

บทที่ 2

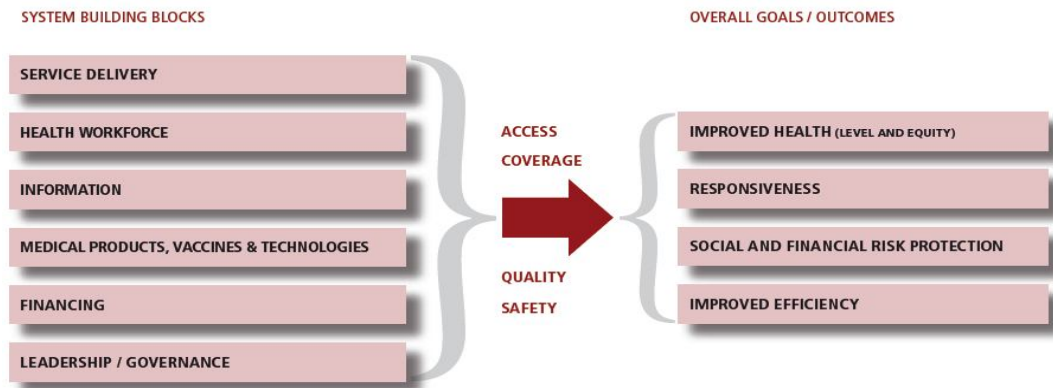
ระบบสุขภาพชุมชนของประเทศไทย

การวิจัย ยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อความมั่นคงของชาติ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารอบแนวความคิด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทัศน์และการจัดการระบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพ เครือข่ายและการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายด้านสุขภาพ ความมั่นคงด้านสุขภาพและความมั่นคงของชาติ และ ตัวอย่างการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

กระบวนการทัศน์และการจัดการระบบสุขภาพ

การจัดการระบบสุขภาพนับว่าเป็นภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข ในยุคปัจจุบัน ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของ ประชาชน การจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนาระบบสุขภาพ จำเป็นต้องทำทั้งระบบ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพและปลอดภัย อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม แนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO 2007) ได้เสนอให้พัฒนากลไกต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ใน 6 ประเด็นหลัก อันประกอบด้วย 1) ระบบการให้บริการ (Health Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information) 4) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Essential Health Technologic) 5) ระบบการเงินการคลัง (Health Financing) และ 6) การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) กรอบแนวคิดดังกล่าวระบุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือการ เข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ต้อง มีประสิทธิภาพ สร้างเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน และสามารถ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ



THE SIX BUILDING BLOCKS OF A HEALTH SYSTEM: AIMS AND DESIRABLE ATTRIBUTES

ที่มา: WHO (2007) Everybody's Business: Strengthen Health Systems to Improve Health Outcome, WHO' Framework for Action. Geneva, World Health Organization

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย จำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบทั้งในด้านระบบบริการ กำลังคน ระบบข้อมูล เทคโนโลยีที่เหมาะสม การเงินการคลัง และการอภิบาลระบบ ทำหน้าที่ในการชี้ทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปอย่างมีทิศทาง การพัฒนาระบบสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมสุขภาพของมนุษย์ ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชนทั้งระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ ที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม และความมั่นคงของประเทศ การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันในสังคม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพ และปลอดภัยอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม ดังนี้

1. ระบบการให้บริการ (Health Service Delivery)

ระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของ การให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งในส่วนของการบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัย ที่กระจายอยู่ทุกตำบล จำนวน 9,750 แห่งทั่วประเทศ และโรงพยาบาลชุมชน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ จำนวนกว่า 700 แห่งทั่วประเทศ ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง หรือระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มี

ความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการขยายตัวดังกล่าว ทำให้การให้บริการของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการให้บริการที่ระดับสถานีนามัย และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการให้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ ยังคงมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ ทำให้เกิดความแตกต่างของการกระจายสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงของโรงพยาบาล โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุด กล่าวคือ มี 1 เตียง ต่อประชากร 740 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานคร มี 1 เตียง ต่อประชากรเพียง 223 คน หรือต่างกันถึง 3 เท่า ส่วนหนึ่งของความแตกต่างดังกล่าว เกิดขึ้นจากการมีโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ มากกว่าภาคอื่นๆ และเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีเตียงมากกว่า 200 เตียง ถึง 1 ใน 4 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ในภูมิภาค มีโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เพียงเล็กน้อยเท่านั้นในระดับจังหวัดก็มีความแตกต่างในด้านการกระจายด้วย เช่นเดียวกัน โดยจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจต่ำ จะมีจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงต่อประชากรต่ำกว่าจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ดีกว่า ถึงแม้จะอยู่ในภาคเดียวกัน ส่วนหนึ่งเนื่องจากการมีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค การมีความแตกต่างของสถานบริการสุขภาพนั้น มีส่วนทำให้เกิดความแตกต่างของการให้บริการสุขภาพตามมา โดยจังหวัดที่มีจำนวนเตียงมากกว่า ก็จะมีจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่มากกว่าด้วยหรือหมายถึงการเข้าถึงบริการและใช้บริการที่มากกว่านั่นเอง ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่ง (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2553 : 4)

1.1 โครงสร้างการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุข

การจัดโครงสร้างการจัดระบบการให้บริการและระบบส่งต่อแบ่งเป็นดังนี้

1. การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นความครอบคลุมบริการแบบผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การจัดบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่ชนบทมีหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ยกระดับมาจากสถานีอนามัยเดิม สำหรับในเขตเมือง มีศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสมช.)

2. การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลระดับอำเภอ

3. การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สลับซับซ้อนมากขึ้น มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์เฉพาะทางต่างๆ และโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์

การให้บริการทั้ง 3 ระดับ เชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อผู้ป่วยซึ่งในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า รัฐต้องจัดการส่งเสริมสาธารณสุขให้ประชาชนให้ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขใช้นโยบาย 3 ประการ คือ 1) การพัฒนาศักยภาพสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ 2) การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน 3) ระบบส่งต่อ และเครือข่ายบริการสาธารณสุข

โดยกำหนดเป้าประสงค์การจัดการบริการสุขภาพ มีหลักการเป้าหมายที่สำคัญ คือ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิผล เป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงไป และมีลักษณะเป็นการบริการที่ผสมผสาน ความต่อเนื่อง ครอบคลุม เข้าถึงได้ มีสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ และชุมชนให้เกิดความพึงพอใจ และรับผิดชอบต่อสังคม

1.2 แนวคิดการจัดบริการในสถานบริการ

การจัดบริการสุขภาพในสถานพยาบาลสามารถแบ่งออกได้ตามประเภท ลักษณะ ระดับของสถานพยาบาล หรือลักษณะการบริการ แบ่งตามระดับการให้บริการของสถานบริการ ดังนี้ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2553: 12) ลักษณะสำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิคือ

1.เป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการสะดวก ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคมาตรฐาน

2.เป็นบริการที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชาชน อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย จนถึงขณะป่วย ตั้งแต่เกิด จน ตาย

3.เป็นบริการที่ดูแลประชาชน ผสมผสานถึงปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

4. เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อ การบริการอื่นๆ ด้านการแพทย์ ด้านสังคม

5.บริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน การให้ความรู้ที่จำเป็นในชุมชน เช่นความรู้ในการใช้ยา ฯลฯ

บริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ลักษณะสำคัญของบริการในสถานพยาบาลระดับ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ คือ การให้บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดบริการมาตรฐานขั้นต่ำที่ต้องมีในสถานบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิมาตรฐานทั่วไปเช่น

1.มีอาคารสถานที่อุปกรณ์เหมาะสมในการบริการทางการแพทย์ และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน

2.มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในด้านจำนวน และคุณภาพ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และไม่น้อยกว่าที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาลบริการมาตรฐาน ขั้นต่ำของบริการ

3.มีบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ความพร้อมในเรื่องเครื่องมือ บุคลากร รถรับส่งผู้ป่วยหนักโดยมีแพทย์พร้อมให้บริการอย่างน้อย 1 คน พยาบาลอย่างน้อย 2 คน ตลอด 24 ชั่วโมง

4.มีบริการผู้ป่วยนอก อาคารสถานที่เหมาะสม สะดวกสำหรับผู้มารับบริการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่รอนานเกินไป

5.มีบริการผู้ป่วยใน อาคารสถานที่ อุปกรณ์ ประจำดึก พร้อมให้บริการ มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความสามารถเหมาะสม มีแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ ที่มีความรู้

6.มีบริการเวชระเบียน

7.มีบริการรังสีวิทยา

8.มีบริการตรวจทางพยาธิวิทยา และการชันสูตร

9.มีบริการเภสัชกรรม

10.มีบริการศัลยกรรมทั่วไป ห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ห้อง ต่อ 50 เตียง และไม่น้อยกว่า 2 ห้อง ไม่นับรวมห้องคลอด

11.มีบริการวิสัญญี

1.3 แนวคิดและหลักการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

รพ.สต.เป็นหน่วยบริการด้านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และชุมชนมากที่สุด มีหน้าที่ในการดูแลประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้เข้าถึงสุขภาพและสุขภาพที่ดี (กาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม) เพื่อนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำรงชีพร่วมกันภายใต้ความมีต้นทุน ทั้งด้าน สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมืองที่เป็นแบบแผนของตนเองได้ อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมุ่งเน้นการจัดบริการเชิงรุก ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ ด้วยการ

ประสานความร่วมมือกับชุมชน อปท. ส่วนราชการและองค์กรต่าง ๆ ในลักษณะของการเป็นภาคีร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนอันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ในที่สุด ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดระบบสุขภาพแนวใหม่ตามทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550: 47)

เป้าหมายของการจัดบริการของ รพ.สต. (Goals) เพื่อการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกช่วงวัยที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ โดยการจัดให้มีบริการทั้งบริการในรพ.สต.บริการในชุมชน และบริการในบ้านเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน แบบครบวงจรต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ครอบคลุมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษา ซึ่งจะเป็นการนำมาซึ่งความสามารถในการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น อันจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดการดูแลระบบสุขภาพของรัฐในระยะยาวของทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการจัดระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ มีความยั่งยืนสอดคล้องกับสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพ ปัญหาสาธารณสุขและบริบทของแต่ละพื้นที่ (สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2552: 26)

พันธกิจในการจัดบริการของรพ.สต. (Mission) เพื่อให้การจัดบริการของรพ.สต. เป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้พื้นฐานและต้นทุนของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของสถานีนอามัชฌิม ที่ได้รับการยกระดับขีดความสามารถให้สูงขึ้น โดยอาศัยแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบยึดตามลักษณะของประชากร ปัญหาโรคและสาธารณสุขของพื้นที่ (Population Based Health System, Problem Based Health System และ Area Based Health System) เป็นกรอบการจัดบริการซึ่งรพ.สต.ควรมีพันธกิจที่สำคัญ ดังนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2551: 63)

1.การพัฒนาฐานข้อมูลบริการ (Data Base) เพื่อให้ได้ระบบข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงถึงกันและกันได้ ระหว่างเครือข่ายบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้สามารถรวบรวม ประมวล วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลสุขภาพชุมชนได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทันต่อเหตุการณ์ อันจะนำมาซึ่งการวางแผนการจัดบริการของรพ.สต.ทั้งในด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความครอบคลุมสอดคล้องกับสภาพการณ์บริบทของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาการจัดบริการในรพ.สต. (Hospital Base) เพื่อให้ประชาชนหรือผู้ป่วยได้รับบริการที่มีขีดความสามารถสูงขึ้น โดยการประสานความร่วมมือขอรับการสนับสนุนทั้งในด้านบุคลากร ทรัพยากรทางการแพทย์เครื่องมือติดต่อสื่อสารที่ทันสมัย (Skype, Telemedicine) ยานพาหนะรถยนต์ส่งต่อ จักรพ.แม่ข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตลอดจนถึงกองทุนประกันสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการรักษาผู้ป่วย การให้บริการภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการปัญหาโรคของพื้นที่ ในลักษณะของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.แบบมีส่วนร่วม (รพ.แม่ข่าย, รพ.สต. อปท. และองค์กรชุมชน)

3.การพัฒนาการจัดบริการในชุมชน (Community Base, Community Health Care) เพื่อให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงการมีส่วนร่วม และสามารถให้การสนับสนุนในการวางแผน ดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคของพื้นที่โดยอาศัยแกนนำ อสม.ในชุมชนที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในด้านการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผ่านทางกองทุนสุขภาพตำบล สมัชชาสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดแผนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ชุมชนที่ดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ในลักษณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของชุมชน ในที่สุดจะนำมาซึ่งความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดให้มีมาตรการและระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (ลบส.) ขึ้นในชุมชน

4. การพัฒนาการจัดบริการในบ้าน (Home Base, Home Health Care, Home Ward) ให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิดเป็นองค์รวมแบบเอื้ออาทร ด้วยบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยการประสานการดำเนินงานจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วย จักรพ.แม่ข่าย ทีมดูแลสุขภาพ (Health Care Team :HCT) จากรพ.สต.และแกนนำผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัวหรือจิตอาสาดูแลสุขภาพในครอบครัวจากชุมชน ตามแผนการดูแลตามความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลอย่างเป็นลำดับขั้นตอน โดยอาศัยการถ่ายทอดกระบวนการดูแลให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ ผ่านการอบรมและการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Practice Guideline) ที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดการความรู้โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการประสานการดูแลโดยหน่วยงานและองค์กรชุมชนอื่น ๆ ที่จะช่วยในการดูแลยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น เช่น อปท., พคม.และอื่น ๆ ตามความจำเป็นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม (สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2552: 106)

