

บทความพิเศษ

Special Article

พัฒนาการเครื่องชี้วัด "สุขภาพดีถ้วนหน้า": กรณีศึกษา "ประเทศไทย"

สุวัจน์ เทียรทอง พ.บ.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน

คำนำ

ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 30 ปี 2520 ได้มีมติกำหนดจุดหมายของการพัฒนาสังคมขึ้น คือ สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health for All by the year 2000) ซึ่งนับเป็นความกล้าหาญและก่อให้เกิดผลกระทบในการพัฒนาทางสังคมอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย เมื่อได้ให้สัตยาบันในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพหรือ Health Charter เมื่อปี พ.ศ. 2543 นับเป็นการย้ำเจตน์จำนงอันแน่วแน่ที่จะเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขให้บรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีสำคัญ

สุขภาพดีถ้วนหน้า

ขณะที่ประเทศไทยประกาศตนเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ความสนใจของคนส่วนใหญ่มีได้อยู่ที่ว่า สุขภาพดีถ้วนหน้าหมายถึงอะไร? มีเครื่องชี้วัดอย่างไร? แต่กลับไปสนใจ

กับกลวิธีที่กำหนดว่าจะเป็นกลไกให้บรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า นั่นคือ การให้ความสนใจว่า สาธารณสุขมูลฐานคืออะไร? จะต้องทำอะไร? มีแนวทางการพัฒนาอย่างไร? ดังนั้น ในช่วงระยะการพัฒนา 5 ปีแรกจึงไม่มีการกำหนดเครื่องชี้วัดของสุขภาพดีถ้วนหน้าของประเทศไทยขึ้นแต่อย่างใด จะมีเพียงเครื่องชี้วัดตามแผนงานโครงการในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเท่านั้น อาทิ ในด้านการจัดบริการ มีเป้าหมายในการจัดสร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ จัดสร้างสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบล ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ได้แก่การครอบคลุมของบริการให้ภูมิคุ้มกันโรค และความครอบคลุมของการบริการก่อนคลอด เป็นต้น

ในส่วนของการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานเอง ก็ได้กำหนดเป้าหมายในเชิงการครอบคลุมพื้นที่ไว้เท่านั้น กล่าวคือ ให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน หรือกิจกรรมที่เน้นในขณะนั้นคือ การอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข หรือ ผสส. และอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ให้ได้ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในชนบททั้งหมด

ดังนั้น อาจจะสามารถกล่าวได้ว่า เครื่องชีวิตสุขภาพดีถ้วนหน้าของประเทศไทยในระยะเริ่มต้นนั้นยังกระจัดกระจายไปตามแผนงานโครงการต่างๆ

เครื่องชีวิตสุขภาพดีถ้วนหน้าระดับโลก

สำหรับเครื่องชีวิตสุขภาพดีถ้วนหน้าของโลกนั้น องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมและจัดพิมพ์เป็นเอกสารแนวทางสำหรับมวลสมาชิกทั้งหลาย⁽¹⁾ โดยได้เสนอแนวคิดว่าเครื่องชีวิตดังกล่าวควรประกอบด้วยตัวชีวิต 4 กลุ่มด้วยกันกล่าวคือ

1. เครื่องชีวิตทางนโยบายสาธารณสุข ซึ่งได้แก่

- พันธสัญญาทางการเมืองที่จะให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า
- การจัดสรรทรัพยากร
- การกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสานต่อสู่จุดหมาย
- การจัดองค์กรและกระบวนการบริหารจัดการ

2. เครื่องชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมที่สัมพันธ์

กับสุขภาพ อันประกอบด้วย

- อัตราเพิ่มประชากร
- ผลผลิตมวลรวมของชาติ และของท้องถิ่น
- การกระจายรายได้
- สภาพแรงงาน
- อัตราหนังสือของผู้ใหญ่
- ที่อยู่อาศัย
- การมีอาหารที่พอเพียง

