รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3

The Models of District Health System Management to Achieve Health Promotion Districts in the Health Region 2 and Health Region 3

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, อาทิตยา วังวนสินธุ์, วุฒิชัย จริยา และวราภรณ์ ยังเอี่ยม
Narongsak Noosorn, Artittaya Wangwonsin, Wutthichai Jariya and Waraporn Youngiam
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Faculty of Public Health, Naresuan University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอและเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอของ 24 อำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้มุมมอง 4 มิติของการประเมินแบบ Balanced Scorecards การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงประยุกต์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม กับ (1) กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอจำนวน 48 คน (2) กลุ่มทีมสุขภาพ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจำนวน 145 คน และ (3) กลุ่มทีมสุขภาพจากภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้แทน จำนวน 86 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการศึกษา พบว่า ทุกอำเภอใช้ข้อมูลในการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยทั้ง 24 อำเภอมีรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่คล้ายกันคือ การมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนในชุมชน ประกอบด้วย (1) ภาคผู้ให้บริการ (2) ภาคส่วนราชการโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (3) ภาคประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอที่มีจุดเด่น คือ การมีนายอำเภอเป็นประธานร่วมขับเคลื่อนภายใต้ประเด็นคุณภาพชีวิตและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับอำเภอโดยปัจจัยที่นำไปสู่ผลสำเร็จคือ การมีนโยบายการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีคณะทำงานการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีศักยภาพ ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, ระบบสุขภาพระดับอำเภอ, อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ, เขตสุขภาพ, การถอดบทเรียน

Abstract

This study was intended to study the lessons of District Health System Management (DHSM) and to synthesize the DHSM models of 24 districts located in Health Region 2 and Health Region 3 by applying the four perspectives of balanced scorecards. Applied research was utilized in this study. The data were collected by using in-depth interviews and focus group discussions. The informants consisted of three groups (1) 48 change agents - 24 district health officers and 24 district hospital

directors, (2) 145 members of healthcare teams, such as public health officers, nurses, and community health officers, and (3) 86 community representatives, such as community leaders, village health volunteers, and chief executives of local government organization. A thematic analysis was used for data analysis. The study indicated that all 24 districts utilized the data in planning with other networks. All districts had implemented the DHSM in a similar way by building a network of partnerships in the community. The networks were composed of three main sectors including (1) healthcare providers, (2) local government organizations and (3) population of village health volunteers. The interesting way in implementing the DHSM in some districts was that a sheriff was the chairman in implementing the quality of life issues and formulating the public policy regarding district health system (DHS). The factors that lead to the successful results of the DHSM implementation were clear DHS policy, community participation, potential of each DHS team, and continuous strong support from leaders at all levels.

Keywords: health system, district health system, health promotion district, health region, lesson learned

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) เป็นส่วนหนึ่งของบริการที่มีความสำคัญมากที่สุดในทุกประเทศ เนื่องจากเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และยังเป็นส่วนที่มีบริการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนมากกว่าร้อยละ 80 ของปัญหาสุขภาพทั้งหมด การดำเนินการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพในเชิงวิชาการ โดยมุ่งเน้นความต้องการของประชาชนให้สามารถเข้าถึงได้ โดยการผสมผสานบริการ สร้างศักยภาพของบุคลากรตามบริบทการทำงานจริงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีต่าง ๆ มีความจำเป็นอย่างมากในการจัดการกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งจากบทเรียนส่วนใหญ่มีการดำเนินการสำเร็จในระดับอำเภอ เนื่องจากมีขนาดพอเหมาะทำให้สามารถติดตามผลการดำเนินการและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างใกล้ชิดและเหมาะสม ขนาดของอำเภอยังช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและการดำเนินการที่สอดคล้องและเหมาะสมกับงบประมาณ ทำให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization--WHO) เรียกร้องให้มีการนำการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care--PHC) กลับมาใช้อีก (World Health Organization, 2008) ซึ่ง PHC มีแนวคิดหลักในการดำเนินงานสำคัญคือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการเป็นเจ้าของปัญหา ที่มีผลกระทบกับสุขภาพและร่วมกันจัดการกับปัญหานั้น การบูรณาการร่วมกัน ซึ่งแนวโน้มปัญหาสุขภาพปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ใช่สาเหตุจากโรคติดเชื้อ แต่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะพฤติกรรม ปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพทั้งหลายไม่อาจจัดการกับปัญหานี้ได้เพียงลำพังจำเป็นต้องมีเครือข่ายอื่นนอกภาคสาธารณสุขเข้ามามีบทบาท เนื่องจากนอกเหนือบทบาทของภาคสาธารณสุขที่จะจัดการเองได้

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ มาตั้งแต่ปี 2529 โดยให้เน้นการสร้างระบบการทำงานร่วมกันของภาคสาธารณสุขกับภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับอำเภอ ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายร่วมกันและบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (Archananuphap, 2014) และในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย “การจัดการสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System--DHS) เพื่อตอบสนองต่อปัญหา

สุขภาพและปัญหาของระบบบริการสุขภาพ (Chaelee, et al., 2014) โดยให้ความหมายการจัดการสุขภาพระดับอำเภอว่าเป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคี เน้นเป้าหมายดำเนินงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่ร่วมกัน แนวคิดดังกล่าวเน้นประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง และเป็นการกระจายถ่ายโอนอำนาจจากส่วนกลางไปสู่พื้นที่ รวมถึงการมุ่งเน้น “การจัดการแนวใหม่” ที่มุ่งให้พหุภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้นโยบายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับอำเภอที่เข้มแข็งว่า จะต้องมีการบริหารจัดการและการทำงานที่เป็นเอกภาพ (unity of district health team) มุ่งเป้าที่การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่อยู่บนฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบริการสุขภาพที่จำเป็น (essential cares)เพื่อสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของชุมชน (self-care) โดยมีการแบ่งปันทรัพยากรซึ่งกันและกันในพหุภาคี (resource sharing)ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน (Chaelee, et al., 2014) แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีกระบวนการดำเนินงานที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ยังขาดการวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ร่วมกันอันเนื่องมาจากยังขาดเครื่องมือดังเช่นระบบข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ ทำให้ปัญหาและความต้องการของชุมชนยังคงถูกกำหนดโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นหลัก เพื่อตอบสนองต่อนโยบายและตัวชี้วัดจากส่วนกลางเท่านั้นจากสถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าระบบสุขภาพระดับอำเภอยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่อย่างแท้จริง ยังจำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นจึงเป็นที่มาของการเกิดโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health System--DHS)

โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ หรือมีชื่อย่อว่าโครงการ 24 DHS เป็นโครงการที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมศักยภาพการจัดการสมัยใหม่ให้แก่ ผู้บริหาร ทีมบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ดำเนินโครงการโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์และภาคีเครือข่ายวิชาการจากคณะต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมมือกับเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอของ 24 อำเภอ ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 และเขตบริการสุขภาพที่ 3 จำนวน 9 จังหวัด 24 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพรหมพิราม อำเภอวัดโบสถ์ อำเภอวังทอง และอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก อำเภอตรอน อำเภอน้ำปาด อำเภอบ้านโคก และอำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ อำเภอไทรงาม อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร อำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอวชิรบารมี อำเภอดงเจริญ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ อำเภอหนองฉาง อำเภอสว่างอารมณ์ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก อำเภอสวรรคโลก อำเภอคีรีมาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย อำเภอหล่มสัก อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (Faculty of Public Health, Naresuan University, 2016)

ผลสำเร็จของโครงการหรือการดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายเพียงใด จำเป็นที่ต้องมีการประเมินหรือถอดบทเรียนเพื่อวัดผลและนำผลที่ได้ไปสู่การพัฒนาและสามารถนำไปสู่การตัดสินใจในการบริหารจัดการต่อไป (Meejang & Phithiyanuwat, 2013) การถอดบทเรียนโครงการนี้ คณะผู้วิจัยใช้วิธีการถอดบทเรียนหลังโครงการสิ้นสุดโดยใช้รูปแบบการประเมินแบบสมดุลย์ (Balance Score Card--BSC) (Meejang & Phithiyanuwat, 2013) เป็นกรอบในการประเมิน โดย BSC เป็นทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารจัดการองค์กรและเป็นเครื่องมือในการวัดผลสำเร็จของงาน (Mahavirun, 2003; Meejang & Phithiyanuwat, 2013; Kaplan, 2010) ซึ่งมีการนำมาใช้เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและวัดผลในการดำเนินงานสุขภาพ (Mavlutova & Babauska, 2013; Zelman, Pink & Matthias, 2003) โดย BSC เป็นการวัดผลที่มีองค์ประกอบในการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ มุมมองด้านพื้นฐาน มุมมองด้านกระบวนการ มุมมองด้านเรียนรู้

และพัฒนา และมุมมองด้านประชาชนและภาคีเครือข่าย การประเมินหลายมุมมองจะช่วยให้เกิดความสมดุล ไม่ได้มองด้านด้านใดด้านหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียวทั้งนี้เนื่องจากทั้ง 4 มุมมองมีความเชื่อมโยงกัน และทั้งหมดส่งผลกระทบต่อความสำเร็จขององค์กร (Mahavirun, 2003) การประเมินครั้งนี้ เป็นการดำเนินการเพื่อวัดผลการดำเนินงานหลังโครงการสิ้นสุด ประเมินโดยบุคคลภายนอกซึ่งได้แก่ทีมวิจัย โดยใช้มุมมองทั้ง 4 มิติในการประเมินเพื่อให้ได้มิติรอบด้านอย่างครอบคลุม จากเหตุผลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยการถอดบทเรียนรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 นี้ขึ้นเพื่อพัฒนาสู่อำเภอสุขภาพดีอย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในเขต 2 และเขต 3โดยใช้มุมมอง 4 มิติของการประเมินแบบสมดุล Balance Score Card

2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในเขต 2 และเขต 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เชิงคุณภาพ (qualitative research design) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อถอดบทเรียนกระบวนการขับเคลื่อนระบบบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบสมดุล (Balance Score Card--BSC) (Meejang & Phithiyanuwat, 2013) เป็นกรอบในการถอดบทเรียน BSC ซึ่งเป็นทั้งเครื่องมือในการบริหารจัดการองค์กรและเครื่องมือในการวัดผลการดำเนินงานขององค์กร อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ใช้ BSC เป็นเครื่องมือสำหรับการวัดผลการดำเนินงานแต่อย่างเดียว ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มุมมองด้านพื้นฐาน มุมมองด้านกระบวนการขับเคลื่อน มุมมองด้านการเรียนรู้และพัฒนา และมุมมองด้านประชาชนและภาคีเครือข่าย ซึ่งทั้ง 4 มุมมองมีความเชื่อมโยงกันและส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน (Mahavirun, 2003)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง (District Health Change Agent--DHCA) กลุ่มทีมสุขภาพในภาคราชการกระทรวงสาธารณสุข (District Health Team--DHT) และกลุ่มทีมสุขภาพจากภาคประชาชน (District Health Team--DHT)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม จาก 24 อำเภอ ดังนี้

1. กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง (DHCA) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ในอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ อำเภอละ 2 ท่าน รวม 24 อำเภอ จำนวนทั้งหมด 48 ท่าน

2. กลุ่มทีมสุขภาพ (DHT) ในภาคราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ดำเนินงานโครงการสร้างสุขภาพในชุมชน (อาจเป็น ผอ. รพ. สต. หรือนักวิชาการสาธารณสุข) พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่ดำเนินงานโครงการสร้างสุขภาพในชุมชน จำนวนทั้งหมด 145 ท่าน

3. กลุ่มทีมสุขภาพ (DHT) จากภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้แทน จำนวนทั้งหมด 86 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการถอดบทเรียน คือ แนวทางการสัมภาษณ์ (interview guidelines) ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key persons) โดยเริ่มจาก (1) กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง (District Health Change Agent--DHCA) หลังจากนั้นใช้วิธีเลือกจากการบอกต่อแบบลูกโซ่ (snow ball) (Jiravatkul, 2009) จากกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้งนี้เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key persons) ที่แท้จริงในกลุ่มทีมสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Team --DHT) (2) กลุ่มทีมสุขภาพในภาคราชการกระทรวงสาธารณสุข (3) กลุ่มทีมสุขภาพจากภาคประชาชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) แบบตัวต่อตัว และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยเตรียมแนวทางสัมภาษณ์ (Interview guidelines) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (construction validity) จากผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ 240/58 ลักษณะการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ โดยการกำหนดคำถามออกเป็นประเด็นให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยแสดงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และขออนุญาตในการจด/บันทึกเสียง ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้ากับผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60-90 นาที การสัมภาษณ์แต่ละรายจะทำการสัมภาษณ์จนกว่าจะไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นที่เรียกว่า ข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) จึงหยุดการสัมภาษณ์ ทำการบันทึกและถอดเทปรายวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วนเพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ได้มาผู้วิจัยจะนำมาถอดเทปคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งด้วยการ ฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำคณะผู้วิจัยจะบันทึกเหตุการณ์/เรื่องราวที่พบเห็นลงในสมุดบันทึกการทำงาน (lock book) ในขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมาประกอบการสรุปผลวิจัย โดยบันทึกเป็นรหัสหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 24 แห่ง เป็นรหัส 01-24 เก็บรหัสกับรายชื่อแยกจากกันเพื่อป้องกันทางด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ(thematic analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจากการถอดบทเรียนโดยใช้ BSC ทั้ง 4 มุมมอง

1. มุมมองด้านพื้นฐาน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสภาพบริบทด้านปัญหาสุขภาพ ระบบข้อมูล ภาวะผู้นำ และการใช้งบประมาณในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า

ปัญหาด้านสุขภาพ พื้นที่ที่ใช้เป็นประเด็นนำร่องส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาโรคเรื้อรัง (11 อำเภอ) ปัญหาผู้สูงอายุ (8 อำเภอ) ภายใต้กิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการออกกำลังกาย การลดละเลิกบุหรี่ สุรา อาหารปลอดสารพิษ นอกจากนี้บางอำเภอดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคไข้เลือดออก การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการจัดการขยะ ทุกอำเภอดำเนินงานภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ข้อมูลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพดังกล่าวมาจากข้อมูลระดับปฐมภูมิโดยใช้โปรแกรมสารภี (Saraphi health program) สำรวจโดยใช้แอพลิเคชัน ที่มีจุดเด่นเป็นข้อมูล Real time และการมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลเองของประชาชนในพื้นที่ บางพื้นที่นำข้อมูลที่ได้ร่วมกับข้อมูลทุติยภูมิ (43 แฟ้ม) มาใช้ในการประกอบการตัดสินใจเลือกปัญหามาแก้ไขผ่านกระบวนการคืนข้อมูลเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งต่อมาพบว่า หน่วยงานระดับพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนใจนำข้อมูลโปรแกรมสารภีไปใช้โดยเฉพาะพิกัดบ้านในการดูแลผู้มีปัญหาฉุกเฉินทางสุขภาพ หรือการดูแลใน ลักษณะต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน ต่อมาทีมพัฒนาระดับพื้นที่มองว่าข้อมูลที่ได้จากโปรแกรมสารภียังไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ประโยชน์จึงร่วมกันพัฒนาโปรแกรมใหม่ ชื่อว่า Naresuan University Health Data Center หรือ NU-HDC โดยการนำโปรแกรมสารภีมาพัฒนาให้เชื่อมโยงกับฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โปรแกรมใหม่นี้เพิ่มความสามารถในการใช้แอพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนรุ่นอื่น ๆ ได้จากโปรแกรมเดิมที่ยังมีข้อจำกัด

ด้านภาวะผู้นำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ถือว่าเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สำคัญ โดยพบว่าอำเภอที่มีความสัมพันธ์ในแนวราบกับนายอำเภอ ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจทางการปกครอง สามารถดึงภาคีเครือข่ายของส่วนราชการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้ามาร่วมขับเคลื่อน โดยเฉพาะการนำประเด็นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมาเป็นประเด็นขับเคลื่อน จนบางอำเภอสามารถผลักดันให้เกิด “นโยบายสาธารณะในระดับอำเภอ”

ด้านงบประมาณ การดำเนินงานนอกจากจะได้รับการสนับสนุนจากโครงการ 24 DHS และงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังได้รับงบประมาณจากแหล่งอื่นได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งได้ทั้งงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลและงบสนับสนุนของ อปท. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ม.) สำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) และภาคเอกชน ได้แก่ ชมรมข้าราชการบำนาญ รวมถึงเงินบริจาคต่าง ๆ โดยเฉพาะงบประมาณจากโครงการ 24 DHS ช่วยเติมเต็มให้เกิดการจัดการสุขภาพระดับอำเภอได้มากยิ่งขึ้น

2. มุมมองด้านกระบวนการขับเคลื่อนในอำเภอ กระบวนการขับเคลื่อนนั้น ทุกพื้นที่ใช้ข้อมูลเป็นตัวเชื่อมในการสร้างการมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการสร้างภาพในอนาคต (Future Search Confrerence--FSC) ร่วมกันที่จัดกระบวนการโดยโครงการ 24 DHS ซึ่งบางพื้นที่นำกระบวนการ FSC ไปใช้ต่อในพื้นที่เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อย่างไรก็ตามทุกพื้นที่เปิดเวทีประชาคมนำเสนอข้อมูล และร่วมพิจารณาก่อนตัดสินใจเลือกปัญหาในการดำเนินการตามโครงการ

จากการที่พื้นที่ขับเคลื่อนการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ พบรูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นแบบอย่างที่ดีในประเด็นต่าง ๆ หลายด้าน ได้แก่

ด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ 8 อำเภอ ทุกอำเภอที่ดำเนินงานด้านนี้ มีรูปแบบที่เหมือนกัน คือ ภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วม ที่ประกอบด้วยภาคผู้ให้บริการ ภาคส่วนราชการโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนที่มีท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) กลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ อสม. เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนในชุมชน

ส่วนที่มีรูปแบบการบริหารจัดการค่อนข้างแตกต่างกันที่น่าสนใจ ยกตัวอย่าง เช่น อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี มีนายอำเภอเป็นประธานร่วมขับเคลื่อนภายใต้ “นโยบายสาธารณะด้านการดูแลผู้สูงอายุ” ที่ภาคีเครือข่ายร่วมกันกำหนดขึ้น จนเกิดการขับเคลื่อนในระดับอำเภอ ที่อำเภอวัดโบสถ์ มีนายอำเภอเป็นประธานในการขับเคลื่อน ภายใต้โครงการ “อำเภอวัดโบสถ์ปลอดภัย” ที่นำประเด็นคุณภาพชีวิตมาเป็นประเด็นร่วมทำให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมขับเคลื่อนในทุกประเด็น โดยมีเวทีหลักระดับอำเภอคือเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการทุกเดือน โดยประเด็นการดูแลผู้สูงอายุเป็นประเด็นหนึ่งภายใต้อำเภอวัดโบสถ์ปลอดภัย อำเภอพรหมพิรามเป็นอีกอำเภอที่น่าสนใจที่มีภาคประชาชนที่เป็นพระสงฆ์เข้ามาร่วมขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งสามอำเภอที่กล่าวมา และอีกหลายอำเภอมีจุดเด่นที่ทำประสบผลสำเร็จ คือความสัมพันธ์กันในแนวราบของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ และระหว่างเครือข่ายในพื้นที่ด้วยกัน ทำให้มีภาคีเครือข่ายนอกภาคกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น

ด้านโรคเรื้อรัง มีรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 10 อำเภอ ทุกอำเภอมีรูปแบบที่เหมือนกันคือ ภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมเช่นเดียวกับประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามมีอำเภอที่น่าสนใจ ได้แก่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง ที่มีนายอำเภอเข้ามาเป็นประธานในการขับเคลื่อน โดยใช้วิธีการ “ประชุมสัญจรรายตำบล” เป็นทั้งเวทีขับเคลื่อนในรายตำบลและเป็นเวที “เยี่ยมเสริมพลัง” ซึ่งขับเคลื่อนทั้งหมด 5 ประเด็นเน้นประเด็นโรคเรื้อรังเป็นหลัก โดยพบว่าในระหว่างปีที่ 3 มีประเด็นที่ร่วมกันขับเคลื่อนเพิ่มอีก 2 ประเด็น ได้แก่ ระบบฉุกเฉินทางการแพทย์ และกลุ่มเกษตรปลอดสารพิษ นอกจากนี้ยังเกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่เป็นทางการเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการต่อยอดผลที่เกิดจากการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นอำเภอ

หนึ่งที่มีจุดเด่นในการนำข้อมูลที่สำรวจโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนมาเป็นตัวตั้งต้นในการขับเคลื่อน โดยนำร่องตำบลหนึ่งที่ผู้นำชุมชนมีศักยภาพ มีความเข้มแข็ง ทำให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและร่วมขับเคลื่อนอย่างเข้มแข็ง

ด้านสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 1 อำเภอ ที่อำเภอหล่มสัก เป็นอำเภอที่เป็นแบบอย่างที่ดีในประเด็นนี้ เนื่องจากสามารถสร้างกระแสให้เกิดขึ้นในระดับอำเภอด้านสุขภาพจิต ทำให้มีภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม มีการบูรณาการในทุกกลุ่มวัยแต่ละกลุ่มวัยมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการตามวัย คนทำงานผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติสร้างศักยภาพให้สามารถดูแลคนในพื้นที่ได้ และมีกิจกรรมในชุมชนโดยดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็งในการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช สิ่งที่บ่งชี้ความสำเร็จที่สำคัญคือสามารถปลดโซ่ตรวน จนผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป

ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกงไกรลาส มีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาคสาธารณสุขภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ปกครองและ อสม. โครงการมีจุดเริ่มที่ภาคผู้ให้บริการแล้วดึงภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงาน โดยใช้ “คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย” (Developmental Surveillance and Promotion Manual --DSPM) กระตุ้นและติดตามอย่างต่อเนื่องทั้งที่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากที่สำรวจแล้วพบมีเด็กพัฒนาการล่าช้าสามารถช่วยเหลือให้กลับมาปกติได้ โดยเพิ่มทักษะการกระตุ้นและการประเมินพัฒนาการเด็กให้ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง รวมถึงบุคลากรสุขภาพ รายที่แก้ไขไม่ได้จะส่งต่อผู้เชี่ยวชาญในระดับสูง ซึ่งเป็นระบบที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพ

ด้านเกษตรปลอดสารพิษ จำนวน 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสามง่าม มีรูปแบบการบริหารจัดการผ่านนโยบายสาธารณะ “ปฏิญญาสามง่าม” โดยระยะเริ่มต้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนหลัก และต่อมาปรับบทบาทเป็นที่ปรึกษา ใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เรียกว่า “เวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ” เป็นเวทีถอดบทเรียนและคืนข้อมูล โดยเวทีนี้ช่วยให้เกิดการสะท้อนคิดที่มีประโยชน์ในการทำงานระหว่างตำบล และเกิดการขับเคลื่อนตามที่คาดหวัง และยังก่อให้เกิดเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมในทุกระดับ

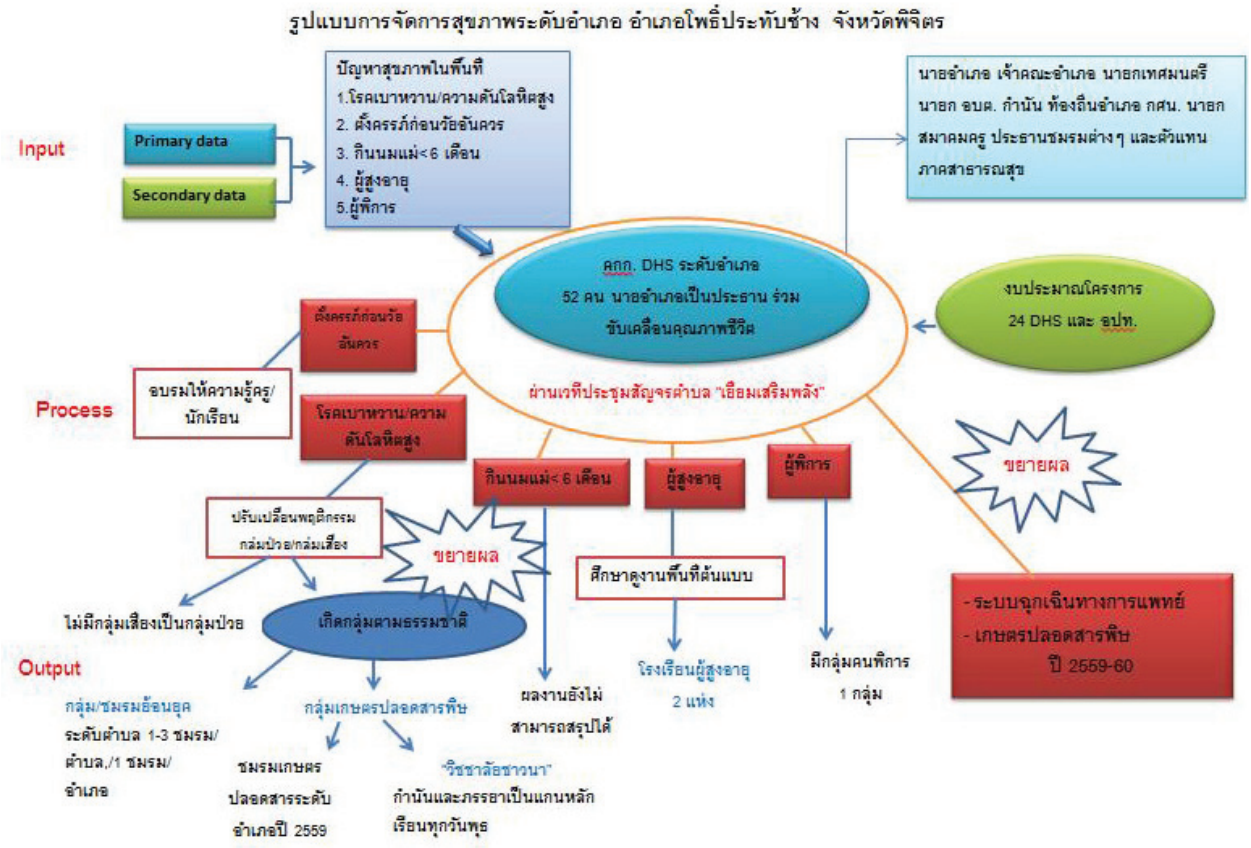
ประเด็นสุขภาพดีมีสตางค์ยั่งยืนด้วยเศรษฐกิจชุมชน จำนวน 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอคีรีมาศ ที่นำร่องในตำบลหนึ่งแนวคิดพื้นฐานการดำเนินงานมาจากแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง หรือ PIG Model (Participation, Intelligent, Good) คือ นอกจากให้ชุมชนมีการพัฒนาด้านสุขภาพแล้วยังมีการส่งเสริมด้านรายได้เพิ่มขึ้น โดยในส่วนของสุขภาพเป็นการเพิ่มศักยภาพของคน เน้นปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านพฤติกรรม ได้แก่ บุหรี่ สุรา อาหารสุกดิบ อาหารรสจัด และมีสุขภาพดี โดยหลังการดำเนินการพบว่ามีกลุ่มออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในชุมชนหลายกลุ่ม และยังเป็นวิทยากรให้หมู่บ้านอื่น เกิดชมรมลด ละ เลิกสุรา บุหรี่ มีบุคคลต้นแบบด้านลดละเลิกบุหรี่/สุรา ประชาชนปลูกผักไว้บริโภคผักปลอดสารพิษโดยพบร้อยละ 70 ที่ปลูกผักกินเอง เกิดมาตรการต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ถ้างานศพใดลดเหล้าจะได้รับเงินจากกองทุนช่วยศพ 1000 บาท และรวมถึงมาตรการอื่น ๆ จนตำบลแห่งนี้ได้รับการขนานนามว่าเป็นหมู่บ้านที่ดื่มเหล้าน้อยที่สุดในอำเภอ พบกระบวนการดำเนินงานที่มีความร่วมมืออย่างเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ด้านการจัดการโรคไข้เลือดออก จำนวน 1 อำเภอ ที่อำเภอหนองฉาง โครงการมีกิจกรรมค้นหาทุนทางสังคมในพื้นที่ ทั้งทุนบุคคล ทุนทรัพยากร และทุนทางวัฒนธรรม สร้างความเข้าใจ สร้างความรู้ประกอบการตัดสินใจให้ภาคีเครือข่ายเพื่อประกอบการตัดสินใจดำเนินงานร่วมกัน มีนายอำเภอ ผู้นำท้องที่เป็นทุนทางสังคมหลักที่ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนมุ่งสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ใช้กลวิธีดำเนินการหลากหลายที่น่าสนใจคือการใช้ทุนทางวัฒนธรรมจากลักษณะของคนไทยเป็นคนขี้เกรงใจ ละอายและอ่อนไหวกับคำพูด จึงใช้มาตรการ “ส่งสารตำหนิแบบปากต่อปาก กล่าวโทษว่าเป็นบ้านต้นเหตุ” เป็นอีกมาตรการในหลายวิธีการที่ใช้

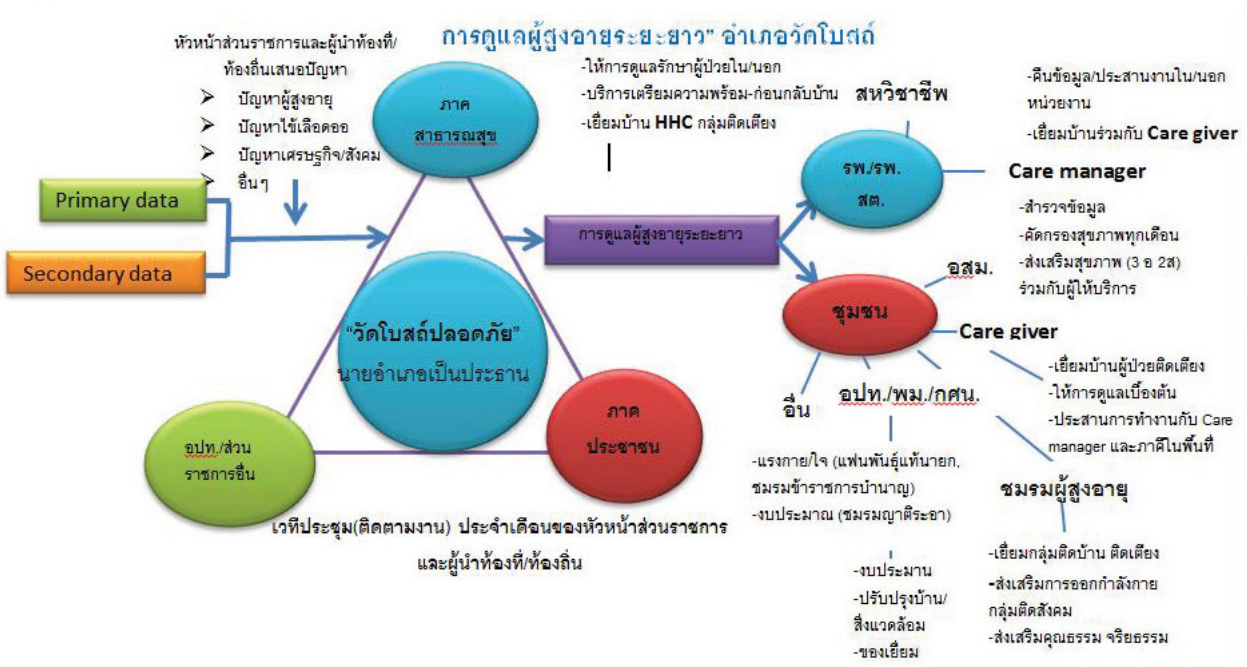
ทั้งเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรค โดยเฉพาะการจัดการกับสิ่งแวดล้อม จนโรคไข้เลือดออกลงลงเรื่อย ๆ นอกจากนี้ ได้ขยายผลการดำเนินงานไปสู่อีกตำบลหนึ่งที่เข้ามาร่วมเรียนรู้ ซึ่งพื้นที่ขยายผลนี้ เจ้าภาพหลักเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผู้ให้บริการมีบทบาทเพียงเป็นภาคีเครือข่ายหนึ่ง และเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางวิชาการ

ด้านการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 1 อำเภอ ที่อำเภอเขาค้อ เป็นแหล่งท่องเที่ยวชื่อดังและมีปัญหาการกำจัดขยะ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน มีภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมมือในการดำเนินงานเกิดความสำเร็จในการจัดหาพื้นที่กำจัดขยะ มีการให้ความรู้แกนนำในการคัดแยกขยะ อย่างไรก็ตามปัญหาเหล่านี้ยังต้องอาศัยกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดไป

ตัวอย่างการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ แสดงในภาพ 1 และภาพ 2



ภาพ 1 ตัวอย่างการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ.



ภาพ 2 ตัวอย่างการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ.

3. มุมมองด้านการเรียนรู้และพัฒนาในการขับเคลื่อน DHS เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา ดังนี้

การใช้ประเด็นคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นเป้าหมายในการทำงาน ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับภาระงานของภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งท้องที่ ท้องถิ่น และชุมชน จึงทำเกิดความร่วมมือกันในการขับเคลื่อน เนื่องจากคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับทุกหน่วยงาน จึงเกิดรูปแบบการจัดการสุขภาพรูปแบบที่แตกต่างจากเดิมที่มีเพียงบุคลากรสุขภาพเป็นเจ้าภาพ ไปเป็นรูปแบบที่มีนายอำเภอเป็นประธาน เป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อน

ระบบข้อมูลเป็นตัวเชื่อมการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทำให้ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มาทำงานร่วมกันผ่านเวทีคืนข้อมูล เวทีประชุม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีสัญจรต่าง ๆ ข้อมูลอาจมาจากหลากหลายแหล่งทั้งทุติยภูมิ และข้อมูลปฐมภูมิ แต่พบว่าข้อมูลที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของตั้งแต่การสำรวจข้อมูลและใช้ข้อมูลทำให้มองเห็นปัญหาและตระหนักต่อปัญหาในพื้นที่ เห็นได้จากบางอำเภอที่มีการสำรวจและใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอย่างจริงจังก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่หลากหลายตามบริบทพื้นที่ทำให้การพัฒนาระบบสุขภาพอยู่บนพื้นฐานความต้องการที่แท้จริงตามบริบทพื้นที่ (bottom up approach)

ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่สำคัญได้แก่นายอำเภอที่มีพลังอำนาจตามบทบาทหน้าที่สูงสุดในระดับอำเภอ สามารถสร้างให้เกิดความร่วมมือในทุกภาคส่วน ทั้งนี้การทำให้นโยบายด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอมีความต่อเนื่องยั่งยืนต้องอาศัยผู้นำการเปลี่ยน แปลง ในส่วนผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอที่ต้องสร้างระบบที่เชื่อมต่อนี้ ทั้งนี้จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาผู้นำสุขภาพทั้งสองท่าน ได้ยึดหลักการตามแนวคิดการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิด DHS ได้ใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นกาวเชื่อมให้นายอำเภอได้รับรู้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ถึงแม้เปลี่ยนแปลงนายอำเภอแต่หากยึดหลักการเดิมนโยบายนี้ก็จะยังคงอยู่ทำให้สามารถมุ่งสู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาวะที่ดี

ความสัมพันธ์ในแนวราบเป็นหัวใจในการดำเนินงานการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เห็นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับ

สาธารณสุขอำเภอ และระหว่างนายอำเภอ ตลอดจนความสัมพันธ์ของผู้นำในชุมชน ที่ทำให้การดำเนินงานจัดการสุขภาพเกิดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของทุกส่วนราชการและประชาชน จึงเป็นจุดแข็งของการจัดการสุขภาพที่มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมหลากหลาย

กองทุนสุขภาพตำบลเป็นแหล่งงบประมาณหลัก ที่ทุกพื้นที่ได้ใช้ในการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามการบูรณาการงบประมาณในอำเภอที่ยังมีปัญหา โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังมีข้อจำกัดไม่สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันในระหว่างตำบล สามารถใช้งบประมาณได้เฉพาะเขตรับผิดชอบเท่านั้น

ภาระงานของพื้นที่ในภาคสาธารณสุข ปัจจุบันมีนโยบาย Top down ที่เน้นการตอบสนองต่อตัวชี้วัดที่มีเป็นจำนวนมากและถือเป็นนโยบายและภารกิจหลัก ทำให้การดำเนินงาน DHS เป็นภารกิจรอง ซึ่งการจัดการสุขภาพระดับอำเภอต้องใช้แนวทางการพัฒนาชุมชนที่มีลักษณะ Bottom up หากตัวชี้วัดมาก บุคลากรต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการจัดการเพื่อตอบสนองตัวชี้วัด จึงให้ความสำคัญน้อยกับการพัฒนาชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาด้านสุขภาพตามแนวคิด DHS

4 มุมมองด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นเวทีหนึ่งที่ใช้เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับชุมชน เป็นเสมือนเวทีคืนข้อมูลให้พื้นที่ได้รับรู้ปัญหาก่อนดำเนินโครงการ ขณะดำเนินงานและหลังดำเนินโครงการ บางพื้นที่ใช้เวทีประชุมสัญจรรายตำบลเป็นเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการที่สัญจรไปรายตำบล โดยพบว่าวิธีการนี้นอกจากทำให้มีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือครอบคลุมทุกตำบลแล้ว ยังค้นพบประเด็น สุขภาพที่ยังเป็นส่วนขาดในตำบลนั้น ๆ ที่แตกต่างจากตำบลอื่นเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับบริบทพื้นที่

ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมมี ดังนี้

ภาคส่วนสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 24 อำเภอ พบว่าภาคส่วนสาธารณสุขเป็นทั้งแกนนำหลัก และเป็นทั้งที่ปรึกษา หรือเป็นผู้ร่วมดำเนินการหากมีแกนนำหลักเป็นภาคส่วนอื่น

ภาคส่วนราชการนอกกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ นายอำเภอ เข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อน จำนวน 10 อำเภอ ซึ่งบางอำเภอมีจุดเด่นจากการที่นายอำเภอเป็นประธาน และใช้เวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการในการติดตามงาน หัวหน้าส่วนราชการ ได้เข้ามามีบทบาทในการร่วมขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม เทศบาล/อบต. เป็นทั้งผู้ร่วมขับเคลื่อนซึ่งพบทุกอำเภอ มีส่วนร่วมสนับสนุนงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบลทุกอำเภอ และบางแห่งสนับสนุนงบของ อปท. ที่ไม่ใช่กองทุนสุขภาพตำบล เช่น อำเภอพรหมพิราม อำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอวังทอง อำเภอศรีมาศ และบางอำเภอ อปท. เป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อน เช่น อำเภอหนองฉาง ที่ตำบลทุ่งโพธิ์ได้นำกลวิธีการจัดการโรคไข้เลือดออกของทุ่งพงโมเดลมาใช้ นอกจากนี้ยังร่วมปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อม พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ/ของเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุ บางแห่งศูนย์การศึกษาตามอัธยาศัยสนับสนุนงบประมาณอบรม โรงเรียนร่วมขับเคลื่อนประเด็นไข้เลือดออก และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นต้น

ภาคประชาชน ผู้นำท้องที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นแกนนำหลักที่ร่วมขับเคลื่อนในชุมชนทุกอำเภอ โดยเฉพาะอำเภอโพธิ์ประทับช้าง กำนันและเป็นแกนนำหลักตั้ง “วิชชาลัยชาวนา” ที่จัดการเรียนรู้ทุกสัปดาห์เป็นแกนนำที่เกิดขึ้นเองจากการขับเคลื่อนระบบสุขภาพสัญจรไปตามตำบล ผู้นำท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรี นายก อบต. ส่วนใหญ่จะสนับสนุนงบประมาณ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมข้าราชการบำนาญ/ชมรมอื่น ๆ พระภิกษุ เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างอาชีพส่งเสริมรายได้ และสุขภาพจิต

รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

จากการถอดบทเรียน สังเคราะห์รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ได้ 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอร่วมกันเป็นแกนหลัก รูปแบบที่ 2 ผู้อำนวยการหรือสาธารณสุขอำเภอเป็นแกนหลัก รูปแบบที่ 3 นายอำเภอเป็นแกนหลัก (ภายใต้

การประสานโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ) รูปแบบที่ 4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้สนับสนุนและให้คำปรึกษา ทั้ง 4 รูปแบบมีลักษณะแตกต่างกัน ได้แก่

รูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบเดิมที่มีอยู่แล้ว แต่พลังอำนาจในการขับเคลื่อนฯ มีได้ไม่มาก เนื่องจากถึงแม้จะมีการดำเนินการที่เชื่อมถึงชุมชนก็จริง แต่ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ยังอยู่ในภาคส่วนผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่ยังเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในภาคส่วนประชาชนหรือภาคท้องถิ่นมีน้อย ซึ่งไม่ต่างจากรูปแบบที่ 2 อย่างไรก็ตามทั้งสองรูปแบบ จะดำเนินการได้ดีเพียงใดขึ้นกับภาวะผู้นำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับท้องที่และท้องถิ่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่ผู้นำท้องที่และท้องถิ่นมีศักยภาพ

รูปแบบที่ 3 นายอำเภอเป็นแกนหลัก (ภายใต้การประสานการขับเคลื่อนโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ) มีจุดเด่นที่นายอำเภอ ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในระดับอำเภอ สามารถดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาท จนบางพื้นที่ก่อให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ หลายพื้นที่ก่อให้เกิดเครือข่ายครอบคลุมถึงระดับตำบลและเกิดแรงกระเพื่อมที่ชุมชนมีบทบาทเป็นเข้าของขับเคลื่อนด้านสุขภาพได้เอง

รูปแบบที่ 4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน ผู้ให้บริการให้คำปรึกษา

การอภิปรายผล

จากการถอดบทเรียนทั้ง 4 มุมมอง พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สามารถใช้หลายเทคนิควิธีขึ้นอยู่กับต้นทุนพื้นที่ ดังนี้ (1) เทคนิควิธีการสร้างภาพในอนาคต พื้นที่ได้นำไปใช้ในการสร้างความร่วมมือในชุมชน (2) เทคนิค Force field analysis (3) เวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการประจำเดือนที่มีทั้งผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น หัวหน้าส่วนราชการมีนายอำเภอเป็นประธาน ทำให้เกิดความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งนี้เนื่องจากศักยภาพของนายอำเภอที่มีอำนาจสูงสุด (4) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (5) เวทีประชุมสัญจรรายตำบล เป็นเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการที่สัญจรไปรายตำบล โดยพบว่าวิธีการนี้นอกจากทำให้มีเครือข่ายครอบคลุมทุกตำบลแล้ว ยังพบประเด็นสุขภาพที่ยังเป็นส่วนขาดที่ต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ จากหลายภาคส่วน จึงเป็นการกระจายอำนาจการบริหารจัดการใน พื้นที่ (Walley & Wright, 2010) เนื่องจากมีความสัมพันธ์ในแนวราบก่อให้เกิดความร่วมมือสูง ตัวแทนจากภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมกันคิดร่วมตัดสินใจ กำหนดทิศทาง การพัฒนา ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับประโยชน์โดยรัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุน ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Compookhow, 2016) เนื่องจากพัฒนาจากฐานราก เกิดขึ้นตามธรรมชาติและด้วยหัวใจที่อยากช่วยเหลือคนที่ทุกข์ยากและด้อยโอกาส สอดคล้องกับแนวคิดที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกที่เสนอแนะและพยายามรื้อฟื้นการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care--PHC) ขึ้นมาใหม่ในปี 2551 ที่เน้นการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาในการจัดการสุขภาพในชุมชน (World Health Organization, 2008; Archananuphap, 2014)

การใช้ประเด็นคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นเป้าหมายในการทำงาน ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับภาระงานเดียวกัน ของภาคส่วนราชการ รวมทั้งท้องที่ ท้องถิ่น จึงทำเกิดความร่วมมือกันในการขับเคลื่อน ทำเกิดรูปแบบการจัดการสุขภาพ จากเดิมที่มีเพียงบุคคลากรสุขภาพเป็นเจ้าภาพไปเป็นรูปแบบที่มีนายอำเภอเป็นประธานในการขับเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่ได้เสนอให้เน้นการสร้างระบบการทำงานร่วมกันของภาคสาธารณสุขกับภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับอำเภอในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายร่วมกันและบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (Archananuphap, 2014)

