เปิดใจ นพ.อมร นนทสุต
การพัฒนาบริการปฐมภูมิ
“ท้องถิ่นคือกุญแจสำคัญในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่”

สุภาภรณ์ นิภานันท์

ทุกครั้งที่มีโอกาสได้เข้าร่วมเวทีวิชาการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ สิ่งที่จะได้ยินเสมอๆ คือ การที่ประเทศไทยได้รับการชื่นชมจากนานาประเทศถึงความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งได้กลายเป็นแบบอย่างที่ทั่วโลกให้ความสนใจ และนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของตน

งานสาธารณสุขมูลฐานของไทยมีความก้าวหน้ามาตลอด 30 ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่เมื่อครั้งที่ นพ.อมร นนทสุต ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้นเป็นผู้ให้กำเนิดระบบอาสาสมัครทางด้านสุขภาพ ที่เราคุ้นเคยกันดีในชื่อ **อสม.** ที่ย่อมาจาก **อาสาสมัครสาธารณสุข** และ **ผสส.** หรือ **ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข** ที่ถูกจัดตั้งในทุกชุมชนในปัจจุบัน เรียกได้ว่าไทยเคยเป็นประเทศแนวหน้าด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานมาก่อน

ระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทยผ่านมา 30 ปี แล้ว ท่ามกลางกระแสของการปฏิรูประบบสุขภาพ การให้ความสนใจเรื่องระบบสุขภาพระดับท้องถิ่น บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และอีกหลากหลายแนวคิด คำถามคือ ณ เวลานี้ สถานการณ์ของระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทยอยู่ตรงไหน และควรจะมีทิศทางอย่างไร

ต่อไปนี้คือแนวคิดที่น่าสนใจของ นพ.อมร นนทสุต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันท่านยังคงทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

เมื่อพูดถึงระบบสาธารณสุขมูลฐาน นพ.อมร มองว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญที่สุด แต่คำถามที่สำคัญคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับไหนจึงจะเป็นระบบสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่ประชาชนสามารถลุกขึ้นยืนเพื่อดูแลสุขภาพของตัวเองได้ ทั้งในด้านการรักษา ป้องกัน และส่งเสริม

ทั้งนี้ นพ.อมร แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

0 ไม่มีส่วนร่วมเลย

1 เริ่มจะมีจะมีส่วนร่วม เช่น เวลาที่แพทย์ออกหน่วยบริการในหมู่บ้าน ชาวบ้านช่วยยกโต๊ะ จัดสถานที่ จดชื่อเด็ก เป็นลักษณะของการร่วมแรง

2 ประชาชนมีส่วนบริการให้ข้อมูล เช่น ให้ข้อมูลกับแพทย์ว่า หมู่บ้านของเราเป็นอย่างไร มีเด็กกี่คน เด็กป่วยเท่าไหร่

3 ประชาชนร่วมตัดสินใจ เช่น ถ้าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อยากจะทำโครงการ ก็เข้าไปปรึกษาชาวบ้านในแง่ของการตัดสินใจ เรียกว่าเป็นการให้ความร่วมมือที่สูงขึ้นมา แต่การตัดสินใจสุดท้ายยังอยู่ที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่

4 ประชาชนร่วมตัดสินใจและร่วมปฏิบัติด้วย เรียกว่า ร่วมกันทำกับเจ้าหน้าที่

5 ประชาชนจัดการระบบสุขภาพด้วยตนเอง โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุน

ระดับการมีส่วนร่วม 5 ขั้นบันได้ดังกล่าวข้างต้นนั้น นพ.อมร ระบุว่า ระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทยในปัจจุบันนี้อยู่ในระดับขั้นบันไดที่ 4

“แนวทางของระบบสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยอยู่ที่ระดับ 4 เมื่อมาถึงวันนี้คิดว่าควรจะก้าวข้ามบันได้ขั้นนี้ได้แล้ว เราควรจะเปิดโอกาสให้ชาวบ้านได้ตัดสินใจเอง จัดการเอง แก้ปัญหาเอง

โดยมีเราทำหน้าที่ให้ข้อมูล ความรู้วิชาการ ซึ่งบทบาทตรงนี้จะกลับกันเลย เท่ากับว่าอำนาจกลับไปอยู่ในมือของประชาชน ซึ่งเราพยายามจะทำกันอยู่ ให้ประชาชนตัดสินใจเรื่องสุขภาพและสุขภาวะด้วยตัวเอง แล้วอยากให้เราสนับสนุนอะไร ด้านไหน ก็บอกมา"

