

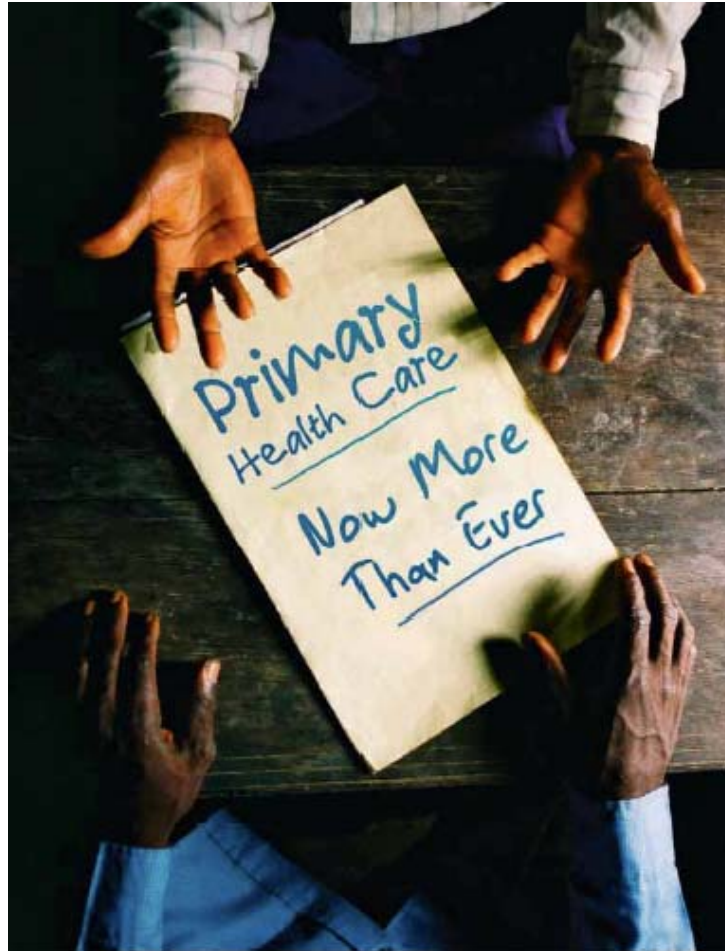
ข้อเสนอทศวรรษที่ ๔ ของการสาธารณสุขมูลฐาน
ไทย

รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง

ทญ.ศุภลักษณ์ เลิศมโนรัตน์

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จากอัลมาอตา ถึง รายงานปี ๒๐๐๘



Primary health care = social
approach in health

ทบทวนแก่นสาระ สาธารณสุขมูลฐาน

สาธารณสุขมูลฐาน กำเนิดจากปัญหาความไม่เป็นธรรม

Primary health care embraced a holistic view of health that went well beyond a narrow medical model. It recognized that many root causes of ill health and disease lie beyond the control of the health sector and thus must be tackled through a broad whole-of-society approach.

Doing so would meet several objectives: better health, less disease, greater equity, and vast improvements in the performance of health systems.

คืออุดมการณ์ คือยุทธศาสตร์
มากกว่าระบบบริการเบื้องต้นและ อสม

- สาธารณสุขมูลฐาน a set of **values, principles and approaches** aimed at raising the level of health in deprived populations- **EQUALITY**
- The PHC values to achieve health for all require health systems that ***“Put people at the centre of health care”***



ทศวรรษใหม่ โจทย์ใหม่ทางสุขภาพและการพัฒนา

Aging society and chronic diseases
Emerging & re-emerging diseases
Climate change & disasters
Inefficiency & unfairness