3. เครื่องชีวิตของบริการสาธารณสุข ได้แก่

- ความครอบคลุมโดยสาธารณสุขมูลฐาน

- ความครอบคลุมโดยระบบการส่งต่อ

4. เครื่องชีวิตสถานะสุขภาพ คือ

- สภาวะโภชนาการ และพัฒนาการทางร่างกายของเด็ก
- อัตราตายทารก
- อัตราตายเด็ก (อายุ 1-4 ปี)
- อายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดหรือในช่วงอายุช่วงหนึ่งช่วงใด
- อัตราตายมารดา

ทั้งนี้ เพื่อให้การประเมินผลหรือการติดตามความก้าวหน้าของมวลสมาชิกทั่วโลกเป็นไปโดยสอดคล้องกัน องค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอเครื่องชีวิตความก้าวหน้าของสุขภาพดีถ้วนหน้าระดับโลกไว้ดังนี้คือ

1. สุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่ได้รับการรับรองจากผู้บริหารระดับสูง เช่น เป็นนโยบายของรัฐบาลหรือของรัฐ ฯลฯ

2. จัดตั้งหรือเสริมสร้างกลไกที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการตามกลวิธีต่างๆที่กำหนดไว้ และกลไกดังกล่าวจะต้องปฏิบัติได้จริง

3. อย่างน้อยร้อยละ 5 ของผลผลิตมวลรวมชาติใช้สำหรับสุขภาพ

4. จัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลสุขภาพระดับท้องถิ่นในอัตราที่สมเหตุสมผล

5. กระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม

6. จำนวนประเทศกำลังพัฒนา ที่มีกลวิธีที่แน่นอนในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า และการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจน และต้องการการสนับสนุนจากภายนอกได้รับการสนับสนุนจากประเทศที่พัฒนาดีกว่า

7. การสาธารณสุขมูลฐานที่พร้อมถึงสำหรับทุกคน อย่างน้อยที่สุดต้องมีบริการต่อไปนี้ คือ

7.1 น้ำสะอาดในบ้านหรือในระยะทางเดิน

ไม่เกิน 15 นาที และต้องมีการสุขาภิบาลที่เหมาะสมภายในบ้านหรือที่ใกล้เคียง

7.2 การให้ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด โปลิโอ และวัณโรค

7.3 สถานบริการในท้องถิ่นซึ่งต้องมีอย่างน้อย 20 ชนิด อยู่ในระยะเดินทางหรือเดินเท้าไม่เกิน 1 ชั่วโมง

7.4 บุคลากรที่ได้รับการอบรม ในการดูแลหญิงมีครรภ์และทำคลอด รวมถึงการดูแลทารกจนถึงอายุ 1 ปี

8. สภาวะโภชนาการของเด็กเหมาะสม คือ

8.1 อย่างน้อยร้อยละ 90 ของทารกแรกคลอด มีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2500 กรัม

8.2 อย่างน้อยร้อยละ 90 ของเด็กต้องมีน้ำหนักต่ออายุเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

9. อัตราตายทารกสำหรับทุกกลุ่มหรือชุมชนต่ำกว่า 50/1000 เด็กเกิดมีชีวิต

10. อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่า 60 ปี

11. อัตรารู้หนังสือของผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงเกินร้อยละ 70

12. ผลิตผลมวลรวมชาติเกิน 10,000 บาท/คน

เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานสำหรับสังคมไทย (จปฐ.)

สำหรับการพัฒนาของประเทศไทยนั้น มิได้ใช้เครื่องชี้วัดระดับโลกมาเป็นเครื่องมือโดยตรง แต่ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดสำหรับตนเองขึ้นจากประสบการณ์ในการพัฒนาของประเทศไทย⁽²⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบทเรียนในระบบของราชการไทยที่จำเป็นต้องมีการประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่การ

