

บทที่ 5

การสาธารณสุขมูลฐานกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ข้อแนะนำสำหรับนักศึกษา

1. นักศึกษาที่มีโอกาสเข้าฟังการบรรยายในชั้นเรียน ควรศึกษาบทเรียนมาล่วงหน้า เพื่อความเข้าใจที่ดีขึ้นของนักศึกษา
2. ให้นักศึกษาอ่านจุดประสงค์ให้เข้าใจชัดเจนก่อนศึกษาเนื้อหาในบทเรียน
3. ให้นักศึกษาอ่านเนื้อหาในบทเรียนโดยละเอียด
4. ให้นักศึกษาทำกิจกรรมและแบบฝึกหัดท้ายบทในสมุดที่นักศึกษาเตรียมไว้
5. ให้นักศึกษาประเมินความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการศึกษา โดยพิจารณาจากจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมและกิจกรรมท้ายบท
6. นักศึกษาควรศึกษาเพิ่มเติมโดยค้นคว้าจากหนังสืออ้างอิงในหน้าบรรณานุกรม
7. นักศึกษาควรติดต่อกับอาจารย์เมื่อนักศึกษาปฏิบัติตามขั้นตอนทั้งหมดแล้วยังไม่เข้าใจ

ขอบข่ายของเนื้อหา

1. ความสำคัญ
2. แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. นโยบายและกลวิธีการพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530–2534)
4. บทบาทของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข
5. แนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต
6. สรุป
7. คำถามและกิจกรรมประกอบท้ายบท

จุดประสงค์

เพื่อให้ผู้เรียนสามารถ

1. สรุปแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยได้
2. สรุปสาระสำคัญของนโยบายและกลวิธีการพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530–2534) ได้
3. ระบุบทบาทของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ได้
4. สรุปแนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคตได้
5. อภิปรายแนวคิดในการใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือในการชี้วัดภาวะสุขภาพของประชาชนได้

สาระสำคัญของเนื้อหา

1. ความสำคัญ

การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก มนุษย์ทุกคนที่มีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล เช่น ลักษณะรูปร่างหน้าตา เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความเชื่อทางการเมือง ฯลฯ ทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองให้มีสุขภาพดีได้ ซึ่งการมีสุขภาพดีนั้น หมายถึง การมีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีใช้เพียงแต่ร่างกายและจิตใจปราศจากโรคหรือไม่มีความพิการเท่านั้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างดีอีกด้วย

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ใช้เวลามากกว่า 30 ปี (ก่อนปี พ.ศ. 2513) ที่จะทำให้ประชากรของประเทศสมาชิกมีสุขภาพดี แต่การปฏิบัติงานขององค์การอนามัยโลกไม่ได้ผลเท่าที่ควร ประชากรของโลกยังขาดอาหาร ขาดการศึกษา อัตราการตายของทารกยังอยู่ในระดับสูง การระบาดของโรคบางอย่างยังไม่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา

ในปี พ.ศ. 2513 องค์การอนามัยโลกเริ่มมีแนวคิดใหม่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยถือความเท่าเทียมกันของประชาชนเป็นหลัก และใช้การพัฒนาแบบผสมผสานทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นแนวทางในการปรับปรุงความเป็นอยู่ของประชาชน โดยมุ่งจะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชน ทั้งนี้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากยิ่งขึ้น

แนวคิดดังกล่าวนี้ได้กลายเป็นแนวคิดหลักขององค์การระหว่างประเทศต่าง ๆ รวมทั้งองค์การอนามัยโลกด้วย ในปี พ.ศ. 2519 เลขานุการองค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้มีการใช้มาตรการที่เหมาะสม เพื่อที่จะให้องค์การอนามัยโลกมีบทบาทในการร่วมมือกับองค์การประเทศอื่น ๆ สนับสนุนประเทศต่าง ๆ ในการพัฒนาชนบท โดยมุ่งปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น

ในปี พ.ศ. 2521 ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกสมัยที่ 30 ที่เมืองอัลมา อตา (Alma Ata) ประเทศรัสเซีย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรโลกว่า **สุขภาพดีถ้วนหน้าภายใน 2543 (Health For All By The Year 2000)** และยังระบุว่าให้ประเทศสมาชิกใช้ **การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC)** เป็นกลวิธีดำเนินการที่สำคัญอันจะทำให้ถึงสุขภาพดีถ้วนหน้า

ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2523 การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้นหมายความว่า ในอนาคต ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มอาชีพ จะมีสิทธิมีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของทุกคนเท่าเทียมกันมากกว่าในปัจจุบัน โดยเฉพาะในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาตนเองให้ปราศจากโรคและความพิการ

2. แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

เพื่อสนองตอบข้อเรียกร้องขององค์การอนามัยโลก สำนักงานองค์การอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ ซึ่งมีประเทศไทยเป็นสมาชิกอยู่ด้วย ได้จัดประชุมขึ้นที่กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย เมื่อ ธันวาคม 2522 ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้กับประเทศต่าง ๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุข ดังนี้ คือ

1. ควรมีการกำหนดความหมายของสุขภาพดีถ้วนหน้า
2. ควรมีการถ่ายทอดแนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติขึ้น
3. ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติขึ้น
4. ควรจัดทำแผนดำเนินการ
5. ควรจัดให้มีแผนและโครงการสาธารณสุขมูลฐาน
6. ควรกำหนดกลวิธีดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
7. ควรกำหนดกลไกการประสานงานสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ
8. ควรจัดกลไกในการจัดสรรทรัพยากร
9. ควรกำหนดกลไกการนำภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
10. ควรกำหนดกลวิธีในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
11. ควรกำหนดกลวิธีในการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้
12. ควรกำหนดกลวิธีในการประสานงานด้านการศึกษาวิจัย

สำหรับการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ประเทศไทยได้นำทั้งส่วนที่เป็นข้อเสนอแนะจากการประชุมสัมมนาภายในประเทศ (พ.ศ. 2522) ร่วมกับข้อเสนอแนะจากการประชุมองค์การอนามัยโลกที่เมือง อัลมา อตา ประเทศรัสเซีย (พ.ศ. 2521) และการประชุมขององค์การอนามัยโลกที่กรุงนิวเดลี (พ.ศ. 2522) มาประยุกต์เข้ากับประสบการณ์ที่กระทำกันมานานนับปี ซึ่งกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานที่เด่นชัด และมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปดังนี้ คือ

1. การให้การศึกษเกี่ยวกับปัญหาอนามัยที่เกิดประจำ รวมทั้งวิธีป้องกันและควบคุม
2. การสนับสนุนการจัดหาอาหารและการโภชนาการ
3. การดูแลอนามัยแม่และเด็กรวมทั้งการวางแผนครอบครัว
4. การจัดหาน้ำสะอาดให้พอเพียงตลอดจนการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน
5. การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อต่อต้านโรคติดต่อที่สำคัญ
6. การป้องกันและควบคุมโรคระบาดประจำถิ่น
7. การรักษาที่เหมาะสมสำหรับโรคพื้น ๆ และการบาดเจ็บเล็กน้อย
8. การจัดหายาที่จำเป็น

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของกิจกรรมอีก 2 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมหนึ่งเป็นส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมทันตสาธารณสุข และอีกกิจกรรมหนึ่งเป็นกิจกรรมที่อาจจัดได้ว่าเป็นทั้งส่วนของการฟื้นฟูสุขภาพและเป็นส่วนสำคัญอีกด้านหนึ่ง นอกเหนือจากสุขภาพทางกาย นั่นก็คือ กิจกรรมสุขภาพจิต ดังนั้น ในปี 2525 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขยายขอบเขตบริการให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นอีก 2 กิจกรรม คือ

9. การทันตสาธารณสุข
10. การสุขภาพจิต

การให้กิจกรรมดังกล่าวสัมฤทธิ์ผลสูงสุด จำเป็นที่จะต้องให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจอย่างต่อแท้ถึงบทบาทที่ทุกคนควรปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพดีถ้วนหน้า อีกทั้งต้องเกิดจิตสำนึกรับผิดชอบร่วมกันทุกฝ่าย ดังนั้น จึงต้องมีกิจกรรมซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของงานนี้คือ สุขศึกษา เป็นแกนร่วมของทุกกิจกรรม

2.1 ด้านนโยบาย

จากแนวคิดที่ว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิของทุกคนในโลก ประเทศไทยก็ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศ ในมาตราที่ 73 ความว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขและพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า การป้องกันและการปราบปรามโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า”

สำหรับความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ในฐานะที่เป็นกลวิธีหรือยุทธศาสตร์ หมายถึง การจัดบริการ (กิจกรรมองค์ประกอบ) สาธารณสุขมูลฐานให้ถึงพร้อมแก่ทุกชุมชนและทุกคน โดยยึดหลักสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ชุมชนต้องมีบทบาทสำคัญยิ่งในการพัฒนาสุขภาพของสมาชิกในชุมชน โดยการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และลงมือดำเนินการตามแผนที่ตัดสินใจเลือกไว้ ทั้งนี้โดยจัดสรรและใช้ทรัพยากรที่ชุมชนมีอยู่เป็นเบื้องต้น

2. ระบบการบริการสุขภาพของรัฐจะต้องปรับให้สามารถสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขทั้ง 10 กิจกรรมได้อย่างเพียงพอในส่วนที่จำเป็นและพร้อมสำหรับส่วนที่ต้องการ

3. ลักษณะกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 10 กิจกรรม จะต้องเป็นเทคโนโลยีที่เหมาะสม คือ

3.1 ต้องถูกต้องตามหลักวิชาการในการแก้ปัญหาในเรื่องนั้น ๆ

3.2 ต้องเป็นที่ยอมรับของชุมชน

3.3 ต้องไม่เกิรณกำลังทางเศรษฐกิจที่จะรับได้ทั้งระดับส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ

4. นอกเหนือจากความกลมกลืนของกิจกรรมบริการต่าง ๆ แล้ว หัวใจสำคัญอีกประการ คือ การผสมผสานระหว่างสาขาต่าง ๆ ของการพัฒนา เนื่องจากพัฒนาการทางสุขภาพหลาย ๆ อย่างขึ้นกับพัฒนาการของเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา

ในขณะที่แนวคิดทางสาธารณสุขได้เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง แนวคิดของการพัฒนาชนบทของประเทศก็มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างสอดคล้องกัน ดังจะเห็นได้จากแนวนโยบายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเริ่มเปลี่ยนแปลงในแผนที่ 4 โดยมุ่งสนองตอบความต้องการของประชาชน แทนการมุ่งพัฒนาเพิ่มผลผลิตและรายได้ตามแผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ฉบับที่ 1-3 อย่างไรก็ดี ปัญหาที่ตามมาว่า ความต้องการของประชาชนมุ่งที่จะดำเนินรอยตามพื้นที่ที่เจริญแล้วทางวัตถุ โดยต้องการขยายการก่อสร้างปัจจัยหลัก เช่น ถนน ไฟฟ้า ชลประทาน ฯลฯ จึงเกิดปัญหาว่าปัจจัยที่ต้อการนั้นมีได้แก่ปัญหาพื้นฐานของประชาชนในชนบทแล้วหลังเลย

ดังนั้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 จึงมุ่งเน้นการพัฒนาตัวบุคคล โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่ชนบทที่ยังไม่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเพียงพอแทนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 นี้ได้กำหนดระบบการพัฒนาชนบทแนวใหม่ ซึ่งมีเจตนารมณ์ 3 ประการ คือ

1. ให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ในการเป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาและเลือกโครงการของรัฐที่ตนต้องการสำหรับแก้ไขปัญหาในหมู่บ้านของตน

2. ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมมือกันดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่ประชาชนในท้องถิ่นยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปรับปรุงด้วยตนเองได้ และให้เน้นความ

สำคัญในการสนับสนุนประชาชนยากจนให้ทั่วถึงมากที่สุด

3. ให้กระทรวงหลักทั้ง 4 คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด โดยผนึกกำลังช่วยเหลือประชาชนตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ และ จังหวัด เพื่อให้ผลงานของโครงการถึงมือประชาชนรวดเร็วขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลด ความซ้ำซ้อนสูญเปล่าในการปฏิบัติงานของรัฐ จะเห็นได้อย่างชัดเจนถึงความสอดคล้องกลมกลืน ของหลักการสาธารณสุขมูลฐานกับแนวคิดหรือเจตนารมณ์ของการพัฒนาชนบทแนวใหม่ อันเป็น ทิศทางของแผนพัฒนาประเทศต่อไปในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคน ไม่อาจจะทำให้เสร็จสิ้นในระยะเวลาอันสั้น จำต้องกระทำต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาพอสมควร ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้หล่อหลอมความ คิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาประเทศ ทั้งในส่วนของ ระยะเวลาและดัชนีชี้วัด โดยมีผลสรุปว่า ในปี 2545 ทุกชุมชน ทุกครอบครัว และทุกคนจะต้อง ได้รับสิ่งที่เป็น ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย

นโยบายของประเทศไทยในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

1. ให้ถือว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายสำคัญของการสาธารณสุขของชาติ ในอันที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในชาติ โดยจะก่อให้เกิด มาตรฐานทางสุขภาพของทุกคนในระดับหนึ่งในทุก ๆ คนจะมีโอกาสได้รับ ซึ่งจะเป็นธรรมแก่ คนในชาติมากยิ่งขึ้น และให้ถือว่างานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชน

2. ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ทุกหน่วยงาน ดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายนี้ โดย

(2.1) ให้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดงานนี้ขึ้นเป็นโครงการระยะยาวที่สำคัญ โครงการหนึ่งของโครงการพัฒนาสาธารณสุข และดำเนินงานให้เป็นไปตามความมุ่งหมาย

(2.2) ให้หน่วยงานที่สนับสนุนโครงการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อันได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ และสำนักงาน ก.พ. ให้การสนับสนุนแก่โครงการนี้ตามความจำเป็น

(2.3) ให้มีคณะกรรมการระดับชาติขึ้นคณะหนึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารและ ประสานงานการสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็น ประธาน และหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กอ.รมน. กระทรวงเกษตร และสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบในการบริหาร

และประสานงานของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน และหากมีความจำเป็นและเมื่อเป็นการสมควร ก็ให้กำหนดให้มีสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ

2.2 การกำหนดเป้าหมาย

สำหรับการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานนั้น ได้มีแนวคิดดังนี้ คือ

2.2.1 การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก ดังนั้น การมีสุขภาพดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและคุณภาพชีวิตของมนุษย์ทุกคน องค์การอนามัยโลกจึงได้ตั้งเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” ซึ่งอาจจัดได้ว่าเป็นเป้าหมายระดับโลก

2.2.2 เพื่อจะให้ถึงเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” องค์การอนามัยโลกได้จัดทำเอกสาร “กลยุทธ์ที่จะให้ถึงสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” ในระดับโลกขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศต่าง ๆ กำหนดกลยุทธ์ของตน ทั้งนี้ ได้ใช้การสาธารณสุขเป็นแกนที่จะนำบริการต่าง ๆ ให้ถึงประชาชน โดยประชาชนจะเข้ามามีส่วนมากที่สุดในการดำเนินการเพื่อสุขภาพของตนเองและชุมชน