PART ONE OVERVIEW

CHRONIC DISEASES ARE THE MAJOR CAUSE OF DEATH IN ALMOST ALL COUNTRIES

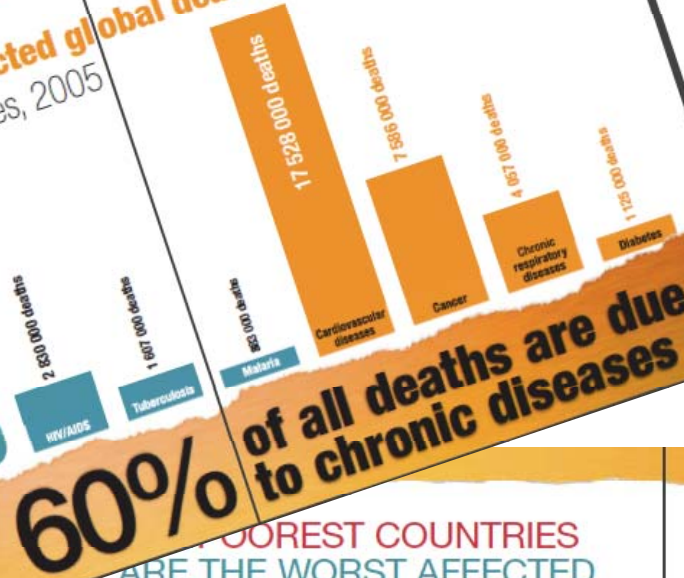
Chronic diseases include heart disease, stroke, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes. Visual impairment and blindness, hearing impairment and deafness, oral diseases and genetic disorders are other chronic conditions that account for a substantial portion of the global burden of disease.

From a projected total of 58 million deaths from all causes in 2005,¹ it is estimated that chronic diseases will account for 35 million, which is double the number of deaths from all infectious diseases (including HIV/AIDS, tuberculosis and malaria), trauma and perinatal conditions, and nutritional deficiencies combined.

¹ The data presented in this section were obtained by WHO using standard methods to measure cause-specific mortality. They are not necessarily the official statistics of member states.

35 000 000
people will die from
chronic diseases
in 2005

Projected global deaths by cause, all ages, 2005



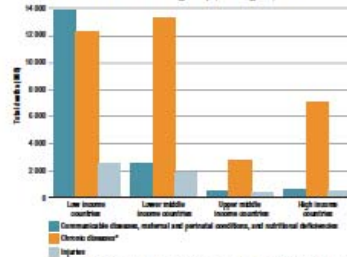
60% of all deaths are due to chronic diseases

POOREST COUNTRIES ARE THE WORST AFFECTED

Only 20% of chronic disease deaths occur in high income countries – while 80% occur in low and middle income countries, where most of the world's population lives.

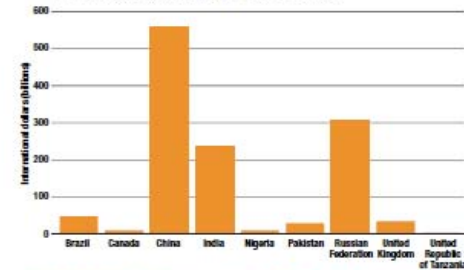
As this report will show, even least developed countries such as the United Republic of Tanzania are not immune to the growing problem.

Projected deaths by major cause and World Bank income group, all ages, 2005



* Chronic diseases include cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases, diabetes, neurological and all other major diseases, musculoskeletal and eye diseases, digestive diseases, genetic chronic diseases, congenital anomalies and all causes.

Projected foregone national income due to heart disease, stroke and diabetes in selected countries, 2005–2015



THE PROBLEM HAS SERIOUS IMPACT

The burden of chronic disease:

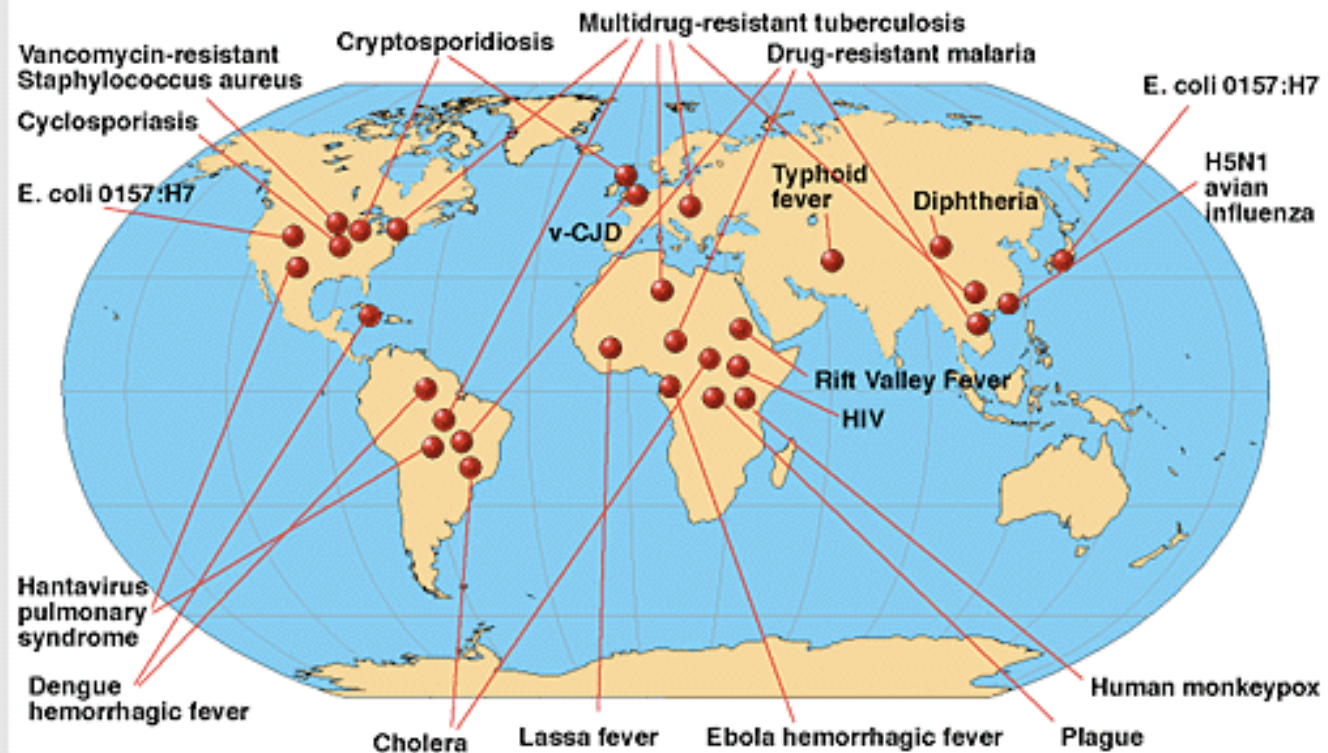
- has major adverse effects on the quality of life of affected individuals;
- causes premature death;
- creates large adverse – and underappreciated – economic effects on families, communities and societies in general.

80% of chronic disease deaths occur in low and middle income countries

\$558 billion

The estimated amount China will forego in national income over the next 10 years as a result of premature deaths caused by heart disease, stroke and diabetes

Examples of Emerging and Re-Emerging Diseases





Drought in Portugal spawns brushfires, 2003



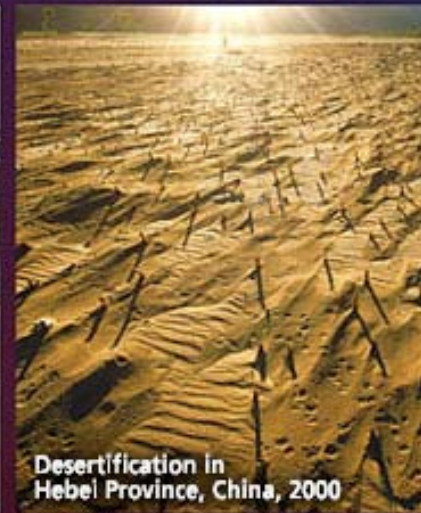
Hurricane Mitch over the Caribbean Sea, 1998



