน (Catalytic in Intersectoral Coordination) จากข้อ 6 เมื่อกระทรวงต่าง ๆ ในขณะที่เราก็ได้ประโยชน์ด้วย รวมทั้งการประชุมหลายครั้งเราเป็นตัวกลางจัดงานของกระทรวงต่าง ๆ ในขณะที่เราได้ประโยชน์ด้วย รวมทั้งการประชุมผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งท่านได้รับจะสนับสนุนการรณรงค์ปีสาธารณสุขมูลฐานและการใช้ จปฐ. ไปแล้ว

8. การเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง (Risk Directional Change Through Politics) การเปลี่ยนแปลงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะเกิดขึ้นได้ในวันข้างหน้า ปัจจุบันท่านรัฐมนตรีท่านเข้าใจงานสาธารณสุขดี แต่ต่อไปการเสี่ยงด้านนี้ยังมีอยู่เสมอ และเราก็ระวังอยู่ก่อนที่จะกล่าวต่อไปถึงนโยบายในอนาคต ควรสำรวจประเมินเหตุการณ์แวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเสียก่อน

8.1 ปัจจัยแวดล้อมภายนอก (External) ซึ่งเป็นสิ่งที่เราทำอะไรไม่ได้มากนัก

8.1.1 มีการวางแผนโดยชุมชนมากขึ้น (Increasing use of community-Based Planning) ในแผนพัฒนาฉบับที่ 5 และในแผนฯ 6 โครงการพัฒนาชนบทจะมีการวางแผนจากหมู่บ้านขึ้นมามากขึ้น และแผนระหว่างหน่วยงานก็จะมีมากขึ้น

8.1.2 มีการจัดสรรงบประมาณลงสู่หมู่บ้านโดยตรงมากขึ้น (More direct resource allocation to community) จะมีเงินลงสู่หมู่บ้านมากกว่าในปัจจุบัน ขณะนี้เงินผันสู่หมู่บ้าน

ปีละ 1,000 กว่าล้านบาท ต่อไปจะมากขึ้นอีกเพราะถึงชาวบ้าน

8.1.3 ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานดีขึ้น (Better intersectoral coordination) ในเมื่อรัฐบาลก็สนใจ และสาธารณสุขเป็นแกนให้ ฉะนั้น ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาขาต่าง ๆ จะดำเนินไปด้วยดี โดยเฉพาะเมื่อมีการนำ จปฐ. มาใช้ จะเป็นจุดประสานการดำเนินงานระหว่าง 4 กระทรวงหลักได้ดี

8.2 ปัจจัยแวดล้อมภายใน (Internal)

8.2.1 องค์ประกอบด้านสาธารณสุขมีพร้อม (Fullfilled health infrastructure) ภายในสิ้นแผนฯ 5 จะมีโรงพยาบาล สถานือนามัย ผสส./ อสม. เต็มพื้นที่หมด ปัจจุบันทุกระดับเหลืออีก 10 กว่าเปอร์เซ็นต์ก็จะครบ

8.2.2 ชุมชนพึ่งตนเองได้เพื่อให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (HFA reached Through self-managed community) ในหลายหมู่บ้านที่เราเปิดให้ชาวบ้านจัดการในเรื่องสาธารณสุขของเขาเอง โดยให้มีการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น เชื่อว่าจะถึงสุขภาพดีถ้วนหน้ากันหลายหมู่บ้าน โดยวัดจากความจำเป็นพื้นฐานซึ่งมีเครื่องชีวิตพร้อม

8.2.3 ไทยเป็นผู้นำในภูมิภาคนี้ (Leading role in region for Thailand) ประเทศไทยน่าจะได้เป็นผู้นำด้านสาธารณสุขในภูมิภาคอาเซียนตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก เพราะเท่าที่สังเกตเรามีศักยภาพเหนือประเทศอื่นอยู่มาก จึงทำให้เราต้องวางแผนสาธารณสุขระหว่างประเทศด้วยเพื่อให้อยู่ในฐานะผู้นำ