2.2.3 ในกระบวนการที่จะจัดทำกลยุทธ์ โดยเฉพาะการตั้งเป้าหมายสำหรับประเทศนั้น บางประเทศอาจมุ่งเฉพาะสุขภาพของประชาชน บางประเทศอาจคิดถึงในด้านการให้บริการทางด้านสาธารณสุข และประเทศต่าง ๆ อาจจะมีระดับของสุขภาพที่จะยอมรับว่าเป็นสุขภาพดีแตกต่างกัน นอกจากนั้น แต่ละประเทศอาจมีวิธีการดำเนินการแตกต่างกันอีก เช่น อาจเริ่มต้นด้วยการเน้นหนักแก้ปัญหาในกลุ่มที่มีความต้องการมากก่อน แล้วจึงขยายไปกลุ่มอื่นหรืออาจให้บริการทั้งหมดทั่วกันแต่เริ่มจากน้อยอย่างไปจนถึงมากอย่าง ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นการยากที่จะทำเป้าประสงค์เฉพาะและเป้าหมายในระยะต่าง ๆ ให้ครอบคลุมได้

2.2.4 เนื่องจากความหมายของคำว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” นั้นอาจแสดงออกด้วยเงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย มิได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะเงื่อนไขทางสุขภาพ หรือชีวิตที่มีสุขภาพดีพอที่จะเป็นประโยชน์และจะได้มีส่วนช่วยกันสร้างเสริมเศรษฐกิจและสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่อย่างเต็มที่ จึงต้องตีความว่า มีชีวิตที่มีประโยชน์น้อยที่สุดคืออย่างไร นี่คือนิยามของแนวความคิด “ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน” ซึ่งต้องกำหนดขึ้นทั้งในระดับประเทศและระดับปฏิบัติการ สำหรับประเทศที่ยังไม่ได้กำหนด ทางองค์การอนามัยโลกได้เสนอเป้าหมายขั้นต่ำ

ที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอาจจะนำไปพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาวะของตนในหนังสือ “Global Strategy for Health for All by The Year 2,000” Geneva, 1981 ดังต่อไปนี้¹

ก. เป้าหมายระดับโลก

(1) ประชาชนทุกคนในทุกประเทศจะได้รับบริการขั้นพื้นฐานทางสาธารณสุข ตลอดจนบริการส่งต่อจนถึงระดับแรก

(2) ประชาชนทุกคนจะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและครอบครัวเท่าที่จะทำได้ในกิจกรรมของชุมชนในด้านสาธารณสุข

(3) ชุมชนทุกชุมชนในโลกจะร่วมกับรัฐรับผิดชอบในด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชนของตน

(4) รัฐจะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศทั้งหมด

(5) ประชาชนทุกคนจะมีน้ำดื่มที่สะอาดและได้รับบริการด้านการสุขภาพอย่างทั่วถึง

(6) ประชาชนทุกคนมีอาหารกินเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

(7) เด็กทุกคนจะได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่อของเด็กต่าง ๆ

(8) ปัญหาโรคติดต่อในประเทศที่กำลังพัฒนาในปี 2543 จะต้องไม่มากกว่าที่พบในประเทศที่เจริญแล้วในปี 2523

(9) จะพยายามทุกวิถีทางที่จะควบคุมป้องกันโรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อและพัฒนาด้านจิตใจ โดยการมีชีวิตที่ดีภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ

(10) ทุกคนจะมียาที่จำเป็นไว้ใช้

ข. เป้าประสงค์และเป้าหมายรวม ในการกำหนดเป้าประสงค์และเป้าหมายรวม ควรจะพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ด้วย คือ

(1) การครอบคลุมในเชิงภูมิศาสตร์ของประชากร ซึ่งอย่างน้อยก็ต้องได้รับบริการตามองค์ประกอบที่จำเป็นต่าง ๆ ของการสาธารณสุขมูลฐาน และการนำส่งผู้ป่วย

(2) ระบบการเงินในการบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าทุกชนชั้นของสังคมจะมีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสวงหาบริการทางสาธารณสุข

(3) การครอบคลุมประชากรที่เจาะจงเป็นพิเศษ เช่น แม่และเด็ก แรงงานสตรี เด็กนักเรียน คนงาน และผู้สูงอายุ ตลอดจนกลุ่มที่เสี่ยงภัยบางประเภท

¹สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2527), หน้า 1-18.

- (4) การจัดสรรทรัพยากรเป็นพิเศษให้แก่กลุ่มที่เสียเปรียบในสังคม
- (5) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของมนุษย์โดยการจัดหาน้ำดื่ม ขจัดของเสีย และขจัดอากาศเป็นพิษ
- (6) ปรับปรุงด้านที่อยู่อาศัยและสุขภาพพื้นฐานต่าง ๆ
- (7) การจัดให้มีการผลิตอาหารที่เพียงพอและมีการกระจายที่ถูกต้องเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี
- (8) การพัฒนาทรัพยากรด้านสาธารณสุขทั้งในด้านมนุษย์และการเงิน
- (9) การเร่งรัดระดมชุมชนในด้านการวางแผนและการพัฒนา อันครอบคลุมไปถึงการส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันในกิจการสาธารณสุข ทั้งในระดับชุมชน ครอบครัว และรายบุคคล
- (10) เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข

สำหรับประเทศไทยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฯ ฉบับที่ 5 ได้ใช้การพัฒนาชนบทโดยมุ่งเน้นเพื่อเพิ่มคุณภาพของชีวิต จึงได้มีแนวคิดที่จะพิจารณาคำว่า “คุณภาพชีวิตที่ดี” นั้น มีความหมายและขอบเขตเพียงใด อะไรเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อตอบคำถามนี้จึงได้มีการกำหนด “ความจำเป็นพื้นฐาน” เพื่อนิยามคุณภาพชีวิตอันพึงปรารถนา

ค. การกำหนดความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย

โครงการพัฒนาสังคมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้หล่อหลอมความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ทุกระดับ ทั้งระดับผู้วางแผนพัฒนาประเทศ ผู้บริหารระดับสูง นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติการภาคสนามของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี และ 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันกำหนด “ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย” โดยตั้งเป้าหมายของการพัฒนาที่สำคัญภายในปี 2545 เพื่อเป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากรที่ให้ความเสมอภาคและยุติธรรมแก่พื้นที่ที่มีปัญหาและยังช่วยตนเองไม่ได้ เพื่อให้เกิดพลังและความสามารถในอันที่จะช่วยตนเองได้มากขึ้นในเรื่องที่ยังขาดแคลนอยู่ และเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ถูกต้องและตรงกับปัญหาความต้องการที่แท้จริง รวมทั้งการส่งผลให้เกิดการก่อตั้งระบบการควบคุมติดตามจากระดับล่างขึ้นมาด้วย

เนื่องจากเป้าหมายของความจำเป็นพื้นฐาน เป็นเป้าหมายภายในปี 2545 ประกอบกับเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฯ ฉบับที่ 5 ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีอยู่แล้ว ดังนั้น จึงได้มีการตรวจสอบว่า เป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฯ ฉบับที่ 5

นั้นมี “ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย” ระบุไว้หรือไม่ ถ้ามี ประชาชนบรรลุถึงระดับไหน ร้อยละเท่าใด จะมีการปรับปรุงเป้าหมายที่ปรากฏอยู่แล้วในชัดเจนและเหมาะสมขึ้นอีกหรือไม่ โดยยึดหลักการว่า ไม่มีการเพิ่มตัวแปรเข้าบรรจุในแผนฯ 5 อีก ต่อจากนั้นให้กำหนดเป้าหมายของความจำเป็นพื้นฐานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับต่อ ๆ ไป จนถึงปี พ.ศ. 2545

2.3 เครื่องชี้วัด

การกำหนดเป้าหมายในแผนพัฒนาฯ เป็นระยะจนกว่าจะถึงปี 2545 และการกำหนดวิธีการที่จะให้ถึง “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” นั้น มิได้เป็นหลักประกันว่า เมื่อถึงปีที่กำหนด จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จำเป็นจะต้องมีระบบการควบคุมกำกับและการประเมินผลของกระบวนการไว้ในกลวิธีด้วย และในการดำเนินการนั้น ๆ จำเป็นจะต้องมีเครื่องชี้วัดของความก้าวหน้า เครื่องชี้วัดคือตัวแปรต่าง ๆ ที่จะใช้วัดการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลงานทั้งทางตรงและทางอ้อม

จากเอกสารขององค์การอนามัยโลก “Formulating Strategies for Health for All by The Year 2000” ได้เน้นถึงการมีเครื่องชี้วัดในการควบคุมกำกับและประเมินผลความก้าวหน้า ในการที่จะให้ถึง “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” ไว้ดังนี้

(1) เพื่อให้รัฐสามารถรู้ถึงความก้าวหน้า ควรจะได้นำกระบวนการประเมินผล มาพิจารณาตั้งแต่ระยะต้น ๆ เพื่อประเมินผลความสำเร็จและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งยังใช้ในการ ควบคุมกำกับความก้าวหน้าในด้านประสิทธิภาพของการแก้ปัญหาที่ดำเนินการอยู่

(2) การควบคุมกำกับและการประเมินผล ควรจะต้องกระทำทั้ง 2 ระดับ คือ ระดับ นโยบายและระดับปฏิบัติการ แต่ต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในระดับนโยบายจะต้องดูว่า สุขภาพของประชาชนดีขึ้นหรือไม่ ควรจะต้องมีการปรับปรุงนโยบาย กลวิธี และแผนดำเนินการ ใดๆหรือไม่ ในระดับปฏิบัติการ ควรจะรู้ว่าโครงการต่าง ๆ เหมาะสมหรือไม่ การวางแผน ดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ดีหรือไม่ โครงการนั้น ๆ ดำเนินการโดยมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยผ่านบริการด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจสังคมที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น จึงต้องใช้เครื่องวัด 2 ชนิดด้วยกัน คือ เครื่องชี้วัดในด้านสภาวะทางสาธารณสุข ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและเครื่องชี้วัดบริการด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ใช้อยู่ คือ อัตราตายของทารกและอายุขัย ในด้านสังคมก็จะต้องมีเครื่องชี้วัดเช่นเดียวกัน

ไม่ว่าจะเลือกใช้เครื่องชี้วัดใด ๆ ก็ตาม จะต้องนึกถึงการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลซึ่ง ไม่ควรจะเป็นภาระหนักกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากนัก

เครื่องชี้วัดระดับโลก ในขณะที่ประเทศบางประเทศยังไม่ได้กำหนดเครื่องชี้วัดขึ้น องค์การอนามัยโลกได้เสนอเครื่องชี้วัดขั้นต่ำที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอาจนำไปพิจารณาปรับปรุง ใช้ให้เหมาะสมกับภาวะของตนไว้ดังนี้

(1) “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ได้รับการยอมรับในระดับสูงของประเทศ เช่น การประกาศ เป็นนโยบายของรัฐ มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้เพิ่มขึ้นในอัตราที่เหมาะสม มีการสร้างความร่วมมือในชุมชน และปรับระบบสาธารณสุขใหม่ให้สอดคล้องกับปรัชญา

(2) มีกลไกที่จะให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขที่เหมาะสมและ ใช้ประโยชน์ได้ รวมทั้งการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปสู่ท้องถิ่นและชุมชน

(3) มีงบประมาณสำหรับกิจการสาธารณสุขไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ ประชาชาติ

(4) มีอัตราส่วนของงบประมาณสาธารณสุขที่เหมาะสม คือ มีอัตราส่วนของงบประมาณที่ใช้สำหรับสนับสนุนกิจการสาธารณสุขมูลฐาน และหน่วยงานระดับปลายที่ติดต่อกับ ระบบสาธารณสุขมูลฐาน ไม่รวมงบประมาณของโรงพยาบาล อยู่ในระดับที่น่าพอใจ

(5) มีความเท่าเทียมกันในการจัดสรรทรัพยากร ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อคน ตลอดจน อัตรากำลัง สถานที่ที่ใช้สำหรับกิจการสาธารณสุขมูลฐานสำหรับคนกลุ่มต่าง ๆ หรืออาณา บริเวณต่าง ๆ เช่น ในชนบท ในเมือง

(6) มีกลวิธีที่ชัดเจนที่จะไปให้ถึงสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า มีการจัดสรรทรัพยากร เพื่อการนี้ และมีการสนับสนุนในส่วนที่ขาดโดยประเทศที่มีระดับการพัฒนาสูงกว่า

- (7) ประชากรทุกคนสามารถเข้าถึงการสาธารณสุขมูลฐานอย่างน้อยในเรื่องเหล่านี้
- มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคในครัวเรือน หรือไม่ห่างกว่าระยะเดินเท้า 15 นาที
 - มีส้วมที่เหมาะสมในบ้านหรือที่ใกล้เคียง
 - ได้รับภูมิคุ้มกัน โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด โปลิโอ และวัณโรค
 - มีสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งมียาที่จำเป็นไม่น้อยกว่า 20 รายการ ภายใน รัศมีเดินเท้าไม่เกิน 1 ชั่วโมง
 - มีบุคคลที่ได้รับการอบรมแล้วสำหรับดูแลเรื่องการจัดครรภ์ การคลอดบุตร และเลี้ยงดูทารกอายุไม่เกิน 1 ปี

(8) เด็ก ๆ มีสภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ได้แก่

- เด็กเกิดใหม่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 มีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม
- เด็กไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 มีน้ำหนักต่ออายุเท่ากับค่ามาตรฐาน

(9) อัตราการตายของประชากรทุกกลุ่มเท่าที่จะแจกแจงได้ มีไม่เกิน 50 ต่อ 1,000 การเกิด

(10) อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าร้อยละ 60

(11) อัตราการรู้หนังสือสำหรับผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงสูงกว่าร้อยละ 70

(12) รายได้เฉลี่ยต่อหัว (GNP Per capita) สูงกว่า 500 เหรียญสหรัฐ (ประมาณ 10,000 บาท)

2.4 กลวิธีดำเนินงาน

ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุสภาพดีถ้วนหน้านั้น หลังจากที่ยุทธศาสตร์การอนามัยโลกได้กระตุ้นให้มวลสมาชิกประเทศทางกำหนดนโยบาย กลวิธี และแผนดำเนินงานแล้ว สำนักงานองค์การอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียอาคเนย์ได้ให้ข้อเสนอแนะ ขณะเดียวกันประเทศไทยก็มีการประชุมเพื่อหาทางกำหนดวิธีดำเนินงาน และในที่สุดรัฐบาลประเทศไทยก็ยอมรับการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีให้บรรลุสภาพดีถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการเมื่อปี 2523

อย่างไรก็ตาม แนวความคิดและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาเป็นเวลานานแล้ว ดังจะเห็นได้จากโครงการสำคัญ ๆ หลายโครงการ คือ

พ.ศ. 2503 โครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น มุ่งควบคุมและป้องกันโรคต่าง ๆ อันเกิดจากการสุขาภิบาลไม่ดี โดยการปรับปรุงการสุขาภิบาลในหมู่บ้านของเจ้าหน้าที่และกรรมการพัฒนาอนามัยของหมู่บ้าน

พ.ศ. 2509 โครงการพิษณุโลก ทดลองเพิ่มขีดความสามารถ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ตำบล ตลอดจนเพิ่มสถานบริการให้ครอบคลุม

พ.ศ. 2512 โครงการสารภี ประสานกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการจัดให้มีแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นในสถานอนามัยให้พอเพียงในการดำเนินงานให้บริการสาธารณสุข