(คำว่า "เรา" ในที่นี้นั้น นพ.อมร อธิบายว่า ก็คือภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล สถานีอนามัย หรือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ทั้งหลายนั่นเอง)

เพราะฉะนั้น นพ.อมร จึงสรุปว่า วิสัยทัศน์ของเรื่องนี้ก็คือ ให้ประชาชนลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพของตัวเองอย่างยั่งยืน โดยมีจิตสำนึกและศรัทธาอย่างแรงกล้าของตัวเองที่จะทำโดยไม่มีใครมาบังคับ

เมื่อต้องการก้าวข้ามพ้นจากบันไดขั้นที่ 4 เพื่อไปสู่ขั้นที่ 5 นั้น คำถามเบื้องต้นคือ จะดำเนินการอย่างไร

นพ.อมร อธิบายว่า การที่จะให้ประชาชนลุกขึ้นมาตัดสินใจเองนั้น ต้องมีความเข้มแข็งทั้งชุมชน ไม่ใช่ปัจเจก ซึ่งทฤษฎีระบบสาธารณสุขมูลฐานระบุว่า การที่ชุมชนจะเข้มแข็งนั้น ต้องมี 3 ก.

ก.ที่ 1 คือ กำลังคนที่รู้เรื่อง นั่นคือ ชาวบ้าน

ก.ที่ 2 คือ กรรมการ ก็คือ ชุมชน+องค์กร+ตำบล ต้องมีการพัฒนาตัวเองมาเป็นองค์กรที่เข้มแข็ง ซึ่งมาถึงวันนี้ สิ่งนี้ได้เกิดขึ้นแล้วนั่นคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต. และเทศบาล ซึ่งมีทั้งกฎหมายและงบประมาณรองรับ

ก.สุดท้าย คือ กองทุน ต้องมีงบกองกลางในการดำเนินการ

"เมื่อมาถึงวันนี้ สปสช.ได้ริเริ่มกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือที่เราเรียกกันสั้นๆ ว่า กองทุนตำบล เพื่อการจัดการระบบสุขภาพโดยท้องถิ่นเอง ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้ว 2 ปี สภาพเช่นนี้ เป็นโอกาสที่ 3 ก. พร้อมแล้ว ดังนั้นถึงเวลาแล้วที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ชาวบ้านคิดเองทำเอง ชาวบ้านเขาอยู่ในพื้นที่ ทุกสภาพปัญหาเขารู้หมด ภาครัฐทำหน้าที่เพียงการสนับสนุนด้านเทคนิคก็พอ นี่คือสถานการณ์ของประเทศไทยในขณะนี้"

การที่จะพัฒนาเพื่อให้เกิดการดูแลดยชาวบ้านเองนั้น นพ.อมร ระบุว่า ต้องมีมาตรการอย่างน้อย 2 ประการ คือ มาตรการทางวิชาการ และมาตรการทางสังคม

"มาตรการทางวิชาการ ชาวบ้านต้องมีความรู้ทางวิชาการของเรา แต่ในระดับของเขา หมายความว่า มีความรู้เรื่องสุขภาพ เหมือนกับที่ดำเนินการกับ อสม. คือ ดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ ตรงนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ ทำมาแล้ว 30 ปี แต่ประเด็นคือ ไม่ยั่งยืน การที่เอาความรู้และเทคนิคสาธารณสุขไปให้ชาวบ้านนั้น เขาก็ดูแลตัวเองอย่างง่ายๆได้ แต่ไม่ยั่งยืน คือ แก้โรคที่เป็นอยู่ได้ แต่พอหายแล้วก็เป็นอีก เพราะขาดด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมจะใช้วิธีการอย่างเดียวไม่ได้ ต้องใช้การเปลี่ยนพฤติกรรมคน ที่เราแก้นั้น เราแก้แต่เรื่องโรค เราไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับว่า แก้ที่ท้ายปัญหา ไม่ได้แก้ที่สาเหตุของปัญหา นั่นคือการให้สุขศึกษา การส่งเสริมป้องกันโรค ออกกำลังกาย กำจัดลูกน้ำยุงลาย เลิกเหล้า เลิกบุหรี่ ไม่กินหวาน ซึ่งก็คือ มาตรการทางสังคมนั่นเอง"

