

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จุดมุ่งหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ คือ เพื่อให้เกิดความมั่นคง ความมีเสถียรภาพ และความเจริญก้าวหน้า ทั้งทางด้านการเมือง การเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ รวมทั้งเพื่อความมีอิสรภาพ มีศักดิ์ศรี เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลก

จากหลักฐานที่ปรากฏ พบว่า การพัฒนาประเทศไทยมีมาตั้งแต่สมัยกรุงสุโขทัย (พ.ศ.1800 - 1893) แต่เริ่มมีแนวทาง การกำกับ และแผนการพัฒนาที่ชัดเจนในช่วงปลายสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเกิดขึ้นตามแนวทางของประเทศมหาอำนาจตะวันตก ภายใต้อิทธิพลขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Organization) และธนาคารโลก (World Bank)

แนวทางการพัฒนาดังกล่าวมุ่งพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัย (Modernization) อันเป็นกระบวนการที่สังคมด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา เคลื่อนตัวเข้าสู่ทิศทางของการนำเอาระบบเทคโนโลยีและระบบวัฒนธรรมซึ่งเป็นลักษณะเช่นเดียวกันกับสังคมอุตสาหกรรมมาใช้ (งามพิศ สัตย์สงวน, 2534 : 200) จุดมุ่งหมายสำคัญในการพัฒนา คือ การสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมเป็นแกนหลัก ยุทธศาสตร์นี้จะมีผลทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Product) เพิ่มขึ้นในอัตราที่แน่นอนรวดเร็วและส่งผลให้ระดับรายได้ต่อหัวของประชากร (Gross National Product Per capita) สูงขึ้นด้วย ผลของความเจริญเติบโตจะค่อย ๆ แผ่กระจาย (Trickle Down) จากภาคอุตสาหกรรมสู่ภาคการผลิตอื่น ๆ และจากเมืองสู่ชนบท ทำให้ความทันสมัยทางเศรษฐกิจและสังคมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสังคม (ปกรณ์ ปรีชากร, 2535 : 30 - 32) อย่างไรก็ตามในระยะหลัง นานาประเทศได้พบว่าการพัฒนาตามแนวทางนี้ได้ก่อให้เกิดปัญหามากมาย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการพึ่งพาประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจ ปัญหาการเอาเปรียบเอื้อเฟื้อทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ รวมทั้งปัญหาความไม่เป็นธรรมในการกระจายรายได้และความเจริญ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ได้ก่อให้เกิดความมั่งคั่งแก่ประเทศมหาอำนาจซึ่งมีอยู่เพียงไม่กี่ประเทศ คนรวยซึ่งเป็นคนส่วนน้อยในสังคมร่ำรวยมากขึ้น แต่ประชากรส่วนใหญ่ของโลกกลับยังต้องประสบชะตากรรมด้านความยากจน และความด้อยโอกาสในด้านต่าง ๆ อยู่เช่นเดิมหรือมากกว่าเดิม

จากปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลของการพัฒนาตามที่กล่าวมาแล้ว ประกอบกับกระแสโลกที่ให้ความสำคัญต่อเรื่องสิทธิมนุษยชน ยอมรับความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ให้สังคมเกิดช่องว่าง จึงทำให้ในระยะต่อมาได้มีความร่วมมือกันระหว่างนานาประเทศเพื่อคลี่คลายปัญหา มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ จากการเน้นการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจเพียงประการเดียวไปเน้นการพัฒนาด้านสังคมด้วย โดยเน้นการมีงานทำและการแบ่งปันผลประโยชน์ให้แก่ผู้ที่ยากจนด้วยความเป็นธรรม พร้อมทั้งเน้นเกี่ยวกับความต้องการขั้นมูลฐานของมนุษย์ (Basic Human Needs) ทั้งในเรื่องที่เป็นรูปธรรม อาทิ การสาธารณสุข การศึกษา ที่อยู่อาศัย และที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความมีชื่อเสียง ความมั่งคั่งในชีวิตและการงาน เป็นต้น และที่สำคัญคือได้มีการนำเอาแนวคิดเรื่องการพึ่งตนเอง (Self-reliance) มาใช้เป็นหลักการสำคัญของการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน ทั้งนี้ก็ด้วยความเชื่อมั่นร่วมกันว่าภายใต้ทรัพยากรอันจำกัดของแต่ละประเทศ ยุทธศาสตร์การพัฒนาแนวใหม่ซึ่งยึดหลักการพึ่งตนเองเป็นหลัก จะช่วยทำให้ปัญหาการพึ่งพาต่างประเทศลดน้อยลง และสามารถที่จะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ และเมื่อประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ย่อมเป็นกำลังที่มีคุณภาพในอันที่จะพัฒนาประเทศให้เจริญรุดหน้าต่อไปได้ ทั้งนี้เพราะทรัพยากรมนุษย์ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการพัฒนา

อย่างไรก็ดี คุณภาพชีวิตของประชาชนจะเกิดขึ้นได้จะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลายประการ และการพัฒนาการสาธารณสุขก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญยิ่งที่จะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติด้านสาธารณสุขนี้เป็นที่ยอมรับและตระหนักของนานาประเทศทั่วโลก ดังจะเห็นได้จากการที่องค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นองค์การชำนาญพิเศษขององค์การสหประชาชาติ ได้มีมติจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 30 เมื่อปี พ.ศ. 2520 กำหนดให้ใช้เป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health for All by The year 2000) เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาสังคมของประเทศสมาชิกทุกประเทศ

นอกจากนี้ เมื่อวันที่ 6 - 12 กันยายน พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลก และองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ ร่วมกับรัฐบาลสหภาพโซเวียต รัสเซีย ได้จัดประชุมระหว่างประเทศเรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ขึ้น ณ เมืองอัลมา-อตา (Alma Ata) ซึ่งที่ประชุมนั้นได้ทำปฏิญญาร่วมกัน ประกาศว่า สถานะทางสุขภาพและอนามัยของประชาชนนับร้อยล้านคนทั่วโลกยังด้อยเกินกว่าที่จะยอมรับได้ จำเป็นต้องกำหนดแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข เพื่อให้พลโลกทุกคนมีสุขภาพดีจนถึงระดับที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ เกิดประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยทั่วหน้ากัน พร้อมทั้งได้ยืนยันว่า การสาธารณสุขมูลฐาน คือวิถีที่สำคัญยิ่งที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาดังกล่าว เพื่อให้พลโลกทั้งหลายมีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามที่พึงประสงค์

สำหรับประเทศไทย นโยบายการพัฒนาประเทศในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา นั้น พบว่าเป็นไปตามกระแสการพัฒนาของโลกตามที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวคือ การพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ถึงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2504 - 2524) เป็นการพัฒนาซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ ผลจากการพัฒนาในระยะ 20 ปี พบว่า มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเห็นได้จากรายได้ประชาชาติที่เพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7.7 ต่อปี ผลผลิตรวมของประเทศเพิ่มขึ้นถึง 14 เท่า คือ จาก 60,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2504 เป็น 817,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2524 และรายได้ต่อหัวของ ประชากรเพิ่มขึ้น 8 เท่า คือเพิ่มจาก 16

2,200 บาท ในปี พ.ศ. 2504 เป็น 17,600 บาท ในปี พ.ศ. 2524 จะเห็นได้ว่าตัวเลขดังกล่าวนี้เป็นตัวเลขที่น่าพิศวงใจมาก แต่เมื่อพิจารณาโดยละเอียดกลับพบว่าสภาพความเจริญเกิดอยู่ในเขตเมืองเท่านั้น ประชากรส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชนบทยังมีฐานะยากจน เกิดความเหลื่อมล้ำและช่องว่างระหว่างคนในเมืองและชนบทซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนจากความแตกต่างระหว่างรายได้ของประชากรในแต่ละภาคของประเทศกล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2524 รายได้ต่อหัวของประชากรภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคอีสาน เท่ากับ 17,655 12,683 8,781 และ 4,991 บาท ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าช่องว่างระหว่างรายได้ของชาวชนบทและชาวเมืองยังมีความแตกต่างกันมาก และมีแนวโน้มที่จะแตกต่างกันมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังจะเห็นได้จาก ในปี พ.ศ. 2503 2513 และ 2523 เกษตรกรมีรายได้ต่อหัวเพียงร้อยละ 16.2 14.2 และ 11.8 ของรายได้ต่อหัวของชาวเมืองเท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างใน คณะกรรมการประสานงานโครงการปรัณรงศ์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ, 2529 : 1 - 2) ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ให้เห็นว่าผลการพัฒนาที่ผ่านมาเน้น ประสพผลสำเร็จในการเพิ่มผลผลิตและเพิ่มรายได้ประชาชาติ แต่ไม่ประสพผลสำเร็จในการกระจายรายได้และความเจริญ งบประมาณส่วนใหญ่พัฒนาในเขตเมือง ประชาชนในชนบทยังยากจนล้าหลังขาดโอกาสมีส่วนร่วมในการพัฒนา การบริการของรัฐยังกระจายไปถึงน้อย ช่องว่างระหว่างคนในเมืองกับคนในชนบทยังมีมาก ซึ่งถ้าดำรงอยู่เช่นนี้ ผลของการพัฒนาที่กลับเป็นการเพิ่มพูนปัญหาแก่ชาวชนบทมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นนับตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) เป็นต้นมา ประเทศไทยจึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสังคมควบคู่กับการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถดำรงชีพอยู่ได้ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐาน พร้อมทั้งมีส่วนร่วมและพึ่งพาตนเองในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตน และได้มีการกำหนดเครื่องชี้วัดระดับการพัฒนาทางด้านสังคม ที่เรียกกันว่า ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทยหรือ **จปฐ. (Basic Minimum Needs)** ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตขั้นโดยเฉพาอย่างยิ่งในด้านการสาธารณสุขนับตั้งแต่องค์การอนามัยโลกได้กำหนด