พ.ศ. 2516 โครงการโคราช ทดลองโครงการในอำเภอโนนไทยทั้งอำเภอ โดยเน้นการสร้างอาสาสมัครของชุมชนขึ้น

พ.ศ. 2517 โครงการลำปาง เป็นโครงการทดลองรูปแบบการดำเนินงานทั้งจังหวัด ในการผสมผสานบริการ โดยใช้โรงพยาบาลจังหวัดเป็นฐาน อีกทั้งขยายรูปแบบของอาสาสมัคร พร้อมกับยกระดับเจ้าหน้าที่

พ.ศ. 2520 โครงการสะเมิง เป็นโครงการทดลองผสมผสานกิจกรรม หรือรูปแบบ การประสานหลายฝ่าย

พ.ศ. 2520 โครงการจะนะ เป็นการทดลองการประสานของหน่วยงานหลายสาขา เช่น เกษตร มหาดไทย

พ.ศ. 2521 โครงการแม่ฮ่องสอน เป็นโครงการทดลองหารูปแบบที่เหมาะสมในการ แก้ไขปัญหาการขาดแคลนยาในการดำเนินกิจกรรมของอาสาสมัคร

ผลจากโครงการต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นและจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาในที่สุด กระทรวงสาธารณสุขก็ได้สรุปเป็นรูปแบบขึ้นมา

2.4.1 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย โดยกำหนดรูปแบบดังนี้

ก. ในส่วนของชุมชน

(1) พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนโดยการอบรมอาสาสมัครขึ้น 2 ประเภท คือ

(1.1) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่แก้ไขร้าย กระจายข่าวดี และชี้แนะบริการในชุมชน หรืออีกนัยหนึ่งเป็นผู้ ดำเนินกิจกรรมด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ

(1.2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เช่นเดียวกับ ผสส. แต่รับผิดชอบส่วนของการรักษาพยาบาลอย่าง ง่าย ๆ เพิ่มขึ้นอีกอย่างหนึ่ง

(2) พัฒนาองค์กรและเงินทุนในชุมชน โดยการสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง และดำเนินงานเกี่ยวกับกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน อันจะเป็นการทำให้ชุมชนได้พึ่ง ตนเองในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยการทำงานเป็นกลุ่ม ขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดการกระจาย รายได้ในชุมชน อีกทั้งเป็นการใช้ทรัพยากรของท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาของท้องถิ่นเอง

ข. ในส่วนของรัฐ

(1) ให้การสนับสนุนในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

(1.1) ในการอบรมอาสาสมัครก็ได้สร้างครูฝึกระดับต่าง ๆ ขึ้น ได้แก่

- ครูฝึกส่วนกลาง
- ครูฝึกจังหวัดและอำเภอ ซึ่งได้รับการฝึกจากครูฝึกส่วนกลาง
- ครูฝึกตำบล ได้รับการฝึกจากครูฝึกอำเภอ/ จังหวัด

(1.2) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจาก อสม. สู่อุทยานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ

(2) ปรับปรุงบทบาทของเจ้าหน้าที่จากผู้ดำเนินงานทุกขั้นตอนของทุกกิจกรรมมาเป็นผู้ดำเนินงานเฉพาะขั้นตอนที่ชุมชนไม่อาจดำเนินการได้ ส่วนขั้นตอนที่ชุมชนสามารถจัดการได้ เจ้าหน้าที่ต้องทำหน้าที่สนับสนุนให้ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง

(3) การวางแผน ให้เน้นการวางแผนจากระดับชุมชนเป็นหลัก สำหรับระดับหมู่บ้านโดยคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) เป็นผู้วางแผน ระดับตำบลก็มีคณะกรรมการสภาตำบลเป็นผู้วางแผน โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (คปต.)

(4) การจัดสรรงบประมาณ มุ่งสู่ชุมชนตามแผนของหมู่บ้าน โดยมีการระบุสถานที่ ตลอดจนกิจกรรมดำเนินงานที่แน่นอน

2.4.2 แผนการดำเนินงาน

สำหรับแผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพดีนั้น ยังมีได้จัดทำแผนแม่บทระยะยาว หากมีแต่แผนพัฒนาระยะ 5 ปี ซึ่งถึงแม้จะได้กำหนดแนวทางจัดทำแผนจัดสรรงบประมาณในระบบ PPBS (Planning Programming Budgeting System) และในแผนพัฒนาสาธารณสุข ระบุให้พัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐาน โดยในแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข ก็มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมุ่งเน้นหนักเฉพาะส่วนของการสร้างทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน อันได้แก่ การสนับสนุนการอบรม ผสส./ อสม. และสนับสนุนการมีกองทุนยาและเวชภัณฑ์ โดยมีเป้าหมายให้มีการอบรมให้ครบทุกหมู่บ้านภายในปี 2529 และมีเป้าหมายกิจกรรมบริการตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ

พ.ศ. 2528 — ประชาชนทุกคนจะมีอาหารกินอย่างพอเพียงและมีภาวะโภชนาการที่ดี

- พ.ศ. 2529 — ประชาชนทุกคนควรมียาที่จำเป็นสำหรับการรักษาพยาบาล
ขั้นต้นตลอดเวลา
- มีอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขคือมี ผสส./ อสม. ครอบคลุม
หมู่บ้าน
- พ.ศ. 2533 — ประชาชนทุกคนควรมีน้ำสะอาดไว้ดื่มอย่างพอเพียง
- ประชาชนทุกคนจะต้องได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่อสำคัญ
- พ.ศ. 2543 — สุขภาพดีถ้วนหน้า
- พ.ศ. 2545 — ทุกคนในประเทศไทยมีสภาวะอย่างน้อยตามความจำเป็น
พื้นฐานของสังคมไทย (จปฐ.)

2.5 การติดตามกำกับและการประเมินผล

ในการติดตามกำกับความก้าวหน้าของการก้าวไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้านั้น สิ่งที่ต้องทำก็คือ การกำหนดดัชนีชี้วัด ทั้งนี้เพราะ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” มิใช่เป็นอะไรชิ้นหนึ่งโดด ๆ ที่สามารถบอกเป็นจำนวนที่แน่นอนได้ แต่สุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นสภาวะหนึ่งอันเกี่ยวพันกับทั้งร่างกาย จิต และสังคม ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และชาติ ดังนั้น จึงจำเป็นจะต้องมีดัชนีชี้วัดซึ่งสามารถให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความก้าวหน้าแก่ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้ ดัชนีดังกล่าวนี้จะต้องนำมาใช้ทั้งในการกำกับงานและประเมินผล ซึ่งต้องรวมถึงความก้าวหน้าและประสิทธิภาพด้วย

การกำกับงานและการประเมินผลงานควรจะต้องทำเป็น 2 ระดับ คือ ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ สำหรับระดับนโยบายนั้นจำเป็นจะต้องรู้ว่าสภาวะสุขภาพของประชากรเป็นอย่างไร ดีขึ้นหรือไม่ และจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงนโยบายยุทธศาสตร์และแผนอย่างไรหรือไม่ ส่วนระดับปฏิบัติการก็ต้องรู้ว่า โครงการที่ทำนั้นจัดทำขึ้นมาอย่างเหมาะสมหรือไม่ กิจกรรมสอดคล้องกันหรือไม่ และที่สำคัญ คือ การกำกับงานในชุมชนโดยองค์กรของชุมชนรวมถึงคนในชุมชนเอง นั่นก็คือ ชุมชนจะต้องตระหนักในปัญหาสุขภาพและยอมรับว่าการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตของตน

3. นโยบายและกลวิธีการพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530—2534)¹

3.1 นโยบาย

เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีสภาพเปลี่ยนแปลงไปสู่การบรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาว และมีการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการที่สนองต่อความจำเป็นพื้นฐาน ตามสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่จะมีขึ้นในอนาคต โดยยึดหลักการเสริมสร้างความเป็นธรรมทางสังคม และการพึ่งพาตนเองได้ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน การพัฒนาการสาธารณสุขในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 จึงได้กำหนดนโยบายไว้ดังนี้

(1) ส่งเสริมและขยายโอกาสในการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เน้นความสำคัญของความจำเป็นพื้นฐาน โดยอาศัยกระบวนการเตรียมชุมชน การปรับปรุงวิธีการและเทคโนโลยีให้เหมาะสม การประชาสัมพันธ์ เพื่อก่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพทั้งฝ่ายเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชน

(2) ส่งเสริมการริเริ่ม และขยายงานสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชนในท้องถิ่นต่าง ๆ ทั้งเขตชนบทและเขตเมือง ให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความจำเป็นพื้นฐานได้ตามสภาพปัญหาความเป็นจริงและศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในแต่ละท้องถิ่น

(3) ส่งเสริมการกระจายอำนาจในการบริหารงานสาธารณสุขด้วยการเพิ่มบทบาทของประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดปัญหา ความต้องการ วิธีการแก้ไขปัญหา และการบริหารทรัพยากร ทั้งที่ระดมได้โดยชุมชนเอง และที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน

(4) ส่งเสริมการประสานงานภายในสาขาอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการพัฒนาองค์กรหรือกลไกการประสานงาน ตลอดจนวิธีการในการสื่อความหมาย การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข การศึกษา ฝึกอบรม การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี ทั้งนี้เพื่อเร่งรัดให้สามารถสนองต่อการบรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าได้มากยิ่งขึ้น

¹ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, การสุศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2528), หน้า 1-9.

(5) ส่งเสริมการประสานงานระหว่างสาขา และระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการพัฒนาองค์กรหรือกลไกการประสานงาน การสื่อความหมาย และการปรับเจตคติของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติให้สามารถสนองตอบต่อวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

(6) ปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารงานสาธารณสุข อันได้แก่ การกำหนดนโยบายราคาค่าบริการ การพัฒนานโยบาย แผนงานและแผนกำลังคน การบริหารทรัพยากร การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อใช้ในการวางแผน การบริหารงาน และการติดตามประเมินผล ทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมให้มีการกระจายอำนาจการบริหารจากราชการบริหารส่วนกลางไปยังราชการบริหารส่วนภูมิภาคให้มากยิ่งขึ้น

(7) ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านโครงสร้าง สถานบริการของทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ระบบส่งต่อผู้ป่วย และระบบสนับสนุนทางด้านความรู้ เทคนิค และวิชาการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อขยายบริการและปรับปรุงคุณภาพของบริการสาธารณสุขให้สนองตอบต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของประชาชน ในลักษณะที่ผสมผสานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นหนักในระดับตำบล หมู่บ้าน และการจัดให้มีบริการที่จำเป็นเพิ่มขึ้นในชุมชนต่าง ๆ

(8) เร่งรัดการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ให้มีความเชื่อมโยงกันระหว่างการวางแผนกำลังคน การผลิตหรือการให้การศึกษาฝึกอบรม และการบริหารงานบุคคล อีกทั้งให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุขระยะยาว โดยหาทางลดค่าใช้จ่ายที่รัฐไม่ควรต้องรับภาระให้น้อยลง และพยายามใช้ประโยชน์จากศักยภาพที่มีอยู่ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการเพิ่มขีดความสามารถของการพัฒนากำลังคนทั้งทางเทคนิควิชาการและการบริหารจัดการ

(9) ปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมายสาธารณสุข การอนุรักษสิ่งแวดล้อม การป้องกันการติดยาและสารเสพติด การคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของการบริโภคอาหาร ยา การใช้เครื่องสำอาง และอื่น ๆ โดยพัฒนาปรับปรุง และประสานงาน การแก้ไขกฎหมาย การบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ จัดบริการรับเรื่องราวร้องทุกข์ เร่งรัดการค้นหาและประมวลข้อมูลที่จำเป็นต้องนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ สำหรับดำเนินงานป้องกันและปราบปราม

(10) ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีในการดำเนินงานสาธารณสุข ที่ได้มีการพัฒนาและใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมอยู่ในชุมชนต่าง ๆ ตลอดจนริเริ่ม ทดสอบ และ พัฒนารูปแบบและเทคนิควิธีการใหม่ ๆ ที่สามารถทำให้มีการพัฒนาผู้นำกลุ่มหรือทีมงาน มีการ ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีระหว่างกลุ่มทีมงานหรือหมู่บ้านต่าง ๆ และระหว่างสถาบันภายใน ประเทศหรือระหว่างประเทศ โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการหรือให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการและ ทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการขยายการดำเนินงานในรูปแบบเหล่านั้น อันจะนำไปสู่การพึ่งพา ตนเองได้มากขึ้นของประชาชนและของประเทศ

(11) เร่งรัดการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ความรู้และ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ การ ปรับปรุงคุณภาพของการควบคุม ป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟู สภาพผู้ป่วย การอาชีวอนามัย การสุขภาพิบาล การอนามัยสิ่งแวดล้อม การประดิษฐ์หรือผลิต อุปกรณ์การแพทย์ การผลิตยา สมุนไพรและชีววัตถุ โดยรัฐเป็นผู้ดำเนินการ หรือให้การสนับสนุน ค้ำครองทั้งทางด้านวิชาการ การเงิน กฎหมาย และการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

(12) แสวงหาทางเลือกหรือริเริ่มวิธีการและระบบการเงินเกี่ยวกับการสาธารณสุข โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนและการประหยัดค่าใช้จ่าย ค่าบริการตามความเหมาะสม กับสภาพปัญหาและลักษณะของสังคม ทั้งนี้เพื่อนำเงินทุนที่ระดมได้ไปใช้ในการจัดบริการ หรือ การประกันสุขภาพ รวมทั้งจัดให้มีผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์ด้านรักษา พยาบาลต่อไปตามความจำเป็น โดยอาศัยหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้

3.2 กลวิธีในการพัฒนา

การพัฒนาการสาธารณสุขให้เป็นที่ไปตามหลักการและแนวทางต่าง ๆ ที่ได้กำหนด ไว้ในนโยบายจนกระทั่งบรรลุผลสมความมุ่งหมาย ทั้งในระยะของแผนพัฒนาสาธารณสุข (ฉบับ ที่ 6 พ.ศ. 2530—2534) และในระยะยาวด้วยนั้น จำจะต้องจัดให้มีการลงทุนและการดำเนินงาน ตามกลวิธีกลุ่มต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 การพัฒนา “การสาธารณสุขมูลฐาน”

การลงทุนและการขยายขอบเขตการดำเนินงานสาธารณสุขของทั้งฝ่ายรัฐและ ประชาชน จะเบี่ยงเบนจากการเพิ่มหรือขยายบริการของสถานบริการสาธารณสุขระดับสูงและ ระดับกลางเป็นสำคัญไปสู่การพัฒนา การสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยพยายามจัดให้มีการดำเนินงานเพิ่มขึ้นทุก ๆ องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน ให้

ครอบคลุมทั้งชุมชนชนบทและชุมชนในเมือง และให้ผสมผสานการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนี้กับกระบวนการพัฒนาสังคมที่มีความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นเครื่องชี้วัด ทั้งนี้ได้กำหนดกลวิธีต่าง ๆ ในการพัฒนาไว้ดังนี้

(1.1) ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารงานสาธารณสุขทุกระดับของระบบสาธารณสุข ตลอดจนทำการประชาสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ให้เข้าใจถึงแนวคิดและวิธีการในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่เน้นการใช้ จปฐ. เป็นเครื่องชี้วัด