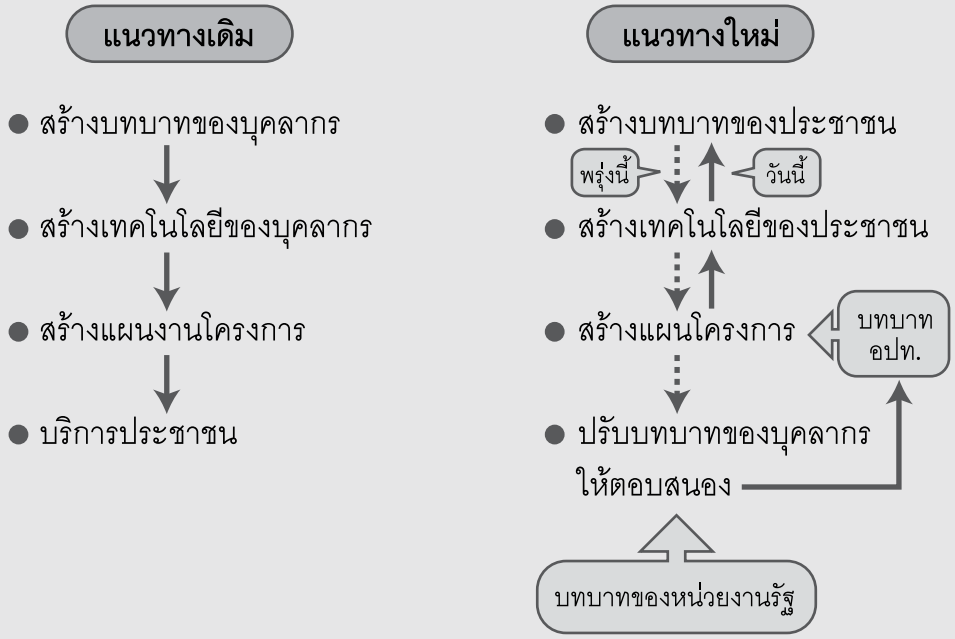
นพ.อมร อธิบายว่า หากระบบสาธารณสุขเน้นแต่เรื่องการรักษา จะประสบความสำเร็จได้ยาก ต้องนำมาตรการทางวิชาการมาใช้ร่วมกับมาตรการทางสังคม

"เดิมเราไม่เคยใช้มาตรการทางสังคม เจ้าหน้าที่ก็ไม่รู้ รักษาแค่ครั้งเดียวจบ แก้ที่ปัจเจก แก้ปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งเดี๋ยวก็กลับมาเป็นอีก เพราะไม่ได้แก้ที่พฤติกรรมนั่นเอง เพราะฉะนั้น primary health care จึงต้องมีทั้งมาตรการวิชาการและสังคมคู่กันจึงจะสำเร็จได้"

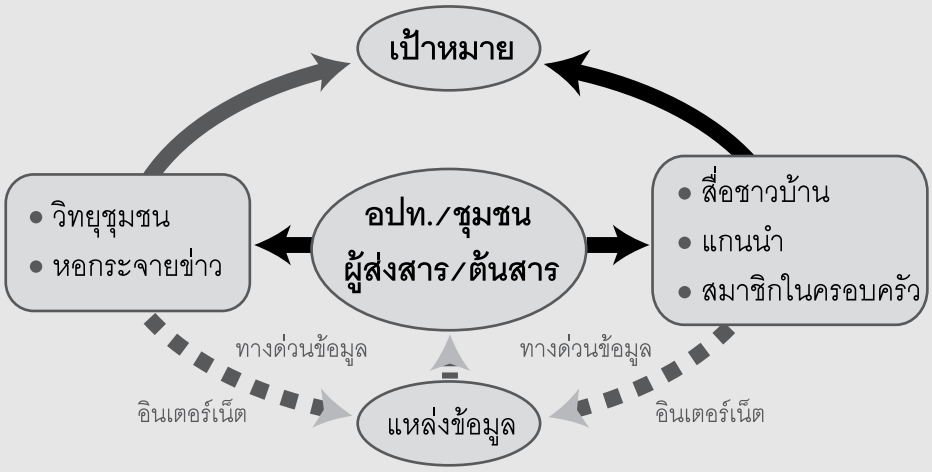
เมื่อได้มาตรการแล้ว ก็มาถึงขั้นตอนที่ว่า ใครจะเป็นคนทำ