ให้เป้าหมายหลักในการพัฒนาสังคมของประเทศสมาชิก คือ สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 นั้น ก็ได้เกิดการตื่นตัวขึ้นอย่างมากในประเทศไทย กล่าวคือเป้าหมายดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้เป็นเป้าหมายในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ และยังได้มีการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์การพัฒนาไปจากแบบเดิมเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า อันถือได้ว่าเป็นคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประชาชนได้ทันตามเวลาที่กำหนดด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมานี้ได้เริ่มมีขึ้นตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 4 ในขณะที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านอื่น ๆ เพิ่งจะเริ่มทำอย่างจริงจังในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5

อนึ่ง การพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทยในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 1 - 3 (พ.ศ. 2504 - 2519) นั้น มุ่งเน้นการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสำคัญ งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในการจัดสร้าง และการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งการเพิ่มการผลิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขประเภทอื่น ๆ เพื่อขยายขอบเขตของบริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ต้องใช้งบประมาณที่สูงมาก ดังนั้นจึงสามารถให้บริการได้เฉพาะคนกลุ่มน้อยเท่านั้น ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศซึ่งอยู่ในชนบทห่างไกลไม่มีโอกาสได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึง

ผลจากการพัฒนาด้วยรูปแบบดังกล่าวพบว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขให้บรรลุตามเป้าหมายได้ เนื่องจากการแก้ไขปัญหามีหลายเหตุคือ เน้นด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งจะทำให้คนเจ็บป่วยน้อยลง นอกจากนี้ลักษณะการบริการยังอยู่ในรูปที่รัฐเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นผู้รับ จึงเป็นไปได้ยากที่ประเทศยากจนและมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ เช่นประเทศไทย จะสามารถให้บริการสาธารณสุขครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้ ซึ่งจนกระทั่งปัจจุบันนี้ แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปในทุกจังหวัด มีโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ และมีสถานีอนามัยเกือบครบทุกตำบล แต่รัฐก็ไม่สามารถจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านได้ และเมื่อพิจารณาปริมาณบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่ก็พบว่ามีความจนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรของประเทศ ดังจะเห็นได้

จากอัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ เกษีกร และพยาบาลต่อประชากรในปี 2534 ซึ่งสูงถึง 1 : 4,425 1 : 23,530 1 : 13,076 และ 1 : 885 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาโดยละเอียดก็พบว่า ในขณะที่อัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ เกษีกร และพยาบาล ต่อประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 1 : 958 1 : 4,599 1 : 2,142 และ 1 : 363 แต่ในจังหวัดอื่น ๆ นั้นมีอัตราส่วนสูงถึง 1 : 7,326 1 : 42,811 1 : 29,608 และ 1 : 1,050 ตามลำดับ (กองสถิติสาธารณสุข, 2536) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การพัฒนาการสาธารณสุขโดยรูปแบบนี้ผู้ที่ได้รับประโยชน์เต็มก็คือคนส่วนน้อยที่อยู่ในเขตเมือง แต่คนส่วนใหญ่ของประเทศที่อยู่ในเขตชนบทนั้น มีโอกาสน้อยมากที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้