Margerie Glacier calves, Alaska, 2006



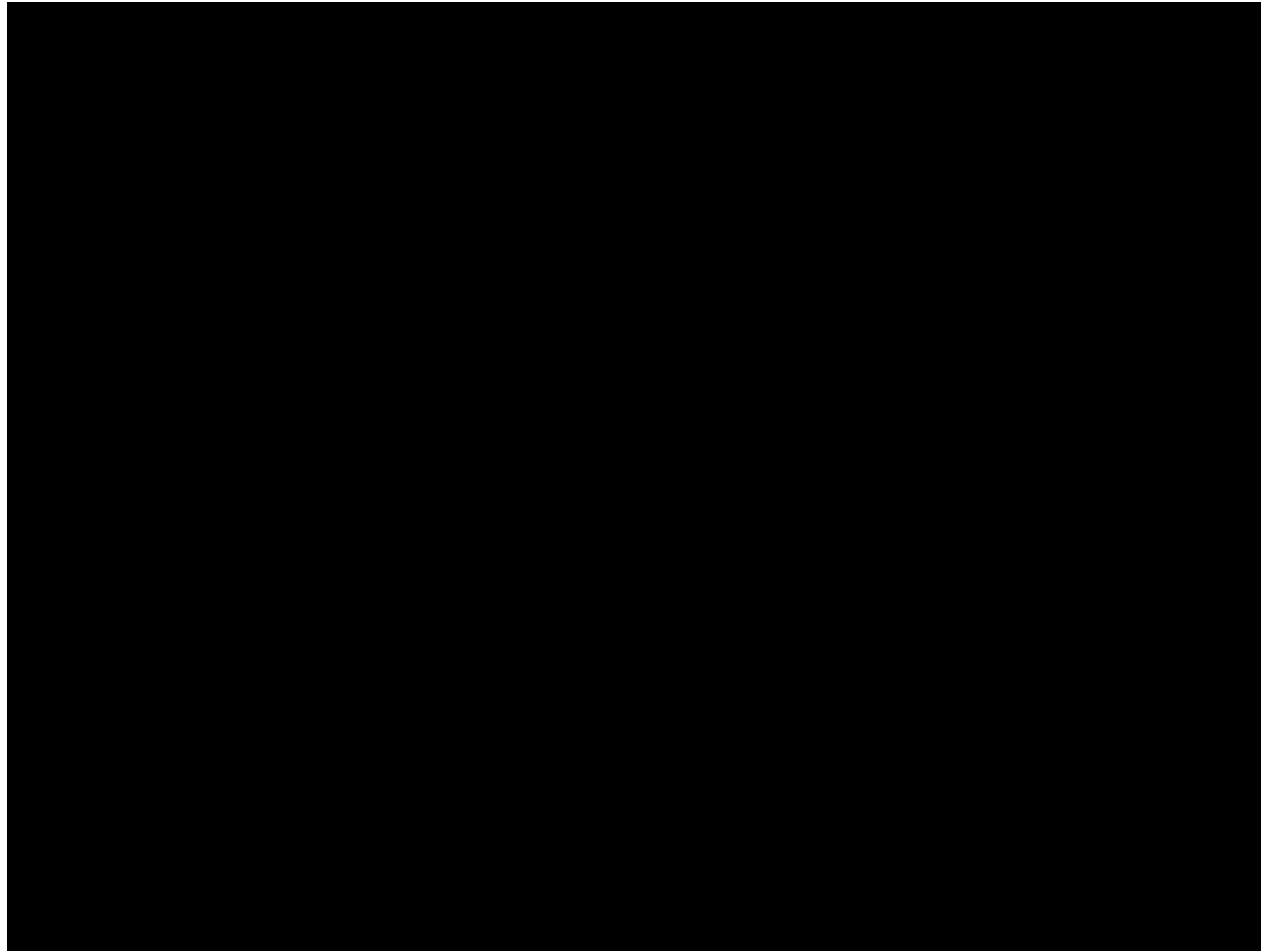
Hurricane Mitch strikes La Ceiba, Honduras, 1998



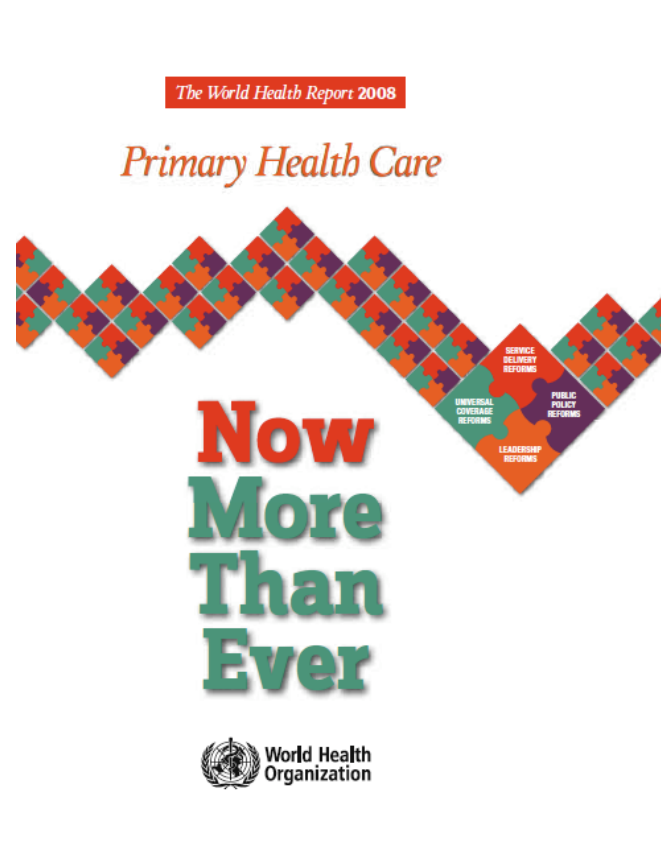
Desertification in Hebei Province, China, 2000