ประสานงานดังกล่าวต้องสอดคล้องกับนโยบายของแต่ละหน่วยงานด้วย ดังนั้น การพัฒนาสาธารณสุขให้บรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าจึงถูกจำกัดให้เป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น กระทรวงอื่นๆ แม้จะเป็นกระทรวงรับผิดชอบทางด้านสังคมด้วยก็มิได้สนใจจะใช้จุดหมายหรือเครื่องชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นจุดหมายร่วมของการพัฒนาทางสังคมแต่อย่างใด

ความพยายามของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ไขอุปสรรคดังกล่าว ประกอบกับความจำกัดทางด้านงบประมาณ อันสืบเนื่องจากการตกต่ำทางเศรษฐกิจ ทำให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติหรือสภาพัฒน์ฯ ต้องหันมาหาแนวทางผสมผสานการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาชนบทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยการพยายามหาจุดร่วมของการพัฒนาของหน่วยงานต่างๆ โดยการใช้ชุมชนเป็นจุดหมายร่วมของการพัฒนา และศึกษาหาเกณฑ์วัดความก้าวหน้าหรือการพัฒนาที่จะเป็นเครื่องมือที่จะใช้ร่วมกันในการวางแผนการสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ

เริ่มต้นด้วยแนวความคิดในการกำหนดเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานหรือ Basic minimum needs สำหรับการดำรงชีวิตขึ้นโดยหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาชนบท หลังจากนั้นได้พยายามคัดกรองเกณฑ์ต่างๆ พร้อมทั้งสร้างเครื่องชี้วัดขึ้น⁽³⁾ โดยกระบวนการที่ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการพิจารณาและตัดสินใจคัดเลือก ทดลอง สัมภาษณ์ วิเคราะห์ อย่างเป็นระบบ การพัฒนาเครื่องชี้วัดดังกล่าวได้รับการพัฒนาและทดสอบภายใต้โครงการโคราชพัฒนา ซึ่งผลผลิตจากโครงการดังกล่าว ก็คือเครื่องมือในการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน

ภายใต้กรอบความคิดเรื่อง *ความจำเป็นพื้นฐาน* สำหรับการดำรงชีวิต พร้อมทั้งระบบการจัดการโดยประชาชน กล่าวคือ ประชาชนสามารถสำรวจ วิเคราะห์และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหของชุมชนได้เอง

ในขณะเดียวกันจากประสบการณ์ของการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าว ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องหาแนวทางในการขยายแนวคิดและผลงานของโครงการโคราชพัฒนาไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้แนวความคิดเรื่องคุณภาพชีวิตได้เกิดขึ้นเพื่อเป็นเป้าหมายรวมของการพัฒนา โดยใช้เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานฯ หรือ จปฐ. เป็นเครื่องชี้วัดมาตรฐานขั้นต้นที่พึงมีของสังคมไทย และในปี 2528-2530 ได้มีโครงการรณรงค์คุณภาพชีวิตขึ้น เพื่อให้เกิดการสำรวจและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยตามเกณฑ์ จปฐ. ขึ้น

ต่อมาในปี 2531 รัฐบาลได้มอบโครงการนี้ให้กระทรวงมหาดไทย โดยกรมพัฒนาชุมชนเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการต่อภายใต้ชื่องานว่า "งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (ผชช.)"

ในปี 2531 คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ หรือ กชช. มีมติเห็นชอบแผนการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. และคณะอนุกรรมการแผนพัฒนาระดับภูมิภาคและท้องถิ่นพิจารณาแผนการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. ปี 2533

ปี 2533 และปี 2534 กรมพัฒนาชุมชนได้ดำเนินการเก็บข้อมูล จปฐ. ทุกครัวเรือนทั่วประเทศ และได้ประมวลผลวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในภาพรวมทั่วประเทศ

ปี 2534 คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท มีมติเห็นชอบให้จัดเก็บข้อมูล จปฐ. ต่อไป ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 7 แต่ให้ปรับปรุงเครื่องชี้วัดให้เหมาะสมขึ้น โดยตั้ง

คณะกรรมการขึ้นปรับปรุง

ปี 2535 คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ได้มีมติเห็นชอบเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน 9 หมวด 37 เครื่องชี้วัดสำหรับเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตคนไทยในแผนฯ 7

เครื่องชี้วัดหมู่บ้านพึ่งตนเอง⁽²⁾

ในขณะเดียวกันกับการพัฒนาและขยายผลการใช้เครื่องชี้วัด จปฐ. กระทรวงสาธารณสุขก็ได้สรุปบทเรียนของการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานว่า การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ชุมชนจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1. มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถทางสาธารณสุขและมีกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน
2. มีกองทุนหรือการระดมทรัพยากรในท้องถิ่น และมีการบริหารจัดการกองทุนให้เกิดผลในการพัฒนา
3. มีกรรมการของชุมชนทำหน้าที่บริหารการพัฒนาของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

และจากประสบการณ์ของการพัฒนากระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีหมู่บ้านจำนวนมากที่ได้รับการลงทุนสนับสนุนจากภาครัฐมาเป็นเวลานานจนสามารถพัฒนาต่อได้ด้วยตนเอง และมีความสามารถจะถ่ายทอดแนวคิดประสบการณ์ในการพัฒนาของตนให้แก่หมู่บ้านอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการถ่ายทอดเทคโนโลยีของประเทศที่พัฒนาแล้วให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา

ดังนั้น โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองจึงได้เริ่มขึ้นโดยใช้งบประมาณสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก แนวทางของโครงการดังกล่าวก็คือ การจัดโอกาสให้หมู่บ้านที่ต้องการพัฒนาได้เรียนรู้จากหมู่บ้านที่พัฒนาดีแล้ว และเพื่อให้ทราบความเปลี่ยนแปลงที่

เกิดขึ้น และเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ที่ทราบว่าหมู่บ้านใดถึงระดับที่เจ้าหน้าที่ควรวางมือและเฝ้าดูอยู่ห่างๆ ได้แล้ว โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองจึงได้ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของหมู่บ้านและพัฒนาเป็นเครื่องชี้วัดในการพิจารณาความสามารถพึ่งตนเองได้ของหมู่บ้านขึ้น โดยมีกลุ่มเครื่องชี้วัด 5 หมวด คือ

หมวดที่ 1 องค์กร ประกอบด้วย

1. การรู้จักกรรมการหมู่บ้าน
2. การประชุมกรรมการหมู่บ้าน
3. ผลการทำงานของกรรมการหมู่บ้าน

หมวดที่ 2 กองทุน

4. การเป็นสมาชิกกองทุน
5. การบริหารจัดการกองทุน
6. การจัดสรรกำไรจากกองทุนเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน

หมวดที่ 3 การวางแผนหมู่บ้าน

7. การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน
8. การใช้ข้อมูลหมู่บ้านในการวางแผน
9. การรับรู้ของชาวบ้านต่อปัญหาของหมู่บ้าน

หมวดที่ 4 การถ่ายทอดข่าวสารและเทคโนโลยี

10. การดูงานจากหมู่บ้านอื่นหรือการไปสอนหมู่บ้านอื่น
11. การกระจายข่าวสารภายในหมู่บ้าน

หมวดที่ 5 การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

12. การสนับสนุนด้านวิชาการของเจ้าหน้าที่ 4 กระทรวงหลัก

โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองได้ใช้เครื่องชี้วัดดังกล่าวเป็นแนวทางในการสร้างแบบสำรวจ/สัมภาษณ์ ทั้งกรรมการหมู่บ้าน, อาสาสมัคร และประธานเพื่อประเมินสภาพของหมู่บ้าน

พร้อมกันนั้นโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองได้สนับสนุนให้จังหวัดต่างๆ ที่มีความพร้อมเข้าร่วมโครงการพัฒนาภายใต้ชื่อ โครงการมินิไทยแลนด์