"ทางออกที่ยั่งยืนคือ ภาคี 3 ฝ่าย ชาวบ้าน-อบต.-เจ้าหน้าที่ ซึ่งเมื่อมองข้ามช็อตตรงนี้ อนาคตเมื่อชาวบ้านเข้มแข็งขึ้นแล้ว ก็ควรจะเป็นของชาวบ้านทั้งหมด อบต.และเจ้าหน้าที่ถอยออกมา แต่ ณ เวลานี้ อบต.ยังจำเป็นที่จะเป็นบทบาทหลักตรงนี้ คือการใช้มาตรการทางสังคมเข้ามา อบต.มีเครื่องมือครบ ออกระเบียบอะไรก็ได้ในหมู่บ้าน พัฒนามาเป็นแผนหมู่บ้านก็ได้ แต่ปัญหาคือ เวลานี้การทำแผนชุมชนยังไม่เป็นของชาวบ้านอย่างแท้จริง ส่วนใหญ่คือ ชาวบ้านคิด เจ้าหน้าที่เขียน เมื่อเจ้าหน้าที่เขียนแผนเขาก็เขียนตามกรอบคิดที่เรียนมา"

ภาพที่ 1 ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพ



ภาพที่ 2 ยุทธศาสตร์การเข้าถึงเป้าหมาย



เพื่อที่จะแก้ปัญหาให้ภาคี 3 ฝ่ายคิดเป็นระบบในการทำแผนชุมชนนั้น นพ.อมรระบุว่า เราจึงต้องหาเครื่องมือที่จะมาทำให้ยุทธศาสตร์ทั้งหลายที่มีอยู่แล้วในระดับตำบลเป็นจริงขึ้นมา ซึ่งต้องใช้ 2 อย่างคือ 1.เทคนิคการบริหาร และ 2.นวัตกรรม

"เครื่องมือทางการบริหารนั้น เรานำแผนที่ยุทธศาสตร์มาใช้ เพราะเป็นการใช้เครื่องมือบริหารยุทธศาสตร์ที่มีให้เป็นผลสำเร็จได้ จะทำให้มีการแบ่งงาน แบ่งบทบาทที่ชัดเจน จัดลำดับความสำคัญต่างๆ นำไปสู่แผนที่ยุทธศาสตร์ระดับปฏิบัติการ หรือ SLM (Strategy Linked Model) ซึ่งในระดับจังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์กันอยู่แล้ว แต่มีแล้วก็จบ ไม่ได้นำมาใช้ ไม่รู้จะทำอย่างไร เพราะใช้ไม่เป็น เราจึงเข้ามาบอกว่า เมื่อทำแล้วก็นำมาถอดออกมาเป็น SLM ให้ได้ โดยสร้างเป็นระดับอำเภอและระดับตำบล"

นพ.อมร อธิบายเพิ่มเติมว่า ระยะแรกอาจจะขอให้กรมอนามัย และกรมควบคุมโรคสร้าง SLM ในประเด็นใหญ่ๆ ไว้ เพื่อให้ชุมชนถอดเอาไปใช้ก่อน โดยไม่ใช่การลอกมาทั้งหมด แต่เอามาปรับให้เข้ากับบริบทและจุดหมายปลายทางที่ตำบลต้องการ ซึ่งขณะนี้ก็กำลังดำเนินการอยู่ มีพื้นที่นำร่อง เช่น ตำบลเหมืองใหม่ อ.อัมพวา จ.สมุทรสาคร ที่ชาวบ้านใช้เครื่องมือนี้แล้วผลลัพธ์ออกมาเข้มแข็งมาก ชาวบ้านใช้ได้จริง

สำหรับเรื่องนวัตกรรมนั้น นพ.อมรระบุว่า ต้องมีการจัดการนวัตกรรม ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ นวัตกรรมที่มีอยู่แล้ว และนวัตกรรมที่เป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นวัตกรรมที่มีอยู่แล้วให้มีการรวบรวมและทำเป็นบัญชีนวัตกรรมไว้ ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันว่าทำไมชาวบ้านจึงทำได้และขยายไปสู่พื้นที่อื่นๆ สำหรับนวัตกรรมที่เป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์นั้น ให้นำมาจัดการโดยการต่อยอดให้เกิดเป็นรูปธรรมขึ้นมา สำหรับเทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นั้นจำเป็นต้องใช้หลายวิธี ซึ่ง นพ.อมร แนะว่า อาจจะทำเป็นตลาดนัดนวัตกรรม จัดในระดับภาคก่อนก็ได้ เมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็จะเกิดความคิดใหม่ๆ ต่อเนื่อง หรืออาจจะใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วย เช่น เปิดเว็บไซต์ ใครมีนวัตกรรมที่น่าสนใจก็นำมาไว้ในเว็บไซต์ สร้างเป็นพื้นที่ชุมชนออนไลน์สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ขณะนี้ก็เริ่มดำเนินการแล้วในชื่อ www.e-san.org