Clockwise from lower left: AP Photo/Mictor R. Craivano; AP Photo/LUSA, Paulo Barata; NASA/Goddard Space Flight Center; AP Photo/Dr. Scott M. Lieberman; Mark Henley/Panos

ความเป็นธรรมและความไร้ประสิทธิภาพ
ของระบบสุขภาพ ... **Now More than ever**



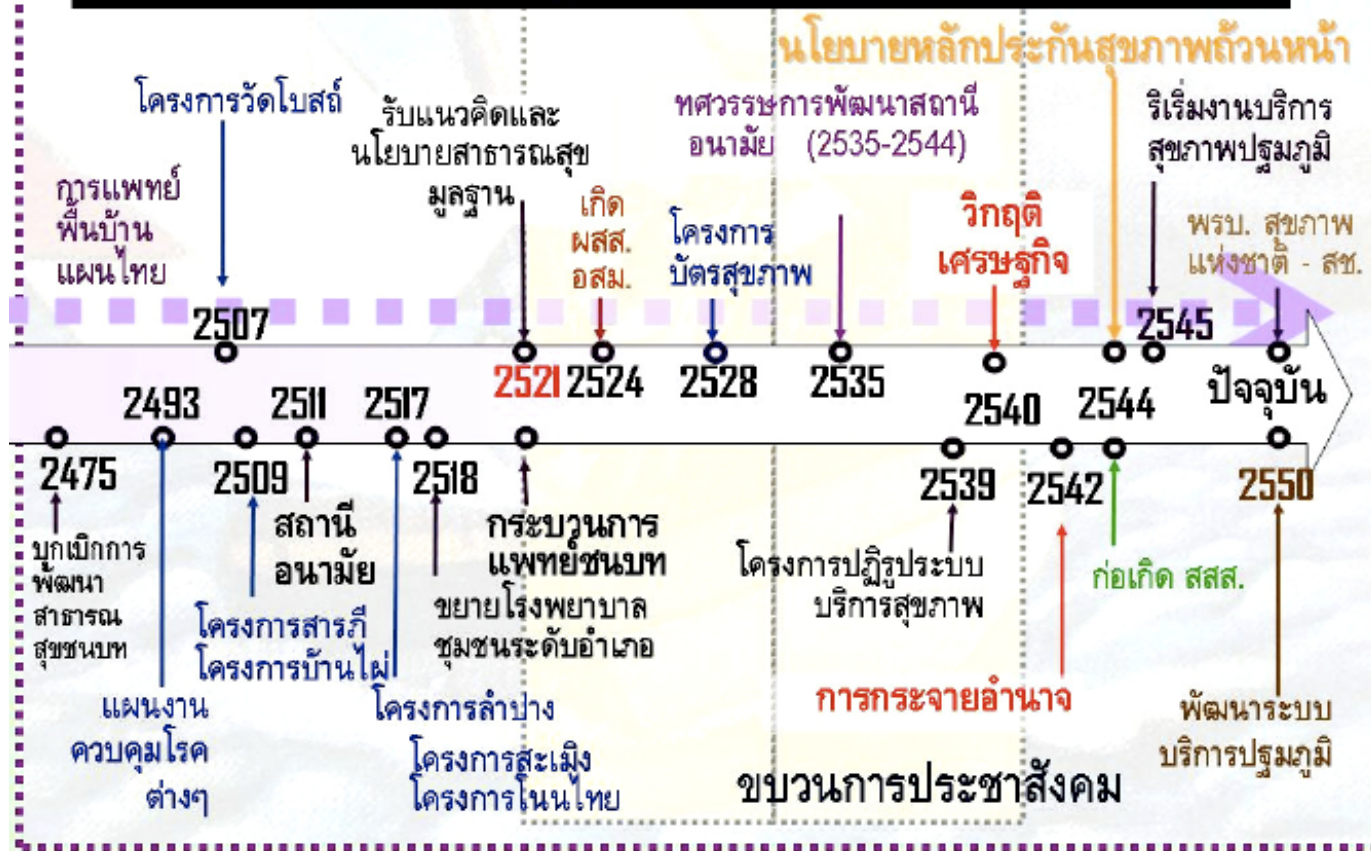
PHC 2008 การหวนคืนสู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ผ่านกระบวนการพัฒนาทางสังคม