(1.2) ชักนำให้บุคคลที่มีบทบาท เช่น ผู้นำอยู่ในวงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน และสามารถรับรู้ปัญหาที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนต่าง ๆ จนเกิดแรงจูงใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ทั้งฝ่ายรัฐและเอกชนควรจะต้องร่วมมือกันดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงไปได้

(1.3) ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้นำชุมชนในท้องถิ่นต่าง ๆ และประชาชนโดยทั่วไป ด้วยการฝึกอบรม การประชาสัมพันธ์ และการประชาสัมพันธ์ เพื่อก่อให้เกิดการตื่นตัวต่อปัญหาสาธารณสุข ความจำเป็นพื้นฐานของคุณภาพชีวิต รวมทั้งวิธีการและเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

(1.4) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างหมู่บ้านและผู้นำชุมชนกลุ่มต่าง ๆ เกี่ยวกับกระบวนการ วิธีการ และเทคโนโลยีที่สามารถใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้

(1.5) ฝึกอบรม อสม./ ผสส. แม่บ้าน และบุคคลอื่น ๆ ที่มีบทบาทเหมาะสมในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับ “การสาธารณสุขมูลฐาน”

(1.6) มอบหมายให้สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน วัด และสถาบันทางสังคมอื่น ๆ ทำหน้าที่ฝึกอบรมประชาชนและผู้นำชุมชน โดยเสริมศักยภาพของแหล่งฝึกอบรมเหล่านี้ด้วยการผลิตและจัดส่งอุปกรณ์หรือเอกสารประกอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งสื่อการสอนทางไกลประเภทต่าง ๆ ไปให้อย่างสม่ำเสมอ

(1.7) จัดให้มีการใช้ประโยชน์จากวัสดุหรือสิ่งที่มีอยู่แล้วตามสภาพและวัฒนธรรมของท้องถิ่น เพื่อการพัฒนากระบวนการผลิตและจัดส่งสื่อการเรียนรู้ของประชาชน

(1.8) ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและฝึกอบรมอาสาสมัครสำหรับดูแลสุขภาพและรักษาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในระดับของการสาธารณสุขมูลฐานให้ได้ตามความจำเป็น

(1.9) จัดให้มีการใช้ประโยชน์จากกองทุนพัฒนาหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขมูลฐาน

(1.10) ปรับปรุงกองทุนที่ได้จัดตั้งขึ้นแล้วด้วยวัตถุประสงค์เฉพาะของการสาธารณสุขให้ขยายขอบเขตเป็นกองทุนเอนกประสงค์มากขึ้น

(1.11) ชักจูงให้ภาคเอกชนทั้งที่ดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์และที่ดำเนินการเชิงธุรกิจได้เข้ามามีบทบาทโดยตรงในองค์การพัฒนาที่ตั้งขึ้นในชุมชน

(1.12) ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพและปัญหาที่มีอยู่ในครอบครัว ชุมชน โรงเรียนและโรงงาน โดยใช้ จปฐ. เป็นเครื่องชี้วัด

กลุ่มที่ 2 การพัฒนานโยบาย โครงสร้างองค์กร และกลไกการประสานงานการพัฒนาการบริหาร/จัดการ การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนารูปแบบ และวิธีการในการกระจายอำนาจ และกระบวนการเข้าร่วมของประชาชน

(2.1) จัดให้มีองค์กรการประสานงานในระดับชาติ ภาค และจังหวัดบางจังหวัด เพื่อให้ทำหน้าที่ในการประสานงาน การสื่อความหมาย และการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์

(2.2) ริเริ่มและทดสอบรูปแบบในการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาที่มีความสำคัญเร่งด่วน เพื่อหาประสบการณ์อันเป็นประโยชน์ต่อการจัดการศึกษา ฝึกอบรม วิจัย และพัฒนาเทคโนโลยี

(2.3) พัฒนาองค์กรการประสานงานระหว่างสาขา ให้สามารถทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพได้ ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการ การปฏิบัติตามนโยบายและแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล

(2.4) สนับสนุนให้มีการประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือ การใช้ประโยชน์หรือการให้การสนับสนุนกับภาคเอกชนในเรื่องที่ตรงกับเจตจำนงของทั้งสองฝ่าย

(2.5) จัดให้มีศูนย์รวมและช่างงานการฝึกอบรมเพื่อรับภาระในการสร้างเสริมความเข้าใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

(2.6) กำหนดนโยบายเกี่ยวกับราคาค่าบริการทางการแพทย์สำหรับสถานบริการของรัฐและสำหรับธุรกิจบริการภาคเอกชน

(2.7) พัฒนานโยบายและแผนงานโดยเน้นหนักในเรื่องที่จะแก้ไขปัญหาตามความจำเป็นพื้นฐานเป็นอันดับแรก และเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนช่วยให้บริการแก่สังคมตามที่ประชาชนต้องการและภาครัฐจัดให้ได้ในขอบเขตที่จำกัด

(2.8) นำเอาเทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น คอมพิวเตอร์ หรืออื่น ๆ มาใช้ในการปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสาร

(2.9) พัฒนาระบบการเก็บ การวิเคราะห์ การแปลผล และการใช้ประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารเพื่อการวางแผนและติดตามประเมินผลในรูปแบบของการกระจายอำนาจไปสู่การบริหารระดับต่าง ๆ ที่มีความจำเป็น

(2.10) กำหนดกรอบมาตรฐานของครุภัณฑ์การแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ และรายละเอียดประกอบการจัดซื้อ จัดหา และบำรุงรักษา

(2.11) กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของครุภัณฑ์การแพทย์

(2.12) ส่งเสริมการให้บัญชียาหลักแห่งชาติ

กลุ่มที่ 3 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบการสาธารณสุข

(3.1) ปรับปรุงสถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมทั้งในเขตชนบทให้สามารถบริการประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

(3.2) ขยายสถานบริการสาธารณสุขในรูปแบบที่เหมาะสม ทั้งในท้องถิ่นชนบทและเมือง เช่น การจัดตั้งสถานบริการสาขา

(3.3) จัดให้มีหน่วยบริการสำหรับแก้ไขปัญหาเฉพาะด้าน ตามความจำเป็น เช่น หน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกผู้สูงอายุ และหน่วยจิตเวช เป็นต้น

(3.4) เพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ในระดับตำบลและอำเภอ รวมทั้งกำหนดหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เหล่านี้ ให้มีส่วนในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขในหมู่บ้านต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน

(3.5) กำหนดมาตรการในการประหยัดค่าใช้จ่ายของรัฐเกี่ยวกับการศึกษาฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขบางประเภท

(3.6) ดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทางให้ภาครัฐและภาคเอกชนผลิตได้ตามความเหมาะสม

(3.7) กำหนดหลักเกณฑ์ในการสรรหาและคัดเลือกผู้ที่สมควรดำรงตำแหน่งทาง การบริหารและจัดให้มีการฝึกอบรมด้านการบริหารแก่ผู้บริหารงานสาธารณสุขและผู้บริหารงาน โรงพยาบาล

(3.8) พัฒนาหน่วยงานรับผิดชอบในระดับนโยบายเพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และดูแลให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้ง ภาครัฐและเอกชนดำเนินการผลิต ใช้ประโยชน์ และพัฒนาคุณภาพของบุคลากรได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

(3.9) จัดให้มีการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว โดยเน้นทั้งทางด้าน ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การงาน และด้านศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม ในขณะที่ เดียวกันก็จัดให้มีการปรับปรุงระบบการบำรุงขวัญและการก้าวหน้าในตำแหน่งงานให้สอดคล้องสัมพันธ์กันมากยิ่งขึ้นด้วย

(3.10) ดำเนินงานสร้างผู้นำในการพัฒนาการสาธารณสุขให้บรรลุสถานะ “สุขภาพดี ถ้วนหน้า” ให้มีคุณภาพและปริมาณเพิ่มมากขึ้นโดยอาศัยกระบวนการถ่ายทอดความรู้และ เทคโนโลยีซึ่งกันและกัน โดยดำเนินงานทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ

(3.11) รวบรวมผลการวิจัย วิธีการและเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น ตลอดจน ค้นคว้าหารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผู้นำกลุ่มหรือทีมงาน

(3.12) ส่งเสริมการเผยแพร่ผลการวิจัยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนได้ใช้ ประโยชน์

กลุ่มที่ 4 การพัฒนาทางเลือกสำหรับระดมทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้ในการสาธารณสุข และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภค ทางด้านสาธารณสุข การอนามัยสิ่งแวดล้อม การปรับปรุงบทบัญญัติ แห่งกฎหมาย และการบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายสาธารณสุข

(4.1) ขยายงานบัตรสุขภาพในชนบท พร้อมทั้งปรับปรุงราคาบัตร วิธีการจัดระบบ บริหารกองทุนบัตรสุขภาพ และการอำนวยความสะดวกในเรื่องบริการ

(4.2) ริเริ่มงานบัตรสุขภาพในเขตเมือง

(4.3) จัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุโดยไม่คิดค่าบริการ

(4.4) กำหนดโครงการในการศึกษาวิจัย และการประยุกต์ใช้ความรู้และเทคโนโลยีต่าง ๆ ให้ชัดเจน โดยเริ่มต้นด้วยการประเมินสภาพและปัญหาของการควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การอาชีวอนามัย การสุขาภิบาล การอนามัยสิ่งแวดล้อม การผลิตยา สมุนไพร และชีววัตถุ

(4.5) จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวิจัย การพัฒนา และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในท้องถิ่นต่าง ๆ

(4.6) ปรับปรุงคุณภาพและขยายงานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตามปัญหาและความจำเป็นที่มีอยู่

(4.7) จัดทำโครงการร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชนในการผลิตเครื่องมือ และอุปกรณ์การแพทย์ ยาและสมุนไพร ตลอดจนจริเริ่มหรือขยายงานผลิตชีววัตถุโดยภาครัฐ

(4.8) พัฒนาและปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข และการบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมาย

(4.9) จัดให้มีบริการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ทั้งโดยภาครัฐและเอกชน

(4.10) ดำเนินการเก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการยา คุณภาพของยา การช้ยา ราคา ยา และกระบวนการผลิตยาที่ดี

(4.11) ดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องสำอางและสิ่งที่เป็นพิษเป็นภัยอื่น ๆ

(4.12) ดำเนินการป้องกันการติดยาและสารเสพติด โดยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการให้บริการทางการแพทย์ทั้งโดยภาครัฐและเอกชน

4. บทบาทของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข

4.1 คณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ กม.

คณะกรรมการหมู่บ้านจัดตั้งขึ้นตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้านและตำบล พ.ศ. 2508 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2508 แก้ไขเพิ่มเติมระเบียบ พ.ศ. 2516 ลงวันที่ 16 มกราคม 2516

คณะกรรมการหมู่บ้านจะประกอบด้วย กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านของหมู่บ้านนั้น เป็นประธาน โดยตำแหน่ง และให้เลือกตั้งรองประธานอีกหนึ่งคน สำหรับเลขานุการนั้น คณะกรรมการ

หมู่บ้านจะเลือกจากกรรมการหรือบุคคลอื่นซึ่งที่ประชุมเห็นสมควรก็ได้

สาเหตุที่ต้องมีคณะกรรมการหมู่บ้านหรือ กม. เพราะเพื่อให้ประชาชนมีความคิดและความรู้สึกในการเป็นเจ้าของชุมชน และมีแนวคิดในการพัฒนาชุมชนด้วยตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ กม. จะเป็นตัวเชื่อมประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีความรู้สึกใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้น สำหรับวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่จำเป็นต้องมีคณะกรรมการหมู่บ้านก็เพื่อพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง โดยค้นหาปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นที่ตนอาศัยอยู่ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบได้ สามารถกำหนดวิธีการพัฒนาหรือแนวทางในการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ สามารถกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนยิ่งเป็นการกำหนดโดยตนเองและพัฒนาเพื่อตนเอง และสามารถเสนอผลการประชุมต่อ กสต. ต่อไป

ประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับหลังจากตั้ง กม. ขึ้นในชุมชนนั้น คือ ประชาชนในชุมชนนั้นได้คิดการพัฒนาชุมชนด้วยตนเองมากขึ้น ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของประเทศมากขึ้น ประชาชนรู้จักการปฏิบัติงานเป็นกลุ่มมากขึ้น ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐมีความใกล้ชิดและเป็นมิตรกันมากขึ้น

กม. จะมีการประชุมกันในเรื่องดังนี้ เช่น ปรึกษาหารือกันในเรื่องการวางแผนการค้นหาค้นหาปัญหาและหาแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ปรึกษาหารือกันในเรื่องการดำเนินการพัฒนาที่ได้รับมอบหมายจาก กสต. และปรึกษาหารือเรื่องอื่น ๆ ตามที่ชุมชนเห็นสมควร

4.2 คณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล หรือ คปต.

คปต. ได้จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารการพัฒนาชนบท พ.ศ. 2524 ซึ่งประกอบด้วยกำหนดทั้งที่เป็นประธาน เจ้าหน้าที่ของรัฐระดับตำบลในสังกัด 4 กระทรวงหลัก คือ พัฒนาการประจำตำบล เกษตรตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล และครู นอกจากนี้ คปต. ยังต้องมีประชาชนผู้มีความรู้ความสามารถอีก 2 คน ร่วมเป็นคณะทำงาน

สาเหตุที่ต้องมี คปต. ก็เพราะว่ามีความจำเป็นที่ประชาชนและข้าราชการจะต้องร่วมกันทำงาน เช่น มีงานหลายอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน เช่น วิธีการผลิตที่ทันสมัย การรักษาโรค ฯลฯ แต่ประชาชนยังทำเองไม่เป็น ในขณะที่ทางฝ่ายราชการทำเป็นแต่จำต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนจึงจะเกิดผล คปต. จะเป็นจุดเชื่อมประชาชนเข้ากับโครงการต่าง ๆ ของตำบลซึ่งมีจำนวนมาก และในส่วนสภาตำบลต้องการเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งจะเป็นผู้เชื่อมโยงปัญหาของตำบลกับความรู้ความสามารถของรัฐบาล ซึ่งมีอยู่ในระดับอำเภอ จังหวัด

และประเทศ นอกจากนี้ สภาตำบลส่วนใหญ่ยังต้องการคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของรัฐใน
ด้านเทคนิคและด้านการจัดโครงการ

วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่จัดตั้ง คปต. ขึ้นมา คือ คปต. สามารถอธิบายนโยบายและ
โครงการต่าง ๆ ของรัฐให้ประชาชนมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือกับรัฐ ให้คำแนะนำช่วย
เหลือในสิ่งที่ประชาชนในตำบล หมู่บ้านไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง คปต. จะกระตุ้นก่อให้เกิด
ความร่วมมือระหว่างประชาชนในตำบล หมู่บ้านนั้น และ คปต. ยังเป็นตัวแทนการดำเนินงาน
ของทางราชการในการวางแผนพัฒนาตำบล

ถ้ามีผู้ถามว่า คปต. ซ้ำซ้อนกับสภาตำบลหรือไม่ ตอบว่าไม่ซ้ำซ้อน ที่ตอบเช่นนั้น
เพราะว่า คปต. มีหน้าที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือและให้ข้อคิดแต่สภาตำบลมีหน้าที่คิดและตัดสินใจ
คปต. เป็นองค์กรร่วมกันระหว่างประชาชนและทางราชการ ส่วนสภาตำบลเป็นองค์กรของ
ประชาชน

