

2-1-2000

Primary Health Care and Health Care Reform

S. Jittapunkul

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Jittapunkul, S. (2000) "Primary Health Care and Health Care Reform," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 44: Iss. 2, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol44/iss2/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิรูประบบบริการ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล*

สาธารณสุขมูลฐานเป็นมาตรการหลักขององค์การอนามัยโลกที่ประกาศในปี พ.ศ. 2521 (Alma-Ata declaration) โดยมุ่งที่จะให้ได้ “สุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543” และยังคงได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการด้านสาธารณสุขมูลฐานมาว่าสองทศวรรษและประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามความกระตือรือร้นและความเข้มแข็งได้หยุดนิ่งมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสนใจและมีการดำเนินการอย่างเข้มข้นในอันที่จะปฏิรูประบบบริการทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็น โครงการโรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบใหม่ (autonomous hospital) โครงการบริการทางการแพทย์ขั้นปฐมภูมิ (primary medical care) โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) โครงการทางด้านการศึกษาสาธารณสุข (health care finance) ตลอดจนโครงการกองทุนชุมชน โดยก่อนหน้าการเกิดกระบวนการปฏิรูปอย่างที่เป็นอยู่ในขณะนี้ได้มีการจัดตั้งและพัฒนาองค์กรที่สำคัญจำนวนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นขั้นตอนการเตรียมพร้อมสำหรับการปฏิรูปองค์กรเหล่านั้น ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข และสถาบันบรมราชชนก นอกจากนี้ปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบันเป็นตัวเร่งให้การปฏิรูปมีการดำเนินการที่เร็วและเข้มข้น โดยเฉพาะการปฏิรูปที่สัมพันธ์กับการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรและระบบเพื่อลดภาระของรัฐลง อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าแปลกใจว่าในกระบวนการปฏิรูปไม่มีการบรรจุ การปฏิรูประบบบริการเพื่อพัฒนาศักยภาพ “สาธารณสุขมูลฐาน” เข้าไว้ด้วย ประหนึ่งว่าสาธารณสุข

มูลฐานเป็นของเก่าเก็บหรือมีความสมบูรณ์พร้อมอยู่แล้ว

อะไรคือสาธารณสุขมูลฐาน ?

มีผู้กล่าวถึงสาธารณสุขมูลฐานมากมายแต่พบว่าผู้ที่เข้าใจสาธารณสุขมูลฐานอย่างชัดเจนกลับมีอยู่ไม่มากนัก สาเหตุสำคัญเกิดเนื่องจากความซับซ้อนของความหมายที่มองได้หลายมิติและการที่ไม่มีลักษณะที่เป็นเอกภาพอันเป็นผลมาจากสภาพของชุมชน-ระบบบริการ-ความพร้อมทางทรัพยากรที่แตกต่างกันของประเทศต่าง ๆ ที่นำเอาสาธารณสุขมูลฐานไปประยุกต์ใช้ แต่การที่ไม่มีลักษณะที่เป็นเอกภาพเป็นสิ่งย้ำเตือนว่าความเข้าใจใน “สาธารณสุขมูลฐาน” อย่างถ่องแท้เป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อที่ผู้นำไปปฏิบัติจะสามารถดำเนินการได้ตามเป้าประสงค์

สาธารณสุขมูลฐานอาจพิจารณาได้ในหลายมิติ⁽²⁾ ดังต่อไปนี้

1. **มิติทางปรัชญา** - สาธารณสุขมูลฐานวางอยู่บนปรัชญาเพื่อความเป็นธรรมในการเข้าใช้บริการทางสุขภาพ - เพื่อให้เกิดความจำเป็นและความต้องการของชุมชน - เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน - เพื่อให้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง - และเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง
2. **มิติทางกลยุทธ์** - สาธารณสุขมูลฐานเน้นกลยุทธ์ในการปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อที่จะให้บริการแบบเบ็ดเสร็จที่จำเป็นแก่ประชากรอย่างทั่วถึง กลยุทธ์สำคัญที่สุดคือการสร้างและพัฒนา “จุดแรกของการพบกัน” ระหว่างประชากรและผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานด้านสุขภาพและเพื่อเป็นช่องทางให้ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศอย่างทั่วถึง
3. **มิติของระดับการบริการ** - เป็นระดับบริการพื้นฐานที่สุด

*ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ของโครงสร้างซึ่งเป็นที่รวมของโครงการและบริการต่าง ๆ ทางสุขภาพ ได้แก่ การแพทย์ การสาธารณสุขอื่น การบริการ สังคม ความมั่นคง การศึกษา สิ่งแวดล้อม เป็นต้น (ถึงแม้ว่า "หน่วยบริการทางสุขภาพระดับต้น" เช่น สถานีอนามัย หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข จะดูเหมือนเป็นหน่วยสำคัญของโครงสร้างในระดับนี้แต่หน่วยบริการนี้ไม่ใช่สาธารณสุขมูลฐานโดยทั้งหมด เพียงแต่เป็นกลไกหนึ่งทางภาครัฐหรือองค์กรท้องถิ่น)

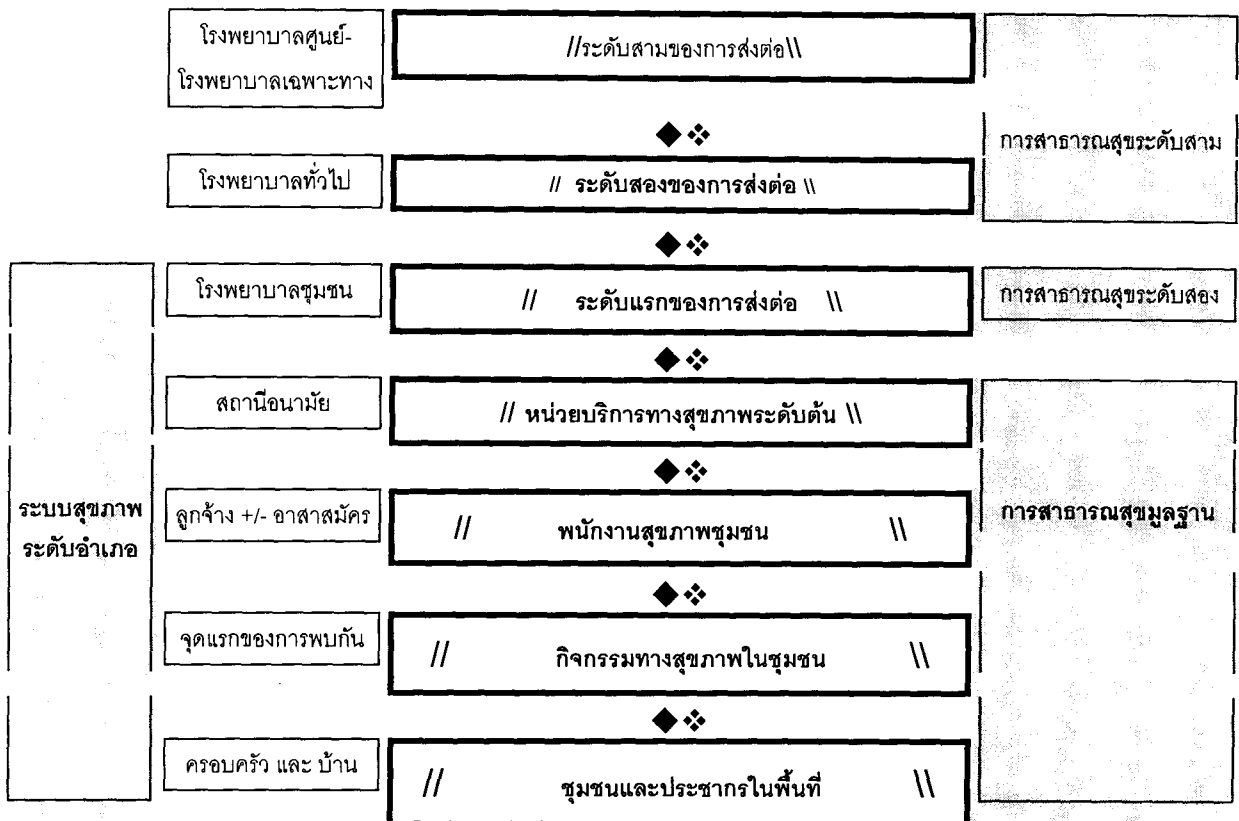
4. **มิติรูปแบบโครงการ** - เป็นแหล่งรวมของโครงการที่นำมาสู่สุขภาพที่ดี ได้แก่ การส่งเสริม-ป้องกัน-รักษาเบื้องต้น-ฟื้นฟูสมรรถภาพ แหล่งน้ำสะอาด สุขอนามัย การบริการ แม่และเด็ก การบริการผู้สูงอายุ การบริการที่บ้าน การบริการสังคมผู้พิการและด้อยโอกาส การต่อต้านยาเสพติด เป็นต้น

สาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system)

นอกจากสาธารณสุขมูลฐานทางองค์การอนามัย

โลกยังได้มีการพัฒนากระบวนการที่สอดคล้องและเพื่อเสริมศักยภาพของการสาธารณสุขมูลฐานให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยในที่สุดได้ข้อสรุปถึงความจำเป็นของการจัดตั้ง "ระบบสุขภาพระดับอำเภอ"^(2,3) ระบบนี้มุ่งให้อำเภอเป็นระบบองค์รวมทางสุขภาพ โดยเน้นการกระจายอำนาจจากส่วนกลางลงไปให้ระดับอำเภอและมีโรงพยาบาลระดับอำเภอเป็นแกนของการดำเนินการ ชุมชนและองค์กรต่าง ๆ อาทิตัวแทนชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล วัด โรงเรียน หน่วยงานธุรกิจ เป็นต้น จะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชากรในอำเภอ นอกจากนั้นประชากรในอำเภอจะต้องมีส่วนร่วมในการะของการให้ได้มาซึ่งสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับที่เหมาะสมกับสถานะของท้องถิ่น ดังนั้นจะเห็นว่าระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นการขยายขอบเขตของการสาธารณสุขมูลฐานและเป็นการสนับสนุนระบบสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ (รูป)

โครงสร้างระบบบริการการบริการด้านสุขภาพของประเทศ : เน้นโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐาน



ระบบสุขภาพ
ระดับอำเภอ

สิ่งที่น่าจับตามองเป็นอย่างยิ่งก็คือ “โครงการโรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบใหม่” ในกระบวนการปฏิรูประบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” เพียงใด แต่สิ่งหนึ่งที่แตกต่างกันและอาจเป็นเหตุให้ผลที่ออกมาแตกต่างกันก็คือ “ที่มาหรือมูลเหตุพื้นฐาน” โดยระบบสุขภาพระดับอำเภอเริ่มจาก “จุดมุ่งหมายทางสังคม” (communitarians) โดยมุ่งที่จะให้ประชากรในพื้นที่ได้รับโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีส่วนร่วมทั้งในการกำหนดประเด็นและการสนับสนุนทางทรัพยากร ในขณะที่โครงการโรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบใหม่ถูกขับเคลื่อนด้วยความจำเป็นในปัจจุบันที่จะต้อง “เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล” ของหน่วยงาน (utilitarians) ผลที่อาจออกมาแตกต่างกันกำลังได้รับการจับตามองจากบุคคลหลายฝ่าย อย่างไรก็ตามด้วยศักยภาพขององค์กรและบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขเชื่อว่าในที่สุดโครงการโรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบใหม่จะได้รับการขับเคลื่อนให้เข้าใกล้กับระบบสุขภาพระดับอำเภอและอาจเป็นตัวอย่างของการปฏิรูปที่ดีที่เกิดจากวิกฤติ

จุดอ่อนของสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

กระบวนการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย ในภาพรวมที่ผ่านมาจุดอ่อนที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

1. ขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมและระดับ “หน่วยบริการสุขภาพระดับต้น” อยู่ห่างจากชุมชนมากเกินไป โดยส่วนใหญ่ติดอยู่ที่ระดับอำเภอเนื่องจากความไม่เพียงพอและความไม่พร้อมในศักยภาพของสถานีนอมา้ยทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพและเป็นเหตุทำให้หัวจักรในการดำเนินการไม่สัมฤทธิ์ผล นอกจากจะทำให้เกิดข้อจำกัดทั้งในด้านการดำเนินการแล้วยังทำให้กลยุทธ์สำคัญที่สุดของสาธารณสุขมูลฐานซึ่งก็คือ - “จุดแรกของการพบกัน” ระหว่างประชาชนกับระบบสุขภาพของประเทศยังไม่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพที่ดีพออีกด้วย

2. มีความเข้าใจผิดจำนวนมากว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นสัญลักษณ์ของการสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้

เกิดการประเมินความสำเร็จของสาธารณสุขมูลฐานด้วยการใช้ปริมาณเป็นหลัก (ปัจจุบันมีแต่ อสม. โดยเปลี่ยนสถานภาพ ผสส. เป็น อสม.)