ดังนั้น ตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) เป็นต้นมา การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) จึงได้ถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศโดยตลอด ทั้งนี้ก็ด้วยความเชื่อมั่นว่าการสาธารณสุขมูลฐาน คือกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดในอันที่จะพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ได้

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยในระยะที่ผ่านมา มุ่งเน้นที่การพัฒนาโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนเป็นสำคัญ กล่าวคือ ได้มีการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขในชุมชน โดยการส่งเสริมให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชนในรูปแบบของอาสาสมัคร 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (Village Health Communicator) หรือ ผสส. และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) หรือ อสม. นอกจากนี้ยังมีการนำเอานวัตกรรมทางการสาธารณสุข หลายอย่างเข้ามาใช้ในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเอง ของชุมชนอันจะเป็นการสนับสนุนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานให้บรรลุผลตาม วัตถุประสงค์อีกทางหนึ่งด้วย ตัวอย่างของนวัตกรรมเหล่านี้ได้แก่ โครงการหมู่บ้าน พึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน กองทุนยาและเวชภัณฑ์ ประจำหมู่บ้าน กองทุนบัตรสุขภาพ โครงการจังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้น

จากการเร่งรัดการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น ปรากฏว่าเมื่อสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) สามารถจัดระบบโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐานได้ครอบคลุมเกือบทุกหมู่บ้านในประเทศรวมทั้งบางส่วนของชุมชนในเขตเมือง ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นอย่างเด่นชัดถึงการปฏิบัติงานอย่างจริงจังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ตลอดจนความร่วมมือจากทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประชาชน ผลกระทบจากการดำเนินงานดังกล่าวคือ สภาวะทางสุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นอย่างชัดเจน อาทิ อัตราตายของมารดาและอัตราตายของทารกมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ ในปีสุดท้ายของแผนพัฒนาฉบับที่ 4 5 และ 6 (พ.ศ. 2524 2529 และ 2534) อัตราตายของมารดาต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน คิดเป็น 0.8 0.3 และ 0.2 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายของทารกนั้นคิดเป็น 12.5 9.5 และ 8.0 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะโปลิโอซึ่งเป็นโรคที่ร้ายแรงมากเมื่อสมัย 20 - 30 ปีที่แล้ว พบว่าเป็นโรคที่มีอัตราป่วยน้อยมากในปัจจุบัน (กองสถิติสาธารณสุข, 2536)

อย่างไรก็ดีแม้ว่าผลการดำเนินงานค่อนข้างเป็นที่น่าพอใจ แต่ก็ยังมีประเด็นที่จะต้องปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม อาทิ การเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจจากแบบเดิมซึ่งมีระบบเกษตรกรรมเป็นหลักกลายเป็นมีระบบอุตสาหกรรมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ขนาดของครอบครัวเล็กลงและสมาชิกครอบครัวแยกกันอยู่มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ประชากรกลุ่มวัยแรงงานและกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการเจ็บป่วยซึ่งแต่เดิมโรคที่เป็นปัญหาคือโรคติดต่อ กลายเป็นโรคไม่ติดต่อ และโรคซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งโรคที่มาพร้อมกับความทันสมัยของสังคม เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ได้ส่งผลให้ ความต้องการการบริการด้านสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมากมา

ดังนั้นในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) จึงได้มีการปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องกับสภาพการณปัจจุบัน โดยได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ และกำหนดกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม นอกจากนี้ยังมุ่งที่จะปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานในชุมชนให้ดีขึ้น โดยการพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สูงขึ้น ด้วยการอบรมยกระดับผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ที่มีอยู่ทั่วประเทศ ให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด ตลอดจนสนับสนุนทรัพยากรและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ทั้งนี้ เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชนเอง

และเพื่อให้การยกระดับคุณภาพของบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนประสบความสำเร็จ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีนโยบายในการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งเป็นองค์กรชุมชนที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของชุมชน ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยที่รัฐบาลบทบาทเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ และสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ การแพทย์ รวมทั้งงบประมาณให้ตามความจำเป็นเท่านั้น

เป้าหมายการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในปี 2535 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) คือ จัดตั้งทุกตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน และเมื่อสิ้นแผนฯ 7 การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จะครอบคลุมทุกหมู่บ้านในประเทศไทย นั่นคือ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจะกลายเป็นหลักประกันที่เป็นรูปธรรมชัดเจนว่า ประชาชนในทุกพื้นที่ของประเทศสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงทุกคน ทุกครอบครัวอันแสดงถึงความสำเร็จในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย ว่าสามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ได้

จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดสำคัญจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ได้เร่งรัดดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวมาตั้งแต่เริ่มแผนพัฒนาการสาธารณสุข แห่งชาติฉบับที่ 7 โดยในปี พ.ศ. 2535 ได้จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ขึ้นในทุกตำบลอย่างน้อยตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 207 หมู่บ้าน การดำเนินการในปีแรกนี้ประสบปัญหาค่อนข้างมาก เนื่องจากขาดความร่วมมือใน ด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเตรียมชุมชนและการสนับสนุนจากภาครัฐ ทั้งในด้านวิชาการ งบประมาณ ตลอดจนวัสดุครุภัณฑ์ที่จำเป็น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นผลให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนินงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

ในปี พ.ศ. 2536 จังหวัดขอนแก่นได้จัดทำโครงการเร่งรัดพัฒนา สาธารณสุขเพื่อบรรลุสู่สภาพดีถ้วนหน้าในปี 2536 - 2537 ขึ้น ตามนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุข มีพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินการทั้งสิ้น 593 หมู่บ้าน ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งคือหมู่บ้านที่จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เมื่อปี พ.ศ. 2535 ทุกหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่เป้าหมายนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุข มูลฐานชุมชน (ศสมช.) อันเป็นองค์การชุมชนขึ้น เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ งานพัฒนาสาธารณสุข ให้บรรลุเป้าหมายสู่สภาพดีถ้วนหน้า ผลลัพธ์ของโครงการดังกล่าว คือการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จาก ภาครัฐอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นมาก เมื่อเปรียบเทียบกับในปีที่ผ่านมา

อย่างไรก็ดี จากการรายงานผลความก้าวหน้าของโครงการเมื่อเดือน เมษายน 2537 พบว่าในจำนวนหมู่บ้านเป้าหมาย 593 หมู่บ้าน มีหมู่บ้านที่สามารถ พึ่งตนเองด้านสาธารณสุขได้ตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุขเพียง 213 หมู่บ้าน หรือคิดเป็นร้อยละ 35.7 เท่านั้น ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นโยบายเร่งรัดการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งเป็นรูปแบบ การพึ่งตนเองของชุมชนด้านสาธารณสุขที่ยังไม่เคยทดลองใช้มาก่อน ให้ครอบคลุม ทุกหมู่บ้านในระยะเวลานั้นนี้ แม้รัฐจะพยายามให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่รัฐเห็นว่ามีควมจำเป็นอย่างเต็มที่ก็ไม่สามารถทำให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งได้ จึงเป็น เรื่องที่น่าศึกษาว่าการที่จะทำให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่จัดตั้ง ขึ้นนี้สามารถดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งได้นั้น มีปัจจัยอะไรบ้าง ที่เกื้อหนุนต่อการดำเนินงาน และรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานของศูนย์ควร จะเป็นเช่นไร

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยจะศึกษาเฉพาะกรณี 2 หมู่บ้าน ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ทั้งนี้เนื่องจากเป็นอำเภอหนึ่งที่มีการจัดทำโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีขนาดที่ตั้งซึ่งเหมาะสมสำหรับการศึกษาวิจัย นอกจากนี้งานวิจัยเกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในประเด็นดังกล่าวก็ยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดศึกษามาก่อน ดังนั้นจึงคาดว่าผลจากการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดอื่น ๆ ในการที่จะนำไปประยุกต์ใช้ปรับปรุงและพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) อันจะนำไปสู่เป้าหมายที่มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนใน 2 หมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาคือ

- 1.2.1 เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปของหมู่บ้าน
- 1.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
- 1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
- 1.2.4 เพื่อเสนอรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.3.1 ผลจากการศึกษาจะทำให้ทราบถึงสภาพทั่วไปของหมู่บ้านที่ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกื้อหนุนต่อการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

1.3.2 สามารถเสนอรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานของศูนย์
สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การทดลองใช้เพื่อศึกษาความเหมาะสม
ของรูปแบบดังกล่าว

1.3.3 สามารถนำผลจากการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงพัฒนา
งานสาธารณสุขมูลฐานของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
เรื่องการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

1.3.4 ผลจากการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ
การวิจัยในแง่มุมอื่น เพื่อให้ได้แนวทางและรูปแบบการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน
ที่หลากหลาย อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนไทยต่อไป