คปต. จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่จาก 4 กระทรวงหลัก เพราะว่าเจ้าหน้าที่จากกระทรวง
เดียวไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนได้ครบ เช่น เกษตรตอบปัญหาสาธารณสุข
ไม่ได้ สาธารณสุขตอบปัญหาเกษตรไม่ได้ แต่สาธารณสุขกับเกษตรนั้นเกี่ยวข้องกัน เพราะ
สาธารณสุขสอนให้คนรักษาสุขภาพในด้านอาหารการกินได้ แต่อาหารการกินจะต้องมาจก
การผลิตซึ่งฝ่ายเกษตรช่วยได้ อย่างนี้เป็นต้น และในระดับตำบลมีข้าราชการซึ่งสังกัด 4 กระทรวง
นี้ กระทรวงอื่นอาจมีข้าราชการในระดับตำบลบ้าง แต่มีไม่ครบทุกตำบล

ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจาก คปต. นั้นมีดังนี้ ประชาชนจะมีผู้ให้คำแนะนำ
ในสิ่งซึ่งไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เกิดประสานงานกันระหว่างโครงการของ 4 กระทรวง
หลักในระดับหมู่บ้าน ตำบล ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์กว้างขวางมากขึ้น ทำให้กระบวนการ
พัฒนาชนบทมีรากฐานที่แข็งแกร่งขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับอีกประการหนึ่ง คือ คปต. สามารถ
สร้างความเข้าใจระหว่างรัฐบาลและประชาชนในระดับตำบล

คปต. อาจจะช่วยเหลือสภาตำบลได้ หรือสภาตำบลอาจขอความช่วยเหลือจาก
คปต. ก็ได้ สิ่งที่ คปต. ควรช่วยเหลือสภาตำบล คือ เก็บข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นของหมู่บ้านตำบล
ให้คำแนะนำในการใช้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญปัญหาของหมู่บ้าน ตำบล ชี้แจงทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ ที่จะนำมาแก้ไขปัญหาเพื่อให้สภาตำบลตัดสินใจเลือกโครงการ
ต่าง ๆ มาดำเนินการ จัดลำดับความสำคัญของหมู่บ้าน ในตำบลที่จะมาเป็นโครงการ ช่วยให้
โครงการต่าง ๆ เกิดการผสมผสานกันและไม่ซ้ำซ้อนในพื้นที่ด้วยกัน ถ่ายทอดข่าวสารการพัฒนา

ของทางราชการให้กับสภาตำบล กระตุ้นให้ประชาชนรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และภารกิจอื่น ๆ ที่ คปต. เห็นว่าควรดำเนินการ

การประชุมของ คปต. จะประชุมกันในเรื่องต่อไปนี เช่น แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของแต่ละฝ่ายได้จากนายอำเภอ และหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ตลอดจนข้อมูลและข่าวสารอื่น ๆ มีการปรึกษาหารือกันในเรื่องการวางแผนให้ประสานกับความต้องการของตำบล มีการปรึกษาหารือกันในเรื่องช่วยกันปฏิบัติตามแผนให้ประสบผลสำเร็จ ช่วยกันแก้ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ประชุมเพื่อแยกหน้าที่กันทำเพื่อให้งานเสร็จเร็วและได้ผลดี

การเรียกประชุม คปต. อาจกระทำได้โดยพัฒนากรซึ่งเป็นเลขา คปต. นัดกำหนดซึ่งเป็นประธานเชิญประชุมคณะทำงานอื่น ๆ สำหรับเลขานุการควรเตรียมเรื่องที่จะประชุมโดยเลือกเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องเข้าประชุมก็ยอมได้ เลขาฯ ควรชี้แจงทำความเข้าใจกับประชาชนในเรื่องที่จะประชุมล่วงหน้าก่อนการประชุม และการประชุมทุกครั้งควรจดผลสรุปของการประชุมไว้เป็นหลักฐาน

สิ่งที่ คปต. ควรพิจารณานำความเข้าใจให้ต้องแท้ คือ ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ๆ ของหมู่บ้านและตำบล สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านและตำบล รายละเอียดของโครงการกิจกรรมที่ไปดำเนินงานในพื้นที่ สาระสำคัญของโครงการอื่น ๆ ตามกรอบนโยบายของจังหวัดว่าแก้ปัญหาอะไร ใครรับผิดชอบ จะเสนอขอโครงการอย่างไร และควรพิจารณาติดตามความเปลี่ยนแปลงในกระบวนการพัฒนาชนบท

4.3 คณะกรรมการสภาตำบล หรือ กสต.

คณะกรรมการสภาตำบลซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า กสต. ถูกจัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารการพัฒนาชนบท พ.ศ. 2524 กสต. จะประกอบด้วยกำนันห้องที่เป็นหัวหน้าคณะทำงาน เจ้าหน้าที่ของรัฐระดับตำบลในสังกัด 4 กระทรวงหลัก และประชาชนผู้มีความรู้ความสามารถอีก 2 คน ร่วมเป็นผู้ทำงานและเป็นเลขานุการ

สาเหตุที่ต้องมีการตั้ง กสต. ขึ้น เพราะในการพัฒนาประเทศเพื่อจะให้ได้ดีจะต้องมีการร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชน กสต. จะเป็นตัวประสานที่ดีที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ของตำบลที่มีเป็นจำนวนมาก สาเหตุอีกประการหนึ่งคือทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ เทคนิคและการปรึกษาหารือเรื่องปัญหาเพิ่มมากขึ้น ช้าจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ กสต. ยังสามารถพิจารณาปัญหาที่ กม. และคณะกรรมการกลางหมู่บ้าน อพป. เสนอ และจัดทำเป็นโครงการเพื่อเสนอ

กพอ. ให้ดำเนินการต่อไป กสศ. สามารถร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานพัฒนาชนบทในเขตตำบล และ กสศ. สามารถดำเนินการอื่น ๆ ตามที่ กพอ. มอบหมาย

ถ้ามีผู้ถามว่า กสศ. ขัดแย้งกับ คปต. หรือไม่ ตอบว่าไม่ขัดแย้ง เพราะ กสศ. มีหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามโครงการต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายและทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกโครงการต่าง ๆ ที่ กม. นำเสนอ ส่วน คปต. มีหน้าที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือและให้ข้อคิดเท่านั้น กสศ. เป็นองค์กรของประชาชน ส่วน คปต. เป็นองค์กรร่วมระหว่างประชาชนกับรัฐบาล

การตั้ง กสศ. ขึ้นมาจะให้ประโยชน์ คือ สามารถทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐได้ร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด ทำให้กระบวนการพัฒนาชนบทมีรากฐานที่มั่นคง และสร้างความเข้าใจระหว่างรัฐบาลและประชาชนในระดับตำบล สำหรับเรื่องที่ กสศ. จะประชุมกันนั้น ส่วนใหญ่ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่แต่ละฝ่ายได้รับจากนายอำเภอและหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ตลอดจนข้อมูลและข่าวสารอื่น ๆ ประชุมปรึกษาหารือกันในเรื่องการวางแผนให้ประสานกับความต้องการของตำบล ประชุมปรึกษาหารือกันในเรื่องช่วยกันปฏิบัติตามแผนให้ประสบผลและประชุมเพื่อช่วยกันแก้ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

4.4 คณะกรรมการพัฒนาอำเภอ หรือ กพอ.

คณะกรรมการพัฒนาอำเภอหรือ กพอ. จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารการพัฒนาชนบท พ.ศ. 2524 กพอ. ประกอบด้วยนายอำเภอท้องที่เป็นประธานกรรมการ เจ้าหน้าที่ของรัฐระดับอำเภอในสังกัด 4 กระทรวงหลักและประชาชนผู้มีความสามารถอีก 2 คนร่วมเป็นกรรมการ

สำหรับสาเหตุที่ต้องมี กพอ. เพราะความจำเป็นที่ประชาชนและข้าราชการจะต้องร่วมกันปฏิบัติงานในการพัฒนาประเทศเพื่อให้เป็นผลสำเร็จ กพอ. จะเป็นจุดเชื่อมโยงให้เจ้าหน้าที่และประชาชนเข้ากับโครงการต่าง ๆ ของอำเภอซึ่งมีจำนวนมาก กพอ. จะก่อให้เกิดการประสานระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐทั้ง 4 กระทรวงให้ดียิ่งขึ้น และจะทำให้รัฐได้ทราบปัญหาที่แท้จริงของชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ กพอ. ยังกำหนดพื้นที่ที่มีปัญหาความยากจนหนาแน่นได้ กพอ. สามารถวิเคราะห์และประสานโครงการพัฒนาชนบทที่สภาตำบลเสนอ และจัดทำโครงการพัฒนาชนบทส่วนที่เป็นความต้องการระดับอำเภอเสนอคณะอนุกรรมการพัฒนาชนบทระดับจังหวัดได้ กพอ. เสนอความเห็นเกี่ยวกับการเสนอของงบประมาณรายจ่ายเพื่อการพัฒนาชนบท

ประจำปีในเขตอำเภอให้คณะกรรมการพัฒนาชนบทระดับจังหวัด (อกช.) ได้ กพอ. สามารถกำกับติดตามผลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติหน้าที่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอเพื่อให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพได้ และ กพอ. สามารถดำเนินการอื่นใดตามที่ทางราชการ กพจ. และอนุกรรมการของ กพจ. มอบหมายได้

กพอ. จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่จาก 4 กระทรวงหลัก เพราะว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนไม่สามารถแก้ได้โดยกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง ต้องอาศัยความร่วมมือของกระทรวงหลาย ๆ กระทรวง จึงจะสามารถแก้ปัญหาเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเจ้าหน้าที่ 4 กระทรวง มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากกว่ากระทรวงอื่น ๆ ทำให้ทราบปัญหาของประชาชนได้ดี และมีความร่วมมือกันขึ้นตั้งแต่ระดับตำบลจนถึงระดับสูง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการตั้ง กพอ. ขึ้นมา คือ ประชาชนและเจ้าหน้าที่ในระดับตำบลจะได้มีผู้แนะนำในสิ่งซึ่งไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เกิดการประสานงานระหว่างโครงการของกระทรวงทั้ง 4 ขึ้นในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ทำให้กระบวนการพัฒนาชนบทมีรากฐานที่มั่นคงมากขึ้น และสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนในระดับอำเภอมากขึ้น

สำหรับการประชุมของ กพอ. นั้น ส่วนใหญ่จะประชุมกันในเรื่องต่อไปนี เช่น แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารที่แต่ละฝ่ายได้รับ จากผู้ว่าราชการจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัด ตลอดจนข้อมูลข่าวสารอื่น ๆ ประชุมปรึกษาหารือในเรื่องการวางแผนงานเพื่อให้เกิดการประสานกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ปรึกษาหารือในเรื่องการประสานงานการปฏิบัติตามแผนให้ประสบผลสำเร็จ ประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และควรมีการประชุมเพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่กันให้เด่นชัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างเรียบร้อยและได้ผลดี

4.5 ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ ผสส.

ผสส. จะมีบทบาทดังนี้ คือ

- (1) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่ชาวบ้าน ในเขตรับผิดชอบ เช่น
 - (1.1) นัดหมายชาวบ้านมารับบริการสาธารณสุข
 - (1.2) แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น
 - (1.3) แจ้งข่าวการเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

(2) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุข และข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน จากชาวบ้าน

(2.1) รับข่าวสารแล้ว แจ้งให้ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นนั้น ทราบโดยรีบด่วน เมื่อทราบว่ามิโรคระบาดหรือโรคติดต่อ หรืออาการที่มีผู้เป็นกันมาก และเป็น ในเวลาอันรวดเร็ว รวมทั้งโรคระบาดที่เกิดขึ้นในสัตว์และพืช

(2.2) รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ หรือจำไว้ เพื่อแจ้งให้ อสม. ทราบในเรื่อง ต่าง ๆ คือ

- การเกิด
- การตาย
- การย้ายที่อยู่
- การตั้งครรภ์
- โรคขาดสารอาหาร
- การให้ภูมิคุ้มกันโรค
- น้ำที่ใช้ดื่ม
- ส้วม
- ปัญหาหรือความต้องการด้านสาธารณสุขของชาวบ้าน
- ข่าวสารสำคัญ หรือเหตุการณ์สาธารณสุขที่ชาวบ้านเห็นว่าสำคัญ
- ชื่อคนเกิด บ้านเลขที่
- ชื่อผู้ตาย เหตุที่ตาย บ้านเลขที่
- ชื่อผู้ย้ายเข้า หรือย้ายออก บ้านเลขที่
- ชื่อหญิงมีครรภ์ บ้านเลขที่
- ชื่อเด็กที่เป็นโรคขาดสารอาหาร บ้านเลขที่
- ชื่อเด็กที่ยังไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคอายุต่ำกว่า 1 ปี บ้านเลขที่
- ชื่อบ้านเลขที่ ชนิดน้ำที่ใช้ดื่ม
- ชื่อบ้านเลขที่ที่ไม่มีส้วม
- ชื่อบ้านเลขที่ที่มีส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ

(3) เป็นผู้ให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้ และชักชวนชาวบ้าน ในด้านสาธารณสุข ต่าง ๆ คือ

(3.1) การใช้สถานบริการและการใช้ยา

- การใช้สถานบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ
- การใช้ยาสามัญประจำบ้าน และยาอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุข เห็นสมควร
- การใช้ยาแผนโบราณ

(3.2) การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ เช่น

- วัคซีนโรค
- โรคเรื้อน

- มาลาเรีย
- โรคท้องร่วง ฯลฯ
- (3.3) การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด เช่น
 - น้ำดื่ม-น้ำใช้
 - การสร้างส้วม
 - การกำจัดขยะ
 - การกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือน
 - การควบคุมยุง แมลงวัน และแมลงสาบ
 - การควบคุมหนู
 - อาหารเป็นพิษ และอาหารสกปรก รวมทั้งยาฆ่าแมลงและสารเคมีเป็นพิษ
 - การปรับปรุงบ้านเมือง
- (3.4) การรักษานามัยของร่างกาย
- (3.5) อาหารประจำวัน
- (3.6) การวางแผนครอบครัว
- (3.7) การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการดูแลเด็กที่เจริญเติบโตไม่ดี
- (3.8) การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม ชัก จมน้ำ ูกกัด สุนัขกัด และยาพิษ
- (3.9) การเกษตร เช่น การถนอมอาหารผัก การถนอมอาหารผลไม้ การทำสวนครัว การเลี้ยงเป็ด การเลี้ยงไก่ การเลี้ยงปลา การเลี้ยงหมู
- (4) เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุข และงานส่วนรวมอื่น ๆ ในหมู่บ้าน

4.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม.