3. การคัดเลือก อสม. และ ผสส. จำนวนมากไม่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย และจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้เกิดจากความมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจัง ร่วมกับการขาดการสนับสนุนทำให้เกิดปัญหาความไม่ยั่งยืน

4. ภาระงานมากมายถูกส่งต่อให้ อสม. และ ผสส. ซึ่งเป็น อาสาสมัคร และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาของความไม่พร้อมทั้งในด้านกำลัง-เวลา-ความสามารถที่สำคัญยังทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนอีกด้วย

5. ชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการทิศทางของระบบสุขภาพไทย

กระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิรูปมาโดยตลอดนับตั้งแต่ได้แยกออกจากกระทรวงมหาดไทย (การปรับปรุงส่วนราชการครั้งแรก) โดยในระยะก่อน พ.ศ. 2505 หรือก่อนแผนพัฒนาฉบับที่ 1 เป็น “ระยะตั้งตัว” และเป็นระยะที่การแพทย์และการบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังกระจุกตัวอยู่ในจังหวัดพระนคร ธนบุรี และหัวเมืองใหญ่ ๆ

ระยะ พ.ศ. 2505 - 2519 เป็นระยะ “กระจายตัวระยะที่หนึ่ง” ของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลออกไปในส่วนต่าง ๆ ของประเทศมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับจังหวัด แต่โดยส่วนใหญ่แล้วก็ยังอยู่ในกรุงเทพมหานคร ฯ (จังหวัดพระนครรวมกับจังหวัดธนบุรีในปี พ.ศ. 2515) และเขตชุมชนเมือง ในช่วงปลายของระยะนี้ (พ.ศ. 2517) เกิด การปฏิรูปโครงสร้างครั้งใหญ่ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการจัดตั้งสำนักงานปลัดกระทรวงขึ้น (การปรับปรุงส่วนราชการครั้งที่ 2) และนับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้เกิดการกระจายตัวระยะที่สองของสาธารณสุข

ระยะ พ.ศ. 2520 - 2529 เป็นระยะ “กระจายตัวระยะที่สอง” โดยมีการกระจายการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำเข้าสู่ในระดับอำเภอเป็นรูปธรรม ในระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนคือการปฏิรูปแผนยุทธการจาก “การตั้งรับ” ไปเป็น “การรุก” มากขึ้นโดยเน้นที่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้การให้รัฐสวัสดิการแก่ผู้มีรายได้

น้อยได้เปลี่ยนการคัดเลือกบุคคลจากโดยโรงพยาบาลไปเป็นโดยชุมชน (นับเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการบริการเป็นครั้งแรก) และยังเริ่มการดำเนินการ "ระบบสาธารณสุขมูลฐาน" (เป็นการเริ่มเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการการบริการสุขภาพ) ดังนั้นนับได้ว่าระยะนี้เป็นระยะ "การมีส่วนร่วมของชุมชน" (community participation) มากขึ้น

ระยะ พ.ศ. 2530 - 2539 การกระจายตัวยังอยู่ในระยะที่สอง แต่มีการปรับโครงสร้างของกระทรวงที่เน้นไปยัง "การจัดการโรคและปัญหาของการพัฒนาและพฤติกรรม" และ "ระบบแผนงาน - ข้อมูล - วิจัย" อันเป็นระบบสนับสนุนต่อการพัฒนาในระยะต่อไป (การปรับปรุงส่วนราชการครั้งที่ 3) และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ **การปฏิรูปโครงสร้างครั้งใหญ่**อีกครั้งที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน ปัจจัยที่เป็นตัวเร่งให้เกิดการปฏิรูปได้แก่

