

กว่า 3 ทศวรรษสาธารณสุขไทย (คัดมาจาก Hfocus 2014-07-13)



ขอบคุณภาพจาก <http://kanchanapisek.or.th>

ในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปี พ.ศ. 2520 ได้มีมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” โดยที่ประชุมได้เรียกร้องให้รัฐบาลของประเทศเป็นผู้รับผิดชอบ และจัดหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 หรือ Health for all by the year 2000

ต่อมาในเดือนกันยายน 2521 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care; PHC) ที่เมืองอัลมา อตา สหพันธรัฐรัสเซีย เพื่อร่วมกันพิจารณาหาวิธีที่จะทำให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ และที่ประชุมได้มีแถลงการณ์ที่กันเรียกว่า คำประกาศอัลมา อตา (Alma Ata Declaration) ซึ่งระบุว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเพื่อความยุติธรรมในสังคม และเป็นกุญแจที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543 ได้”

ประเทศไทยโดย พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรเพื่อพัฒนาทางสุขภาพ (Charter for Health Development) อันเป็นข้อตกลงระหว่างไทยกับองค์การอนามัยโลก ยืนยันว่าจะยึดถือการสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขของประเทศ ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 ดังนั้น จะเห็นได้ว่า งานสาธารณสุขมูลฐานไทยได้ดำเนินการผ่านมาแล้วสามทศวรรษ จวบจนเริ่มเข้าสู่ทศวรรษที่สี่ ซึ่งเส้นทางการดำเนินการที่ผ่านมานั้นล้วนน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง

พัฒนาการของสาธารณสุขมูลฐานในไทย

“การสาธารณสุขมูลฐาน คือการดูแลสุขภาพอนามัยโดยประชาชน เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน ด้วยการสนับสนุนของรัฐ”

หากเมื่อพิจารณาถึงงานสาธารณสุขมูลฐานในไทยนั้น พบว่า ได้มีการดำเนินงานมาก่อนที่รัฐบาลจะประกาศนโยบายตามมติองค์การอนามัยโลก สามารถแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน ได้ดังนี้

1. พัฒนาการระยะแรก (พ.ศ. 2504-2519)

งานสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นมาจากการที่ประชาชนในชนบทประสบกับปัญหาสุขภาพอนามัยและปัญหาการขาดแคลนของบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2504-2505 มีการอบรมอาสาสมัครกำจัดไข้มาเลเรียขึ้น เพื่อช่วยแก้ปัญหาโรคมาเลเรียที่มีการระบาดในขณะนั้น ในปี 2509 นพ.สมบูรณ์ วัชรวิทย์ ศึกษาและพบว่า อัตราการไปใช้บริการที่สถานอนามัยตำบลทุกระดับมีระดับต่ำมาก จึงหาวิธีแก้ไขโดยจัดทำโครงการทดลองที่สำคัญ คือ โครงการส่งเสริมอนามัยชนบท จ.พิษณุโลก ในเวลาเดียวกันกับ นพ.อมร นนทสุต ก็ได้ทำการทดลองโครงการที่ อ.สารภี จ.เชียงใหม่

หลังจากทดลองโครงการไประยะหนึ่งคณะกรรมการดำเนินโครงการสารภี ประกอบด้วย นพ.สมบุญ วัชรวิทย์ นพ.อมร นนทสุต และ **นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์** เห็นว่า ควรนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ พร้อมทั้งได้คัดเลือกประชาชนมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) หลังจากนั้น 1 ปี พบว่า อัตราการมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการขยายโครงการไปยังอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ และอ.โนนไทย จ. นครราชสีมา

2.ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)

พ.ศ. 2522 โครงการสาธารณสุขมูลฐานได้เริ่มต้นและผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ภายใต้ “แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)” มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนงาน และการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรม สสม. ต่อมาในปี 2523 หลังจากที่ได้มีการร่วมลงนามกับองค์การอนามัยโลก ในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นส่วนราชการ มีฐานะเทียบเท่ากอง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันคือ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แผนงาน สสม. จะเน้นหนักการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น ครูฝึกสาธารณสุขมูลฐาน และจัดอบรม ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) รวมทั้งสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ มีการกำหนดกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 กิจกรรมตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ระยะเวลาที่ ถือได้ว่าเป็นระยะการสร้างอสม.และผสส. กำหนดกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน รวมทั้งมีการจัดระบบบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานในกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการครั้งแรก เป็นการเริ่มต้นของการพัฒนา 3 ก. คือ กำลังคน กองทุน และการบริหารจัดการ

3.ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525 - 2529)