1.4 แนวคิดของการดูแลตนเองและบริการสุขภาพในชุมชน

การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และบริการสุขภาพในชุมชนมีพัฒนาการที่สอดคล้องกับประวัติศาสตร์การพัฒนา การแพทย์ การสาธารณสุขของประเทศ โดยเริ่มต้นของการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ประชาชนส่วนใหญ่ มีความจำเป็นต้องพึ่งตนเอง ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นในการให้บริการสุขภาพ โดยช่วยเหลือเกื้อกูลกันเอง ต่อมาเมื่อมีการพัฒนา ระบบสาธารณสุขให้มีความก้าวหน้าทันสมัย จึงมีการอาศัยพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขในสถานบริการ แบบตะวันตกมากขึ้น เป็นลำดับ แต่จากการเปลี่ยนแปลงในด้านแนวโน้มวิทยาการระบาด ที่มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อม ความเสื่อมตามอายุไข รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้น โดยเฉพาะ บริการในสถานบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น โดยมุ่งที่การสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ และสามารถให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน หรือชุมชน ของตนเองได้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนให้ชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้ (กองสุขภาพภาคประชาชน, 2551: 22)

ซึ่งในการวิจัยนี้ บริการสุขภาพในชุมชน หมายถึงบริการสาธารณสุข อันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตของมนุษย์ สอดคล้องกับความเป็นอยู่ของสังคม เข้าถึงชุมชนครอบครัวและตัวบุคคล โดยชุมชนมีส่วนร่วมอย่าง เต็มที่ และสามารถทำนุ บำรุงให้เจริญก้าวหน้าต่อไป ได้อย่างมั่นคง ตามหลักพึ่งตนเองและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีหน่วยบริการสุขภาพที่จัดบริการในชุมชน เช่น การดูแลและจัดบริการที่บ้าน การจัดหน่วยบริการส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์และการสาธารณสุขเคลื่อนที่

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายในภาพรวมและโครงสร้างทางสังคมหลายประการที่ส่งผลต่อสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ เช่น การเริ่มบังคับใช้ระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงทำให้ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศมีเพิ่มมากขึ้น การลดอัตราค่าจ้างราชการของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ที่ทำให้แรงจูงใจของการเป็นกำลังคนด้านสุขภาพในภาครัฐลดน้อยลง ส่งผลให้จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบบริการภาครัฐลดน้อยลง รวมไปถึงปัญหาความรุนแรงในพื้นที่3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ทำให้พื้นที่

จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส กลายเป็นพื้นที่ที่คนในอยากออกและคนนอกไม่อยากเข้า จนกระทรวงสาธารณสุขต้องประกาศใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจเป็นพิเศษ หรือกระแสดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่สร้างความหวาดวิตกให้กับบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาและอ่อนประสบการณ์ (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553: 36)

ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขมีการประกาศใช้มาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรง เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนและการกระจายตัวอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างเมืองและชนบท ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศมาโดยตลอด มาตรการต่างๆ เช่น การผลิตแพทย์เพิ่มในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งแพทย์ และ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การผลิตพยาบาลเพิ่ม 3,000 คน เพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้ การปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเพื่อสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างระหว่างเมืองและชนบท เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อนโยบายรัฐ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสูง มิได้เป็นเพียงเรื่องที่ยืนอยู่กับการกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ในแต่ละปีมีเหตุการณ์และนโยบายของภาคส่วนอื่นที่มีส่วนเป็นปัจจัยหนุนเสริมความเข้มแข็ง ให้กับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ในส่วนของรัฐบาล โดยเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และปัจจัยคุกคามที่ทำให้การรักษาคนไว้ในระบบทำได้ยากยิ่งขึ้นสถานการณ์รวมไปถึงการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่ต้องการการติดตาม รวมทั้งต้องการมาตรการป้องกันและเยียวยาปัญหาการขาดแคลนและการกระจุกตัวของกำลังคนด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ต้องการแรงงานคนมากกว่าเครื่องมือเครื่องจักรดังนั้นผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับกำลังคนด้านสุขภาพย่อมหมายถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวมด้วย จากการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ประกอบด้วยสถานบริการในระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน (ไม่รวมคลินิกเอกชน และร้านยา) ในปี 2553 ดังนี้ แพทย์ 26,162 คน, ทันตแพทย์ 5,112 คน, เภสัชกร 7,810 คน, พยาบาล 138,710 คน ส่วนกำลังคนประจำสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนั้นในปี 2554 มีจำนวน 37,152 คน โดยมีการกระจายตัว ดังนี้

ตารางที่ 1 การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานในสถานบริการตามภูมิภาค ปี 2553

ภาค	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาล	
	จำนวน	สัดส่วน: ปชก	จำนวน	สัดส่วน: ปชก	จำนวน	สัดส่วน: ปชก	จำนวน	สัดส่วน: ปชก
กลาง	5,832	2,699	1,357	11,601	2,069	7,609	35,584	443
อีสาน	4,591	4,682	1,113	19,313	1,827	11,766	35,171	611
เหนือ	3,848	3,059	995	11,829	1,523	7,728	25,847	455
ใต้	2,809	3,138	772	11,417	1,160	7,598	19,403	454
กทม.	9,082	628	875	6,517	1,555	3,667	22,725	251
รวม	26,162	2,428	5,112	12,427	8,134	7,810	138,710	458

(ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนฯ, 2553 และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553)

ตารางที่ 2 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพของสถานีนอนมัย (รพ.สต.) รายภาค ปี 2554

ภาค (ไม่นับรวม กทม.)	จำนวน รพ.สต	รวม (เฉลี่ยต่อแห่ง)	ประชากรต่อกำลังคน
รวม	9,750	37,152 (3.8)	1,266
ภาคกลาง	2,554	9,392 (3.7)	1,299
ภาคอีสาน	3,468	14,070 (4.1)	1,295
ภาคเหนือ	2,222	8,023 (3.6)	1,217
ภาคใต้	1,506	5,667 (3.8)	1,208

(ที่มา : สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2554)

ตารางที่ 3 การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพแยกตามระดับสถานบริการ ในปี 2553

หน่วยงาน	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวง	12,373	47.14	3,677	71.38	6,157	70.77	104,488	74.99
รพ.ศูนย์	3,262	12.43	370	7.18	822	9.45	17,351	12.45
รพ.ทั่วไป	2,959	11.27	618	12.00	1,137	13.07	22,975	18.49
รพ.ชุมชน	4,623	17.62	2,430	47.17	3,180	36.55	48,181	33.14
รพ.สต.	82	0.31	0	0.00	119	1.37	10,280	7.38
หน่วยอื่นใน สธ.	1,447	5.51	259	5.03	899	10.33	7,701	5.53
หน่วยนอก สธ.	9,177	34.97	1,048	20.34	1,016	11.68	20,857	14.97
รพ เอกชน	4,694	17.89	427	8.29	1,527	17.55	13,987	10.04
รวม	26,244	100	5,152	100	8,700	100	139,332	100

(ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนฯ, 2553 และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553)

จากตารางทั้งหมดจะเห็นว่ากำลังคนด้านสุขภาพมีการกระจายตัวอย่างไม่สมดุล กรุงเทพฯยังคงเป็นที่กระจุกตัวของกำลังคนทุกวิชาชีพ ยกเว้นกำลังคนระดับปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ตั้งอยู่ในต่างจังหวัดมากกว่า และในแต่ละภูมิภาค หากพิจารณาถึงลงไปถึงความเป็นเมืองกับชนบท ใน ตาราง ที่ 1 พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เมืองมากกว่าทั้งที่จำนวนประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอาศัยอยู่ในเขตชนบท

2.1 สถานการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

จำนวนของกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรแล้วจะพบว่าหลายวิชาชีพยังคงมีความขาดแคลนอยู่ แม้หลายวิชาชีพจะมีการเพิ่มกำลังการผลิตแต่ความต้องการบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้นก็ทำให้ในอนาคตการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขในเกือบทุกวิชาชีพจะยังเป็นปัญหาท้าทายระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยอยู่ (ทิณกร โนรี, 2553: 21)

การรวบรวมตัวเลขการคาดการณ์กำลังการผลิตและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของ 4 วิชาชีพหลักของระบบสุขภาพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ในปี 2558 พบว่ามีเพียงทันตแพทย์เพียงวิชาชีพเดียวที่มีกำลังการผลิตเกินกว่าความต้องการ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4 สถานการณ์และความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558

กำลังคนด้านสุขภาพ	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป			โรงพยาบาลชุมชน		
	ต้องการตาม GIS	กำลังคนที่มี	จำนวนขาด	ต้องการตาม GIS	กำลังคนที่มี	จำนวนขาด
แพทย์	6,727	6,221	506	7,010	4,706	2,305
ทันตแพทย์	3,174	980	2,194	4,264	2,430	1,834
เภสัชกร	3,194	1,959	1,235	3,848	3,180	668
พยาบาลวิชาชีพ	54,474	40,326	14,148	56,627	46,181	10,446
กายภาพบำบัด	1,280	431	849	2,095	579	1,516
นักเทคนิคการแพทย์	1,894	930	964	2,798	877	1,921
นักรังสีการแพทย์	1,280	313	967	1,397	230	1,167

(ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ตารางที่ 5 การคาดการณ์กำลังการผลิตเทียบกับความต้องการกำลังคนในปี 2558

	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
กำลังการผลิต	38,217-41,282	10,323	25,124	120,197-173,321
ความต้องการ	40,633-46,015	9,924-9,468	32,761-33,698	137,997-142,366
จำนวนที่ขาด/เกิน	2,416-4,733	537-1,399	7,637-8,574	30,955-17,800

(ที่มา : ทัศนกร โนรี, วิทยุโฆษชัยชาญ, วีระศักดิ์ มงคลพร, 2548)

2.2 การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน เป็นผลสืบเนื่องมาจากการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันจัดทำนโยบายและผลักดันมาตรการในการแก้ปัญหาและบริหารจัดการกำลังคนอย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งช่วงของพัฒนาการการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพได้ ดังนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552: 111)

ช่วงที่ 1 บังคับแพทย์ใช้ทุน (ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 1-3 (2504-2518))

เป็นช่วงที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศเป็นไปอย่างค่อนข้างจำกัด สถานพยาบาลยังมีไม่มากและไม่กระจายตัว ประชาชนส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ช่วงนี้กำลังคนด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ออกไปทำงานในต่างประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านวิจัย) กระทรวงสาธารณสุข เคยประมาณการว่าในช่วงทศวรรษนี้มีแพทย์ไทยเดินทางไปต่างประเทศมากถึงร้อยละ 25 ของแพทย์ทั้งหมด ปัญหาสมองไหลไปต่างประเทศของแพทย์ไทยทำให้รัฐบาลในช่วงนั้นหันมาให้ความสำคัญกับการดึงแพทย์ไว้ในประเทศ มีการยกระดับสถานบริการปฐมภูมิให้เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอเพื่อให้แพทย์ลงไปประจำ พร้อมกับการประกาศนโยบายการบังคับใช้ทุน 3 ปีของแพทย์จบใหม่เพื่อดึงให้แพทย์ที่จบการศึกษาใหม่ลงไปรับใช้ประชาชนในเขตชนบท โดยมีเงื่อนไขว่าแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ทุกคนต้องทำสัญญาเป็นข้าราชการกับกระทรวงสาธารณสุข และลงไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชนบทเป็นเวลา 3 ปี หากไม่ทำงานใช้ทุนก็ต้องเสียค่าปรับให้กับรัฐบาล 400,000 บาท โดยเงินค่าปรับจะนำเข้าเป็นรายได้ของโรงเรียนแพทย์ที่บัณฑิตแพทย์ผู้นั้นสำเร็จการศึกษามา

นโยบายการบังคับใช้ทุนของแพทย์เริ่มประกาศใช้ในปี 2510 มีผลบังคับใช้กับบัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาปี 2516 เป็นรุ่นแรก นอกจากการบังคับใช้ทุนแพทย์แล้วในช่วงนี้ยังมีการนำมาตรการทางการเงินมาใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์ลงไปปฏิบัติหน้าที่ในชนบท โดยในปี 2518 กำหนดให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทได้รับเงินค่าตอบแทนพิเศษเดือนละ 2,000-2,800 บาท ขึ้นอยู่กับความทุรกันดารของพื้นที่ ในช่วงที่ยังไม่มีแพทย์ลงไปใช้ทุนในพื้นที่ชนบท กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการสร้างกำลังคนทดแทนแพทย์โดยมีการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขขึ้นมาเพื่อทำงานทดแทนแพทย์โดยเฉพาะในชนบท ได้แก่ เจ้าพนักงานสาธารณสุขและพยาบาล/ผดุงครรภ์ซึ่งในเวลานั้นใช้วิธีคัดเลือกคนจากในท้องถิ่นเข้ามา วิธีการเช่นนี้พบว่าการคงอยู่ในระบบของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้นด้วย มาตรการทั้งหมดที่เกิดขึ้น

ในช่วงแผนสุขภาพฉบับที่ 1-3 ทั้งมาตรการด้านการศึกษา การบังคับใช้ทุน การถ่ายโอนงาน และมาตรการทางการเงิน มีส่วนอย่างยิ่งที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุข ทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ชนบทมากขึ้นทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับความต้องการบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชนบทแล้วจำนวนบุคลากรที่กระจายตัวในช่วงนั้นก็ยิ่งถือว่าขาดแคลนอยู่

ช่วงที่ 2 กำเนิด อสม. และทำสัญญาทันตแพทย์ใช้ทุน (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4-5 (2519-2528))

เป็นช่วงที่ประเทศไทยกำลังให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในชนบท นโยบายที่เด่นชัดในด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในช่วงนี้คือการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ด้วยการตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผส.) ในปี 2520 ต่อมาปี 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนา ผส. ให้เป็น อสม. ทั้งหมดจนกลายเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทด้านการสาธารณสุขมูลฐานอย่างเข้มแข็งต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน

อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละชุมชน ให้เข้ามารับการอบรมสาธารณสุขมูลฐานตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หน้าที่ของ อสม. คือ การเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขอนามัยให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง เผยแพร่ความรู้และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนเอง

ในช่วงแรกของการมี อสม. เป็นการทำงานในลักษณะอาสาสมัคร ไม่มีค่าตอบแทน จนกระทั่งปี 2552 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับ อสม. เดือนละ 600 บาทต่อคน เพื่อสร้างแรงจูงใจและเพิ่มความคล่องตัวในการทำงานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกๆ 8-15 หลังคาเรือนต้องมี อสม. 1 คน เฉลี่ยแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. ประมาณ 18-20 คน และจากรายงานผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจริญ ปี 2552 ของกลุ่มประเมินผล สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ณ เดือนเมษายน 2552 มี อสม. ทั่วประเทศจำนวนกว่า ล้านห้าพันคน อสม. ทำให้งานด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยมีชื่อเสียงมาก ระบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยได้รับการกล่าวขานยกย่องในสังคมและสู่สายตาชาวโลก จนองค์การอนามัยโลกได้ให้ทุนแก่

กลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อให้เดินทางมาศึกษาทางด้านสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยหลายครั้ง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552: 145)

นอกจากสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4 และ 5 ยังให้ความสำคัญกับการผลิตกำลังคนที่มีทักษะและความรู้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชนบทเพิ่มมากขึ้น ภาคการผลิตต้องให้ความสำคัญกับการผลิตบุคลากรให้มีคุณสมบัติตรงกับความต้องการนอกเหนือจากการเพิ่มกำลังการผลิต ดังนั้นนอกเหนือจากการเพิ่มกำลังการผลิตแพทย์ในช่วงนี้อีกปีละ 200 คนแล้ว จึงมีการกำหนดว่าก่อนสำเร็จการศึกษานักศึกษาแพทย์ทุกคนต้องเข้าฝึกทักษะในโรงพยาบาลชุมชนก่อนเช่นเดียวกับหลักสูตรพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีการปรับปรุงเพื่อให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษามีทักษะที่สอดคล้องกับการทำงานในชนบทมากขึ้น และเพื่อรักษากำลังแพทย์ไว้ในชนบทได้มากขึ้น อีกทั้งยังมีการนำเงื่อนไขการทำงานในชนบทไปผูกกับการเรียนต่อด้านแพทย์ เฉพาะทางโดยกำหนดว่าผู้ที่เรียนต่อเฉพาะทางต้องทำงานในพื้นที่ชนบทมาก่อนอย่างน้อย 1 ปี แต่ปัจจุบันเงื่อนไขนี้ถูกลดทอนความสำคัญลงเนื่องจากปัญหาขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง

การให้ความสำคัญกับการเพิ่มกำลังการผลิตก็เป็นนโยบายที่เริ่มเกิดขึ้นในช่วงนี้เช่นกัน ปี 2521 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ริเริ่มจัดโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท (Medical Education for Students in Rural Area Project-MESRAP) เป็นครั้งแรกของประเทศ โดยคัดเลือกนักเรียนจากชนบทให้เข้ามาศึกษาแพทยศาสตร์โดยมีเงื่อนไขต้องกลับไปทำงานในชนบท ผลของโครงการพบว่าสามารถรักษาคคนไว้ในพื้นที่ชนบทได้ดีขึ้น ทำให้ปัจจุบันยังคงมีการใช้ยุทธศาสตร์นี้อยู่

ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4-5 ยังเป็นช่วงที่พบว่าโรคในช่องปากเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง โดยในปี 2520 มีประชากรประมาณร้อยละ 80 เป็นโรคฟันและเหงือก โดยเฉพาะโรคฟันผุในเขตชนบทจะมีอัตราป่วยเกินร้อยละ 80 และแนวโน้มสูงขึ้นตามความเจริญของประเทศและจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันพบว่ามีความขาดแคลนบริการทันตสาธารณสุขในชนบทเป็นอย่างมาก เนื่องจากทันตแพทย์ไม่กระจายตัวไปรับราชการที่ต่างจังหวัด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับอำเภอ ปี 2525 คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้นักศึกษาทันตแพทย์ต้องทำสัญญาเป็นนักเรียนทุนกับกระทรวงสาธารณสุข เมื่อจบออกมาแล้วต้องรับราชการใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปีหรือปรับ 400,000 บาท เช่นเดียวกับแพทย์

มาตรการและยุทธศาสตร์ตามแผนฉบับที่ 4 และ 5 ถือว่าประสบความสำเร็จสูงมาก การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมาก โดยดูจากสัดส่วนแพทย์และพยาบาลต่อประชากร เช่น สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในพื้นที่ภาคอีสานในปี 2530 อยู่ที่ 1:12,694 คน ลดลง

จาก 1:25,712 คนในปี 2522 หรือ สัดส่วนพยาบาลต่อประชากรในภาคอีสาน ลดจาก 1:9,492 ในปี 2522 มาอยู่ที่ 1:4,557 ในปี 2530 ในขณะที่เดียวกันพบว่าประชาชนเข้าใช้บริการ สุขภาพในพื้นที่ชนบท ได้เพิ่มมากขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552: 115)

ช่วงที่ 3 สร้างคนจากชนบท เรียนใกล้บ้าน ทำงานภูมิลำเนา (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 6-7 (2529-2538))

เป็นช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศเติบโตอย่างมาก ทำให้โรงพยาบาลเอกชนในเมืองเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากจาก 132 แห่ง ในปี 2528 เป็น 473 แห่ง ในปี 2538 ทำให้เกิดตลาดงานของกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ภาวะสมองไหลของบุคลากรจากภาครัฐไปเอกชนจึงเกิดขึ้น จนอัตราการไหลออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขสูงกว่าอัตราการเข้าสู่ระบบ เพราะภาคการผลิตไม่สามารถผลิตแพทย์ได้ทันกับความต้องการ ในช่วงนี้สัดส่วนระหว่างแพทย์ต่อประชากรในพื้นที่ชนบทก็ยังคงสูงอยู่เช่นเดิม มาตรการสำคัญเพื่อรักษาค้นไว้ในระบบนี้จึงเป็นเรื่องของการลดแรงผลักดันออกจากระบบบริการสุขภาพภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นพร้อมกับการพัฒนาสถานีนอมนัยเพื่อให้ทำหน้าที่สถานบริการระดับปฐมภูมิในระดับชุมชนนอกจากนี้มาตรการด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพก็ถูกนำมาปรับใช้เพื่อดึงบุคลากรไว้ในระบบ

ในช่วงปลายคือประมาณปี 2536 ได้มีการเพิ่มกำลังการผลิตเพื่อให้เพียงพอับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor – CPIRD) ได้เกิดขึ้นอย่างเต็มรูปแบบในช่วงนี้โดยเป็นความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดอัตราการลาออกของแพทย์มีเป้าหมายผลิตแพทย์เพิ่มให้กับชนบทปีละ 300 คน เป็นระยะเวลา 10 ปี ความสำเร็จของโครงการนี้สามารถผลิตแพทย์เพิ่มได้มากถึง 2,982 คนทำให้กระทรวงสาธารณสุขขยายเวลาของโครงการออกไปอีก 10 ปี (2547-2556) มีเป้าหมายเพิ่มการผลิตให้ได้ 6,000 คน ยุทธศาสตร์สำคัญของโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทคือสร้างคนจากชนบท เรียนใกล้บ้าน ทำงานภูมิลำเนา (Rural Recruitment, Local Training, Hometown Placement) คือคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ที่มีภูมิลำเนาจากชนบท โดยกำหนดโควตาให้จัดการเรียนการสอนชั้นเตรียมแพทย์ และพรีคลินิกในมหาวิทยาลัย ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาครับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนชั้นคลินิก โดยจัดตั้งเป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก เพื่อบริหารหลักสูตรและให้นักศึกษาได้เรียนใกล้บ้าน เมื่อสำเร็จการศึกษาก็ให้รับราชการใน

โรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิภาคบ้านเกิด ด้วยการให้บริการในระดับสถานีนามัยเป็นยุทธวิธีที่สำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวชนบท

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย (2535- 2544) โดยมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานีนามัย วัสดุ/อุปกรณ์และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนประจำสถานีนามัย จะเห็นว่าในช่วงดังกล่าวมีการเพิ่มผลิตเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยวิทยาลัยสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดย เพิ่มการผลิตจากปีละ 800คน เป็น 1,000- 1,600คน ในระหว่างปี 2535- 2541 นอกจากนั้น มีการเพิ่มการผลิตทันตภิบาลเพื่อไปปฏิบัติงานที่สถานีนามัยเช่นกัน

ในส่วนของพยาบาลพบว่าการขยายกำลังการผลิตเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีสถาบันที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์เพิ่มมากขึ้นมากในช่วงนี้ นอกจากนี้ความแตกต่างเรื่องราวได้ระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล ยังคงเป็นแรงผลักดันที่สำคัญทำให้แพทย์ออกจากราชการไปยังภาคเอกชน ปี 2538 กระทรวงสาธารณสุขจึงเริ่มใช้มาตรการทางการเงินสร้างแรงจูงใจให้กับการทำงานในภาครัฐ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษกรณีไม่ทำเวชปฏิบัตินอกเวลาราชการ 10,000 บาท และค่าตอบแทนเพิ่มสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในถิ่นทุรกันดาร อย่างไรก็ตามมาตรการต่างๆ เหล่านี้พบว่ายังไม่สามารถรักษาทันทีไว้ในระบบได้ในปี 2539 การขาดแคลนแพทย์ในภาครัฐถึงขั้นรุนแรงมาก เมื่อโรงพยาบาลชุมชนถึง 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ และในปี 2553 พบว่ามีโรงพยาบาลมากถึง 20 แห่ง มีแพทย์ประจำเพียง 1 คน ในช่วงนี้เป็นช่วงที่มีจำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลจากการเพิ่มจำนวนการผลิต

ช่วงที่ 4 สร้างแรงจูงใจด้วยเงินผู้แรงจูงใจจากเอกชน (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 8-9 (2539-2548))

เป็นช่วงที่ประเทศกำลังประสบกับวิกฤติเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งปิดตัวลง พร้อมกับการลดลงของความต้องการกำลังคนในภาคเอกชน อัตราการไหลออกของแพทย์จากภาครัฐบาลไปเอกชนลดลงสัดส่วนของแพทย์และพยาบาลต่อประชากรในพื้นที่ชนบทเริ่มดีขึ้น วิกฤติการขาดแคลนแพทย์ในช่วงปลายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 5 จึงค่อยๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น จนกระทั่งปี 2544 เมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้น ทำให้ความต้องการกำลังคนในภาครัฐมีเพิ่มมากขึ้น และกำลังคนที่มีอยู่ต้องแบกรับภาระงานที่หนักมากขึ้น ประกอบการที่ประเทศอยู่ระหว่างฟื้นตัวจากวิกฤติเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งขยับหาลูกค้าที่เป็นผู้ป่วยต่างชาติเพื่อแก้ปัญหาสถานการณ์ทางการเงินของตนเองที่กำลังประสบภาวะเตียงว่าง อุดสาหกรรม

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจึงเริ่มก่อตัวขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐบาล ความสำเร็จของดำเนินนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทำให้ความต้องการกำลังคนของภาคเอกชน เกิดขึ้นอีกครั้ง ผลคือมีการออกจากระบบของบุคลากรจากภาครัฐเพิ่มมากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ข้อมูลจาก กองการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า การลาออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุข ที่ เคยอยู่ที่ร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับแพทย์เข้าใหม่ ในปี 2544 ขยับไปเป็นร้อยละ 63 ในปี 2548 ก่อนจะ ขยับขึ้นไปที่ร้อยละ 71 ในปี 2552 แม้ในปี 2553 สัดส่วนจะลดลงเป็น ร้อยละ 46 แต่จำนวนแพทย์ ลาออกลดลงเพียง 110 คน เท่านั้น แต่เนื่องจากว่ามีแพทย์จบใหม่เพิ่มขึ้น จึงทำให้สัดส่วนการ ลาออกลดลงมาก แม้จะไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเมื่อลาออกแล้วแพทย์ไปสู่สถานพยาบาลของ เอกชนหรือไม่แต่รายงานการศึกษาหลายชิ้นสนับสนุนสมมติฐานนี้พบว่าส่วนใหญ่ออกมาศึกษาต่อ เฉพาะทางในลักษณะของ Free Train โดยมีปัจจัยสนับสนุนให้ออกมาศึกษาต่อคือภาระงานที่หนัก ในภาครัฐ และการทำงานห่างไกลจากบ้านเกิดและครอบครัว

นอกเหนือจากแพทย์แล้วพบว่า การขาดแคลนพยาบาลกำลังกลายเป็นวิกฤติใหม่ ที่ก่อตัวขึ้นหลังการประกาศนโยบายลดอัตราค่าจ้างข้าราชการในปี 2543 ซึ่งเป็นผลจากการปฏิรูป ระบบราชการ เพราะพยาบาลรุ่นใหม่รวมทั้งที่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลของสถาบันบรม ราชชนกไม่มีตำแหน่งบรรจุในโรงพยาบาลของรัฐ และไม่มีข้อผูกพันด้านทุนการศึกษา ผลคือ พยาบาลรุ่นใหม่ไม่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐจนทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลทั้ง ในเมืองและชนบท แม้จะมีการนำมาตรการทางการเงินมาปรับใช้อีกครั้งหนึ่งกับทุกวิชาชีพแต่ก็ไม่ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยการเพิ่มค่าตอบแทนในรูปเงินประจำตำแหน่ง เช่น ข้าราชการอาวุโสระดับ 7 ทุกคนจะได้รับค่าเงินประจำตำแหน่งคนละ 3,500 บาทต่อเดือนและระดับ 8 คนละ 5,600 ต่อเดือน อย่างไรก็ตามเงินประจำตำแหน่งนี้ ไม่ได้มีความแตกต่างกันระหว่าง ผู้ปฏิบัติงานในเมืองหรือในชนบท

ในช่วงเวลานี้กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามหาทางจากปัญหาภาระงานที่มาก ขณะที่ภาครัฐไม่สามารถจ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่แข่งขันกับเอกชนได้ ด้วยการคิดหานวัตกรรม ใหม่ๆ ในการสร้างแรงจูงใจด้วยเงินเพื่อดึงดูดกำลังคนไว้ในระบบ และได้มีการนำระบบการจ่าย ค่าตอบแทนตามภาระงาน (Pay for Performance) มาทดลองใช้ในบางโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลพานจังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา เพื่อหาความเป็นไป ได้และรูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนการจ่ายค่าตอบแทนให้กับกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และเพื่อรักษาคคนไว้ในระบบบริการสุขภาพ ของภาครัฐ