อสม. มีบทบาทเช่นเดียวกับ ผสส. แต่ อสม. มีบทบาทเพิ่มขึ้น คือ บทบาทในด้านบริการและบันทึกข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- (1) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่ ผสส. และชาวบ้าน ในเขตรับผิดชอบ เช่น
 - (1.1) นัดหมายชาวบ้านมารับบริการสาธารณสุข
 - (1.2) แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น
 - (1.3) แจ้งข่าวการเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

(2) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานจาก ผสส. และชาวบ้าน

(2.1) รับข่าวสารแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นนั้นทราบโดยรีบด่วนเมื่อทราบว่า มีโรคระบาด หรือโรคติดต่อ หรืออาการที่มีผู้เป็นกันมากและเป็นในเวลาอันรวดเร็ว รวมทั้งโรคระบาดที่เกิดขึ้นในสัตว์และพืช

(2.2) รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ใน “สมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.” เพื่อใช้พิจารณาประกอบการดำเนินงานและประเมินผลงานในหมู่บ้านในเรื่องต่าง ๆ คือ

- | | |
|--|--|
| – การเกิด | – ชื่อคนเกิด บ้านเลขที่ |
| – การตาย | – ชื่อผู้ตาย เหตุที่ตาย บ้านเลขที่ |
| – การย้ายที่อยู่ | – ชื่อผู้ย้ายเข้า หรือย้ายออก บ้านเลขที่ |
| – การตั้งครรภ์ | – ชื่อหญิงตั้งครรภ์ บ้านเลขที่ |
| – โรคขาดสารอาหาร | – ชื่อเด็กที่เป็นโรคขาดสารอาหาร บ้านเลขที่ |
| – การให้ภูมิคุ้มกันโรค | – ชื่อเด็กที่ยังไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคอายุต่ำกว่า 1 ปี บ้านเลขที่ |
| – น้ำที่ใช้ดื่ม | – ชื่อบ้านเลขที่ ชนิดน้ำที่ใช้ดื่ม |
| – ส้วม | – ชื่อบ้านเลขที่ที่ไม่มีส้วม |
| | – ชื่อบ้านเลขที่ที่มีส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ |
| – การช่วยเหลือและรักษา | – ชื่อผู้มารับบริการอาการ ยาที่จ่าย |
| | พยาบาลตามอาการ จำนวนเงิน |
| – ปัญหาหรือความต้องการด้านสาธารณสุขของชาวบ้าน | |
| – ข่าวสารสำคัญหรือเหตุการณ์สาธารณสุขที่ชาวบ้านเห็นว่าสำคัญ | |

(3) เป็นผู้ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ และชักชวนชาวบ้าน ในเรื่องต่าง ๆ คือ

(3.1) การใช้สถานบริการและการใช้ยา

- การใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
- การใช้ยาสามัญประจำบ้าน และยาอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขเห็นสมควร
- การใช้ยาแผนโบราณ

(3.2) การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ เช่น

- การให้ภูมิคุ้มกันโรค
- วัคซีนโรค

- โรคเรื้อน
 - มาลาเรีย
 - โรคท้องร่วง ฯลฯ
- (3.3) การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด เช่น
- น้ำดื่ม-น้ำใช้
 - การสร้างส้วม
 - การกำจัดขยะ
 - การกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือน
 - การควบคุมหนู
 - อาหารเป็นพิษ และอาหารสกปรก รวมทั้งยาฆ่าแมลง และสารเคมีเป็นพิษ
 - การปรับปรุงบ้านเมือง
- (3.4) การรักษานามัยของร่างกาย
- (3.5) อาหารประจำวัน
- (3.6) การวางแผนครอบครัว
- (3.7) การอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการดูแลเด็กที่เจริญเติบโตไม่ดี
- (3.8) การเกษตร เช่น การถนอมอาหารผัก การถนอมอาหารผลไม้ การทำสวนครัว การเลี้ยงไก่ การเลี้ยงเป็ด การเลี้ยงปลา การเลี้ยงหมู
- (4) เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขและงานส่วนรวมอื่น ๆ ในหมู่บ้าน
- (5) ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลตามอาการ
- (5.1) การรักษาพยาบาลตามอาการ ในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ
- ไข้ตัวร้อน
 - ไข้มีผื่น ตุ่ม และจุด
 - ไข้มาลาเรีย
 - ไอ
 - ปวดหัว
 - ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว
 - ท้องผูก
 - ปวดท้อง

- ท้องเดิน
- พยาธิลำไส้
- ฝี
- ผื่นคันบนผิวหนัง
- ปวดฟัน เหงือกอักเสบ
- เจ็บตา
- เจ็บหู
- เหน็บชา
- โลหิตจาง

(5.2) การปฐมพยาบาล เกี่ยวกับ

- บาดแผลสด
- กระดูกหัก
- ข้อเคลื่อน
- ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก
- เป็นลม
- ชัก
- จมน้ำ
- งูกัด
- สุนัขกัด
- ยาพิษ

โดยใช้ยาสามัญประจำบ้าน หรือยาอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขเห็นสมควร

(6) ติดตามการรักษาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการสาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยวัณโรค โรคเรื้อน โรคมาลาเรีย ฯลฯ

(7) จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และถุงยางอนามัย

(8) เจาะโลหิตเพื่อตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรีย

(9) เป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้านระหว่างกลุ่ม ผสส. และกลุ่มผู้นำอื่น ๆ โดยกระตุ้น จัดให้มีการประชุมวางแผนร่วมดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

สรุปบทบาทของ ผสส./ อสม.¹

แก้ข่าวร้าย

กระจายข่าวดี

ชี้บริการ

ประสานงานสาธารณสุข

บำบัดทุกข์ของประชาชน

ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี

5. แนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต^{2, 3}

ก่อนที่จะกล่าวถึงแนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต จะขอกล่าวถึงแนวโน้มของการพัฒนาสาธารณสุขในประเทศไทยที่แล้วมา ในการวิเคราะห์แนวโน้มการพัฒนาสาธารณสุขนั้น อาจจะทำด้วยเงื่อนไขต่าง ๆ ได้หลายชนิด สุดแต่วัตถุประสงค์ในการพิจารณาว่าต้องการปรับปรุงแก้ไขอะไร เช่น เงื่อนไขทางสุขภาพ เงื่อนไขทางสังคม ฯลฯ เงื่อนไขประการหนึ่งซึ่งอาจจะนำมาวิเคราะห์แนวโน้มได้ ได้แก่ เงื่อนไขทางการบริหาร โดยศึกษาแนวโน้มของการประยุกต์ใช้องค์ประกอบต่าง ๆ ของการบริหารโดยทั่วไปว่าได้มีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปอย่างไร เพื่อจะได้เห็นทางที่จะพัฒนาการบริหารให้งานได้รับความสำเร็จได้มากขึ้น ในการวิเคราะห์นั้น อาจจำแนกองค์ประกอบของการบริหารออกไป แล้วศึกษาแนวโน้มในการพัฒนาองค์ประกอบเหล่านั้น ได้แก่

- การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ซึ่งจะมีผลต่อการลดปัญหา
- องค์กร บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่ใช้เทคโนโลยีนั้น ๆ
- กำลังคน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภายในองค์กร ซึ่งมีลักษณะเฉพาะบทบาทตำแหน่งต่าง ๆ กัน
- งบประมาณเพื่อใช้จ่ายดำเนินงาน

¹ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานแห่งอาเซียน, แนวความคิดหลักการ และแนวทางการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2526), หน้า 1-7 หมวด ข.

² นายแพทย์อมร นนทสุด พ.บ., ส.ม. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้เขียนสรุปจากเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2-11 พฤษภาคม 2528 ณ โรงแรมเอเชียพัทยา จ. ชลบุรี

³ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, การสุศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2528), หน้า 10-22.

– แผนงาน โครงการ การบริหาร จัดการ คือ วิธีดำเนินงานโดยอาศัยทรัพยากร ที่กล่าวแล้วทั้งหมดมาประกอบกันขึ้นเพื่อแก้ปัญหา

– นโยบาย คือ แนวทางซึ่งกำหนดใช้เป็นหลักเพื่อชี้ทิศทางของการดำเนินงาน

5.1 เทคโนโลยี

ในยุคแรกของการพัฒนาสาธารณสุข เมื่อมีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขนั้น องค์ประกอบในการบริหารทั้ง 6 ข้อที่กล่าวนี้ ได้รับการพัฒนาเพื่อที่จะประยุกต์หรือถ่ายทอด คุณประโยชน์ของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ไปสู่ชุมชน โดยหวังว่า เทคโนโลยีเหล่านั้นจะช่วยให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีสภาวะทางสุขภาพ มีน้ำสะอาด มีโภชนาการดี ฯลฯ แต่การถ่ายทอดเทคโนโลยีไปสู่ชุมชนนั้น ได้ออกแบบในรูป ของการให้บริการทางสาธารณสุข โดยผ่านสถานบริการประเภทต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้น เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ด้วยเหตุนี้ โครงการที่วางขึ้นในสมัยนั้นจึงมีลักษณะเป็นโครงการสร้างสถาน บริการสาธารณสุขต่าง ๆ และบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระยะนั้นจึงเป็นบทบาท ของผู้ให้ ซึ่งพร้อมที่จะให้บริการแก่ผู้รับ

สิ่งที่เป็นปัญหามากในยุคแรกของการพัฒนา คือ โดยส่วนใหญ่แล้วชุมชนที่ได้รับ เทคโนโลยีไปปฏิบัติเพื่อประโยชน์สุขของคน คือ คนที่อยู่ในเมืองใหญ่ คนที่มีการศึกษาและมี ฐานะดีในสังคมเกือบทั้งสิ้น แต่ส่วนใหญ่ของประเทศโดยเฉพาะในชนบทไม่ได้รับประโยชน์นั้น

เหตุการณ์ดังกล่าวดำเนินมาจนถึงประมาณ พ.ศ. 2500 จึงได้มีการพัฒนากรรมวิธี ในการถ่ายทอดเทคโนโลยี โดยการออกแบบปรับปรุงส่งเสริม ฝึกอบรม สนับสนุนติดตามผล จนชุมชนเริ่มจะรับเอาเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์มาประยุกต์ใช้บ้าง

5.2 องค์การชุมชน

ในยุคที่ 2 ต่อมา (ประมาณ พ.ศ. 2503–2518) ได้เกิดมีความคิดที่จะพัฒนาสิ่งที่ ถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญทางการบริหารในส่วนของชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อให้เทคโนโลยี ได้กระจายออกไปสู่คนส่วนใหญ่ของประเทศ องค์ประกอบดังกล่าวได้แก่องค์กรชุมชน โดย ได้เริ่มมีการจัดตั้งกรรมการพัฒนาอนามัย มีการนำเอากำนัน ผู้ใหญ่บ้าน วัด โรงเรียน เข้า มามีบทบาทในงานสาธารณสุขต่าง ๆ โดยหวังว่าเมื่อได้สถาบันของชุมชนเข้ามาช่วยงานแล้ว คงจะถ่ายทอดเทคโนโลยีไปให้ชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ในยุคนี้ได้มีการจัดตั้งโครงการพัฒนาอนามัย ชนบทขึ้นเป็นครั้งแรก ปรากฏว่าการดำเนินงานได้ผลดีกว่าเดิม ชุมชนเริ่มยอมรับ แต่ยังมีปัญหา ขัดข้องอีกไม่น้อย

ปัญหาสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่พบในระยะนั้น คือ การจัดรูปองค์กร บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขยังไม่เอื้ออำนวย เนื่องจากนโยบายตลอดจนการจัดหน่วยงานการใช้ทรัพยากรทั้งกำลังคนและกำลังเงินของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นยังเน้นหนักเรื่องรักษาพยาบาลและการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อให้บริการ ในยุคนี้ได้มีความพยายามที่จะปฏิรูปองค์กรกระทรวงเสียใหม่ เพื่อรวมการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพเข้าภายใต้หน่วยงานเดียวกัน เพื่อจะทำให้เกิดการแบ่งสรรปันส่วนทรัพยากรและกำลังคนใหม่ให้สามารถถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สมดุล และกว้างขวางยิ่งขึ้น แต่กรรมวิธีถ่ายทอดนั้นยังยึดแนวทางเดิม

5.3 กำลังคน

หลังจากได้มีการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จึงเริ่มเข้าสู่ยุคสมัยที่ 3 (แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520—2524) ได้มีการวิเคราะห์ว่าการพัฒนาสาธารณสุขเท่าที่ผ่านมายังไม่สามารถอำนวยประโยชน์สุขแก่คนส่วนใหญ่ของประเทศได้ สมควรที่จะให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนามากยิ่งขึ้น จึงได้เริ่มนำแนวความคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาใช้ โดยเฟื่องเลี้ยงองค์ประกอบที่จำเป็นในการบริหารในส่วนชุมชนที่จะต้องจัดให้มีขึ้น คือ กำลังคนที่จะต้องสร้างขึ้นในชุมชน โดยคัดเลือก ฝึกอบรมสมาชิกชุมชนบางคนให้มีความรู้ความเข้าใจทางสาธารณสุขพอสมควร จึงออกมาในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผลส.) ขึ้น เพื่อให้กำลังคนทางชุมชนนี้มีบทบาทช่วยให้ชุมชนสามารถรับถ่ายทอดเทคโนโลยีไปพัฒนาตนเองได้เร็วยิ่งขึ้น จึงมีโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาในการคัดเลือก อบรม ตลอดจนสนับสนุนเพื่อสร้างให้มี อสม./ผลส. เป็นสำคัญสำหรับเนื้องานซึ่งเป็นกิจกรรม ซึ่งอาสาสมัครทั้งสองจะปฏิบัติกัน ในระยะแรกยังมีได้ออกแบบไว้แน่นอน เว้นแต่ได้เริ่มวางรากฐานในเรื่องการรักษาพยาบาลโดย อสม. ขึ้น ดังนั้น การรักษาพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมชนิดเดียวที่มองเห็นได้ชัดในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ในระยะแรกนั้น จึงได้มีการวิพากษ์วิจารณ์ในส่วนบทบาทของ ผลส. ว่าไม่มีบทบาทอะไร จึงไม่น่าจะเป็นประโยชน์

5.4 ทุน

ในการทดลองพัฒนากิจการสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาศัย อสม. เป็นต้นแบบเพื่อทดลองระบบบริหารงานสาธารณสุขโดยชุมชนเอง ได้ปรากฏว่า อสม. เป็นจำนวนมากปฏิบัติงานไม่ได้ผล เนื่องจากไม่มีทุนสำหรับทุนที่โครงการให้เป็นการตั้งต้นเพื่อซื้อเวชภัณฑ์

มาดำเนินการ (500 บาท) นั้น สูญไปในเวลาอันสั้น ประสบการณ์ได้นำมาสู่การเรียนรู้ว่า ชุมชนจะพัฒนาตนเองต่อไปได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบสำคัญข้อหนึ่ง คือ ทุน ซึ่งจะต้องได้มาจากทรัพยากรของชุมชนเอง จึงเริ่มจัดให้มีโครงการกองทุนเวชภัณฑ์ขึ้น นับเป็นการเริ่มต้นของยุคสมัยของการพัฒนาสมัยที่ 4 (ประมาณ พ.ศ. 2521) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกของกองทุนด้วย ในสมัยเดียวกันนี้ กระทรวงสาธารณสุขเองก็เริ่มปรับปรุงการงบประมาณโดยจัดรูปแบบใหม่เป็นงบประมาณตามแผน นับเป็นการพัฒนาระบบการเงินทางภาครัฐ ซึ่งได้เกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาระบบกองทุนในชุมชน

5.5 การบริหารจัดการ

เมื่อจัดให้มีกองทุนเวชภัณฑ์ขึ้นแล้ว ปรากฏว่ากิจกรรมงานของ อสม. มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากนอกจากทุนแล้ว ยังเกิดมีทักษะทางการบริหารและการจัดกองทุน โดยมีการจัดแบ่งหน้าที่และมีผู้ร่วมรับผิดชอบแบ่งปันกันในรูปแบบของคณะกรรมการกองทุน ต่อมาได้เริ่มนำไปประยุกต์ใช้กับงานสาธารณสุขด้านอื่น ๆ เริ่มด้วยงานสุขภาพิบาลและการจัดหาน้ำสะอาดในหมู่บ้านอย่างได้ผลดี จึงทำให้ได้ประสบการณ์ต่อมาว่า ในการพัฒนาสาธารณสุขโดยชุมชนเป็นแกนสำคัญนั้น ชุมชนต้องมีทักษะในการบริหารจัดการแผนงานโครงการ อันเป็นแผนส่วนรวม นอกเหนือจากการบริหารจัดการ ซึ่งทำกันอยู่แล้วภายในครอบครัวแต่ละครอบครัว ความเข้าใจนี้เกิดขึ้นประมาณ พ.ศ. 2523 เป็นการนำเข้าสู่สมัยของการพัฒนาที่ 5 อันเน้นหนักเรื่อง การบริหารจัดการทรัพยากรและโครงการโดยชุมชนเอง และเป็นที่น่าสังเกตว่า ในยุคสมัยที่ 4-5 นี้ รัฐบาลโดยส่วนรวมก็มีนโยบายในการที่จะตั้งทุนให้ชุมชนใช้พัฒนาโดยตรง ได้แก่โครงการเงินฝิ่น ตามด้วยโครงการ กสช. และตามด้วยกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน และมีความพยายามที่จะสร้างทักษะทางการบริหารจัดการให้ชุมชนเช่นเดียวกัน โดยการจัดให้มีแผนตำบลโดย กสช.