1.4 ขอบเขตและข้อจำกัดของการศึกษา

1.4.1 การศึกษาดังนี้มีขอบเขตจำกัดอยู่เฉพาะเรื่องการศึกษาระบบการ
ดำเนินงาน ปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อการดำเนินงาน และการเสนอรูปแบบที่เหมาะสม
ในการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

1.4.2 รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีโดยการจำกัดสถานที่
และเลือกสนามศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจง คือ ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
2 แห่ง ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ บ้านหนองสระหมูที่ 4 ตำบล
บ้านกง ซึ่งมีการพึ่งตนเองของชุมชนด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงและบ้านโนนดู่
หมูที่ 5 ตำบลกุดกว้าง ซึ่งมีการพึ่งตนเองของชุมชนด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้นของการศึกษา

ระดับการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของพื้นที่ที่ศึกษา ได้จากผลการประเมิน
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยใช้เกณฑ์การประเมินของกระทรวง
สาธารณสุขที่กำหนดให้ใช้เหมือนกันทั่วประเทศ ซึ่งในการศึกษาดังนี้ถือว่าผล
การประเมินดังกล่าวเชื่อถือได้

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หมายถึง องค์การชุมชน ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และแก้ไขปัญหาพื้นฐานด้านสาธารณสุขของชุมชน

1.6.2 การพึ่งตนเองของชุมชนด้านสาธารณสุข หมายถึง การที่ชุมชนสามารถให้การดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนและแก้ไขปัญหาพื้นฐานด้านสาธารณสุขโดยชุมชนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งในที่นี้หมายถึง การที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สามารถดำเนินการกิจที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข การถ่ายทอดความรู้และเผยแพร่ข่าวสารสาธารณสุขแก่ประชาชน และการพัฒนากองทุนสาธารณสุขของหมู่บ้านได้ตามเป้าหมาย

1.6.3 การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การบริการสาธารณสุขผสมผสานที่จำเป็น ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งดำเนินการโดยประชาชนเพื่อประชาชน ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น และด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน

1.6.4 สุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง การที่ทุกคนมีสิทธิและมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันในการพัฒนาสุขภาพของตน รวมทั้งมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม ซึ่งจะ เป็นผลให้ทุกคนมีสุขภาพดีพอที่จะสามารถมีส่วนในการเสริมสร้างประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมของสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ได้อย่างเต็มที่

1.6.5 ชุมชน หมายถึง ชุมชนในเขตชนบทคือหมู่บ้าน ซึ่งมีการจัดตั้งและการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนแล้ว

1.6.6 การบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อันประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การจัดคนเข้าทำงาน การสั่งการ และการควบคุม ซึ่งได้ปฏิบัติเพื่อให้ภารกิจต่าง ๆ บรรลุตามเป้าหมาย

1.6.7 การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการดำเนินงานของศูนย์สาขาวาสุขมูลฐานชุมชน โดยการเข้าร่วมอาจเข้าร่วมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบวงจรก็ได้

1.6.8 การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานของศูนย์สาขาวาสุขมูลฐานชุมชนสู่ประชาชน โดยผ่านทางสื่อบุคคล ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาขาวาสุขประจำหมู่บ้าน ฯลฯ และสื่อเฉพาะกิจ ได้แก่ หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน โปสเตอร์ แผ่นพับ ฯลฯ

1.6.9 หน่วยงานภายนอกชุมชน หมายถึง หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สาขาวาสุขมูลฐานชุมชน และมีที่ตั้งอยู่ภายนอกหมู่บ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ศึกษา

1.6.10 เจ้าหน้าที่สาขาวาสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่สาขาวาสุขในสังกัดสำนักงานสาขาวาสุขจังหวัดขอนแก่น ที่รับผิดชอบงานสาขาวาสุขมูลฐาน ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

1.6.11 อาสาสมัครสาขาวาสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ประชาชนในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาขาวาสุขเพื่อทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งเป็นแกนนำในการแก้ไขปัญหาพื้นฐานด้านสาขาวาสุขของชุมชน

1.6.12 ผู้นำท้องถิ่น หมายถึง บุคคลในชุมชนที่มีความรอบรู้ มีทักษะในการจูงใจ และเป็นผู้ที่ประชาชนให้การยอมรับ ในที่นี้หมายถึงผู้นำท้องถิ่นที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้านอื่น ๆ ฯลฯ และผู้นำท้องถิ่นที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้เฒ่าผู้แก่ ครู พระสงฆ์ ฯลฯ