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังพยายามลดความต้องการกำลังคนในภาครัฐ ด้วยการเน้นให้เกิดการดูแล ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา เพราะงานสร้างเสริมสามารถทำได้โดยบุคลากรในระดับปฐมภูมิ แต่การดำเนินนโยบาย “สร้างนำซ่อม” อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีการพัฒนาและผลิตบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการบริการระดับสถานีนอมนัยเพิ่มตามไปด้วย ทำให้บุคลากรในระดับสถานีนอมนัยต้องรับภาระงานที่หนักเกินตัวและกลายเป็นบุคลากรในกลุ่มขาดแคลนไป

ช่วงที่ 5 จูงใจด้วยเงิน รักษาด้วยใจ (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554))

เป็นช่วงที่สังคมไทยกำลังเกิดกระบวนการทัศน์ใหม่ในการพัฒนาสุขภาพ การแพทย์แผนไทยได้รับการฟื้นฟูให้กลับมามีบทบาทเสริมการแพทย์กระแสหลักและได้รับการหนุนเสริมจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้มาตรการทางการเงินเข้ามากระตุ้นให้สถานพยาบาลเปิดให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ประกอบกับกระแสการเปิดเสรีด้านสุขภาพทำให้ความต้องการกำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยมีเพิ่มมากขึ้น การเปิดเสรีด้านสุขภาพโดยเฉพาะการร่วมเป็นหนึ่งในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะก่อให้เกิดผลกระทบกับบริการด้านสุขภาพในทุกภาคส่วน ทั้งการผลิต การจ้างงาน และการให้บริการ เนื่องจากประเทศไทยต้องเปิดประเทศให้มีการเคลื่อนย้ายของกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับทั้งการผลิต และการให้บริการ เมื่อผนวกกับนโยบายรัฐบาลที่ต้องการให้มหาวิทยาลัยออกนอกกรอบเป็นองค์กรที่สามารถหารายได้เลี้ยงตัวเองได้ก็ส่งผลให้โรงเรียนแพทย์ต้องมองหายุทธศาสตร์ในการรับมือกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เช่น มีความพยายามเดินหน้าการเปิดหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษานานาชาติเพื่อให้สามารถรองรับผู้เรียนต่างชาติได้โรงเรียนแพทย์บางแห่งขยับตัวด้านวิชาการเพื่อมุ่งสู่ศูนย์ความเป็นเลิศ เปิดให้บริการผู้ป่วยเชิงธุรกิจเพื่อหารายได้เข้ามหาวิทยาลัย ปრაกฏการณ์เช่นนี้ต้องการการบริหารจัดการกำลังคนรูปแบบใหม่ ที่สามารถตอบสนองความต้องการและการเปลี่ยนแปลงของการให้บริการของโรงเรียนแพทย์

ในส่วนกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบจากกระแสการกลับมาของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลชุด นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ มีนโยบายผลักดันประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทำให้เกิดแนวโน้มการไหลออกของกำลังคนจากภาครัฐสู่เอกชนเกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง มาตรการทางการเงินถูกนำมาใช้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญ โดยในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2551 กระทรวงสาธารณสุขประกาศเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้กับบุคลากร 4 วิชาชีพหลัก คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มีความแตกต่างจากในเมืองมากพอที่จะรักษาคคนไว้ในชนบทได้มาตรการ

เดียวกันนี้ถูกนำมาใช้อีก 3 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อปรับเพิ่มค่าตอบแทนในหมวดอื่นๆ ให้กับกำลังคนสาขาวิชาชีพอื่น และใน 4 วิชาชีพหลักที่ปฏิบัติงานในเมืองเพื่อสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้น การปรับเพิ่มค่าตอบแทนให้กับกำลังคนในระบบสุขภาพทั้ง 4 ครั้ง จนกระทรวงสาธารณสุขมีภาระรายจ่ายด้านค่าตอบแทนเพิ่มสูงถึงกว่า 9,800 ล้านบาท ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องคิดหารูปแบบใหม่ในการสร้างแรงจูงใจรวมทั้งปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศมากยิ่งขึ้น

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่มากขึ้นมีผลต่อภาคการศึกษาคือสถาบันมีการเปิดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น พยาบาล เกษษกร สาธารณสุข แพทย์แผนไทย เพื่อป้อนตลาดที่มีความต้องการสูง การขยายตัวของภาคการผลิตทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างฝ่ายวิชาชีพซึ่งมีหน้าที่ควบคุมคุณภาพกับฝ่ายการผลิต ดังปรากฏเป็นความขัดแย้งรูปธรรมกรณีโรงเรียนการพยาบาลแห่งหนึ่ง เกิดสอนโดยหลักสูตรยังไม่ผ่านการรับรอง ทำให้เกิดปัญหากับเด็กนักเรียนว่าไม่สามารถเข้าสอบใบประกอบวิชาชีพได้

กล่าวโดยสรุป ในงานวิจัยนี้ กำลังคนด้านสุขภาพยังเป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ทั้งความต้องการบุคลากร การผลิต และการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ ที่ต้องเชื่อมโยงกันทั้ง 3 ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งการผลิตกำลังคนเพื่อตอบสนองความจำเป็นในระบบสุขภาพปฐมภูมิ หรือในชุมชนนั้น เป็นไปด้วยความล่าช้า ขาดแคลน จึงต้องพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน การมีส่วนร่วมพหุภาคีสุขภาพในชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ได้ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะสภาพสังคมในช่วง 5 ปีนี้มีความตื่นตัวเรื่องสิทธิและหน้าที่มากขึ้น เกิดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบจากผลอันไม่พึงประสงค์ของบริการทางการแพทย์ ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีในการบริการมี“หัวใจความเป็นมนุษย์” มากขึ้น

3 ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information)

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลใช้เพื่อการบริหารจัดการ ข้อมูลสนับสนุนวิชาการ และข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการโดยการพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีหลักการที่สำคัญ คือการทำงานร่วมกับเครือข่ายด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพอื่นๆ ในลักษณะต่างๆ โดยการพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เพื่อประสานการทำงานของเครือข่ายข้อมูลข่าวสารสุขภาพในภาพรวม เฉพาะประเด็น หรือ ในระดับพื้นที่ ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีอยู่ เป็นข้อมูลสถิติ องค์ความรู้ด้านสุขภาพ หรือรายงานสุขภาพเพื่อการใช้ประโยชน์ในระดับต่างๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553: 55)

3.1 ลักษณะของระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

1. ระบบข้อมูลข่าวสาร แผนงาน คัดชนิและรายงานสุขภาพ ได้แก่ ภาพรวมของแผนงานระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพระดับชาติ และรายงานสุขภาพ
2. ข้อมูลสถานะสุขภาพทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลการตาย ข้อมูลความพิการ และข้อมูลการะโรค ฯลฯ
3. ข้อมูลสุขภาพะสังคม ได้แก่ ข้อมูลความสุขและสุขภาพปัญญา ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลสุขภาพะชุมชน และข้อมูลปัจจัยทางสังคมที่กระทบสุขภาพ ฯลฯ
4. ข้อมูลโรคและการบาดเจ็บ ได้แก่ ข้อมูลโรคติดต่อ ข้อมูลโรคมะเร็ง ข้อมูลโรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ข้อมูลอุบัติเหตุ และข้อมูลสุขภาพจิต ฯลฯ
5. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกคาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย และข้อมูลอุบัติเหตุ ฯลฯ
6. เครือข่าย สุขภาพตามกลุ่มอายุ ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพเด็ก ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ และข้อมูลสุขภาพวัยเจริญพันธุ์ ฯลฯ
7. ข้อมูลทรัพยากรและค่าใช้จ่ายสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ข้อมูลสถานพยาบาล ข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ และข้อมูลหลักประกันสุขภาพ ฯลฯ
8. ข้อมูลระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลบริการปฐมภูมิ ข้อมูลบริการโรงพยาบาล ข้อมูลส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลการแพทย์แผนไทย และข้อมูลระบบยา ฯลฯ
9. ข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ ได้แก่ ข้อมูลภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร ฯลฯ
10. มาตรฐานและการจัดการข้อมูล ได้แก่ มาตรฐานรหัสสุขภาพ มาตรฐานข้อมูลบริการสุขภาพ การสำรวจทางสุขภาพ และการจัดการฐานข้อมูลสุขภาพ ฯลฯ
11. เครือข่ายข้อมูล หน่วยงานนานาชาติ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก เครือข่าย Health Metrics Network (HMN) เครือข่าย Routine Health Information System Network (RHINO) เครือข่าย International Household Survey Network และหน่วยงานภายใต้ United Nation ได้แก่ UNDP UNFPA
12. เครือข่าย หน่วยงานระดับชาติ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ฯลฯ เครือข่ายอื่นๆ ด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ได้แก่ เครือข่าย Health Information Network (HIN) โครงการ SPICE และ Thai Medical Informatics Association (TMI)

3.2 ระบบข้อมูลของระบบสุขภาพชุมชน

ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานบริการด้านแรกในด้านการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งยกระดับจากสถานีอนามัย การดำเนินงานเน้นการปฏิบัติการเชิงรุก ซึ่งเน้นการดูแลประชากรด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูรวมทั้งการรักษาผู้เจ็บป่วย จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำ ผู้นำหมู่บ้านเจ้าหน้าทีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) ผู้นำทางศาสนา ครู รวมถึงประชากรในพื้นที่ การค้นหาปัญหาในระดับชุมชนมีความจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการเชิงรุกการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่ดีในการช่วยค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนรวมถึงช่วย เก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนที่มีความสำคัญในชุมชน เพื่อใช้ในการบริหารจัดการหน่วยบริการและดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่ รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลเป็นภาพรวมของอำเภอ จังหวัดและประเทศ ดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไปหรือข้อมูลพื้นฐาน รพ.สต.ควรมีข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อรองรับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการที่สำคัญของชุมชน และใช้ในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยบริการเนื่องจากทุกหน่วยงานจะเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษา กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น การดำเนินงานมักเชื่อมโยงกันจึงควรต้องมีข้อมูลที่ครบถ้วน เพื่อจัดการบูรณาการแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกัน ลดภาระการทำงานซ้ำซ้อน

2.ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง เป็นข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ โรคที่เป็นภัยอันตรายต่อสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อ การติดตาม สังเกตการเกิดและการกระจายของโรค ภาระงานหรือแจ้งข่าว เกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคจากข้อมูลที่ได้และดำเนินการต่อไปในการป้องกัน ควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ตรวจพบโรคหรือความผิดปกติตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกสามารถป้องกันหรือควบคุมได้อย่างทันท่วงที

3.ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อสนับสนุนประกอบการวางแผนงาน โครงการกำหนดนโยบายต่างๆ ในระดับชาติและระดับท้องถิ่น เป็นข้อมูล หลักที่สำคัญที่จะบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพและอนามัยของประชาชน ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร ข้อมูลการเกิด ข้อมูลการตาย ข้อมูลการเจ็บป่วย เช่น โครงสร้างทางประชากร อัตราการเกิด น้ำหนักเด็กแรกเกิด อัตราการตาย อัตราการคาดตาย อัตราการตายและอัตราการตายด้วยสาเหตุการตายต่าง ๆ อัตราการป่วยด้วยสาเหตุการป่วยต่าง ๆ อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

ประเทศไทยได้ใช้ดัชนีจำนวนและสาเหตุการตาย ความชุกและอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย ความพิการ และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในการควบคุมป้องกันโรค

4. ข้อมูลประชากรตามกลุ่มวัย เป็นข้อมูลที่สะท้อนมิติสุขภาพแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งมีประเด็นสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพเด็กและเยาวชน ประกอบด้วย ภาวะโภชนาการ ภาวะสุขภาพ โรคและการบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมทางสังคม ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ภาวะทุพพลภาพ โรคและการบาดเจ็บ ข้อมูลสุขภาพวัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะสุขภาพ โรคและการบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมทางสังคม

5. ข้อมูลประวัติครอบครัวของประชากรในพื้นที่ เป็นข้อมูลเชิงกว้างได้จากการสำรวจ โดยใช้ Family Folder เป็นการเก็บประวัติสุขภาพของประชากรทุกคนในพื้นที่ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพเป็นระยะๆ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน หรือการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชนเอง ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ข้อมูลสิ่งแวดล้อมชุมชนได้จากการสำรวจสภาพแวดล้อมของชุมชนที่รับผิดชอบ เช่น โรงเรียน สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล ตลาด บ้าน วัด สวนสาธารณะ ฯลฯ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะมลพิษ ที่จะมีผลต่อประชากรในพื้นที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้งนี้โดยกระบวนการมีส่วนร่วมพัฒนาของผู้คนในสถานที่เหล่านั้น

6. ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ เช่น การเบิกจ่ายงบประมาณ ข้อมูลด้านการบัญชี และการเงินของหน่วยบริการ ข้อมูลด้านสถานการด้านการเงินการคลัง เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์และวัสดุสำนักงานต่าง ๆ

ในหน่วยบริการการทำงานของ รพ.สต. จะมีประสิทธิภาพได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ คือ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จะเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชนที่มีความสำคัญที่สุด เป็นผู้วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลของตนเองเป็นลำดับแรก ซึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อภาพรวมของทั้งประเทศต่อไป

4 กลไกการเงินการคลัง สนับสนุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การทำงานในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด กลไกการเงิน การคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ส่วนใหญ่ อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2554 ที่สนับสนุนการดำเนินงานรพ.สต.ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนรพ.สต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิจากข้อมูลและมาตรฐานสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลแม่ข่าย สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของรพ.สต.ในเครือข่าย และ

กระตุ้นให้รพ.สต.มีการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ และสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น กลไกการเงินในการสนับสนุนมีหลายช่องทาง ได้แก่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554: 68)

1. งบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ศักยภาพ (On Top Payment)
2. งบประมาณที่จ่ายตามผลงาน (Itemize)
3. งบประมาณที่จ่ายตามโครงการ
4. งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ
5. งบประมาณผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการประจำ (CUP) และ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.1 งบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ศักยภาพ (On Top Payment)

งบเหมาจ่ายเพิ่มเติม (On Top Payment) ที่จ่ายให้กับรพ.สต.หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพในการจัดบริการได้ผ่านเกณฑ์ โดยรพ.สต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการประจำ (CUP) โดยมีแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำตามเงื่อนไข จะได้รับงบประมาณสนับสนุนในอัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติมไม่เกิน 100 บาทต่อคน และ รพ.สต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ (CUP). โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปหรือพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำตามเงื่อนไขจะได้รับงบประมาณสนับสนุนในอัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติมไม่เกิน 50 บาทต่อคน โดยรพ.สต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีศักยภาพผ่านเกณฑ์ที่สปสข.กำหนด ซึ่งเกณฑ์อาจปรับเปลี่ยนได้ในแต่ละปีโดยองค์ประกอบของเกณฑ์โดยทั่วไป มีดังนี้

1.เกณฑ์ศักยภาพพื้นฐาน มีอัตรากำลังบุคลากร ครุภัณฑ์และจัดบริการได้ตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.เกณฑ์การจัดบริการ มีความพร้อมในงานเชิงรุกใน 5 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็ก และสตรีมีครรภ์ จัดระบบบริการที่เชื่อมต่อกับ รพ.แม่ข่าย เช่น การส่งต่อส่งกลับข้อมูล/ผู้ป่วย มีระบบนัดหมายและช่องทางด่วน

3.เกณฑ์การบริหาร มีคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมบริหาร และมีการเชื่อมโยงกองทุนสุขภาพ อบต./เทศบาล

4.เกณฑ์ผลงาน มีผลงานในปีที่ผ่านมาไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย

4.2 งบประมาณที่จ่ายตามผลงาน (Itemize)

1.งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด แบบจัดสรรตามผลการบริการ (Itemize) โดยในปีงบประมาณ 2554 มี 9 รายการ ได้แก่ บริการฝากครรภ์ และอนามัยแม่และเด็ก การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ใน

ทารกแรกเกิด การให้บริการวัคซีน การคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การวางแผนครอบครัว และการตรวจคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า งบประมาณส่วนนี้เมื่อ รพ.สต.ให้บริการ และบันทึกผลการให้บริการลงในระบบข้อมูลบุคคล และ สปสช.ได้ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเรียบร้อยแล้วทาง สปสช.จะคำนวณและจัดสรรงบประมาณเป็นค่าชดเชยบริการให้แก่หน่วยบริการ โดยอัตราค่าจ่ายและประเภทกิจกรรมการบริการเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด ซึ่งอาจมีการปรับเปลี่ยนในแต่ละปี

2.งบที่จ่ายตามข้อมูลการบริการรายบุคคลผู้ป่วยนอก/ งบส่งเสริมป้องกัน (OP/PP)(Individual Data) โดย สปสช.จะจ่ายตามข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ในอัตราที่ สปสช.กำหนด ซึ่งอาจมีการปรับเปลี่ยนได้ในแต่ละปี

3.งบชดเชยบริการแพทย์แผนไทย สำหรับรพ.สต.ที่มีการจัดบริการนวดไทยและยาสมุนไพร โดยผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์ไทย ประยุกต์ หรือผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หลักสูตรไม่ต่ำกว่า 330 ชั่วโมง เมื่อให้บริการแก่ผู้มีสิทธิแล้ว สามารถบันทึกข้อมูลใน โปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการแพทย์แผนไทย แล้วทาง สปสช.จะจ่ายชดเชยค่าบริการให้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

4.3 งบประมาณสนับสนุนตามโครงการ งบส่วนนี้จ่ายเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการหรือการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ที่จ่าयरพ.สต.สามารถจัดทำโครงการตามเงื่อนไขของแต่ละกองทุน เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.ได้ โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางในแต่ละปี ซึ่งมีหลายโครงการ เช่น

1.งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามปัญหาของแต่ละพื้นที่ (Area Problem) ซึ่ง รพ.สต. สามารถจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของพื้นที่ โดยเสนอโครงการผ่าน CUP สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือ สปสช.เขตตามลำดับ หรือตามแนวทางที่ สปสช.เขตกำหนด

2.งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลรพ.สต.สามารถจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของพื้นที่ โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลได้

3.งบส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิงบประมาณนี้เป็นงบเพื่อเติมส่วนขาดให้แก่รพ.สต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของทั้งเครือข่าย (โรงพยาบาล+รพ.สต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ) เพื่อพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล ส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วย ระบบการให้คำปรึกษาและนัดหมาย ระหว่างรพ.สต.กับรพ.แม่ข่ายหรือหน่วยบริการประจำ การจัดหาและพัฒนาศักยภาพบุคลากร การเพิ่มการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ เพื่อทั้งสร้างความเชื่อมั่น

ให้กับประชาชนในการไปรับบริการปฐมภูมิที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นที่แรก ทั้งนี้ กิจกรรมในการพัฒนา ยกตัวอย่างเช่น จัดให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) ประจำทุกรพ.สต. สนับสนุนระบบ IT เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจาก PCU ไปโรงพยาบาล โดยไม่ต้องเข้าคิวใหม่ การพัฒนาระบบ การให้คำปรึกษา (Consultation) เป็นต้น

4.งบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ งบกองทุนนี้มีงบประมาณส่วนหนึ่งที่จัดสรรให้รพ.สต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับพัฒนารูปแบบหรือสร้างนวัตกรรมการจัดบริการเชิงรุกสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

4.4 งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ เป็นงบเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการระดับปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยวัดผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในโรค/หรือประเด็นคุณภาพที่กำหนด เปรียบเทียบผลงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและสะท้อนข้อมูลกลับให้หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับการจ่ายเงินตามหลักการคือ หน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับงบประมาณ ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกันตามระดับคุณภาพ

4.5 งบประมาณที่รพ.สต.ได้รับผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง งบประมาณส่วนนี้เป็นงบที่ สปสช.สนับสนุนแก่หน่วยบริการประจำ (CUP) หรือสนับสนุนหน่วยงานวิชาการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ หรือการพัฒนาศักยภาพบริการของ รพ.สต.ทั้งทางตรงและทางอ้อม

1.งบประมาณที่รพ.สต.ได้รับผ่านหน่วยบริการประจำ (CUP) เช่นงบบริการผู้ป่วยนอก งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบเหมาจ่ายรายหัว (PP Express Demanded) เป็นงบปกติที่ รพ.สต.จะได้รับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) โดยอาจจ่ายให้เป็นงบ Fixed Cost หรือเป็นยาและเวชภัณฑ์ทั้งนี้ตามข้อตกลงร่วมกันระหว่าง รพ.สต.กับโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) นอกจากนี้ยังมีงบค่าเสื่อมที่ CUP ได้รับจัดสรรจาก สปสช.เพื่อซ่อมบำรุงและทดแทนครุภัณฑ์ที่ใช้การไม่ได้ เป็นต้น

2.งบประมาณที่ รพ.สต.ได้รับผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช.สนับสนุนงบประมาณให้สภากาชาด ประสานจัดการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.หรือสถานอนามัย สปสช.สนับสนุนงบดำเนินการ ในการจัดบริการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ผ่านทางกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โดยปี 2553 มีเป้าหมายนำร่องในรพ.สต. จำนวน 150 แห่ง รพ.สต.ที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณ 100,000 บาท/แห่งและการพัฒนา

ศักยภาพผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ในการจัดอบรมให้กับผู้ช่วยแพทย์แผนไทยให้มีความรู้และทักษะตามที่กรม ฯ กำหนดอย่างน้อย 330 ชม. โดยปี 2554 สปสช.จัดบสนับสนุนผ่านสำนักงานสาธารณสุข

4.6 สนับสนุนงบ National Priority & Central Procurement (NPP)

ผ่านทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการดำเนินโครงการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการส่งเสริมสุขภาพตำบล โครงการสายใยรักของครอบครัว โครงการพัฒนาสมรรถนะสร้างเสริมสุขภาพ&ป้องกันโรค โดยเป็นโครงการที่มีกิจกรรมการดำเนินงานอยู่ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.)

กล่าวโดยสรุปงบประมาณที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้ในการดำเนินการในพื้นที่ชุมชน เป็นงบบริหารจัดการ และงบพัฒนาคุณภาพบริการ ทั้งในสถานบริการ และ ในชุมชน เป็นงบที่ได้มาจากแหล่งงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นส่วนใหญ่

5 การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance)

บทบาทกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันครอบคลุมมิติที่กว้างขวาง ตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งนำมาใช้ในการจัดทำยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อความมั่นคงของชาติ การพัฒนาระบบสุขภาพที่ครอบคลุมระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพ พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการให้มีคุณภาพมาตรฐาน กำหนดนโยบายวิจัยและบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งการส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคม ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรม อภิบาลระบบสุขภาพ (WHO, 2007) พบว่า บทบาทสำคัญของภาครัฐ คือ การอภิบาลระบบ ซึ่งมีหน้าที่สำคัญอย่างน้อย 6 ประการ ได้แก่ (พินิจ ฟ้าอำนวยผล, 2552: 83)

1.การกำหนดนโยบาย (Policy Guidance) คือ การกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายเชิงเทคนิคที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และการจัดลำดับความสำคัญของบริการประเภทต่างๆ รวมถึงการกำหนดบทบาทของภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม

2.การสังเคราะห์ความรู้และการดูภาพรวม คือ การหนุนให้เกิดการสร้าง การวิเคราะห์และการใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบ สุขภาพ ซึ่งรวมถึงการติดตามและประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางการเมือง ผลกระทบของการปฏิรูปและผลลัพธ์ของนโยบายแต่ละด้าน

3.การประสานงานและสร้างความร่วมมือ ระหว่างตัวแสดงทั้งในและนอกภาครัฐ รวมทั้งการโน้มน้าวให้เกิดการดำเนินการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญและการเข้าถึงบริการ

สุขภาพ ตลอดจนการสร้างระบบสนับสนุนนโยบายสาธารณะ และการรักษาการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ (Joined up Government)

4.การกำกับดูแล คือ การออกแบบและหนุนให้เกิดความเป็นธรรมในการควบคุม และสร้างแรงจูงใจ

5.การออกแบบระบบ คือ การหนุนให้เกิดความสอดคล้องระหว่างยุทธศาสตร์และโครงสร้างต่างๆในระบบสุขภาพ รวมถึงการลดความซ้ำซ้อน และลดความแตกแยกของระบบ

6.ความรับผิดชอบ คือ การหนุนให้ตัวแสดงในระบบสุขภาพทั้งหมดมีความสำนึก รับผิดชอบ มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้โดยสาธารณชน

การจัดการระบบสุขภาพ ในความหมายของการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ในด้านระบบการให้บริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบการเงินการคลัง และการอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในการได้รับบริการ และการมีสุขภาพที่ดี มั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นได้ตอบสนองความต้องการของ ประชาชนในระดับที่น่าพอใจ มีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและ การเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ ปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในด้าน การจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งนี้คำนึงถึง การเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมของบริการสาธารณสุข และบริการต่างๆ ที่มีคุณภาพได้ มาตรฐานและมีความปลอดภัย ระบบบริการสาธารณสุขของไทยนับได้ว่าพัฒนาไปในทุกมิติ

ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพของไทย

นโยบายและยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของไทย มีแนวนโยบาย และหลักการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2550:15-16)

1. นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคนไทย

1.1 สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ ซึ่งวางหลักประกันต่อสิทธิ เสรีภาพของประชาชนไว้อย่างรอบด้าน ทั้งทางกาย ทางจิตและสังคม ซึ่งรัฐไม่สามารถล่วงละเมิดได้ หากแต่มีหน้าที่ให้การคุ้มครอง สิทธิเสรีภาพดังกล่าว โดยในรัฐธรรมนูญ ได้ระบุถึง สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน รวม 5 สิทธิ ใน 7 มาตรา ดังนี้

1.สิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุข การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน ทั้งถึง มีประสิทธิภาพ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์ (มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญ)

2.สิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาของเด็ก และเยาวชนตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็ก และเยาวชนเป็นสำคัญ (มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญ)

3.สิทธิในการเข้าถึง และใช้ประโยชน์จาก สวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ สัมศักดิ์ศรี และ ความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ (มาตรา 53 54 และ 55 ของรัฐธรรมนูญ)

4.สิทธิในการรับข้อมูล คำชี้แจง และแสดงความคิดเห็น หากหน่วยงานราชการ หน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่น ดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต (มาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญ)

5.สิทธิในการมีส่วนร่วมกับรัฐ และชุมชน ในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพ และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (มาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญ)

1.2 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ

นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ ด้วยเจตนารมณ์ให้เป็น นโยบายหลักขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับจากรัฐ ที่ทุกรัฐบาล ต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาประเทศ โดยจัดทำเป็นแผนการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งแนวนโยบาย แห่งรัฐนี้ไม่ใช่นโยบายของรัฐบาลใด รัฐบาลหนึ่ง ดังนั้นทุกรัฐบาลที่เข้ามาทำหน้าที่บริหารประเทศ จะต้องแจ้งต่อรัฐสภา ว่าจะดำเนินการใดๆ ในระยะเวลาใด เพื่อบริหารราชการแผ่นดินให้เป็นไป ตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้แบ่ง แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ออกเป็น 9 ด้าน คือ 1) แนวนโยบายด้านความมั่นคงของรัฐ 2) แนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน 3) แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม 4) แนวนโยบายด้านกฎหมาย และการยุติธรรม 5) แนวนโยบายด้านการ ต่างประเทศ 6) แนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ 7) แนวนโยบายด้านที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติ และ สิ่งแวดล้อม 8) แนวนโยบายด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีทางปัญญา และพลังงาน และ 9) แนวนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน

สำหรับนโยบายด้านสุขภาพจัดอยู่ในแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรมเป็นหลัก มีบางส่วนกระจายอยู่ในด้านอื่นๆ อีก 6 มาตรา ดังนี้

มาตรา 77 ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องพิทักษ์รักษาไว้ซึ่งสถาบันพระมหากษัตริย์ เอกราช อธิปไตย และบูรณภาพแห่งเขตอำนาจรัฐ และต้องจัดให้มีกำลังทหาร อาวุธยุทโธปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย จำเป็น และเพียงพอ เพื่อพิทักษ์รักษาเอกราช อธิปไตย ความมั่นคงของรัฐ สถาบันพระมหากษัตริย์ ผลประโยชน์แห่งชาติ และการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และเพื่อการพัฒนาประเทศ”

มาตรา 80(1) ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า “คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ด้านการสงเคราะห์ และการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ

มาตรา 80(2) ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบเกี่ยวกับ สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน

มาตรา 80(6) ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมและสนับสนุนความรู้ รักสามัคคีและการเรียนรู้ ปลุกจิตสำนึกและเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาติ ตลอดจนค่านิยมอันดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่น” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ จำนวนแพทย์แผนไทยที่จดทะเบียนเพิ่มขึ้น

มาตรา 83 ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเกี่ยวกับหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นของเด็กและเยาวชนตามแนวสุขบัญญัติ และพฤติกรรมกรบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

มาตรา 85(5) ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มี

ผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยประชาชน ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเนื่องจากภาวะและอุบัติการณ์การเกิดโรคชลิโคซิส

มาตรา 86(2) ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมการประดิษฐ์หรือการค้นคิดเพื่อให้เกิดความรู้ใหม่ รักษาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทย รวมทั้งให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา” กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบด้าน ทรัพย์สินทางปัญญา

มาตรา 87(1) ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น” กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

1.3 รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552

อนุสนธิจากการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา องค์กรภาคี เครือข่าย และสมาชิกที่ร่วมในกระบวนการ เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย มีทิศทาง ถูกต้อง ชัดเจน และมีพลัง สามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพทุกมิติ โดยประชาชนทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง จำเป็นต้องมีธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม และเพื่อให้ทุกภาคส่วน ใช้เป็นกรอบในการ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ดังนั้น พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552” ขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักในการพัฒนา ระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งมีผลผูกพัน หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้อง ดำเนินการต่อไป ตามอำนาจหน้าที่ของตน (ตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550) ซึ่งได้มีการประกาศใช้ เมื่อ วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2552 มีเป้าหมายกรอบเวลา เป็นภาพรวมของระบบสุขภาพที่มองยาวไปไกล ถึงปี พ.ศ.2563 ประกอบด้วย 12 หมวด ตามสาระสำคัญที่กฎหมาย กำหนดในมาตรา 47 ได้แก่

หมวด 1 ปรัชญาและแนวคิดระบบสุขภาพ

หมวด 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

หมวด 3 การจัดให้มีหลักประกัน และความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

หมวด.5 การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

หมวด 6. การบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพ

หมวด 7 การส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

หมวด 8 การคุ้มครองผู้บริโภค

หมวด 9 การสร้าง และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

หมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดให้การจัด
สมัชชาสุขภาพ เพื่อเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้ อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะ
สุขภาพที่ดี และนำยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่เน้นการเชื่อมสามพลัง ประสาน ระหว่าง
การสร้างองค์ความรู้ หรือการทำงานวิชาการ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมโยงกับระบบ
การเมือง โดยในมาตรา 24(3) ตามพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 บัญญัติให้
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่จัดให้มีการจัดสมัชชาชาติ ปีละ 1 ครั้ง และสนับสนุนการ
ดำเนินงานเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะประเด็น

1.4 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้บัญญัติกรอบแนวทางหลักการใน
การพัฒนาสุขภาพอนามัยของปวงชนชาวไทย ไว้ในหมวด 5 ส่วนที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้นำกรอบแนวทางตามรัฐธรรมนูญ ดังกล่าว ทำแผนพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) โดยมีสาระดังนี้

1. แนวคิดและเนื้อหาสาระของแผน เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการ
ต่อยอดความคิด การสร้างจินตนาการสุขภาพใหม่ เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้าง
ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ในการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย ทาง
ใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และการรวมพลังทั้งสังคม เพื่อสร้างสุขภาพ โดยน้อมนำปรัชญา
ของ เศรษฐกิจพอเพียง มาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ทั้งในการดำเนินชีวิต และการ
พัฒนาทางด้านสุขภาพ ในทุกมิติ ทุกระดับ และทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศ

เนื้อหาสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จะเป็นการสร้าง
ระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่ร่วมกัน โดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ
และการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และการสร้างระบบภูมิคุ้มกัน เพื่อลด
ผลกระทบจากโรคภัย และภัยคุกคามสุขภาพ

2. ภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพ พอเพียงภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงมิติเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

1. มีรากฐานที่เข้มแข็งจากความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัว และชุมชน
2. มีความรอบรอบ และรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงิน การคลัง เพื่อสุขภาพในทุกระดับ
3. มีการใช้เทคโนโลยีเหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทย และพึ่งตนเอง
4. มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค
5. มีระบบค้ำกันที่ใช้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ
6. มีคุณธรรมจริยธรรม
7. ยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบสุขภาพไทย ในแผน 10 กำหนดไว้ดังนี้
 - ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดระบบสุขภาพ
 - ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพ
 - ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข
 - ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรค และภัยคุกคามสุขภาพ
 - ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลาย ผสมผสานภูมิปัญญาไทย และสากล
 - ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ ด้วยการจัดการความรู้

2. ระบบสุขภาพภาคประชาชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน มีความหมายรวมยอดของงานสาธารณสุขมูลฐาน อย่างเป็นระบบ เป็นเรื่องที่ชุมชนจะต้องคิด ตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการ และวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง หน่วยงานหรือองค์กรภายนอกสามารถร่วมมือกันจริงจัง และต่อเนื่องในการส่งเสริมสนับสนุนหรือสร้างกลไกปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการด้านสุขภาพชุมชน องค์ประกอบของระบบสุขภาพภาคประชาชน มี 3 ประการ คือ 1)คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนา โดยให้คนในชุมชน

รวมตัวกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งที่มีจิตเพื่อส่วนรวม และมีเป้าหมายร่วมกัน มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อยๆ 2) องค์ความรู้ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ วิธีการ เทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชน และ 3) ทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยต้นทุนที่เป็นตัวเงิน และทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถแสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน และนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไร แล้วนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาเชื่อมโยงองค์ประกอบ 3 ประการ มาใช้ร่วมกัน ได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด คำตอบก็คือ ต้องหากลไกที่สำคัญมาเชื่อมโยงให้เกิดการบูรณาการ ซึ่งหมายถึงการจัดการด้านสุขภาพ หมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นพื้นที่เป้าหมายของการพัฒนาด้านสุขภาพ ที่สามารถดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนให้เห็นเป็นรูปธรรม ถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาด้านสุขภาพภาคประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552)

คำขวัญที่ว่า “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราเองได้ ” ด้วยคำขวัญนี้มีปรัชญาและฐานคิด คือ หมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายในการพัฒนา และเป็นทั้งกระบวนการพัฒนา กล่าวคือ เป้าหมายสุดท้ายหรือสิ่งที่เราอยากเห็นหรืออยากให้เกิดขึ้นคือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนพึ่งพาตนเองได้ทางด้านสุขภาพ การที่ประชาชนจะสามารถพึ่งพาตนเองได้นั้นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนา ที่มีกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน สามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง และกำหนดอนาคตของชุมชนได้ เกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ และการพึ่งพาตนเองหรือจัดการตนเอง ซึ่งต้องดำเนินการโดย อสม. และแกนนำฯ ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ ร่วมสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนและเกิดกระบวนการจัดการด้านสุขภาพชุมชน ที่ครอบคลุม 4 ด้าน อันได้แก่ 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพในหมู่บ้าน 2) การจัดการงบประมาณเพื่อใช้พัฒนาด้านสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน และ 4) การประเมินผลการดำเนินงานในหมู่บ้าน เรียกว่าเป็น “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ดำเนินการในระดับหมู่บ้านตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยการจัดทำแผนสุขภาพตำบลแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการทางสุขภาพของชุมชน นอกจากชุมชนจะต้องมีความรู้ในการจัดการแล้ว คนในชุมชนจะต้องมีคุณธรรม เพราะคุณธรรมจะเป็นกรอบกำหนดพฤติกรรมหรือจัดระบบระเบียบการทำงานร่วมกันของหมู่บ้าน/ชุมชน หรือมีมาตรการทางสังคมที่จะเป็นตัวกำหนดคนในชุมชนอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2553)

การจัดการด้านสุขภาพชุมชน มีเป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) คือการที่ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ เป้าหมายของการพัฒนามุ่งเน้นที่กระบวนการ (Process) การพัฒนาต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในระบบสุขภาพชุมชน ที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ ซึ่งต้องคำนึงถึงการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมภาวะของมนุษย์ ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชนทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกัน ในสังคม ยึดหลักธรรมาภิบาล เป็นยุทธศาสตร์ในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนที่มีความสมดุล ระหว่างภาครัฐที่ใช้นโยบายแบบบนลงล่าง (Top down Approach) และภาคประชาชนที่ใช้นโยบายแบบล่างขึ้นบน (Bottom up Approach) โดยรัฐและทุกภาคส่วนในทุกกระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาที่เป็นยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพชุมชนที่มีคุณภาพ ระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน ให้ความสำคัญกับสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2554)

ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพของชุมชน มีหลักสำคัญและกลยุทธการขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นการจัดการสุขภาพของประชาชนโดยประชาชนและเพื่อประชาชน ดังนั้นในการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงมีหลักสำคัญ 4 ประการ คือ 1)การปรับความคิดและบทบาท 2)ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี 3)ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน และ 4)การสร้างความรู้ความปรารถนาและสร้างสะพานสู่ความปรารถนาาร่วมกันของชุมชน

2.1 การปรับแนวคิดและบทบาท

ระบบสุขภาพภาคประชาชนจะเกิดขึ้นและมีความเข้มแข็งจะต้องปรับแนวคิดและบทบาทในการดำเนินงานให้ภาคประชาชนได้กระทำด้วยตนเองอย่างแท้จริง โดยเฉพาะกระบวนการวางแผน การคิด การตัดสินใจ รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินและตรวจสอบ เจ้าหน้าที่และแกนนำต้องสร้างเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตั้งประเด็นคำถาม หรือข้อสังเกตที่เกิดขึ้นในชุมชน กระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ พูดยกกันบ่อยๆ เพื่อจะได้ปรับแนวคิดและบทบาทของตนเอง

เจ้าหน้าที่ภาครัฐต้องปรับแนวคิดและบทบาทจากผู้ปฏิบัติ ผู้สั่งการ หรือคิดตัดสินใจ แทนประชาชน ให้เป็นพี่เลี้ยงเคียงข้างประชาชน โดยให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน เป็นผู้ลดความขัดแย้งในการทำงาน สร้างความร่วมมือในทุกกระดับ สร้างความพร้อมและความสามารถในการทำงานให้แก่ทีมงาน สร้างพลังปัญญาอย่างรู้เท่าทันให้แก่ประชาชน เป็นผู้ขาย

แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้กระตุ้นให้มีการใช้ทุนทางสังคมของท้องถิ่น ทำงานเป็นเครือข่าย และเจ้าหน้าที่ต้องรู้บทบาทของตนเอง ตลอดจนรู้ว่าอะไรคือปัญหาของชุมชนแล้วถ่ายทอดให้ชุมชน จุดสำคัญประชาชนต้องวินิจฉัยปัญหาได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้แนะนำการวางแผนอย่างง่าย การจัดอันดับความสำคัญของปัญหา การเตรียมวิธีแก้ไขปัญหาย่างง่าย โดยกระบวนการทั้งหมดประชาชนต้องเป็นผู้ตัดสินใจทำด้วยตนเอง ตามวิธีการของประชาชน

สำหรับประชาชนต้องเป็นผู้สร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้วยตนเอง เปลี่ยนจากผู้รับมาเป็นผู้ลุกขึ้นมากระทำ ลดการพึ่งพาผู้อื่น ค้นหาศักยภาพมิตร วิจัย สำรวจข้อมูลชุมชนตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลชุมชนและสังคม องค์ความรู้ของตนเอง รับรู้ข้อมูลและใช้ข้อมูลอย่างเป็นเหตุเป็นผล สมเหตุสมผลในการทำแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง

2.2 ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี

การทำงานระบบสุขภาพภาคประชาชนจะต้องมีรูปแบบการทำงานเป็นประชาคม มีภาคีอื่นเข้าร่วมด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้มีหลากหลาย แม้แต่ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่เกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุเกี่ยวเนื่องกัน ดังนั้นการแก้ไขปัญหาก็ต้องทำพร้อมกันหลายด้าน โดยใช้ประชาชนและชุมชนเป็นตัวตั้ง ยึดแนวอุดมการณ์เพื่อส่วนรวมเป็นเครื่องมือชี้นำในการวินิจฉัยปัญหาร่วมกัน แก้ปัญหาแบบบูรณาการ และมุ่งเป้าของการพัฒนาไปที่ประชาชนครอบคลุมในชุมชน ดังนั้นในการเตรียมการดำเนินงานทุกครั้ง ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมาพูดคุย ปรึกษาหารือถึงวิธีการทำงาน โดยร่วมกันคิดแล้วแยกกันทำ จะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ทุกหน่วยงานได้ประโยชน์ร่วมกัน