(MiniThailand) หรือโครงการเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์จะศึกษาถึงสภาพการพัฒนาโดยใช้เครื่องมือในการกำหนดแผนและผล ว่าในระหว่างการพัฒนาให้บรรลุจุดหมายดังกล่าวจะเกิดอุปสรรคใดบ้าง และเมื่อทุกชุมชนบรรลุตามเกณฑ์ดังกล่าวแล้วแบบแผนการเจ็บป่วย การใช้บริการสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ระบบบริการของรัฐจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างไร ด้วยเหตุนี้การทดลองหรือการศึกษาจึงจำเป็นต้องทดลองกันทั้งจังหวัด ซึ่งมีอำนาจเสรีเด็ดขาดในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของบริการได้

โครงการดังกล่าวนับเป็นก้าวสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุข เพราะถึงแม้ภายในตัวโครงการเองอาจไม่ถือว่าประสบความสำเร็จเท่าความคาดหวัง แต่บทเรียนจากโครงการก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายในการพัฒนาสาธารณสุข

เครื่องชี้วัดโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า 2536 - 2537⁽⁴⁾

จากบทเรียนของโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองและโครงการ Mini Thailand แนวความคิดในการพัฒนาโดยกำหนดเป็นพื้นที่ จึงมีผลให้เกิดโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปีงบประมาณ 2536-2537 ขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเครื่องชี้วัดขึ้น⁽⁵⁾ เพื่อให้จังหวัดต่างๆ ประเมินสภาพว่า หมู่บ้านใด ตำบลใด อำเภอใด หรือแม้แต่จังหวัดใดสามารถบรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเกณฑ์เครื่องชี้วัดที่กำหนดขึ้น พร้อมกันนั้นก็ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ควรมีหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างน้อยที่สุด ร้อยละ 50 ของหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ⁽⁴⁾ ทั้งนี้ ได้มีเงื่อนไขว่าอย่างน้อยที่สุดทุกสถานีนามัย (สอ.) และหรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จะต้องมีหมู่บ้านสุขภาพดี

ถ้วนหน้าไม่น้อยกว่า 2 หมู่บ้าน และในทุกอำเภอจะต้องมีตำบลสุขภาพดีถ้วนหน้า 1 ตำบลในทุกจังหวัด จะต้องมียุทธศาสตร์สุขภาพดีถ้วนหน้าไม่น้อยกว่า 1 อำเภอ พร้อมนี้ทั้ง 12 เขต จะต้องมียุทธศาสตร์สุขภาพดีถ้วนหน้าไม่น้อยกว่าเขตละ 1 จังหวัด

สำหรับเครื่องชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าของโครงการก็แบ่งออกเป็นระดับ ดังนี้

ในระดับหมู่บ้าน Health For All (HFA) ประกอบด้วย เครื่องชี้วัด 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 การบรรลุเกณฑ์ จปฐ.

1. การสำรวจทำโดยอาสาสมัครและกรรมการหมู่บ้าน
2. มี จปฐ.1 ทุก หลักคาเรือน
3. มีแผ่นสรุป จปฐ.3 ใน ศสมช.
4. ผล จปฐ. บรรลุเกณฑ์ 24 ข้อ ทางด้านสาธารณสุข

กลุ่มที่ 2 การพึ่งตนเอง

1. กำลั้งคน
2. องค์กรหรือกรรมการ
3. กองทุน
4. ข้อมูลข่าวสาร
5. สอนหมู่บ้านอื่น
6. สอดส่องดูแลสุขภาพตนเอง
7. ส่งต่อผู้ป่วย

กลุ่มที่ 3 การเข้าถึงบริการ

1. มีหลักประกันสุขภาพ
2. สถานบริการเข้าเกณฑ์ (ในระดับชุมชนให้วัดจากสภาพและบริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.))

ในระดับตำบลสุขภาพดีถ้วนหน้าประกอบด้วย

1. ทุกหมู่บ้านบรรลุเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้า
2. สถานบริการผ่านเกณฑ์ตาม พบส.

(โครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค)

3. สอ.หรือ รพช.ผู้รับผิดชอบมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของหมู่บ้าน
 4. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบอกปัญหาของบ้านที่เป็นปัญหาในแต่ละหมู่บ้านได้
 5. มีแผนงาน และแผนปฏิบัติงาน
 6. มีการระดมงบประมาณจากภายนอก
- อำเภอสุขภาพดีถ้วนหน้ามีเครื่องชี้วัดดังนี้
1. ทุกตำบลบรรลุเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้า
 2. รพช. ในพื้นที่บรรลุตามเกณฑ์ พบส.
 3. คปสอ. มีข้อมูลรายตำบลและรายหมู่บ้าน
 4. คปสอ. มีข้อมูลแสดงปัญหาและแนวทางแก้ไขรายตำบล
 5. คปสอ. มีแผนงานและแผนปฏิบัติการของอำเภอ
 6. คปสอ. มีแผนเร่งรัดสุขภาพดีถ้วนหน้าของอำเภอและแผนปฏิบัติการระดับตำบล
 7. คปสอ. รู้ปัญหาของหมู่บ้าน
 8. คปสอ. ระดมทรัพยากรจากภายนอก (จากกระทรวงฯ) มาใช้ในการพัฒนา
- จังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้ามีดังนี้
1. ทุกอำเภอบรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า
 2. ไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคที่สำคัญคือ
 - บาดทะยักในเด็กแรกเกิด
 - โรคโปลิโอ
 - โรคพิษสุนัขบ้า
 3. อัตราตายทารกไม่เกิน 23/1,000 เด็กเกิดมีชีวิต
 4. อัตราเพิ่มประชากรต่ำกว่า ร้อยละ 1.3
 5. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัด มีศักยภาพให้บริการและสนับสนุนหน่วยงานอื่นตามเกณฑ์ พบส.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีข้อมูลแสดงรายอำเภอ
7. สสจ. มีข้อมูลแสดงปัญหา และการแก้ไขปัญหา รายอำเภอ
8. สสจ. มีแผน/โครงการ HFA
9. ผู้รับผิดชอบของจังหวัดบอกปัญหาระดับตำบลได้
10. สสจ. มีการระดมทรัพยากรภายนอกมาใช้แก้ปัญหา

สรุป

1. จากพัฒนาการของเครื่องชี้วัด "สุขภาพดีถ้วนหน้าของประเทศไทย" นั้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้พัฒนาการเครื่องชี้วัดขึ้นใช้ตามสภาพเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามวัฒนธรรมองค์การของระบบราชการไทย ดังนั้น หากจะพิจารณาในแง่ความสูญเสียเวลา ก็อาจจะกล่าวได้ว่าประเทศไทยเราเสียเวลามากมายในการมาสร้างเครื่องชี้วัดแทนการประยุกต์ใช้เครื่องชี้วัดระดับโลก ที่ได้เสนอแนะไว้ตั้งแต่ปี 2524 แต่ในทางตรงกันข้ามระยะเวลา 10 ปี ที่ประเทศไทยเข้าไปในกระบวนการพัฒนาเครื่องชี้วัดนี้ เป็นช่วยเวลาที่เจ้าหน้าที่ของรัฐได้เรียนรู้อย่างมากเกี่ยวกับชุมชนและเกี่ยวกับการเตรียมตัวปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากผู้ให้บริการ และ/หรือผู้ปกครองเพียงด้านเดียว ไม่เป็นผู้สนับสนุนและผู้ส่งเสริมบทบาทของประชาชนตามปรัชญาประชาธิปไตยอย่างแท้จริง ขณะเดียวกับประชาชนก็ได้เรียนรู้ว่าการพัฒนานั้นเป็นความรับผิดชอบของทุกคน พร้อมๆกันนั้นประชาชนก็ได้ตระหนักว่าตนเองนั้นมีอำนาจมีศักยภาพพบที่จะกำหนดชะตาชีวิตของตนเองได้