พลวัตของ ๓ ทศวรรษสาธารณสุขมูลฐานไทย

ถอดถอด และงองงาม

บนเส้นทางสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าของไทย



สาธารณสุขมูลฐาน ในบริบทของระบบราชการ (ภาค ทางการ)

- กำเนิดจิตวิญญาณสาธารณสุขมูลฐานไทยจากบรมครูผู้บุกเบิก ทศวรรษ **1950-1970**
- บริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และ อุดมคติทางสังคมของคนเดือนตุลา ใน ทศวรรษ **1970-1980**
- ขานรับ อัลมา อตา **1978** สู่ยุคทองของการพัฒนาสาธารณสุขในชุมชนใน สองทศวรรษต่อมา
 - อาสรัครสาธารณสุข และ นวัตกรรมกองทุนสุขภาพ
 - สู่ยุคการถดถอย และ เปลี่ยนผ่าน
 - การเปลี่ยนแปลง ทางสุขภาพ และ ระบบบริการที่ดีขึ้น
 - การเปลี่ยนผ่านเชิงการบริหารและนโยบาย
 - วันนี้ ไม่มีแม้คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน”

ปัญหาสำคัญ

- จิตวิญญาณสาธารณสุขมูลฐาน ในระบบราชการ
 - ความหมายที่จำกัดแคบ (**selective primary health care**)
 - **Depoliticizing**
 - บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ขยายต่อในระดับตำบล หมู่บ้าน
 - การปฏิรูประบบบริการ

จิตวิญญาณสาธารณสุขมูลฐานนอกบริบทระบบราชการ

- ผลพวงของความตื่นตัวทางสังคมและการเมือง สู่ รัฐธรรมนูญ ๒๕๕๐ ความตื่นตัวของสำนึกใหม่ทางสุขภาพของชนชั้นกลาง การเกิดนวัตกรรมใหม่ของการพัฒนาสุขภาพ และการปฏิรูประบบราชการ/การกระจายอำนาจ
 - สสส และ ความตื่นตัวของเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ
 - กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ความตื่นตัวของประชาคมและสมาชิกสุขภาพ และ พรบสุขภาพ ปี ๒๕๕๐
 - สปสช กับ การทะลวงขีดจำกัดในการเข้าถึงบริการ
 - การขยายตัวของเครือข่ายจิตอาสา
 - พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ การเติบโตของ อปท
 - ความเข้มแข็ง งบประมาณของพลังชุมชน ท้องถิ่น กับการจัดสวัสดิการสังคมและสุขภาพ