2.3 ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นการดำเนินกิจกรรมภายใต้การตัดสินใจและความต้องการของประชาชนและชุมชนตามศักยภาพของท้องถิ่น ประชาชนและชุมชนมีอำนาจเต็มที่ สามารถคิดเอง ทำเองได้อย่างมีอิสระ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกัน กำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ด้วยวิธีที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน และจัดทำแผนชุมชน มีความรู้ ความสามารถ แก้ปัญหาของชุมชน มีกองทุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการระดับพื้นที่ที่ได้มาจากการเลือกตั้งและท้องถิ่นยอมรับ มีสถานที่บริการสร้างสุขภาพที่ประชาชนคุ้นเคย รวมทั้งสร้างแกนนำการเปลี่ยนแปลงในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในชุมชน ช่วยกันปลุกกระดมให้ประชาชนหันมามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน รับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เจ็บป่วย

2.4 การสร้างเป้าหมายและความปรารถนาาร่วมกันของชุมชน

ประชาชนในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ภาครัฐและองค์กรเอกชน ต้องสร้างจุดยืนร่วมกัน มองเห็นเป้าหมายในทิศทางเดียวกัน ร่วมกันสร้างความปลอดภัยและสร้างสะพานสู่ความปลอดภัยร่วมกันของชุมชนว่าต้องการเห็นชุมชนมีหน้าตาเป็นอย่างไร จะไปให้ถึงจุดนั้นได้อย่างไร แล้วแปลงความต้องการของชุมชนให้เป็นแผนปฏิบัติหรือเป็นรูปธรรมที่ต่อเนื่องเป็นจริง สัมผัสได้ วัดได้และประเมินผลได้ สำหรับการสร้างความปลอดภัยร่วมกันของชุมชน จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างมีเหตุผล สมเหตุสมผล และเป็นเหตุเป็นผล คิดร่วมกันแล้วแบ่งแยกกันไปทำตามความถนัด ตามศักยภาพ ตามบทบาทหน้าที่ แล้วกลับมาพูดคุย ซักถาม ทบทวนกระบวนการ และวิธีการที่จะไปสู่ความปลอดภัยร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ภายใต้อำนาจและกติกาเดียวกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

การจัดการระบบสุขภาพของชุมชน ในความหมายของการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กระบวนการบุคคล ครอบคลุม ชุมชนท้องถิ่นเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพตามความต้องการของประชาชนปรับความคิดและบทบาท ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี ประชาชนและชุมชน และการสร้างความปลอดภัยและสร้างสะพานสู่ความปลอดภัยร่วมกันของชุมชน ให้ความสำคัญกับสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน

เครือข่ายและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

การสร้างเครือข่าย เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญและถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการอธิบายภาพการเคลื่อนตัวจากกลุ่มสู่การรวมตัวเป็นเครือข่าย เพื่อสร้างพลังในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาหรือสร้างพลังในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ โครงสร้างทางสังคมจะมีวิวัฒนาการไปเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของสังคม จากสังคมที่ใช้อำนาจไปเป็นสังคมเรียนรู้ การที่จะเกิดสังคมเรียนรู้ (Learning Society) นั้น โครงสร้างทางสังคมต้องปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างอำนาจในแนวดิ่งไปเป็นเครือข่ายสังคม เครือข่ายสังคม คือ สังคมกัลยาณมิตรหรือเครือข่ายสังคมเรียนรู้ (Learning Social Networks) สังคมต้องสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถปรับตัวให้อยู่ในดุลยภาพได้ ในสังคมไทยมีสิ่งที่เรียกว่า ภาคีเครือข่าย เป็นเสมือนสิ่งใหม่แต่ในอดีตได้ถูกนำมาใช้จัดการแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังนั้น “ภาคีเครือข่าย” จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของความเข้มแข็งของชุมชน

การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพมีรูปธรรมการดำเนินงาน ตลอดจนการจัดการสุขภาพรูปแบบใหม่ด้วยภูมิปัญญา และการรวมพลังของชุมชนในท้องถิ่น ต้องอาศัยการสร้างเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพสะท้อนการทำงานเชิงพัฒนาสังคม รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Network) ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้บุคคลในองค์กรมีการเชื่อมโยงประสานกันและกัน รวมทั้ง

สามารถนำทรัพยากรของแต่ละองค์กรมาประสานเชื่อมโยงกันเพื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันนี้องค์กรจำนวนมากตระหนักว่าเครือข่ายเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่า การแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันขององค์กรที่มีวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกัน หรือเกี่ยวข้องกันให้ได้ ประโยชน์สูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด

ความหมายของเครือข่าย หมายถึง บุคคลหรือกลุ่ม/องค์กรหลายๆ องค์กรที่มีแนวคิด เป้าหมาย วิธีการทำงาน กิจกรรมที่คล้ายคลึงกันหรือสนใจมาร่วมตัวเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกัน เป็นการพัฒนาความรู้ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น หรือร่วมกันให้เกิดพลัง มีอำนาจต่อรองนำไปสู่ความยุติธรรมของสังคมและร่วมกันทำให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่าย

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่า การเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top - down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom - up) แนวทางการพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ โอคเลย์ (Oakley, 1984) ที่ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้ เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหายในกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมส่วนที่สอดคล้องกับการศึกษาดังนี้

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1)การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2)การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3)การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4)การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนารวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค (Cohen and Uphoff, 1981) ส่วน องค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1981) และรีดเดอร์ (Reeder, 1974) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

จากแนวคิดและทัศนะที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจาก เป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ การสนับสนุน ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการ โดยมี

พื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1)การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุ 2)การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม 3)การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี และ 4)การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความสนใจ

สรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งการจะให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่ง คูฟแมน (Koufman, 1949) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน นอกจากนี้ ประยูร ศรีประสารณ์ (2542) ได้นำเสนอ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม คือ 1)ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และ เพศ 2)ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม และ 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ ขนาดของครอบครัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น และ 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

3. ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ดังนี้

ฟอร์นาร์อฟ (Fornaroff, 1980) เสนอแนวคิดกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากร ตลอดจนการติดตามประเมินผล 2) การดำเนินงาน 3) การใช้บริการจากโครงการ และ 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ส่วน อภิญา กังสนารักษ์ (2544) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมกันหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจร่วมกันกำหนดความต้องการ และร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2)การมีส่วนร่วม

ในขั้นการวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ 3)การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน และ 4)การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินงานว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้

นอกจากนี้ อकिन ระพีพัฒน์ (2547) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1)การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางการแก้ไข 2)การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหา 3)การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน และ 4)การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

จากแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนข้างต้นสรุปได้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมี 4 ขั้นตอน คือ 1)การมีส่วนร่วมการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการ และลำดับความสำคัญของความต้องการ 2)การวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน และทรัพยากร 3)การดำเนินงานตามโครงการ และ/หรือ สนับสนุนการดำเนินงาน และ 4)การประเมินผลการดำเนินโครงการ

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542) ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสภาพที่ดีขึ้นว่าพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะประชากรส่วนใหญ่ที่ยากจนและอยู่ในชนบทห่างไกล จะประสบผลสำเร็จตามนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น จำเป็นจะต้องพัฒนาประชากรให้สามารถพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหาสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยการสนับสนุนให้ชุมชนสร้างสรรค์บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ปัญหาและสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนของตน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นมาตรการที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่สำคัญยิ่ง

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ในความหมายของการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงบุคคลหรือกลุ่ม/องค์กรหลาย ๆ องค์กรที่มีแนวคิด เป้าหมาย วิธีการทำงาน กิจกรรมที่คล้ายคลึงกันหรือสนใจมารวมตัวเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันด้านสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกัน เป็นการพัฒนาความรู้ให้สามารถพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของชุมชน

ความมั่นคงด้านสุขภาพและความมั่นคงของชาติ

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำรัสในการอธิบายความหมายของความมั่นคงแห่งชาติ ไว้อย่างชัดเจนในพิธีถวายสัตย์ปฏิญาณตนและสวนสนามของทหารรักษาพระองค์ เมื่อวันที่อาทิตย์ที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2544 ณ ลานพระบรมรูปทรงม้า พระราชวังดุสิต กรุงเทพมหานคร ความว่า “...ประเทศชาตินั้น ประกอบด้วยผืนแผ่นดินกับประชาชน และ ผืนแผ่นดินนั้นเป็นที่เกิดที่อาศัย ที่อำนวยประโยชน์สุข ความมั่นคงร่วมเย็นแก่ประชาชน ให้สามารถรวมกันอยู่เป็นปึกแผ่นเป็นชาติได้ ความมั่นคงปลอดภัยของประเทศ จึงมิได้อยู่ที่การปกป้องรักษาผืนแผ่นดินไว้ด้วยแสนยานุภาพแต่เพียงอย่างเดียว หากจำเป็นที่ประชาชนจะต้องมีความวัฒนาผาสุก ปราศจากทุกข์ยากเฉียดด้วย ...” จากพระราชดำรัสนี้ จะเห็นได้ว่า ความมั่นคงแห่งชาติ มิได้หมายความว่าความเพียงความเข้มแข็งของกำลังทหารแต่เพียงประการเดียว แต่ยังครอบคลุมไปถึงความผาสุกหรือความพึงพอใจของประชาชนต่อสภาพความเป็นอยู่หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากประชาชน มีความสุขและพึงพอใจดังกล่าวนี้ ก็ถือว่าได้เกิดความมั่นคงแห่งชาติขึ้นแล้ว ทั้งนี้เป็นหน้าที่ของ รัฐบาลและประชาชนที่จะต้องร่วมมือกันในการสร้างความมั่นคงแห่งชาติขึ้น (วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2554)

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร จำแนกความหมายของคำว่า " ความมั่นคงแห่งชาติ" หมายถึงสภาวะของชาติที่ปลอดจากการรุกรานทางทหารหรือการโจมตีทางทหาร หรือปลอดภัยจากการบ่อนทำลายทางการเมือง หรือเศรษฐกิจ จนสามารถดำรงความเป็นชาติอยู่ได้ เพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์แห่งชาติ โดยไม่ต้องเผชิญหน้ากับการแทรกแซงอย่างได้ผลจากภายนอกประเทศ ออกเป็น 8 ด้าน คือ ความมั่นคงแห่งชาติ 1)ด้านการเมือง (ภายในและภายนอกประเทศ) 2)ด้านเศรษฐกิจ 3)ด้านสังคมจิตวิทยา 4)ด้านการป้องกันประเทศ 5)ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี 6)ด้านการพลังงาน 7)ด้านทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม และ 8)ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (คณะนักศึกษาวិทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2553)

ความมั่นคงด้านสุขภาพ ถือเป็นส่วนหนึ่งของความมั่นคงแห่งชาติ ด้านสังคมจิตวิทยาที่สำคัญ การที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีหรือการมีสุขภาพที่ดีนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการแรกและเป็นจุดเริ่มต้นของความอยู่เย็นเป็นสุข อีกทั้งยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง ตลอดจนใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข แนวคิดความมั่นคงด้านสุขภาพ ในส่วนร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้ให้ความหมายไว้ว่า การมีหลักประกันและการคุ้มครอง ให้เกิดสุขภาวะที่ยั่งยืน มีสาระสำคัญที่ครอบคลุมความมั่นคงด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านสังคมจิตวิทยา ความมั่นคงด้านสุขภาพ จึงมีนัยที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระตามความหมาย ของสุขภาพองค์รวม ปัจจัยและระบบย่อยต่างๆ ในสังคมได้รับการดูแลที่ดี ลดปัญหาการตาย พิจารณาจากอุบัติเหตุและลดต้นทุนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนต้องส่งเสริม สนับสนุน

ปกป้อง กลุ่มครอง และมีกรอบการทำงานเป็นหลักการร่วมกันไว้สิทธิและความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็นเรื่องที่จะนำไปสู่ความเป็นธรรมและการมีชีวิตที่มั่นคงของมนุษย์

ความมั่นคงด้านสังคมจิตวิทยา หมายถึง ความมั่นคงในการดำเนินงานของรัฐที่มุ่งตรง ต่อสถานะความสงบสุขในสังคมและในชีวิตจิตใจของประชากร เพื่อเสริมสร้างให้ประชากรในชาติ มีความรู้ความสามารถ มีศาสนา มีศีลธรรม และวัฒนธรรมอันดีงาม เพื่อให้สังคมดำรงอยู่อย่างเป็น ระเบียบเรียบร้อย ร่มเย็นเป็นสุขโดยทั่วกัน และให้ได้รับความยุติธรรมเสมอภาคเท่าเทียมกันให้มากที่สุด (วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2554) เป็นนโยบายระดับชาติที่มีเป้าหมายมุ่งสู่การสร้าง สภาวะแวดล้อมที่สันติสุข มีภูมิคุ้มกันปัญหาต่างๆ ที่สามารถคัดกรองสิ่งที่เป็นคุณและโทษที่จะเข้า มากระทบต่อความมั่นคงของรัฐและประชาชน รวมทั้งสามารถแก้ไขสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของภัย คุกคาม เพื่อให้เกิดความมั่นคงที่ยั่งยืนและให้การพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ สามารถดำเนินไป อย่างราบรื่นโดยภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคส่วนต่างๆ ในสังคม

ความมั่นคงของชาติด้านสุขภาพ ในความหมายของการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การที่ ประชาชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ตลอดจนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมในสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสภาวะ ที่ดีของประชาชน

ความมั่นคงของชาติ ในความหมายของการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง หน้าทีของ รัฐบาลและ ประชาชนที่จะต้องร่วมมือกันในการสร้างความผาสุกหรือความพึงพอใจของประชาชนต่อสภาพ ความเป็นอยู่หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดความสงบสุขในสังคมและในชีวิตจิตใจของประชากร

ตัวอย่างการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

จากการศึกษาวิจัยของ ศิวพร อึ้งวัฒนา และคณะ (2551) เรื่องการพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน กรณีศึกษา ตำบลทากาส อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน โดยใช้ 4 กระบวนการหลัก เพื่อการ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน ได้แก่ กระบวนการหาและใช้ทุนทางสังคมในการสร้างการมี ส่วนร่วมกับองค์กรภาคี กลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง และจากหน่วยการบริการสุขภาพในชุมชน กระบวนการค้นหา เลือกใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพ กระบวนการออกแบบ วิธีการ และกิจกรรมการบริการสุขภาพที่เป็นรูปธรรมแบบมีส่วนร่วม และ กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพระดับพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า ทุนทางสังคมในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำศาสนา บุคคลต่างๆ กลุ่ม พัฒนาในชุมชนและรักษาความปลอดภัยในชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน กลุ่มด้านสุขภาพ คณะกรรมการหมู่บ้าน กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มอาชีพ องค์กรต่างๆ ในชุมชน และกลุ่มต่างๆ และยัง