2. ในแง่ความครอบคลุมของเครื่องชี้วัดนั้น

หากพิจารณาเทียบกับเครื่องชี้วัดความก้าวหน้าสุขภาพดีถ้วนหน้าระดับโลกแล้ว อาจพิจารณาได้ดังนี้

2.1 เครื่องชี้วัดทางนโยบายสาธารณสุขนั้น ในเครื่องชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้าตามโครงการนั้นอาจไม่ปรากฏไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่ประกาศไว้อย่างชัดเจนทั้งระดับประเทศและระดับกระทรวง จะขาดเพียงแต่ันโยบายของจังหวัดเท่านั้นที่ยังไม่มีจังหวัดใดประกาศนโยบายดังกล่าว จะมีก็เฉพาะแต่จังหวัดในโครงการ 12 จังหวัด (14 จังหวัดใหม่) เท่านั้น

2.2 กลไกที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วม นั้น ได้พัฒนามาพอสมควร โดยเฉพาะในส่วนองสาธารณสุขนั้น เริ่มต้นจากอาสาสมัคร ผสส./อสม. จนเปลี่ยนมาเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หรือ คสมช. ในทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.3 อย่างน้อยร้อยละ 5 ของผลผลิตมวลรวมใช้สำหรับสุขภาพนั้นอาจไม่ชัดเจนมากนัก แต่ในการจัดสรรงบประมาณประเทศนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้นเป็น 6.2% ของงบประมาณแผ่นดิน (ภาครัฐ) ในปี 2537 แต่สำหรับในแต่ละจังหวัดนั้น ไม่มีการจำแนกข้อมูลงบประมาณที่ชัดเจน

2.4 จัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลสุขภาพระดับท้องถิ่น ในอัตราที่สมเหตุสมผลนั้น ในระดับของส่วนกลางได้จัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ตามระบบ กชช. ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าเป็นไปตามความต้องการ ส่วนของจังหวัดอย่างมีเหตุผล แต่ในระดับจังหวัดนั้น ยังไม่มีการวิเคราะห์หรือรายงานการกระจายงบประมาณสู่ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และส่วนใหญ่เป็นไปตามลักษณะการบริหารงานของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่งซึ่งไม่เหมือนกัน

2.5 การกระจายทรัพยากรอย่างเป็นทางการเป็นธรรมนั้น ในแง่ของงบประมาณคงไม่เป็นปัญหา แต่ในแง่บุคลากร

นั้น นับได้ว่าจะเป็นปัญหาสำหรับประเทศไทยพอสมควร ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรประเภทใด เฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทนั้น การกระจายบุคลากรเป็นจุดอ่อนที่สำคัญในระดับต่างๆ ก็ยังคงมีลักษณะเหมือนกันคือ บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในที่มีความเจริญสูง แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลในลักษณะดังกล่าวนี้มีได้นำเสนออย่างชัดเจนสำหรับทุกจังหวัด

2.6 การถ่ายทอดเทคโนโลยีและการสนับสนุนระหว่างชุมชน ข้อมูลในส่วนนี้ได้ลดความสำคัญลงมากและการรายงานของจังหวัดต่างๆ ก็ขาดหายไป แต่อย่างไรก็ตามจะมีข้อมูลดังกล่าวอยู่ในเครื่องชั่งวัดระดับหมู่บ้าน

3. บริการสาธารณสุขมูลฐาน

3.1 น้ำสะอาดนั้น ตามเครื่องชั่งวัดไทยได้เน้นเฉพาะน้ำเพื่อการบริโภค 5 ลิตร/คน/วัน (จากเดิม 2 ลิตรต่อคนต่อวัน) ให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 95% ของหลังคาเรือนทั้งหมด ซึ่งหมายถึงว่าประชาชนคือประมาณ 2.5 ล้านคน (คิดจากประชากร 50 ล้านคน) ยังมีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคต่ำกว่า 5 ลิตรต่อคนต่อวัน แต่จากข้อมูลที่ผ่านมาประชาชนยังพอลาแหล่งน้ำในระยะทางที่กำหนดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกได้ ถึงแม้ว่าปัญหาภัยแล้งหรือวิกฤตการณ์น้ำจะเริ่มคุกคามประเทศไทยบ้างแล้วก็ตาม