8.2.4 งบประมาณรัฐไม่เพิ่มมาก (Static resource allocation from government) เชื่อว่ากระทรวงสาธารณสุขจะไม่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเท่าไร เนื่องจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศมีไม่มากนัก การขยายตัวของงบประมาณสาธารณสุขอย่างมากไม่เกิน 12 เปอร์เซ็นต์ซึ่งสูงสุดในกระทรวงฯ เทคนิคทั้งหลาย หลักการ วัตถุประสงค์ นโยบายในอนาคต (goal, objectives, strategy formulation in future plan) สำหรับเรื่องนโยบายเป็นเรื่องของรัฐหรือของทำนรัฐมนตรี แต่การคิดเรื่องแผนในอนาคตอาจเป็นดังนี้

1) ปรับคุณภาพขององค์ประกอบด้านสาธารณสุข (improved quality of health infrastructure) เมื่อสร้างองค์ประกอบพร้อมเข้าใจแผนฯ 5 แล้ว ในแผนฯ 6 ควรพิจารณาใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์โดยการปรับปรุงคุณภาพของงานสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่คุณภาพของ ผสส. ขึ้นมาจนถึงเจ้าหน้าที่ทุกระดับและหน่วยงานทุกระดับ

2) มีแผนด้านการเงินเพื่อสาธารณสุขให้ดีขึ้น (better health financing scheme) ด้วยความจำเป็นว่า งบประมาณของเราน้อย เราจะทำอย่างไรจึงจะทำให้คุณภาพดีที่สุด โดย

ใช้เงินของรัฐน้อยที่สุด เราจึงหันไปดำเนินการเรื่องสหกรณ์และสวัสดิการต่าง ๆ ซึ่งทำมาตั้งแต่แผนฯ 5 และจะทำต่อไปในแผนฯ 6

3) พัฒนาในเรื่องสหกรณ์และสวัสดิภาพด้านสาธารณสุข (Develop Health Cooperative and welfare) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจ่ายเงินมากกว่ารัฐให้ 3 เท่า แต่เราอยู่ได้เพราะเงินบำรุง ปัจจุบันเงินบำรุงคงเหลือน้อยแล้ว การพัฒนาโรงพยาบาลจึงทำได้ยาก จึงได้สร้างงานใหม่ขึ้น คือ โครงการบัตรสุขภาพ และได้เริ่มดำเนินการไปแล้ว

4) เพิ่มบทบาทของประชาชนในด้านการบริหารจัดการ (more role for people in health program management) เราคงต้องให้บทบาทกับชาวบ้านมากขึ้นในเรื่องของการบริหารจัดการโครงการสาธารณสุขที่สำคัญ คือ โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งชาวบ้านจะเข้ามา มีบทบาทเป็นคนจ่ายทรัพยากรที่รวบรวมได้ อาจจะทดแทนให้หน่วยงานได้ด้วย

5) ให้องค์กรเอกชนมีบทบาทร่วมกันมากขึ้น (better NGO's involvement) เราจะต้องร่วมกับองค์กรเอกชนซึ่งเป็นแหล่งใหญ่ของทรัพยากรที่เรายังไม่ได้นำเข้ามาร่วมมากนัก รวมไปถึงในระดับหมู่บ้านด้วย ได้แก่ ชุมชน องค์กรใหญ่ในหมู่บ้าน ไม่ได้ผลิตเฉพาะแต่ในส่วนกลางเท่านั้น

6) ใช้หลักเศรษฐศาสตร์ทางสาธารณสุขในการวางแผนให้มากขึ้น (More use of health economics in planning) ในการวางแผนฯ 6 เราคงต้องนำ health economics เข้ามามากขึ้นในการวางแผน เพื่อประโยชน์ของการใช้ทรัพยากรให้สูงขึ้น โดยเฉพาะผลของการลงทุนของบริการสาธารณสุขต่าง ๆ อย่างที่เรา นำระบบส่งต่อ (referral system) เข้ามาในเรื่องของบัตรสุขภาพก็คือ ความพยายามที่จะประหยัดค่าใช้จ่ายในการบริหารสาธารณสุขนั่นเอง