1. ปัญหาทางสุขภาพเปลี่ยนไป ความสำคัญของการระบาดของโรคติดเชื้อที่มีแมลง-สัตว์-ปัจจัยแวดล้อมเป็นพาหะ (ปัญหาสุขภาพแบบที่ 1) ได้ลดลง ในขณะที่ความสำคัญของการระบาดของโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ ยาเสพติด มลพิษและโรคเอดส์ซึ่งแพร่กระจายโดยปัญหาทางพฤติกรรมและสัมพันธ์กับความเจริญ (ปัญหาสุขภาพแบบที่ 2) มีความสำคัญมากขึ้น การป้องกันโรคประเภทหลังนี้ไม่สามารถใช้วิธีการแบบการให้วัคซีนหรือปรับปรุงแค่ปัจจัยพื้นฐานได้อีกต่อไป ค่าใช้จ่ายในการป้องกันระดับปฐมภูมิจะสูงขึ้นมากและประสิทธิภาพกลับไม่ดีและรวดเร็วเท่าการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อที่มีแมลง-สัตว์ปัจจัยแวดล้อมเป็นพาหะ นอกจากนี้การป้องกันระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีความสำคัญยิ่งในการจัดการกับปัญหาสุขภาพแบบที่ 2 ทำให้เกิดความต้องการความชำนาญเฉพาะเพิ่มขึ้นและค่าใช้จ่ายในเทคโนโลยีต่าง ๆ สูงขึ้น

2. โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป เป็นที่แน่ชัดว่าปริมาณและสัดส่วนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรกลุ่มนี้มีอัตราการเจ็บป่วยและใช้ทรัพยากรทางสุขภาพมากกว่าคนอายุน้อยมากและมีผลกระทบต่อการ

ให้บริการของโรงพยาบาลชัดเจนโดยจะเกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า "ภาวะอุดกั้นเตียง (bed - block)" ในขณะเดียวกันประชากรกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพในระดับสูงทำให้เกิดความต้องการการบริการในระดับชุมชน

3. การปฏิรูปการเมือง ความเป็นประชาธิปไตยอำนาจของปัจเจกบุคคล พลังของสื่อมวลชน ความกดดันของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน การขยายตัวของความไม่เท่าเทียมกันในสังคมและปัญหาเศรษฐกิจของชาติอันนำไปสู่การผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบราชการ

4. ปัญหาเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบัน

ทิศทางการปฏิรูปอาจประกอบไปด้วย

1. การปฏิรูปการบริหารให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจของการปกครอง และการบริหารแบบรวมศูนย์จะลดลง

2. การปรับโครงสร้างเพื่อให้ระดับของการบริการระดับปฐมภูมิเข้าใกล้ชุมชนมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ซึ่งนโยบายเชิงรุกมากยิ่งขึ้น (การกระจายตัวครั้งที่สาม)

3. การปรับปรุงระบบฐานข้อมูลและพัฒนาการประกันคุณภาพบริการทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชน

4. การนำเอาระบบ privatisation มาใช้เพื่อให้ระบบการประกันสุขภาพสัมฤทธิ์ผล

ดังนั้นแนวโน้มของการกระจายตัวระยะที่สามที่จะเกิดขึ้นก็คือการขยายศักยภาพและจำนวนของสถานอนามัย ซึ่งเป็น "หน่วยบริการทางสุขภาพระดับต้น" นั่นเอง และนั่นคือการขยายตัวของระบบบริการเข้าสู่ระดับตำบลอย่างเต็มรูปแบบ การเกิดองค์การบริหารส่วนตำบลในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ยังสนับสนุนและกำหนดแนวโน้มดังกล่าวว่าไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และเป็นสัญญาณที่ชัดเจนว่า "ระบบสาธารณสุขมูลฐาน" จะต้องได้รับการพัฒนาควบคู่ไปกับการเพิ่มศักยภาพของ "หน่วยบริการทางสุขภาพระดับต้น" อย่างไรก็ตามทิศทางของการพัฒนาควรจะคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้

1. เสริมสร้างสถานอนามัยให้มีความพร้อมในการ

ทำงานระดับชุมชนอย่างแท้จริง

2. เจ้าหน้าที่ในสถานีย่อยอย่างน้อยจะต้องประกอบไปด้วย พยาบาล - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - นักกายภาพบำบัด - นักสังคมสงเคราะห์ (ในกรณีที่ต้องคัดกรองถึงไม่สามารถดำเนินการได้) ที่ได้รับฝึกฝนและมีความรู้ความเข้าใจอย่างดีในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน และสามารถให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งการส่งเสริม-ป้องกัน-รักษาเบื้องต้น-ฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน โดยจะต้องครอบคลุมทั้งด้านบริการสุขภาพและสังคม **จำนวนของเจ้าหน้าที่จะต้องมากเพียงพอที่จะดำเนินการ** ทั้งนี้จะต้องมีการสนับสนุนและการประสานงานเป็นประจำจากโรงพยาบาลชุมชน