พบว่า มีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ สามารถทำได้โดยการคัดกรอง การตรวจร่างกาย การเยี่ยมบ้าน การสำรวจในชุมชน ข้อมูลทุติยภูมิ ข้อมูลส่งต่อ การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง การติดตามจากการมารับบริการ การเล่าประสบการณ์ของกรณีศึกษา การสังเกต ปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน คือ การดูแลผู้ด้อยโอกาส การจัดการโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การให้การดูแลรักษาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว ส่วนการออกแบบวิธีการบริการสุขภาพที่เป็นธรรมชาติแบบมีส่วนร่วม คือ การดูแลรักษาทางคลินิก การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนด้านสวัสดิการ และยังมีพัฒนานโยบายสุขภาพในระดับพื้นที่ ในด้านสารเสพติด การป้องกันโรคพยาธิ และด้านสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ ประยุทธ์ แสงสุรินทร์ และ จีรพรรณ หัสโรค์ (2552) ได้ทำการศึกษาระบบสุขภาพภาคประชาชนของเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก 9 แห่ง เขตเทศบาลตำบล 1 แห่ง จาก 5 จังหวัด พบว่า รูปแบบการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนหรือระบบสุขภาพชุมชนในปัจจุบันมีหลากหลาย ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ โดยมีกระบวนการจัดการหลักที่คล้ายกัน ได้แก่ 1) มีการจัดการด้านทุนใช้ในการพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลจนประชาชนมีการระดมทุนเกิดกองทุนสุขภาพภาคประชาชน และส่วนใหญ่มีการจัดการในรูปแบบคณะกรรมการตำบล 2) มีการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาระบาดโรคต่างๆ ในชุมชน รูปแบบแรกเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งของชุมชนมีกระบวนการพัฒนาสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมาโดยตลอด จึงใช้เวทีถอดบทเรียนการแก้ไขปัญหาเพื่อทบทวนบทเรียน และกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อน ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนการพัฒนา และ 3) มีการแก้ไขปัญหา โดยส่วนใหญ่มีการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคต่างๆ ให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและมีการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกับเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ส่วนผลการศึกษาวิจัยของ วิณาพร สำอางศรี (2552) เรื่องโครงการวิจัยศึกษาเครือข่ายและกระบวนการทางสังคม เพื่อการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพระดับตำบล พบว่ากระบวนการทางสังคมที่พบเป็นการจัดการทางสังคมที่ใช้กลไกของการจัดการกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่ศึกษาที่ส่งผลในทางหนุนเสริมการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพระดับตำบล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเรื่องทุนทางสังคมของชุมชนที่มีอยู่เดิม (คน ปัญญา ทรัพยากร) การค้นพบสิ่งที่เป็นกลไกที่เปรียบได้กับฟันเฟืองเพื่อหมุนให้เกิดวงจรการจัดการของ 3 ภาค คือ ท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ และกลุ่มภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งพื้นที่ศึกษาทั้งหมดเปรียบได้กับชิ้นส่วนภาพต่อที่ยังสมบูรณ์ในตัวเองในการที่จะใช้กองทุนระดับตำบลเป็น

เครื่องมือในการเดินทางสู่สังคมสุขภาวะ โดยพบว่า สามารถจัดรูปแบบที่พบจากการศึกษาได้ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1) มีความโดดเด่นในการจัดการ “ทุน” ที่มีอยู่ภายใต้หลักการ “3 ก” (กองทุน กำลังคน และการบริหารจัดการ) ที่ซ้อนทับหรือเชื่อมกับหลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูมิเขา” ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ ส่วนรูปแบบที่ 2) มีความโดดเด่นของการเป็นผลผลิตของ กระบวนการของชุมชนที่ได้เรียนรู้ และมีบทเรียนจากกระบวนการพัฒนาของตนเอง มีการ ตรวจสอบ ทบทวน พินิจพิจารณาสิ่งที่เข้ามาใหม่ เป็นการเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการ บริหารจัดการในรูปแบบที่ชุมชนเชื่อว่าจะเป็นเส้นทางสู่สุขภาวะในแบบที่ชุมชนต้องการ

เงื่อนไขสำคัญที่สามารถทำให้กระบวนการทั้ง 2 ส่วนนี้สามารถเชื่อมต่อเป็นเส้นทางที่มีความมั่นคงได้ คือ การเร่งสร้างความเข้าใจในเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ผ่านกลไกการ สื่อสารหลากหลายช่องทางเพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในเรื่องหลักการการได้รับหลักประกันด้าน สุขภาพ ในขณะที่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับการสร้างเวทีเรียนรู้เพื่อเร่งทำความเข้าใจและใช้ กระบวนการทำงานของตนเชื่อมต่อกับกระบวนการของชุมชนในแนวทางที่หนุนเสริมกัน

ส่วนการศึกษาของ อริญญา ศรีโพธิ์ (2553) เรื่องความพร้อมในการจัดการสุขภาพของ แก่นนำชุมชนตำบลถาวรพัฒนา อำเภอยางทองพัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า แก่นนำชุมชน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติที่ดีต่อ กระบวนการจัดการสุขภาพ และมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการสุขภาพระดับสูง พบว่า แก่นนำ ชุมชนมีความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดสุขภาพสูงขึ้นจากเดิมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความเข้มแข็งในกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านระดับดีมาก ความพึงพอใจต่อ กระบวนการจัดการสุขภาพในระดับมาก มีความพร้อมและศักยภาพในการเป็นทีมงานจัดการ สุขภาพที่ดีและเข้มแข็งขึ้น สามารถร่วมกันจัดทำแผนชุมชนด้านสุขภาพรองรับการพัฒนาและแก้ไข ปัญหาสุขภาวะในชุมชน เพื่อเสนอของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลถาวรพัฒนาได้

ชุมชนโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน จังหวัดยโสธร การเสริมสร้างสุขภาวะของคนในชุมชน โดยชุมชนโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน จังหวัดยโสธร เป็นโรงพยาบาลตำบลที่พัฒนามาจากศูนย์ สุขภาพชุมชน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2550) ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วม ของชุมชนโดยการระดมทุนทรัพย์จากชุมชนคนละ 2 บาทต่อเดือน เพื่อนำมาจัดตั้งกองทุน พัฒนาการดำเนินการบริการสุขภาพแก่ประชาชนไว้สำหรับดูแลสุขภาพของคนในชุมชน การ ดำเนินงาน กำหนดวิสัยทัศน์ในการปฏิบัติงาน คือ “ประชาชนร่วมมือกันสร้างสรรค์บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ...” มีเป้าหมายของการพัฒนาใน 2 ระดับด้วยกัน ได้แก่ ระดับพื้นที่ (ปฐมภูมิ) คือ จะให้มี ลักษณะของเวชปฏิบัติครอบครัวยุคใหม่บ้านให้เป็นเสมือนหอผู้ป่วย รวมทั้งให้บริการเป็นลักษณะ ในบ้านกลางดวงใจ และระดับอำเภอ (ทุติยภูมิ) คือ ลดการไปรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล

ชุมชน (No OPD Walk In) มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และสามารถให้บริการแพทย์เฉพาะทางได้ การสร้างเสริมสุขภาพโดยการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายทั้งแอโรบิก ไร้มัลลิ่ง การให้การศึกษา การเยี่ยมบ้าน และการป้องกันโรค ได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลและการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐทั้งในด้านของโอกาสของการเรียนรู้ การสนับสนุนทางวิชาการ และความร่วมมือของภาคประชาชนที่ร่วมแรงและร่วมทุนในการจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพของคนในชุมชนด้วยตนเอง

สถาบันการเงินชุมชนตำบลหนองสาหร่าย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี การเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันการเงินชุมชน สถาบันการเงินชุมชนตำบลหนองสาหร่าย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี (กาญจนนา นพพันธ์, 2549; สถาบันองค์กรชุมชน, 2551) ได้ถูกกล่าวถึงและนำมาถ่ายทอดเป็นบทเรียนอันทรงคุณค่าต่อกระบวนการพัฒนา และการฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่น ให้ชุมชนต่างๆ ได้เรียนรู้และสร้างแรงบันดาลใจให้กับคนที่มาศึกษาดูงานอย่างกว้างขวาง และต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นตำบลที่มีรูปธรรมความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาชุมชนตำบลหนองสาหร่าย เป็นชุมชนที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีความเข้มแข็งและทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างหน่วยราชการและชุมชนได้เป็นอย่างดีและมีความต่อเนื่อง

ชุมชนสาคลี อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งโดยสร้างภูมิคุ้มกันแก่ชุมชน ชุมชนสาคลี ตั้งอยู่ที่อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550; สุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์, 2539) เป็นชุมชนตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นความพยายามในการปรับตัวของชาวบ้านภายใต้กระแสทุนนิยม ชุมชนสาคลีจึงได้ริเริ่มการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรมต่างๆ และปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมให้เกื้อกูลต่อการดำรงอยู่อย่างเข้มแข็งในชุมชน มีจุดเด่นโดยการอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง การสร้างชุมชนเข้มแข็งขององค์กรชุมชน การสร้างเครือข่ายภาคีการพัฒนาเพื่อนำไปสู่ความอยู่ดีมีสุขทางสุขภาพของประชาชน

มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยการรู้จักตนเองและสร้างเครือข่ายมูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น (อภิสิทธิ์ ธำรงวรานุรักษ์ และธารทิพย์ ธำรงวรานุรักษ์, 2549; มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี จังหวัดขอนแก่น, 2541) เริ่มจากการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และการจัดการสู่การพึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง ได้ร่วมมือกับเครือข่ายปราชญ์ชาวบ้านและพหุภาคีภาคอีสาน ได้ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆ มากมายทั้งในระดับปัจเจกและชุมชนและการ

ขยายตัวของเครือข่ายออกไปอย่างกว้างขวาง โดยมีเป้าหมายคือคนมีความสุขทั้งกาย ใจ สังคม และ ปัญญา ครอบครัวอบอุ่นและชุมชนเข้มแข็ง มีคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ดี

งานวิจัยและการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยศึกษาจากชุมชนต้นแบบที่มีการดำเนินงาน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลายและมีการพัฒนาแบบก้าวกระโดด ตัวอย่าง เช่น เรื่องเล่าจากประสบการณ์กองทุนตำบลท่าโสม ทำให้ได้เรียนรู้เรื่องการบริหารจัดการกองทุนและความเข้มแข็งของอสม. ที่มีจิตอาสาและการที่ชุมชนสามารถเขียนโครงการเข้ารับการสนับสนุนจากงบกองทุน กองทุนเทศบาลนครเชียงราย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดขึ้นได้ แม้จะเป็นเมืองใหญ่ ขึ้นกับการจัดการระบบและกฎ กติกา ที่กองทุนฯ เป็นผู้จัดการขึ้น บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเปลี่ยนไป กองทุนตำบลหนองสาหร่ายทำให้ได้เรียนรู้ถึง การทำงานที่เข้มแข็งและการรวมพลังของสามเหลี่ยม (ท้องถิ่น นักวิชาการและชุมชน) ตัดสินใจร่วมกันโดยใช้ข้อมูล/ปัญหาชุมชน สะท้อนให้ชุมชนร่วมกันตัดสินใจและประกาศใช้นโยบายสาธารณะ “ปลดหนี้ด้วยการออม” ร่วมกับนโยบาย “สร้างรายได้ตามหลักคิดเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งทำทั้งตำบล (เรื่องเล่าของหนองสาหร่ายทำให้เห็นเส้นทางของการกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของสามภาคส่วน) จนเกิดเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน นับเป็นทุนที่สำคัญของชุมชนทำให้สามารถต่อยอดงานกองทุนได้ไม่ยาก กองทุนตำบลนามะเฟืองทำให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการมีส่วนร่วมของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้สามารถแก้ปัญหาและเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จ นำไปพัฒนาต่อยอด เกิดแกนนำหลายกลุ่ม สามารถสร้างข้อตกลงร่วมกันและประกาศใช้นโยบายปลดหนี้ล้านบุญ มีพื้นที่ให้เด็กและเยาวชนได้แสดงความคิดเห็น จนเกิดเป็นสภาเด็กและเยาวชน ทำให้การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพเป็นเรื่องง่าย ผลจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโครงการได้เรียนรู้วิธีการทำงานหลายรูปแบบ และเลือกที่จะนำไปปรับใช้ตามความสามารถของคนในชุมชน (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2552; สถาบันองค์กรชุมชน, 2552)

สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่า รูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเหมาะสมที่กำหนดเป็นนโยบายพัฒนาสาธารณสุขระดับตำบล เพื่อบูรณาการการพัฒนาแก้ไขปัญห สุขภาพระดับตำบล รวมทั้งควรมีการเตรียมชุมชนให้ทั่วถึงและต่อเนื่อง กระตุ้นให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้คนในชุมชนตื่นตัวกับปัญหาต่างๆ มองเห็นความสำคัญของปัญหา และร่วมมือพัฒนาให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งของตนเองและชุมชน ดังนั้นการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ในชุมชนและสังคมนั้น จำเป็นต้องค้นหาแนวทางข้อเสนอที่เป็นยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน และความคาดหวังของประชาชน ต่อระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ในระดับบริการต่างๆ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงตติยภูมิขั้นสูง ของบริการสุขภาพภาครัฐ ให้ความสำคัญกับสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน

โดยรัฐและทุกภาคส่วนในทุกระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตามแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ให้ก้าวสู่ระบบสุขภาพพอเพียงและสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ เพื่อกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพชุมชนเพื่อความมั่นคงของชาติในอนาคตโดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