"สังคมไทยมีนวัตกรรมเยอะมาก ทั้งนวัตกรรมด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม เพียงแต่ไม่เคยสนใจมาก่อน เช่น เดินบนกะลาบำบัดผู้ป่วยอัมพฤกษ์ ไม้ไผ่สำหรับออกกำลังกาย เป็นต้น ตัวนวัตกรรมจะตอบโจทย์เรื่องของมาตรการทางสังคมได้ ซึ่งเดิมรัฐให้มาตรการทางวิชาการไปแล้ว โดยผ่าน อสม. แต่ยังขาดมาตรการทางสังคมเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งนวัตกรรมจะเป็นเครื่องมือตรงจุดนี้"

นวัตกรรมดังกล่าวนั้น นพ.อมรอธิบายว่า นั่นคือ service model innovation ซึ่งเป็นสิ่งที่เราต้องการ คือการทำเรื่องหลักประกันสุขภาพโดยชาวบ้านเอง เช่น ป้าบุญมีนำมาไม้ไผ่มาช่วยบำบัดผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

"แต่สิ่งที่เรากำลังมุ่งให้เป็น คือ process innovation เป็นการป้องกันโรคโดยวิธีชาวบ้าน เช่น เกษตรปลอดสาร ความรู้จากปราชญ์ชาวบ้านต่างๆ ซึ่งมีอยู่แล้ว แต่ไม่มีทางด้านสุขภาพ เพราะเราไม่ส่งเสริม ต่อไปนี้เราจะส่งเสริม เพราะเรื่องสุขภาพคือ สุขภาวะ เชื่อมโยงกัน ถ้าเรามีสิ่งแวดล้อมดี สุขภาพดี ชีวิตก็ดี นวัตกรรมตรงนี้เราไม่ได้คิดเอง ประชาชน 60 กว่าล้านคนคิด ที่ผ่านมาเราไปคิดแทนเขา คิดว่าเราเป็นนักวิชาการ เป็นหมอ เป็นพยาบาล เป็นสาธารณสุข เราไปคิดว่าชาวบ้านไม่รู้ เมื่อเรารู้อยู่คนเดียว เราจึงเหนื่อยอย่างทุกวันนี้ เมื่อไม่เชื่อว่าชาวบ้านทำได้ ไม่ยอมรับเขา เราก็ต้องมาจัดบริการเอง แล้วก็ทำกันไม่ไหว ดังนั้น จุดสำคัญตรงนี้ คือภาครัฐต้องเปลี่ยนวิธีคิด ต้องคิดกลับด้าน กลับบทบาทระหว่างรัฐกับประชาชนเสียใหม่"

นพ.อมร ให้คำจำกัดความว่า แนวทางข้างต้นเหมือนกับการเปิด pandora box ออกมา เกิดสิ่งใหม่สิ่งดีๆ ขึ้นมา

"ผมเชื่อในความสามารถของประชาชนว่าเขามีศักยภาพ เขามีแน่ๆ เมื่อชาวบ้านทำได้จริง เจ้าหน้าที่ก็จะเปลี่ยนเอง โดยเฉพาะ อบต.-เทศบาลที่เข้มแข็ง เดินหน้าได้จริงในการผลักดันแนวคิดชาวบ้านดูแลสุขภาพตัวเอง ซึ่งท้องถิ่นเป็นกุญแจสำคัญในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่ แต่ปัจจุบันก็ยังชักเย่อกันอยู่ ส่วนกลางยังไม่ยอมปล่อย แต่ผมคิดว่าเวลานี้ไม่ใช่เวลาที่จะมาแย่งกัน จุดสำคัญคือการร่วมสร้างความสามารถของท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเขาเข้มแข็งแล้ว ส่วนกลางจะมอบหรือไม่มอบก็มีค่าเท่ากัน เพราะงานไปอยู่ตรงพื้นที่หมดแล้ว" ■