7) มีการแลกเปลี่ยนโครงการระหว่างมหาวิทยาลัยและกระทรวงฯ มากขึ้น (more exchange programs between University and Ministry) โดยเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนบทบาทมาตั้งแต่แผน 4 และแผน 5 มาแล้ว ฉะนั้น เพื่อให้การศึกษาของนักศึกษาได้เป็นไปโดยทันต่อการเปลี่ยนแปลง น่าจะมีโครงการแลกเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ระหว่างกระทรวงฯ และมหาวิทยาลัยกันจะเกิดประโยชน์มาก และจะทำให้เรารู้ปัญหาตลอดจนข้อจำกัดที่มี ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน มีหลายครั้งที่เราไม่เข้าใจกันเพราะเราไม่รู้ว่ามีข้อจำกัดอยู่ เรื่องการแลกเปลี่ยนนี้ทำได้หลายระดับ แม้แต่การโอนย้ายเจ้าหน้าที่ระหว่างมหาวิทยาลัยกับกระทรวงฯ ก็น่าจะทำได้

8) ให้ชาวบ้านสอนชาวบ้านกันเองให้มากขึ้น (more community based training) ในการที่จะอบรมชาวบ้านของ 55,000 กว่าหมู่บ้านนั้น เราคงทำไม่ได้ เราควรใช้ชาวบ้านสอนกันเองมากขึ้น ซึ่งได้เริ่มแล้วในงานสาธารณสุขบางอย่าง เขาช่วยกันสอนเองได้ เราให้ทรัพยากร

และการสนับสนุนเพื่อให้เขาสอนกันเองได้ เช่น ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ขสม.)

9) การเป็นผู้นำในภูมิภาค (develop regional Leadership) เรากำลังมีแผนที่จะเป็นผู้นำด้านสาธารณสุขทางภูมิภาคนี้ โดยเรากำลังเน้นจุดประสานด้านการพัฒนาความร่วมมือด้านเทคโนโลยีสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา (TCDC) กับประเทศใกล้เคียง ซึ่งทาง WHO เห็นว่าทางด้านสาธารณสุขประเทศเราเหมาะสม ฉะนั้น ในไม่ช้าประเทศไทยคงเป็นตัวแทนของภูมิภาคนี้ด้าน (TCDC) การที่เราจะจัดประชุมคณะรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนก็เพราะเหตุนี้ และเป็นผลประโยชน์ทางการเมืองระหว่างประเทศขึ้น

10) การวางแผนอย่างต่อเนื่อง (succession planning) ผู้บริหารรุ่นนี้คงจะดูว่าใครควรจะมาแทน ต้องเริ่มคิดสร้างคนขึ้นมารับงานทำต่อให้เสร็จ กระทรวงสาธารณสุขกำลังทำอยู่คงจะทำกันในแผนฯ 6

บทบาทของฝ่ายปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักปกครองระดับสูง ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข

ดังได้กล่าวไว้ ในการพัฒนางานสาธารณสุขนั้น เราไม่สามารถจะดำเนินการให้ได้ผลดีได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ โดยเฉพาะอีก 3 กระทรวงหลัก สำหรับบทบาทของฝ่ายปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักปกครองระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขนั้น มีความสำคัญมาก เนื่องจากงานบริหารราชการส่วนจังหวัดนั้น ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ที่มีส่วนในการให้การสนับสนุนและเป็นแกนกลางในการผสมผสานงานทุก ๆ สาขาของจังหวัด โดยเฉพาะท่านมีความเข้าใจและยึดหลักการพัฒนาในรูปแบบของการผสมผสานอยู่แล้ว นับว่ากระทรวงสาธารณสุขโชคดีที่ทางกระทรวงมหาดไทย โดยเฉพาะท่านผู้ว่าราชการจังหวัดหลายจังหวัด ได้ให้ความสนใจและสนับสนุนงานสาธารณสุขเป็นผลสำเร็จ ที่เป็นที่ยกมาถึงหลายงาน โดยเฉพาะเมื่อเราได้เรียนเชิญท่านมาร่วมประชุมเพื่อออกความคิดเห็นในการดำเนินงานสาธารณสุขครั้งใด ท่านก็ได้ให้ความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีทุกครั้งไป สิ่งนี้ก็เป็นกำลังใจของพวกเราในการที่จะดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง