

### เหลียวหลัง-แลหน้า 3 ทศวรรษของการสาธารณสุขมูลฐาน : กระบวนทัศน์ที่ต้องพัฒนา ?

ดร.นรินทร์ สังข์รักษา\*

ในโอกาสที่การสาธารณสุขได้เจริญเติบโตมาและได้พัฒนามาสามทศวรรษ ตั้งแต่ปี 2521 เข้าสู่ทศวรรษที่สี่ การสาธารณสุขมูลฐานมีตัวตนและได้ก่อให้เกิดพลังและการขับเคลื่อนเชิงสังคมอย่างมาก เพราะได้สร้างคลื่นพลังประชาชน เป็นกองกำลังนัรบทางสุขภาพ เกือบ 800,000 คนมากกว่าบุคลากรสาธารณสุขถึงเกือบ 3 เท่า ผู้เขียนในฐานะที่เคยเป็นบุคลากรสาธารณสุข ทั้งยังเคยเป็นผู้ปฏิบัติงานในระดับรากหญ้าสุด จนถึงผู้บริหารสาธารณสุขมูลฐานในระดับจังหวัด ซึ่งได้ปฏิบัติจากประสบการณ์จริงในฐานะ “เจ้าหน้าที่” และ ในฐานะ “นักวิชาการ” รวมถึงนักวางแผน นักนิเทศและกำกับระดับจังหวัด” จนมาเป็นผู้ถ่ายทอดการเรียนการสอนในฐานะผู้ส่งทาง คือ “ครู” ทางด้านวิชาการและการวิจัยในมหาวิทยาลัย คงจะสะท้อนภาพลักษณ์และจินตนาการแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นประเด็นแบบ Macro-micro Linking ตั้งแต่อดีต ปัจจุบันและอนาคต จะเป็นอย่างไร

#### เหลียวหลังการสาธารณสุขมูลฐาน : ยุคแห่งเส้นทางเดิน

นับแต่การสาธารณสุขมูลฐานได้ก่อเกิด “คำประกาศแห่งอัลมาอาต้า” ตั้งแต่ปี 2551 ที่เมืองอัลมาอาต้า ประเทศชิลี สหภาพโซเวียต รัสเซีย ภายใต้คำขวัญว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 (Health For All By The Year 2000)” อันเป็นจุดเริ่มของการสาธารณสุขมูลฐานที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เป็นผู้ใหญ่ลี้ตีกองประชุม ประเทศไทยได้รับคำประกาศแห่งอัลมาอาต้า นัยยะก็คือ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นทั้งกระบวนการ มรรค (Mean) และ ผลลัพธ์ (End) ของเครื่องมือการแก้ไขความยากจน ในวงจรที่มักเรียกกันว่า “วงจรแห่งความชั่วร้าย (Vicious Cycle)” คือ “ความไม่รู้ (การศึกษา) เจ็บ (สุขภาพ) และ จน (เศรษฐกิจ)” นั่นคือ การแก้ไขปัญหาในชนบท ตามแผนฉบับที่ 4-5 ที่ใช้ชนบท เป็นฐานการพัฒนา (Area-based community) ซึ่งแท้ที่จริงระบบการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่ถึงชนบท จึงใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นเครื่องมือ ในการสร้างความอุดม โภคา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า อันเป็นรากฐานของคน ในความไม่มีโรค “อโรคยาปรมาลาภา” นั่นคือการสร้างความจริง (Truth)

นับจากนั้นมาการสาธารณสุขมูลฐาน จึงได้ “บลูม (Bloom)” เป็นอย่างมาก มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานภาค ทั้ง 4 ภาพทำหน้าที่เป็นศูนย์วิชาการ สนับสนุนบุคลากรในระดับต่างๆ ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก JICA ของประเทศญี่ปุ่น ในระดับกระทรวงสาธารณสุขมีผู้บริหารที่ให้ความสนใจหลายท่าน (เท่าที่จำได้) นับตั้งแต่ นายแพทย์สมบูรณ์ วัชรโรทัย โครงการพิษณุโลก นายแพทย์สำลี ณ บางช้าง นายแพทย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ นายแพทย์อมร นนทสูต ฯลฯ รวมถึงโครงการ โคราซพัฒนา ในระดับการพัฒนา ระดับชุมชน มุ่งเน้นการพัฒนาชนบทตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) ได้เกิดการพัฒนาชนบทแบบผสมผสาน เรียกว่า “4 กระทรวงหลัก (4 สหาย) คือ กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาธิการ เกษตรและสหกรณ์ และมหาดไทย (พัฒนาชุมชน) นอกจากนี้ในการพัฒนาชนบท

.....  
อาจารย์สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

นั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวคิดการพัฒนาแบบเครือข่าย ( Network Development) สร้างข้อต่อ (Node) แกนนำ (Core) และเครือข่าย และได้บัญญัติศัพท์ “อสม.-อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ผสส-ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข” หรือเรียกกันเล่นๆว่า “อมรสั่งมา” ดังบทบาทของอสม./ผสส.ว่า

“แก้ข่าวร้าย                      กระจายข่าวดี  
 ให้บริการ                            ประสานงานสาธารณสุข  
 บำบัดทุกข์ของประชาชน      ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี”

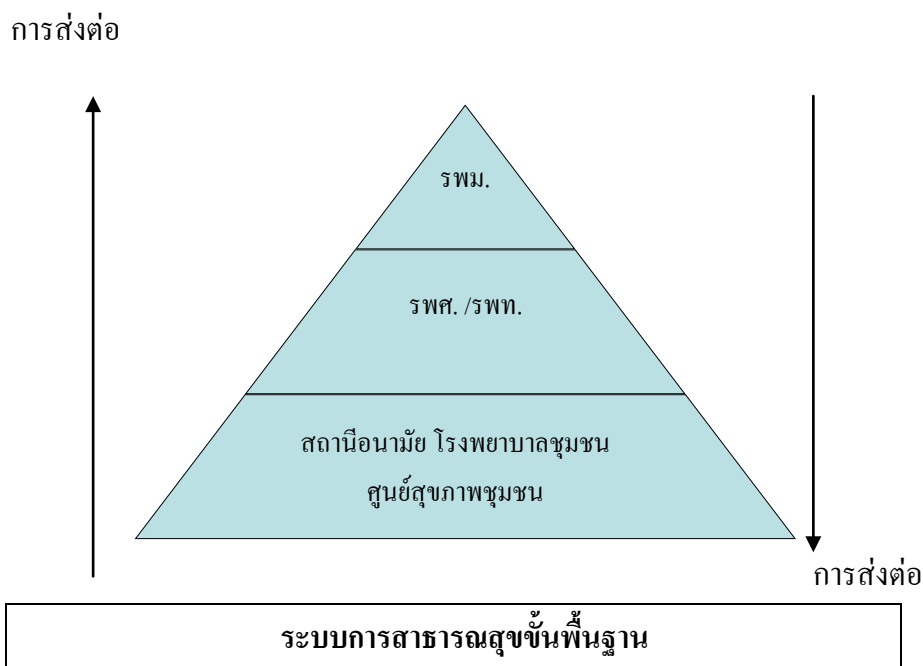
กระทรวงสาธารณสุขได้มีนวัตกรรมสาธารณสุข ( Health Innovation) เกิดขึ้นมากมาย ดังเช่น ปี 2505 กองมาลาเรียได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครมาลาเรีย (จุดเริ่มต้นของการสาธารณสุขมูลฐาน) ปี 2507-2509 เกิดโครงการสารภี โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ในรูปของ อสม./ผสส. กระทรวงสาธารณสุขนำไปทดลองที่จังหวัดนครราชสีมา ปี 2523 ประเทศไทยลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข ปี 2520-2524 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน เน้นอบรมครูฝึก สสม, สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ 500 บาท จุดเริ่มต้นของ 3 ก. (กำลังคน กองทุน และการบริหารจัดการ) ปี 2525-2529 ขยายการอบรม อสม./ผสส. ให้ครอบคลุมชนบททั้งหมด ภายใต้ฐานคิดของการสาธารณสุขมูลฐานที่ว่า “ประชาชนโดยประชาชน เพื่อประชาชน ” และ “ชุมชนหัวใจของการพัฒนา ” ปี 2525 โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางการสาธารณสุขมูลฐาน ปี 2527 ประกาศปรัณรงค์การสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ ดำเนินเป็นกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน ปี 2526 โครงการกองทุนบัตรสุขภาพ ปี 2527-2530 ขยายพื้นที่ต่อทุกจังหวัด ปี 2526 เน้น ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2528-2530 เน้นปรัณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ(ประช.) ปี 2528 เน้นจังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต และการพัฒนาระบบบริการ

ดังจะเห็นได้ว่าในช่วงยุคแรก ของทศวรรษที่ 1 นั้นได้เกิดนวัตกรรมทางการสาธารณสุขมูลฐานอย่างแท้จริง เพราะผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขต่างมุ่งเน้นและเอาจริงเอาจัง แต่หลังจากทศวรรษที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐาน ก็ได้ปรับตัวเคลื่อนไหวเชิงสังคมมากขึ้น โดยมีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การกระจายอำนาจ การจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ 7500 บาท และขยายเป็น 10000 บาท ภายใต้กรอบงานที่สามารถดำเนินการได้ 3 แนวทาง คือ 1) การพัฒนาศักยภาพ อสม. 2) การแก้ไขปัญหาในหมู่บ้าน และ 3) การสนับสนุนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เน้นการสร้าง อสม. ผู้เชี่ยวชาญ 10 ด้าน ในการประกวด อสม. กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้วันที่ 20 มีนาคม ของทุกปีเป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ จึงเห็นได้ว่ากระบวนการพัฒนาในรูปแบบของการสาธารณสุขมูลฐานได้เคลื่อนตัวและก่อเกิดการพัฒนาก่อสร้างฐานที่มั่นในชุมชนชนบท ทำให้คุณภาพชีวิต ( Quality of Life)และสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) จนมาถึงสุขภาพภาคประชาชน แม้ว่าความจริง ประเทศไทยได้ประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี 2543 ภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ฟองสบู่แตก แต่หากวิเคราะห์ฐานความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน จะพบว่า การสาธารณสุขมูลฐานมีฐานความคิดที่แน่วแน่ คือ การสร้างให้ประชาชนเกิดศักยภาพในการพึ่งตนเอง ( Self-reliance) ภายใต้กลยุทธ์ของการสาธารณสุข

4 ประการ คือ 1) ประชาชนเป็นเจ้าของ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ( Community Participation) 2) การผสมผสานกับงานอื่น 3) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 4) ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐต้องสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง ( Sufficiency Economic) ซึ่งหัวใจของเศรษฐกิจพอเพียงคือ การพึ่งตนเองให้ได้ ภายใต้อัตนวิสัย 3 ห่วง 2 เงื่อนไข คือ ความมีเหตุผล ความพอประมาณ และการมีภูมิคุ้มกันเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงคุณธรรมและความรู้ สอดรับกับสุขภาพพอเพียง (Sufficiency Public Health)

### การสร้างฐานที่มั่น ด้วยพลังประชาชน

จากการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา ตลอด 3 ทศวรรษ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีพลังประชาชน เป็น อาสาสมัครสาธารณสุข ถึงเกือบ 800,000 คน จึงเป็นพลังและฐานที่สำคัญของการทำงานทั้งในเมืองและชนบท โดยที่กระทรวงอื่นๆต่างใช้ตัวแบบการพัฒนาโดยการจัดตั้ง อาสาสมัครต่างๆ ขึ้นมามากมาย เหตุนี้ผู้นำ แก่นนำในชุมชนจึงสวมนวมหลายใบ และหลายคนได้พัฒนาจากอาสาสมัครสาธารณสุข ขึ้นไปเป็นผู้บริหารในระดับท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสมาชิกสภาจังหวัด (สจ.) เกิดเครือข่าย ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตั้งแต่ ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต ภาค และประเทศ และขยายต่อเป็นสมาคม นอกจากนี้ได้เคลื่อนย้าย เป็น “สุขภาพภาคประชาชน ” ซึ่งมีนัยยะสำคัญว่า การดำเนินสุขภาพแกนหนึ่งต้องเกิดจากตัวประชาชน รัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุน ตัวกระตุ้น ให้บทบาทภาคประชาชน ดำเนินไปได้อย่างมั่นคง ขณะเดียวกันการสาธารณสุขมูลฐานในช่วงนี้ได้ขยายฐานคิดจากเรื่องสุขภาพ เป็นเรื่องของการเมืองการปกครอง และประชาธิปไตย ที่ส่งผ่านไปสู่ระบบการเมืองโดยปริยาย เพราะจากฐานคิดของ อสม. คือ อาสาสมัครจะไม่มีเงินเดือน ค่าตอบแทน แต่มีเพียงสวัสดิการเล็กน้อยเท่านั้น อาสาสมัครได้สร้างพลังอำนาจ ( Empowerment) หลายคนมีศักยภาพเป็นผู้นำกลุ่ม จากฐานคิดของการสาธารณสุขมูลฐานและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ จากเดิมที่การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการระดับล่างสุด เชื่อมโยงกับระบบบริการ แต่ปัจจุบันเสมือนว่าแยกเป็นคนละส่วนกัน ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงระบบการสาธารณสุขมูลฐานที่แยกส่วนกับระบบบริการสาธารณสุข

การมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพได้เคลื่อนตัว ตามกระแสโลก ที่องค์การอนามัยเปลี่ยนทิศเป็นการสร้างสุขภาพ (Health Promotion) เป็นหลัก บนฐานคิดที่ว่า “สร้างนำซ่อม” แต่ความจริงกลับพบว่า “ซ่อมก็ยังไม่สร้าง” จากการกระจายงบประมาณ สร้างสถานบริการ การขยายฐานการรักษาเข้าไปถึงชุมชน กำหนดให้เป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ในชุมชน ให้เป็นเสมือน “โรงพยาบาลตำบล” เป็นสิ่งที่ดี แต่การมุ่งเน้นแบบนี้ทำให้ประชาชนไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ประชาชนพึ่งแต่รัฐ พึ่งบริการ พึ่งบัตรทอง ทั้งที่ความจริงแล้วการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหลักสิทธิมนุษยชนที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับบริการอย่างเท่าเทียม เสมอภาค และเป็นธรรม แต่ชนชั้นทางสุขภาพยังมีปรากฏให้เห็นอยู่เนืองๆ ซึ่งต่างกันทั้งเศรษฐกิจ ตำแหน่ง และอาชีพ กระทรวงสาธารณสุขมองเรื่อง “สุขภาพพอเพียงในมุมแคบมาก” เพราะหากมองให้ลึกคงต้องกลับมามองถึงการสาธารณสุขมูลฐานว่ายังสำคัญอยู่เพียงใด เอาการสาธารณสุขมูลฐานไปไว้ไหน ดังจะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 9-10 ได้น้อมนำเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการตามแผน แต่สุขภาพพอเพียง ที่สำนักปฏิรูประบบสุขภาพได้จุดประกายและจัดสัมมนาทางวิชาการ แต่การตอบรับเป็นอย่างไร และสำนักงานเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ควรที่จะพิจารณาในมิตินี้บ้าง เพื่อให้ยังคงอยู่ของการสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นรากฐานของระบบบริการสาธารณสุข แต่ความจริงในปัจจุบัน การสาธารณสุขมูลฐานแทบจะถูกกลืนเลื่อนไปจากความทรงจำ คือ เหลือพื้นที่น้อยมาก จากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ไปสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) นั่นคือการมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ฐานคิดของแม่ข่ายคือโรงพยาบาล – ลูกข่าย คือ สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้ ตามแผนกำหนดขั้นตอนและการถ่ายโอนภารกิจ ที่จะต้องมีการถ่ายโอนภารกิจให้กับท้องถิ่น จะครบ 10 ปี ในปี 2552 แต่

กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อระบบโครงสร้างและงานของการสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้ฐานคิดของการพึ่งตนเอง

### **ปัจจุบันโลกของการสาธารณสุขมูลฐาน : ภาวะปัญหาเชิงโครงสร้าง**

จากสภาพการณ์ปัจจุบันเราไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ต้องพึ่งต่างประเทศ พึ่งเทคโนโลยี พึ่งความรู้ต่างๆ รวมถึงพึ่งระบบบริการสุขภาพ ตามแบบการพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัย ( Modernization) เพราะวิถีโลก และแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นระบบบริการสุขภาพ เน้นการให้ประชาชนต้องพึ่งพาบริการของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในหลักการเป็นสิ่งที่ดี แต่อย่างไรให้ชาวบ้านสามารถพึ่งตนเองได้เช่นเดิม ขณะเดียวกันการสาธารณสุขมูลฐานได้ถูกลดบทบาท แทบไม่มีพื้นที่ในสังคมสุขภาพ จากการปรับโครงสร้างจากสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกองสุขภาพภาคประชาชน จึงเป็นการปรับบทบาท และเปลี่ยนภารกิจโดยอัตโนมัติ ทิศทางการพัฒนาชนบทที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็ง และแก้ไขความยากจนที่ต้องใช้พลังการแก้ไขในหลายมิติ การปรับกระบวนการทัศนคติความคิด การพัฒนาการสาธารณสุขที่ได้ปรับทิศ ปรับกระบวนการงานที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้โครงสร้างและระบบงานของการสาธารณสุขค่อนข้างมีทิศทางไม่ชัดเจน รัฐมองว่าเป็นบทบาทของภาคประชาชน จึงเป็นแบบแยกส่วนขาดกัน ทำให้ขาดตัวเชื่อมแบบ “ร่วมทุกข์ร่วมสุข” ของแผนงานหลัก ( Master Plan) ดังเช่นในอดีต กำหนดไว้ชัดเจนว่าในแต่ละปี แต่ละช่วงจะทำอะไร สร้างนวัตกรรมอย่างไรบ้าง จากการเฝ้ามองในฐานะคนข้างนอก และมีโอกาสเข้ามาวางในบางครั้ง และจากการทำวิจัยสะท้อนให้เห็นภาพชัดเจนว่า คงต้องถึงเวลาแล้วในรอบ 3 ทศวรรษแม้ว่าจะราบรื่นสวยงาม คงต้องเปิดพื้นที่ทางความคิด และเปิดพื้นที่ทางสังคม ด้วยการสร้าง “วาทกรรมใหม่ทางการสาธารณสุขมูลฐาน” ทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ( Stakeholders) ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข ภาคอาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน ต้องระดมความคิดปรับฐานการพัฒนาสังคมในมิติใหม่ จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างมาก

### **ทิศทางแห่งอนาคตตัวตนคนใน สสม.**

จากทางตันเชิงโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐาน คงจะเป็นการยากลำบากในการแก้ไข เพราะจะต้องปรับหรือโครงสร้าง(Re-engineering) ระบบโครงสร้างและระบบความคิดของทุกภาคส่วน แต่สิ่งสำคัญคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้ง 3 ภาคคงต้องหันกลับมาคิดว่า 3 ทศวรรษผ่านไปแล้ว การสาธารณสุขมูลฐานจะสร้างอัตลักษณ์ ( Identity) ให้มีหน้ามีตาอย่างไร ในภารกิจและบทบาทที่ชัดเจนดังเช่นในขบวนการทศวรรษแรก การขาดการสนับสนุนทุกด้านและระบบการสาธารณสุขมูลฐานยังไม่สามารถเข้มแข็งพอที่จะพึ่งตนเองได้จริง หากพิจารณาให้ถ่องแท้ ยิ่งหาทางไปสู่มรรค ไม่ชัดเจน จากระบบโครงสร้าง และตัวตน ( Self-identity) ที่จะนำไปสู่ ตัวตนทางสังคม ( Social-identity) จึงเสมือนว่าภารกิจไม่ชัดเจน แต่ความจริงบุคลากรของการสาธารณสุขมูลฐานต่างทำหน้าที่ได้อย่างดีในฐานะตัวเสริมและตัวกระตุ้นให้กับสังคมภาคประชาชน ทั้งการบริหาร การบริการและวิชาการ โดยเฉพาะวิชาการ สิ่งสำคัญตัวตนคน