มีการจัดตั้งหน่วยงานฝึกอบรมสาธารณสุขมูลฐานขึ้นหลายแห่ง ทั้งในเขตปริณทลและภูมิภาคโดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัยเสนอ "โครงการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน" เพื่อขอสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาลญี่ปุ่น ภายใต้โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แห่งอาเซียน (ASEAN HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT PROJECT) รัฐบาลญี่ปุ่นได้ลงนามให้ความช่วยเหลือด้านการก่อสร้างและด้านวิชาการในวงเงิน 400 ล้านบาท เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2525 ประกอบด้วยศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขแห่งอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลศาลายา นครปฐมปัจจุบันคือ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน และศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ภาค ปัจจุบันคือ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ ภาคกลาง (ชลบุรี) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ขอนแก่น) ภาคเหนือ (นครสวรรค์) ภาคใต้ (นครศรีธรรมราช) และชายแดนภาคใต้ (ยะลา) รวมทั้งมีการกำหนดสายงานรองรับในระดับจังหวัด คือ “งานสาธารณสุขมูลฐาน” อยู่ภายใต้งานพัฒนาบุคลากร รวมทั้งกำหนดบทบาทรองรับในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานอนามัย การดำเนินงานในระยะนี้ เป็นช่วงการประสานงานเพื่อดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานร่วมกันใน 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์การเกษตร กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดโครงการ “ปริมงคลการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” ส่งเสริมให้เกิด “กระบวนการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ระหว่างหมู่บ้าน” หรือ “โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน” ทั้งยังเริ่ม “โครงการปริมงคลคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ(ปรช.)” โดยใช้เครื่องมือ

ชีวิต “ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)” เป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้การวางแผนขององค์กรที่จัดตั้งขึ้นใหม่ คือ “คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ” โดยมีการดำเนินการตามกระบวนการ จปฐ. และกชช 2 ค. ซึ่งมี 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด ในจังหวัด อำเภอบ้านลาด และหมู่บ้านทั่วประเทศ

4.ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534)

ในระยะนี้ จะเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้เกณฑ์จปฐ. เพื่อเร่งรัดให้เกิดการดำเนินงานสม. ให้ขยายครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ทั้งเขตชนบทและเขตเมือง มุ่งปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการตามระบบการพัฒนาแบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) ในการพัฒนาศักยภาพของอสม. มีการปรับเปลี่ยนหลักสูตรเป็นรูปแบบผสมผสาน โดยได้รับงบประมาณในการฝึกอบรมโดยตรงจากคณะกรรมการสม. มีการเพิ่มกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐาน 2 กิจกรรม ได้แก่ งานทันตสาธารณสุข และงานสุขภาพจิต รวมเป็น 10 กิจกรรม



ขอบคุณภาพจาก www.siced.ac.th

5.ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539)

เป็นการดำเนินการต่อจากแผนฯ 6 มุ่งเน้นให้ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และบรรลุคุณภาพชีวิต ในปีพ.ศ. 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. มีการเพิ่มกิจกรรมใหม่ของงานสม.อีก 4 กิจกรรม คือ อนามัยสิ่งแวดล้อม, การคุ้มครองผู้บริโภค, การควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ, และการป้องกันและควบคุมเอดส์ รวมเป็น 14 องค์ประกอบ ได้แก่ งานโภชนาการ งานสุขศึกษา การรักษาพยาบาล การจัดหายาที่จำเป็น การสุขภาพิบาลและจัดหาน้ำสะอาด อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมสุขภาพฟัน การส่งเสริมสุขภาพจิต อนามัยสิ่งแวดล้อม คุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมเอดส์

มีการส่งเสริมและการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขโดยชุมชน จัดตั้ง “ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)” ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ในเขตชนบท มีการปรับปรุงตัวชี้วัดจปฐ. เป็น 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด และมีการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. เป็นประจำทุกปี จนถึงปัจจุบัน และได้ผลักดันให้มีวันสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข จนวันที่ 21 ธันวาคม 2536 คณะรัฐมนตรีได้

อนุมัติให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ 20 มีนาคม 2537

6.ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544)

มีการส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งเสริมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้เป็นแกนสำคัญในการดูแลสุขภาพของครอบครัว และส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ 7,500 บาทต่อหมู่บ้านต่อปี เพื่อดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ พัฒนาศักยภาพคน แก้ไขปัญหาสาธารณสุข และให้บริการใน ศสมช.

7.ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549)

เกิดการปฏิรูประบบราชการ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เกิดระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ต่อยอดแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน มีการถ่ายโอนงบประมาณเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ 7,500 บาท ต่อหมู่บ้านต่อปี ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

8.ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 – ปัจจุบัน)

เกิดกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนงบประมาณ ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข



สัญลักษณ์การสาธารณสุขมูลฐานและความหมาย

ประเทศไทย ได้กำหนดสัญลักษณ์ของการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) ดังภาพ โดยมีความหมาย ดังนี้

- ภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง ประชาชน ครอบครัว และชุมชน
- ภาพกลุ่มคนประสานมือล้อมภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง การประสานความร่วมมือขององค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบครัว และชุมชน
- สีแดง หมายถึง เลือดเนื้อของชีวิตมนุษย์ เปรียบเสมือนการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งจะหล่อเลี้ยงให้ประชาชนมีสุขภาพดี
- สีน้ำเงิน หมายถึง ความยิ่งใหญ่ กว้างใหญ่ ความหนักแน่นมั่นคง