3.2 การให้ภูมิคุ้มกันโรคนั้น ไม่มีความแตกต่างกัน

3.3 สถานบริการในท้องถิ่นนั้น จะปรากฏทั้งปริมาณและคุณภาพในเครื่องชั่งวัดระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

3.4 บุคลากรที่ได้รับการอบรมในการดูแลหญิงมีครรภ์ ทำคลอดและดูแลทารกนั้น ไม่ปรากฏในข้อมูลเครื่องชั่งวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าของไทย แต่จะ

ปรากฏในรายงานสรุปบุคลากรของส่วนกลางและจังหวัด

4. สภาวะโภชนาการ ทั้ง 2 ส่วน คือ

4.1 น้ำหนักทารกแรกคลอด ปรากฏในเครื่องชั่งวัด จปฐ. แต่กำหนดไว้ 3,000 กรัม แต่กำหนดไว้เพียงร้อยละ 70 ของทารกแรกคลอดทั้งหมด (สำหรับองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ร้อยละ 90 มีน้ำหนักแรกคลอดไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ซึ่งหากพิจารณาให้ดีแล้ว เครื่องชั่งวัดขององค์การอนามัยโลกจะดีกว่าของประเทศไทย เพราะความแตกต่างระหว่าง 2,500 กรัม กับ 3,000 กรัม นั้น ไม่สู้จะมีความหมายมากนักในทางสุขภาพของทารก จะมีความหมายเพียงความพยายามกระตุ้นให้พัฒนาแม่ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ในทางกลับกันร้อยละ 10 ที่อนุญาตให้ตกเกณฑ์ได้นั้น หากทารกต่ำกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัมแล้วจะมีผลต่อทารกอย่างมาก และการอนุญาตให้ตกเกณฑ์ได้ถึงร้อยละ 30 ก็จะทำให้ความเอาใจใส่ในกรณีนี้ลดลง ซึ่งเป็นผลเสียต่อทารกอย่างร้ายแรง

4.2 ภาวะโภชนาการของเด็กตามวัยนั้นไม่มีความแตกต่างกัน

5. อัตราตายทารก นั้นในเครื่องชั่งวัดสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบุไว้ในระดับของจังหวัด

6. อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่ปรากฏในเครื่องชั่งวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าไทย

7. อัตรารู้หนังสือ ปรากฏในเครื่องชั่งวัด จปฐ. แต่ในโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2536/2537 นั้น ยังไม่รวมเครื่องชั่งวัดดังกล่าว

8. ผลิตผลมวลรวม เกิน 10,000 บาท/คน นั้น จะมีเพียงเครื่องชั่งวัดรายได้ 15,000 บาท/ครอบครัวปี ใน จปฐ. แต่เช่นเดียวกับเครื่องชั่งวัดเรื่องการรู้หนังสือที่ยังไม่รวมในเครื่องชั่งวัดโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า

จากการเปรียบเทียบดังกล่าว จะเห็นได้ว่าหากจะนำข้อมูลประเทศไทยไปรวมและเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆทั่วโลกในแง่ของสุขภาพดีถ้วนหน้าแล้ว คงต้องรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เพิ่มอีกหลายประเด็น

ขณะเดียวกันก็มีเครื่องชี้วัดหลายตัว อาจต้องพัฒนาขึ้นเพื่อให้สามารถใช้ในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด สุขภาพดีถ้วนหน้าตามมาตรฐานสากลขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization, 1981.
2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการนำเครื่องชี้วัดการพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐานไปใช้ในโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ: โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2530. (เอกสารอัดสำเนา).
3. กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย 2535
4. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. ไม่ระบุแหล่งที่พิมพ์, 2536.
5. คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 - 2537. แนวทางการประเมินหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ จังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้า. ไม่ระบุแหล่งที่พิมพ์, 2536.