ในปี พ.ศ. 2525 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 กรมอนามัยได้นำรูปแบบกิจกรรม ซึ่งอาสาสมัครปฏิบัติเพื่อพัฒนาหมู่บ้านของตนได้ ในเรื่องการสุขภาพิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด และการโภชนาการ เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานที่สร้างมาแล้วตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 4 โครงการทั้งสองนี้มีลักษณะเป็นโครงการของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชนโดยแท้จริง ซึ่งเมื่อรวมกันโครงการเรื่องการรักษาพยาบาลโดย อสม. และให้สุขศึกษาโดย ผสส. แล้ว ก็นับได้ว่าเป็นการเข้าสู่สมัยที่ 6 อันเป็นยุคที่ชุมชนสามารถพัฒนาตนเองทางสาธารณสุขได้ในบางเรื่อง และพร้อมที่จะรับมอบอำนาจการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาไปจากกระทรวงสาธารณสุขได้ ในรูปที่ชุมชนเองเป็นผู้ริเริ่มดำเนินการส่วนรัฐเป็นผู้สนับสนุน ในปี 2526 และ 2527 ได้นำรูปแบบของการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผน

ครอบครัว และการให้ภูมิคุ้มกันโรค เข้าในระบบสาธารณสุขมูลฐานในรูปของโครงการบัตรสุขภาพ และกรมควบคุมโรคติดต่อกำลังจะนำรูปแบบเรื่องการควบคุมป้องกันโรคติดต่อเข้าสู่ระบบสาธารณสุขมูลฐานต่อไปเช่นเดียวกัน

จุดอ่อน จุดแข็งของงานสาธารณสุข (Strength and Weakness Of Past Performance)

1. การยอมรับและดำเนินการ เรื่อง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (*Adoption of HFA Strategies and Its Implication*) การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ทุกคนพึงมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะมีสุขภาพดี นี่เป็นส่วนหนึ่งของคำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนอันเป็นที่มาของคำว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หรือ Health For All ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบันนี้ สำหรับประเทศไทยมีเป้าหมายว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” แต่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น หลายท่านเข้าใจผิดคิดว่าประชาชนจะไม่เจ็บป่วยเลย หรือจะมีโรงพยาบาลพร้อมเจ้าหน้าที่ที่จะทำการรักษาให้กับประชาชนทุกคนในประเทศนี้ แต่ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” นั้นเป็นการวาดภาพสังคมในอนาคตว่า ทุกครอบครัว ทุกคนจะได้มีสิทธิ มีส่วนร่วมกันพัฒนาสุขภาพ ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ทรัพยากรที่จะพัฒนานั้น จะได้รับการจัดสรรอย่างเป็นธรรม และเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หมายถึงว่า ทุกคนที่เกิดบนแผ่นดินนี้จะต้องเกิดมา เติบโต แก่ และตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยทั่วหน้ากัน “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ยังหมายถึงว่า ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ ต้องเป็นชีวิตที่มีสุขภาพดีพอที่จะเป็นประโยชน์ และจะได้มีส่วนช่วยกันสร้างเสริมเศรษฐกิจและสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่อย่างเต็มที่

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

2. ประชาชนมีบทบาทเพิ่มมากขึ้น (*People's Increasing Role*) การที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น จากผลการประชุมใหญ่ที่เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ได้มีข้อตกลงระบุว่าให้ “การสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นกลวิธีหลักที่จะช่วยให้บรรลุ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และเรียกร้องให้ทุกประเทศให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นตั้งได้กล่าวแล้วข้างต้น และพยายามให้บทบาทของชาวบ้านในเรื่องการพัฒนาสาธารณสุขในเรื่องใหญ่ ๆ 3 เรื่อง คือ

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

- (1) การจัดหา น้ำสะอาดและการกำจัดของเสียต่าง ๆ
- (2) การควบคุมโรคติดต่อที่จำเป็นและพบบ่อยในท้องถิ่น
- (3) การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ
- (4) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ
- (5) อนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
- (6) การรักษาโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น
- (7) การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน หรือเพื่อช่วยเหลือในการรักษาโรคที่พบบ่อย ๆ ที่จำเป็น
- (8) การให้สุศึกษา

สำหรับประเทศไทยได้มีการเพิ่มเติมทันตสาธารณสุขและสุขภาพจิตเข้าไปด้วยรวมเป็น 10 องค์ประกอบ

ในการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น จำเป็นจะต้องทำให้ง่ายพอที่ชาวบ้านจะสามารถทำเองได้ จึงต้องประยุกต์ให้ง่ายที่สุด หรือการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) ยกตัวอย่างเช่น ในเรื่องของโภชนาการ เราสอนให้ชาวบ้านโดย อสม./ ผสส. หรือแม่ซึ่งนำหนักเด็กหรือน้ำหนักลูกเอง เขาก็จะรู้ปัญหาและจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เขาแก้ปัญหาเอง โดยเราให้ความรู้เรื่องการให้อาหารเด็ก การให้อาหารเสริมที่มีโปรตีนและกำลังงานสูงเพื่อแก้ปัญหา และให้เขาชั่งน้ำหนักเด็กเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ ที่เรียกว่าให้มีการเฝ้าระวังทางโภชนาการ เพื่อให้แก้ปัญหาได้ทัน่วงทีก่อนที่จะเป็นมาก ในไม่ช้าโรคขาดสารอาหารก็จะหมดไป ในทำนองเดียวกัน ในเรื่องของการสุขาภิบาลและน้ำสะอาด เราสอนหรือสาธิตให้ชาวบ้านสร้างถังเก็บน้ำในด้วยวิธีการง่าย ๆ ชาวบ้านก็เริ่มสร้างถังน้ำฝน แทนที่จะใช้การสูบน้ำหรือปั้มน้ำ ซึ่งชาวบ้านดูแลไม่ไหว ยอมรับไม่ได้ สำหรับการรักษาโรคเล็ก ๆ น้อย ที่เป็นกันบ่อย ๆ ในหมู่บ้าน เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ท้องเสีย ฯลฯ เราก็ฝึก อสม. มาดำเนินการ ซึ่งก็ได้ทำไปแล้ว

2.2 การบริหารการเงินและโครงการ (Financial Support and Program Management) โดยชาวบ้านเอง หลังจากที่มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ประยุกต์ให้ง่ายสู่ชาวบ้านแล้ว เมื่อดำเนินการไปก็พบว่างานหลายอย่างยังไม่ค่อยเดินและไปได้ยาก เพราะขาดองค์ประกอบ

ด้านการบริหารการเงิน เพราะต้องมีทุน ดังนั้น ต้องให้ชาวบ้านรวมทุนเป็นรูปของสหกรณ์ เกิดกองทุนขึ้นได้ โครงการต่าง ๆ ก็ให้พร้อมกับเรื่องการบริหารจัดการและกองทุน ให้ชาวบ้านบริหารกองทุนเอง ซึ่งเป็นผลสำเร็จมาก และพบว่าชาวบ้านสามารถนำเทคโนโลยีที่เราให้ไปดำเนินการต่อได้

2.3 การวางแผนและการนำความจำเป็นพื้นฐานมาใช้ในการพัฒนา (Planning Leading to Application of Basic Minimum Needs Approach) ในการดำเนินงานต่อมาพบว่า การวางแผนสาธารณสุขนี้จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ด้วยดีชาวบ้านจะต้องนำแผนงานสาธารณสุขนี้ใส่ไว้ในแผนพัฒนาตำบลด้วย เนื่องจากรัฐเร่งรัดให้ชาวบ้านทำแผนตั้งแต่ตำบล อำเภอ ขึ้นมา ถ้างานของเราไม่อยู่ในแผนตำบลก็ทำไม่ได้ จะต้องให้อยู่ในแผนตำบลให้ได้ โดยจำเป็นต้องวิเคราะห์หรือออกมาว่าปัญหาสาธารณสุขนี้เป็นปัญหาของหมู่บ้าน ชาวบ้านต้องบอกได้ว่างานสาธารณสุขนี้เป็นสิ่งที่จะต้องมีในหมู่บ้านพัฒนาขึ้นมาแล้ว แต่ชาวบ้านไม่เคยรู้เลยว่าเขาต้องการงานสาธารณสุข เขาต้องการแต่ถนน ไฟฟ้า โทรทัศน์ ฯลฯ ดังนั้นจึงได้ติดต่อกับสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) แล้วอธิบายให้เข้าใจว่า ประเทศไทยต้องมีแผนระยะยาวทางสังคม สังคมจะเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นย่อมไม่ได้ (ขณะนั้นกำลังอยู่ระยะวางแผนฯ 5) จะเอา 5 ปีไม่ได้ ควรเป็นหลัก 20 ปี ซึ่งเรานี้ก็ตรงกับเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้าพอดี และถ้าเราพูดเพียงเรื่องสุขภาพคงไม่สำเร็จ เพราะเป็นงานกระทรวงสาธารณสุข 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 ข้อของคนไทยได้แก่

- (1) ประชาชนในครอบครัวได้กินอาหารถูกสุขลักษณะและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- (2) ประชาชนในครอบครัวมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
- (3) ประชาชนในวัยทำงานมีงานทำ มีเสรีภาพในการประกอบและการอยู่ในสภาพแวดล้อมของการทำงานที่เหมาะสม

- (4) ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ
- (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) ปัจจุบันแนวความคิดและเจตคติของเจ้าหน้าที่ และนักการศึกษาเปลี่ยนแปลงไปในทำนองที่ยอมรับ และมีความสำนึก (Consciousness) ต่อสังคมมากขึ้น เท่าที่เราสังเกตมา เช่น เรื่องการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และเรื่องอื่น ๆ ก็เป็นที่ยอมรับกันอยู่

3.2 มีการจัดรูปองค์กรใหม่ (Reorganization) เริ่มมากในกระทรวงสาธารณสุข แท้ที่จริงเริ่มมาก่อนเรื่องการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า คือ การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข โดยการผสมผสานป้องกันและรักษาพยาบาลเข้าด้วยกัน และมีการกระจายอำนาจ

3.3 การกระจายอำนาจ (Decentralization) วัตถุประสงค์ของการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยไว้ด้วยกัน เพื่อรวมอำนาจไว้ที่ปลัดกระทรวง ซึ่งจะมีเอกภาพในการสั่งการ (Unity of Command) และกระจายอำนาจลงไปจังหวัดที่สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจะไปดูแลหน่วยงานในจังหวัด เรื่องการกระจายอำนาจนี้ เราจะพยายามเร่งรัดให้ถึงอีก 3 กระทรวงด้วย ไม่ทราบจะสำเร็จเพียงใด อีก 3 กระทรวงน่าจะกระจายอำนาจลงสู่จังหวัดหมดรวมทั้งงบประมาณด้วย แต่เรามีความคิดว่า ถ้า จปฐ. ได้รับอนุมัติจากรัฐแล้ว เราจะเสนอแนะสำนักงบประมาณให้ตั้งงบประมาณให้จังหวัดเลย เพื่อให้เขาดูแลเรื่อง จปฐ. ของจังหวัดเลย โดยไม่ต้องผ่านกระทรวงทั้ง 4 กระทรวง อย่างน้อยทางด้านบริการพื้นฐานต่าง ๆ จังหวัดควรจะได้รับผิดชอบไปให้อำนาจเข้าไปให้เต็มที่ เพราะเขาอยู่ใกล้ปัญหา ย่อมรู้ดีกว่าเรา ความคิดนี้มีอยู่แล้วในกระทรวงมหาดไทย

3.4 การฝึกอบรมและวิจัย (Training Strategy and Research) ทางมหาวิทยาลัย ได้มีการแก้ไขการจัดหลักสูตรให้เข้ากับสภาพของประเทศ และแนวทางดำเนินการวิจัย ค้นคว้าก็เปลี่ยนแปลงไปสู่แนวทางการวิจัยเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ซึ่งเป็นของดี และเป็นจุดแข็งที่แสดงว่าเราพร้อมในการไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า แต่ทางด้านมหาวิทยาลัยก็น่าจะมีการปรับปรุงรูปองค์กร บทบาทครูในด้านการสอนเพื่อจะนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าด้วย

4. การจัดสรรทรัพยากร (Resource Reallocation-Manpower and Finance) เป็นเรื่องสำคัญ คือ มีการผันงบประมาณสู่หมู่บ้านมากขึ้นกว่าเดิม การก่อสร้างใหญ่ ๆ ลดลงมาก โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล 1,000 เตียงไม่อยู่ในนโยบายแผนฯ 5 เลย เราเฉลี่ยงบประมาณสู่ตำบล อำเภอ จังหวัด เติมนเงินลงสู่หมู่บ้าน 10% ก็เพิ่มเป็น 20-25% และจะเพิ่มเรื่อย ๆ ต่อไป ควรผันตรงลงสู่หมู่บ้านเลย จะได้ประโยชน์สูงสุด ถ้าผ่านหน่วยงานของรัฐ จะถูกดูดซึมโดยหน่วยงานของรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง ถึงหมู่บ้านเพียง 10% ฉะนั้น นโยบายระยะหลังเช่นเงินผัน หรือเงิน กสช. ส่งตรงเลย สุดท้ายนี้ เงินพัฒนาชนบทจะส่งตรงเองไปใช้ในหมู่บ้านเลย จะเห็นว่าใช้หลักเดียวกัน คือ ไม่ยอมให้ตั้งค่าใช้จ่าย โดยให้เอาจากงบประมาณ เงินพัฒนาจะสู่หมู่บ้านจริง ๆ ทั้งหมด เรื่องนี้ไม่ได้มีการพูดไว้ชัดเจน แต่เราวิเคราะห์ได้ ซึ่งก็เป็น การถูกต้อง

5. ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร (Effective Utilization of Resources) ในช่วงที่ผ่านมามีการใช้ทรัพยากรดีขึ้น

6. ความสามารถในการวางแผนสาธารณสุข (Strength in Sector Planning) ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 เป็นต้นมา แผนพัฒนาสาธารณสุขได้เป็นที่ยอมรับของหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นที่ยอมรับมาตลอด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่เราสามารถเข้าทางสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้ ที่เรานำ จปฐ. เข้าไปได้เพราะทาง สศช. ยอมรับความสามารถในการวางแผนของเราอยู่แล้ว รวมทั้งต่างประเทศก็ยอมรับแผนพัฒนาสาธารณสุขของเราด้วย

7. การเป็นตัวกลางประสานระหว่างหน่วยงาน (Catalytic in Intersectoral Coordination) จากข้อ 6 เมื่อกระทรวงต่าง ๆ ยอมรับ เราจึงกลายเป็นตัวศูนย์กลางหลายครั้ง เราเป็นตัวกลางจัดงานของกระทรวงต่าง ๆ ในขณะที่เราก็ได้ประโยชน์ด้วย รวมทั้งการประชุมผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งท่านได้รับจะสนับสนุนการรณรงค์ปีสาธารณสุขมูลฐาน และการใช้ จปฐ. ไปแล้ว

8. การเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง (Risk Directional Change Through

Politics) การเปลี่ยนแปลงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะเกิดขึ้นได้ในวันข้างหน้า ปัจจุบัน (พ.ศ. 2528) ท่านรัฐมนตรีท่านเข้าใจงานสาธารณสุขดี แต่ต่อไปการเสี่ยงด้านนี้ยังมีอยู่เสมอ และเราก็ระวังอยู่ก่อนที่จะต่อไปถึงนโยบายในอนาคตควรสำรวจประเมินเหตุการณ์แวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกเสียก่อน (Evaluation of Outlook)

ก. *ปัจจัยแวดล้อมภายนอก (External)* ซึ่งเป็นสิ่งที่เราทำอะไรไม่ได้มากนัก

1. มีการวางแผนโดยชุมชนมากขึ้น (Increasing Use of Community Based Planning) ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 และในแผนฯ 6 โครงการพัฒนาชนบทจะมีการวางแผนจากหมู่บ้านขึ้นมามากขึ้น และแผนระหว่างหน่วยงานก็จะมีมากขึ้น

2. มีการจัดสรรงบประมาณลงสู่หมู่บ้านโดยตรงมากขึ้น (More Direct Resource Allocation to Community) จะมีเงินลงสู่หมู่บ้านมากกว่าในปัจจุบัน ขณะนี้เงินผันสู่หมู่บ้าน ปีละ 1,000 กว่าล้านบาท ต่อไปจะมากขึ้นอีกเพราะถึงชาวบ้าน

3. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานดีขึ้น (Better Intersectoral Coordination) ในเมื่อรัฐบาลก็สนใจ และสาธารณสุขเป็นแกนให้ ฉะนั้น ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาขาต่าง ๆ จะดำเนินไปด้วยดี โดยเฉพาะเมื่อมีการนำ จปฐ. มาใช้ จะเป็นจุดประสานการดำเนินงานระหว่าง 4 กระทรวงหลักได้ดี

ข. *ปัจจัยแวดล้อมภายใน (Internal)*

1. องค์กรประกอบด้านสาธารณสุขมีพร้อม (Fulfilled Health Infrastructure) ภายในสิ้นแผนฯ 5 จะมีโรงพยาบาล สถานีอนามัย ผสส./ อสม. เต็มพื้นที่หมด ปัจจุบันทุกระดับ เหลืออีก 10 กว่าเปอร์เซ็นต์ก็จะครบ

2. ชุมชนพึ่งตนเองได้เพื่อให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (HFA Reached Through Self-managed Community) ในหลายหมู่บ้านที่เราเปิดให้ชาวบ้านจัดการในเรื่องสาธารณสุขของเขาเองโดยให้มีการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น เชื่อว่าจะถึงสุขภาพดีถ้วนหน้ากันหลายหมู่บ้าน โดยวัดจากความจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งมีเครื่องชี้วัดพร้อม

3. ไทยเป็นผู้นำในภูมิภาคนี้ (Leading Role in Region for Thailand) ประเทศไทยน่าจะได้เป็นผู้นำด้านสาธารณสุขในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก เพราะเท่าที่สังเกตเรามีศักยภาพเหนือประเทศอื่นอยู่มาก จึงทำให้เราต้องวางแผนสาธารณสุขระหว่างประเทศด้วยเพื่อให้อยู่ในฐานะผู้นำ

4. งบประมาณจากรัฐไม่เพิ่มมาก (Static Resource Allocation from Government) เชื่อว่ากระทรวงสาธารณสุขจะไม่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเท่าไร เนื่องจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศมีไม่มากนัก การขยายตัวของงบประมาณสาธารณสุขอย่างมากไม่เกิน 12 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสูงสุดในกระทรวงฯ เทคนิคทั้งหลาย หลักการ วัตถุประสงค์ นโยบาย ในอนาคต (goal, objectives, strategy formulation in future plan) สำหรับเรื่องนโยบายเป็นเรื่องของรัฐหรือของท่านรัฐมนตรี แต่การคิดเรื่องแผนในอนาคตอาจเป็นดังนี้

4.1 ปรับคุณภาพขององค์ประกอบด้านสาธารณสุข (Improved Quality of Health Infrastructure) เมื่อสร้างองค์ประกอบพร้อมเข้าไว้ในแผนฯ 5 แล้ว ในแผนฯ 6 ควรพิจารณาใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์โดยการปรับปรุงคุณภาพของงานสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่คุณภาพของ ผสส. ขึ้นมาจนถึงเจ้าหน้าที่ทุกระดับและหน่วยงานทุกระดับ

4.2 มีแผนด้านการเงินเพื่อสาธารณสุขให้ดีขึ้น (Better Health Financing Scheme) ด้วยความจำเป็นว่างบประมาณของเราน้อย เราจะทำอย่างไรจึงจะทำให้คุณภาพที่ดีที่สุด โดยใช้เงินของรัฐน้อยที่สุด เราจึงหันไปดำเนินการเรื่องสหกรณ์และสวัสดิภาพต่าง ๆ ซึ่งทำมาตั้งแต่แผนฯ 5 และจะทำต่อไปในแผนฯ 6

4.3 พัฒนาในเรื่องสหกรณ์และสวัสดิภาพด้านสาธารณสุข (Develop Health Cooperative and Welfare) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจ่ายเงินมากกว่ารัฐให้ 3 เท่า แต่เราอยู่ได้เพราะเงินบำรุง ปัจจุบันเงินบำรุงคงเหลือน้อยแล้ว การพัฒนาโรงพยาบาลจึงทำได้ยาก จึงได้สร้างงานใหม่ขึ้น คือ โครงการบัตรสุขภาพ และได้เริ่มดำเนินการไปบ้างแล้ว

4.4 เพิ่มบทบาทของประชาชนในด้านบริหารจัดการ (More Role for People in Health Program Management) เราคงจะต้องให้บทบาทกับชาวบ้านมากขึ้น ในเรื่องของการบริหารจัดการโครงการสาธารณสุขที่สำคัญก็คือ โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งชาวบ้านจะเข้ามามีบทบาทเป็นคนจ่ายทรัพยากรที่รวบรวมมาได้ อาจจะทดแทนให้หน่วยงานได้ด้วย

4.5 ให้องค์กรเอกชนมีบทบาทมากขึ้น (Better NGO's Involvement) เราจะต้องร่วมกับองค์กรเอกชน ซึ่งเป็นแหล่งใหญ่ของทรัพยากรที่เรายังไม่ได้นำมาเข้าร่วมมากนัก รวมไปถึงในระดับหมู่บ้านด้วย ได้แก่ ชุมชน องค์กรในหมู่บ้าน ไม่ได้คิดเฉพาะแต่ในส่วนกลาง เท่านั้น

4.6 ใช้หลักเศรษฐศาสตร์ทางสาธารณสุขในการวางแผนให้มากขึ้น (More Use of Health Economics in Planning) ในการวางแผนฯ 6 เราคงต้องนำ Health Econo-

mics เข้ามามากขึ้นในการวางแผน เพื่อประโยชน์ของการใช้ทรัพยากรให้สูงขึ้น โดยเฉพาะผลของการลงทุนของบริการสาธารณสุขต่าง ๆ อย่างที่เรานำระบบส่งต่อ (referral system) เข้ามาในเรื่องของบัตรสุขภาพ ก็คือความพยายามที่จะประหยัดค่าใช้จ่ายในการบริหารสาธารณสุขนั่นเอง

4.7 มีการแลกเปลี่ยนโครงการระหว่างมหาวิทยาลัยและกระทรวงฯ มากขึ้น (More Exchange Programs between University and Ministry) โดยเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนบทบาทมาตั้งแต่แผนฯ 4 และแผนฯ 5 มาแล้ว ฉะนั้น เพื่อให้การศึกษาของนักศึกษาได้เป็นไปโดยทันต่อการเปลี่ยนแปลง น่าจะมีโครงการแลกเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ระหว่างกระทรวงฯ และมหาวิทยาลัย อันจะเกิดประโยชน์มาก และจะทำให้เราแก้ปัญหาตลอดจนข้อจำกัดที่มี ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน มีหลายครั้งที่เราไม่เข้าใจกันเพราะเราไม่รู้อีกฝ่ายมีข้อจำกัดอยู่ เรื่องการแลกเปลี่ยนนี้ทำได้หลายระดับ แม้แต่การโอนย้ายเจ้าหน้าที่ระหว่างมหาวิทยาลัยกับกระทรวงฯ ก็น่าจะทำได้

4.8 ให้ชาวบ้านสอนชาวบ้านกันเองให้มากขึ้น (More Community Based Training) ในการที่จะอบรมชาวบ้านของ 55,000 กว่าหมู่บ้านนั้นเราคงทำไม่ได้ เราควรใช้ชาวบ้านสอนกันเองมากขึ้น ซึ่งได้เริ่มงานแล้วในงานสาธารณสุขบางอย่าง เขาช่วยสอนกันเองได้ เราให้ทรัพยากรและการสนับสนุนเพื่อให้เขาสอนกันเองได้ เช่น ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ชสม.)

4.9 การเป็นผู้นำในภูมิภาค (Develop Regional Leadership) เรากำลังมีแผนที่จะเป็นผู้นำด้านสาธารณสุขทางภูมิภาคนี้ โดยเรากำลังเน้นจุดประสานงานด้านการพัฒนาความร่วมมือด้านเทคโนโลยีสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนากับประเทศใกล้เคียง ซึ่งทาง WHO เห็นว่าทางด้านสาธารณสุขประเทศเราเหมาะสม ฉะนั้น ในไม่ช้าประเทศไทยคงเป็นตัวแทนของภูมิภาคนี้ด้วย การที่เราจัดประชุมคณะรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนก็เพราะเหตุนี้ และเป็นผลประโยชน์ทางการเมืองระหว่างประเทศด้วย

4.10 การวางแผนอย่างต่อเนื่อง (Succession Planning) ผู้บริหารรุ่นนี้คงจะดูว่าใครควรจะเข้ามาแทน ต้องเริ่มคิดสร้างคนขึ้นมารับงานทำต่อให้สำเร็จ กระทรวงสาธารณสุขกำลังทำอยู่คงจะทำกันในแผนฯ 6

9. บทบาทของฝ่ายปกครองโดยเฉพาะอย่างยิ่งนักปกครองระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข

ดังได้กล่าวไว้ว่า ในการพัฒนางานสาธารณสุขนั้น เราไม่สามารถจะดำเนินการ ให้ได้ผลดีได้ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ โดยเฉพาะอีก 3 กระทรวงหลัก สำหรับ บทบาทของฝ่ายปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักปกครองระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข นั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากงานบริหารราชการส่วนจังหวัดนั้น ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ที่ มีส่วนสำคัญในการให้การสนับสนุนและเป็นแกนกลางในการผสมผสานงานทุก ๆ สาขาของ จังหวัด โดยเฉพาะผู้ว่าราชการจังหวัดมีความเข้าใจและยึดหลักการพัฒนาในรูปแบบของการ ผสมผสานอยู่แล้ว นับว่ากระทรวงสาธารณสุขโชคดีที่ทางกระทรวงมหาดไทย โดยเฉพาะท่าน ผู้ว่าราชการจังหวัดหลายจังหวัดได้ให้ความสนใจและสนับสนุนงานสาธารณสุขเป็นผลสำเร็จ ที่เป็นที่ยกย่องถึงหลายงาน โดยเฉพาะเมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้เชิญผู้ว่าราชการจังหวัด มาร่วมประชุมเพื่อออกความคิดเห็นในการดำเนินงานสาธารณสุขครั้งใด ก็ได้ให้ความร่วมมือ จากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นอย่างดีทุกครั้งไป สิ่งนี้ก็เป็นกำลังใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการ ที่จะดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง

6. สรุป

การที่ประชาชนทั่วไปจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในเขตชนบท จะต้อง มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวข้องร่วมมือกันหลายฝ่ายที่จะดำเนินงาน สำหรับแนวทางในการดำเนินงานนั้น ได้ถูกกำหนดขึ้นโดยผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยใช้กลวิธีดำเนินงาน สาธารณสุข การดำเนินงานประการหนึ่งที่สำคัญ คือ การสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน หรือ สำรวจ จปฐ. ของประชาชน

สำหรับความจำเป็นพื้นฐานของประชาชนทั้งประเทศเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีนั้น นายแพทย์สุรพงษ์ อัมพวันวงษ์ ได้กล่าวไว้ว่ามีอยู่ 8 ประการ คือ อาหารดี มีบ้านพัก อาศัย ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว ครอบครัพลอดภัย ได้ผลผลิตดี ไม่มีลูกมาก อยากร่วมพัฒนา และพาสู่คุณธรรม

จะเห็นได้ว่าการมีสุขภาพดีของประชาชนนั้นจะต้องมีผู้รับผิดชอบ คือ ตัวประชาชนเอง และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง การดำเนินงานในปัจจุบันไม่เหมือนเมื่อก่อน ซึ่งในปัจจุบันได้เน้นให้ ประชาชนได้พึ่งตนเองมากที่สุด ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่มีบทบาทเป็นเพียงที่ปรึกษาหรือ เป็นเพียงผู้แนะแนวผู้สนับสนุนให้กับประชาชนเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนคงต้องดำเนินต่อไปจนกว่าจะบรรลุ เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ว่าสุขภาพดีถ้วนหน้าในอนาคตอันใกล้นั่นเอง

7. คำถามและกิจกรรมประกอบท้ายบท

1. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยมีหลักในการดำเนินงานอย่างไร นักศึกษาจงอธิบายและสรุปแนวทางการดำเนินงานนั้นมาให้เข้าใจ
 2. แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530–2534) มีสาระสำคัญอะไรบ้าง
 3. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข 4 กระทรวงหลักมีใครจากกระทรวงอะไรบ้าง
 4. คณะกรรมการที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขในระดับตำบลจนถึงระดับอำเภอมีคณะใดบ้าง แต่ละคนประกอบด้วยใครบ้าง และมีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน
 5. การพัฒนาสาธารณสุขในอนาคตมีแนวโน้มนโยบายอย่างไรบ้าง
 6. ตามความคิดของนักศึกษาคิดว่าการใช้ จปฐ. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในปัจจุบันเหมาะสมหรือไม่ และมีเหตุผลอย่างไรจึงคิดเช่นนั้น
-