จิตวิญญาณสาธารณสุขมูลฐาน เต็มโตในภพภูมิ
ใหม่ ในชื่ออื่น

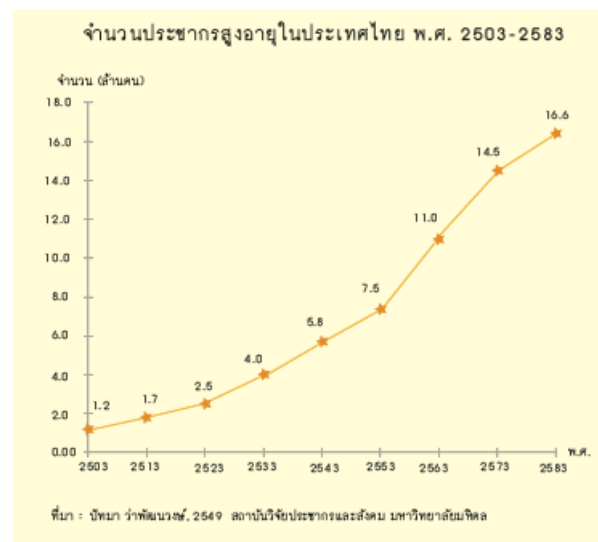
ข้อเสนอ

สาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ ๔

บริบทใหม่ในทศวรรษหน้า

- ความท้าทายทางสุขภาพใหม่
 - สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๑๑.๗ ในปี ๒๕๕๓) เจ็บป่วย ทุพพลภาพมากขึ้น ต้องการการดูแลระยะยาว ค่าใช้จ่ายมากขึ้น การดูแลโดยครอบครัวกำลังเป็นปัญหา
 - โรคเรื้อรัง (ความดัน เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ)
 - โลกาภิวัตน์ โรคข้ามพรมแดน โรคอุบัติใหม่ อุตุนิวัติซ้ำ
 - มาลาเรีย วัณโรค ไข้ซ้าง ไข้เลือดออก เอชดี ไข้หวัดนก

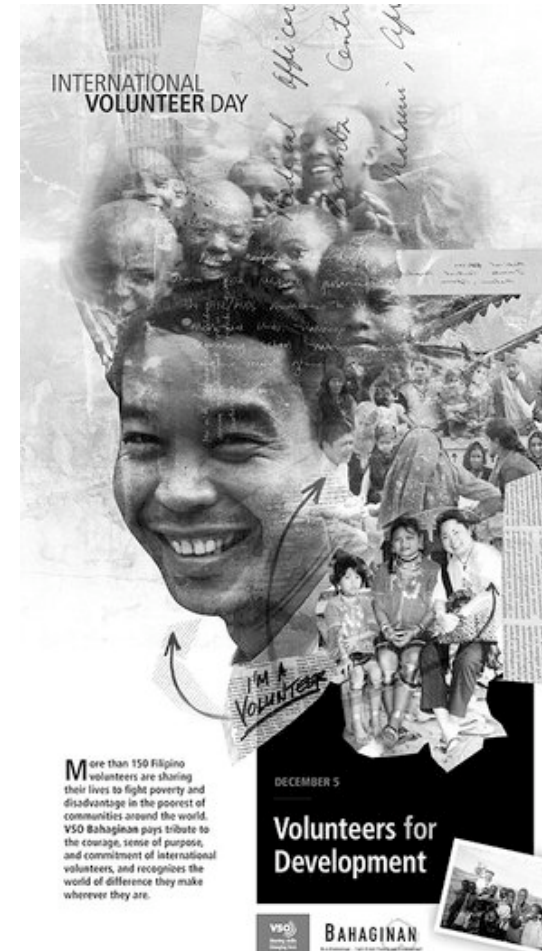
สังคมไทยกำลังเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาอันสั้นเมื่อเกือบ 20 ปีที่แล้ว (พ.ศ. 2533) ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุอยู่ประมาณ 4 ล้านคน หรือราวร้อยละ 7 ของพลเมืองทั่วประเทศ หลังจากนั้นอีก 10 ปี ใน พ.ศ. 2543 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นเกือบ 6 ล้าน ปัจจุบัน (พ.ศ. 2550) มีผู้สูงอายุเกือบ 7 ล้านคน คาดว่าอีก 13 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนเป็น 11 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 17 ของคนไทยทั่วประเทศ ซึ่งในตอนนั้นจะมีประมาณ 65 ล้านคน ประมาณว่า 1 ใน 6 ของประชาชนไทยในตอนนั้นจะเป็นผู้สูงอายุ



ที่มา สุขภาพคนไทย ๒๕๕๐

บริบทใหม่ของระบบสุขภาพ

- การกระจายอำนาจทางสุขภาพและการขยายตัวขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- การเติบโตของพลังการพัฒนาสุขภาพ นอกบริบทระบบราชการ
 - UC กับการเข้าถึงบริการ และระบบการบริหารทรัพยากรแบบใหม่
 - การสร้างเสริมสุขภาพ
 - สมัชชาและประชาคมสุขภาพ
 - ประชาสังคม จิตอาสา และการเมืองภาคประชาชน
- โลกาวัดฉน์ทางการแพทย์ กับ ความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสุขภาพและกำลังคน



หนึ่ง

สาธารณสุขมูลฐานต้องเป็นปรัชญาการพัฒนาระบบ
สุขภาพไทย

ความเป็นธรรม ความทั่วถึง การพึ่งตนเอง ความพอเพียง
การมีส่วนร่วม และความมีประสิทธิภาพ

- การให้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นปรัชญาหลัก **fundamental philosophy** ของการพัฒนาระบบสุขภาพ คือการมุ่งสู่ ความเป็นธรรม ความทั่วถึง การพึ่งตนเอง ความพอเพียง การมีส่วนร่วม และความมีประสิทธิภาพ

- การส่งเสริม ขยาย ผลักดัน แนวคิดการสร้างระบบสุขภาพ ที่มีหลักการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นปรัชญาพื้นฐาน โดยเฉพาะการผนึกรวมเป็นหนึ่งเดียวกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อนำไปสู่ “ระบบสุขภาพพอเพียง”
- การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน และระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- การจัดสรรทรัพยากร และ การทุ่มพัฒนากำลังคน และ เครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- การระดมสรรพกำลังจากท้องถิ่น (อปท ประชาคม อาสาสมัคร)

- การสร้างวาทกรรม นำในบริบทของกระทรวงสาธารณสุข
 - การฟื้นฟู “สาธารณสุขมูลฐาน” อาจทำได้ยาก
 - “ระบบสุขภาพชุมชน” “สุขภาพภาคประชาชน” อาจมีกรอบคิดที่ไม่เอื้อต่อการริ่สร้าง ระบบสุขภาพทั้งหมด
 - “ระบบสุขภาพบนเศรษฐกิจพอเพียง” “ระบบสุขภาพเพื่อความเป็นธรรม” อาจเป็นทางเลือก
- วาทกรรมนำ นอกบริบทกระทรวงสาธารณสุข
 - ก้าวพ้นรูปแบบ สู่เนื้อหา และ พัฒนาการที่หลากหลาย

อาสาสมัครสาธารณสุข



- ต้นทุนทางสังคม ที่สมควรได้รับการพัฒนาและปลดปล่อยสู่ความเป็นจิตวิญญาณอาสา ของสังคม
 - กระทรวงสาธารณสุข ถอยบทบาทสู่การเป็นสถาบันส่งเสริมจิตวิญญาณ สาธารณะ ผลิตพัฒนา หนุนเสริม สร้างเครือข่าย
 - ค่าตอบแทน ๖๐๐ บาท
 - เสี่ยงมากต่อทำลายจิตวิญญาณอาสาสมัคร สร้างความแตก แยก ชัดแย้ง
 - สมควรสนับสนุนผ่าน อบต หรือ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ให้ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน คณะกรรมการ อสม ร่วมในการจัดการ



พัฒนาความเข้มแข็งและบทบาทของระบบบริการปฐมภูมิ





- พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในฐานะปรัชญาการพัฒนา ที่เป็นพื้นฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งหมด
 - ขยายการรับรู้ ระบบบริการปฐมภูมิ ในฐานะปรัชญาการพัฒนาสุขภาพ (องค์รวม บูรณาการ ทั่วถึง เป็นธรรม ความเป็นมนุษย์ สุานราก พอเพียง ความเข้มแข็งของชุมชน)
- ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่สนองต่อโลกาภิวัตน์ นำมาซึ่งความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ และทำลายความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิ
- การพัฒนาระบบบริการและกำลังคนด้านระดับปฐมภูมิ เป็นรูปธรรมของการพลิกฟื้น
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือกับดัก???

จิตอาสา จิตสาธารณะ ทัวแผ่นดิน



- การเติบโตของ เครือข่ายจิตอาสา อาสาสมัคร คือเนื้องานบุญ ของการเติบโต ของจิตวิญญาณสาธารณสุขมวลฐาน
- กระทรวงสาธารณสุข ปรับบทบาทสู่การ พัฒนา ส่งเสริม สนับสนุน การขยายตัว ของเครือข่าย จิตสาธารณะ/ อาสาสมัครเพื่อสุขภาพ แทนการเป็น เจ้าของ