3. ในการพัฒนาช่องทางที่จะเอื้อให้เกิดทั้ง "จุดแรกของการพบกัน" และการบริการที่บ้าน-ชุมชน จำเป็นจะต้องมี "พนักงานสุขภาพชุมชน" (community health workers) โดยการจ้างบุคคลในชุมชนที่เหมาะสม ร่วมกับการใช้อาสาสมัครที่มีอยู่ (เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน) สำหรับกลวิธีและกระบวนการสำคัญของ "จุดแรกของการพบกัน" ได้แก่

- การนำส่งตนเอง (self care)
- เครือข่ายการนำส่งที่ไม่เป็นทางการ (informal care) เช่น การเกื้อกูลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชมรม อาสาสมัคร วัด และผู้นำชุมชน เป็นต้น

- เครือข่ายการนำส่งที่เป็นทางการ (formal care) เช่น บุคลากรทางสุขภาพ-สังคม เจ้าหน้าที่รัฐ และระบบการเยี่ยมบ้านและการค้นหา เป็นต้น

4. ระบบบันทึกและการเก็บข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญ สำหรับการกำหนดลำดับความสำคัญซึ่งชุมชนจะต้องมีส่วนร่วม นอกจากนั้นยังช่วยให้การดำเนินการมีความต่อเนื่องทั้งในระดับบุคคลและประชากร

5. องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรในท้องถิ่น วัด และตัวแทนชุมชน จะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะในระดับตำบลทั้งในด้านการกำหนดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการร่วมสร้างเครือข่ายที่จะส่งเสริมจุดแรกของการพบกัน นอกจากนั้นหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ เช่น

ด้านการศึกษา แรงงาน สิ่งแวดล้อม ความมั่นคง เป็นต้น จะต้องมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการสอดประสานอันจะนำไปสู่ความสำเร็จทางสุขภาพของชุมชน

6. ต้องมีระบบพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

คำถามเดิมที่ต้องกลับมาถามใหม่

คงเป็นที่น่าฉงนว่าทำไมในกระบวนการปฏิรูปในปัจจุบันจึงไม่ได้รวมเอาการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานและการกระจายการบริการระยะที่สามเข้าไว้ด้วย หรือว่าผู้ที่ดำเนินการคาดหวังว่าถ้าโครงการโรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบใหม่และการพัฒนากองทุนชุมชนประสบความสำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดการดำเนินการเป็น "ระบบสุขภาพระดับอำเภอ" และมีการกระจายของการบริการเข้าใกล้ชุมชนมากขึ้นตามความต้องการและความเหมาะสมกับท้องถิ่น การคาดหวังเช่นนี้ย่อมเป็นไปได้เช่นกันแต่คงใช้เวลาที่นานมากพอสมควร หรืออาจเกิดได้เพียงบางพื้นที่เท่านั้น ในทางตรงข้ามการเฝ้าระวังในขณะที่มีแรงกดดันจากปัญหาต่าง ๆ ในปัจจุบันและกำลังทวีคูณขึ้นในอนาคตอันใกล้ เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาโรคเอดส์ ประชากรชรา และการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้พิการ-ทุพพลภาพ อาจเป็นการรบกวนหรือมาเมื่อสายเสียแล้วก็เป็นที่น่าเป็นห่วง แต่ไม่ว่าอย่างไรก็ตามปลายทางของหนทางทั้งสองจะไปสู่เป้าหมายเดียวกันตามแนวโน้มหรือทิศทางของการปฏิรูปโดยมีสุขภาพและความมั่นคงของชุมชนเป็นเดิมพัน

บรรณานุกรม

1. Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Geneva, World Health Organization, 1978 ("Health for All" Series, No.1).
2. WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level. Hospitals and health for all. Geneva, World Health Organization Tech Rep Ser 1987;744: 1-82