สาธารณสุขมูลฐานต้อง 1) การปรับความคิดเชิงนโยบายใช้ ศสมช. เป็นฐานของระบบบริการในเครือข่ายสุขภาพ คือให้เป็นฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่แยกจาก ศูนย์สุขภาพชุมชน 2) การจัดการความรู้ชุมชน จากองค์ความรู้ที่มีอยู่ของชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ตามแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานด้วยการพึ่งตนเอง 3) การใช้การทำงานแบบทีม 4 คน หรือแนวคิดการพัฒนา “แบบ PHII” คือ P การมีส่วนร่วม H การจัดองค์การแนวราบ I การบูรณาการภาคส่วนต่างๆ และ I การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน 4) การปรับกระบวนการทัศนคติทุกภาคส่วน ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ 5) การ Re-engineering ระบบโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐาน ให้นำไปสู่การเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ ( New Social Moment) มุ่งเน้นเชิงบูรณาการแบบไตรประสาน

### ต้องฝ่าทางตันการสาธารณสุขมูลฐาน ผู้การขับเคลื่อน “นักจัดการสังคม”

ภาคปฏิบัติการที่หนึ่งของของชุมชน ในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การสร้างอสม. ให้เป็น “นักจัดการสังคม ( Social Manager)” ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ในสังคมไทย ที่อาศัยฐานของการจัดการความรู้ให้เป็นรูปธรรมตามสังคมฐานความรู้ ( Knowledge-based Society) เน้นการจัดการเชิงสังคม เพราะการพัฒนาสุขภาพมิใช่เฉพาะปัญหาสุขภาพประการเดียว ยังมีปัญหา “ความไม่รู้ ความยากจนและสุขภาพที่เป็นเกลียวพันกันตลอด การแก้ปัญหาจึงต้องเน้น “หลักพัฒนศึกษา ” คือการใช้การศึกษา (Education) เครื่องมือในการพัฒนาประเทศและสังคม มุ่งใช้วิถีวิทยาแบบสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ที่ใช้ศาสตร์หลายๆศาสตร์เข้ามาแก้ไขปัญหา มองแบบเชื่อมโยง ดังนั้นแนวคิดที่สสม. ควรพิจารณาในมิติ “นักจัดการสังคม ” ที่มีองค์ประกอบของ “นักคิด นักประสาน นักรบสุขภาพ นักแสวงหาความรู้ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง”

ภาคปฏิบัติการที่สอง มุ่งใช้การวิจัยแก้ปัญหาสุขภาพ แบบ “RXX” คือการใช้งานประจำควบคู่กับงานวิจัยแบบชาวบ้าน สร้างเครือข่ายวิจัยในระดับชุมชนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และแก้ปัญหาร่วมกัน ภาคปฏิบัติการที่สาม ภาคโครงสร้างเชิงระบบ คือ การปรับกระบวนการทัศนคติ สร้างฐานความคิด ไปสู่การปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ ( Paradigm Shift) ของการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการสร้างชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเอง บนฐานของ “สุขภาพพอเพียง ” เพราะเป็นหัวใจและองค์รวมของการสาธารณสุขที่ชาว สสม.ต้องเป็นพระเอกในเรื่องนี้และขับเคลื่อนให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังมากกว่าที่จะพึ่งระบบบริการเช่นทุกวันนี้

การมองในแบบอย่างเชื่อมโยงหลายมิติหลายประเด็น คงเป็นข้อฝากให้ชาว สสม. ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนและอสม. รวมถึงนักวิชาการ ได้หวนมาพิจารณาว่าเส้นทางเดินของการสาธารณสุขมูลฐาน คงไม่โรยด้วยกลีบกุหลาบ ถ้าตราบโดพลงเมืองของประเทศยังอยู่ในบ่วงของวงจรแห่งความชั่วร้าย และไม่อาจข้ามพ้นไปได้ เหตุนี้คงจะต้องหาแสงสว่างแห่งปัญญา โดยใช้การศึกษาให้เกิดการเรียนรู้ ใช้แนวคิดของทฤษฎีน้ำเต็มแก้ว ที่คนเรามักมองว่าทุกอย่างมีปัญหา เพราะมีน้ำเพียงครึ่งแก้ว คงต้องใช้น้ำครึ่งแก้วที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แสวงหาหรือเติมน้ำให้เต็มแก้ว บนฐานคิดของสุขภาพพอเพียง