ระบบข้อมูลเป็นตัวเชื่อมระบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ทำให้ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มาทำงานร่วมกันผ่านเวทีคืนข้อมูล เวทีประชุม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีสัญจรต่าง ๆ ข้อมูลอาจมาจากแหล่งทุติยภูมิหรือปฐมภูมิ แต่พบว่าข้อมูลที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลและใช้ข้อมูล ทำให้ชุมชนมองเห็นปัญหาและ

ตระหนักต่อปัญหาในพื้นที่ ก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่หลากหลายตามบริบทพื้นที่ ทำให้การพัฒนาระบบสุขภาพอยู่บนพื้นฐานความต้องการที่แท้จริง (Tarimo, 1991) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในโครง การ 24 DHS ทำให้ได้โปรแกรม NU-HDC ที่นำข้อมูล Secondary data และPrimary data มาเชื่อมต่อกันและใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชราวรรณ ศรีศิลปะนันทน์ และคณะ (Srisilapanun, et al., 2008) เสนอว่าควรมีการสร้างระบบฐานข้อมูลกลางที่เป็นข้อมูลชุดเดียวและใช้ร่วมกันทั้งหน่วยงานสุขภาพและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อความเป็นเอกภาพ

รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับอำเภอที่สำคัญ ได้แก่ นายอำเภอที่มีพลังอำนาจตามบทบาทหน้าที่สูงสุดในระดับอำเภอ สามารถสร้างให้เกิดความร่วมมือในทุกภาคส่วน ทั้งนี้การทำให้นโยบายด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอมีความต่อเนื่องยั่งยืน จำต้องอาศัยผู้นำการเปลี่ยนแปลงในส่วนผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ (Jariya, et al., 2017) ที่ต้องสร้างระบบที่เชื่อมต่อนี้ให้ได้ ที่ผ่านมาหากผู้นำสุขภาพทั้งสองท่าน ยึดหลักการตามแนวคิดการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิด DHS ได้ใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นกาวเชื่อมให้นายอำเภอได้รับรู้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีการย้าย นายอำเภอจะยังคงสามารถมุ่งสู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาวะที่ดีได้ อย่างไรก็ตามภาวะผู้นำมีความสำคัญมากในการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (Kitreerawutiwong & Jariya, 2015) ซึ่งสามารถสร้างให้เกิดได้ทุกระดับทั้งระดับบริหารระดับอำเภอและในชุมชน เห็นได้จากอำเภอหนึ่งที่มีการประชุมสัญจรรายตำบล จนเกิดการต่อยอดเกิดผู้นำที่ไม่เกิดจากการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ เกิดเองตามธรรมชาติ ดังนั้น ในการจัดการสุขภาพของชุมชนจึงต้องการผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนจึงควรส่งเสริมให้เกิดภาวะผู้นำเพื่อสามารถจัดการสุขภาพในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ในแนวราบเป็นหัวใจในการดำเนินงานการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เห็นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ และนายอำเภอ ตลอดจนผู้นำชุมชน ความสัมพันธ์ของบุคลากรสุขภาพกับชุมชน ที่ทำให้การดำเนินงานจัดการสุขภาพเกิดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของทุกส่วนราชการและประชาชน เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบมากกว่าในแนวดิ่ง จึงเป็นจุดแข็งของการจัดการสุขภาพซึ่งไม่สามารถทำได้หากความสัมพันธ์นี้เป็นไปในลักษณะแนวดิ่งที่เกิดการสั่งการต่าง ๆ จึงควรมีระบบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถทำงานร่วมกับชุมชนและท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องโครงสร้างระดับอำเภอและตำบลมีรูปธรรมเชิงโครงสร้างและการทำงานร่วมกันที่เห็นผลชัดเจน (Srivanichakorn, et al., 2009) ความสัมพันธ์ในพื้นที่ทำให้เกิดการทำงานเป็นเครือข่าย สามารถพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Mungchit, et al., 2013) จึงควรส่งเสริมศักยภาพของท้องถิ่น ให้มีความพร้อมในด้านความเข้าใจในการสนับสนุนงบประมาณโดยเฉพาะด้านส่งเสริมป้องกันโรค และศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวาระการดำรงตำแหน่ง (Wongkongkathep, et al., 2010) ทั้งนี้เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่

กองทุนสุขภาพตำบลเป็นแหล่งงบประมาณหลัก ที่ทุกพื้นที่ได้ใช้ในการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังมีข้อจำกัดไม่สามารถบูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันในระหว่างตำบล ดังนั้น หากจะให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาข้อจำกัดดังกล่าวให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาปัจจุบัน หากสามารถดูแลแบ่งปันกันในระดับอำเภอก็จะช่วยให้เกิดการทำงานในลักษณะพี่ช่วยน้อง มีความสัมพันธ์อันดี ช่วยเหลือเกื้อกูลอยู่ร่วมกัน ทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอเดียวกันอย่างมีความสุขภายใต้แนวคิด “คนในอำเภอไม่ทอดทิ้งกัน”

การค้นหาต้นทุนทางสังคมที่มีในชุมชน ช่วยทำให้การขับเคลื่อนงาน เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (Khamman, 2008) ได้กล่าวว่าทุนทางสังคม เป็นที่ยอมรับขององค์กรพัฒนาระหว่างประเทศว่ามีความสำคัญต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยทุนทางสังคมเกิดจากการรวมตัว ร่วมคิดร่วมทำบนฐานของ

ความไว้เนื้อเชื่อใจ สายใยผูกพันและวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคมไทย ผ่านระบบความสัมพันธ์ที่มีการสะสมในลักษณะเครือข่าย หากพื้นที่ต้องดำเนินการขับเคลื่อนที่ต้องอาศัยภาคีเครือข่าย จำเป็นต้องค้นหาทุนทางสังคม ไม่ว่าเป็นทุนมนุษย์ ทุนภูมิปัญญา ทุนทางกายภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอนี้ มีรูปแบบที่โดดเด่นคือมีนายอำเภอเป็นประธานร่วมขับเคลื่อน ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีการกำหนดเป็นนโยบาย “สาธารณะด้านการดูแลสุขภาพ” ที่ภาคีเครือข่ายร่วมกันกำหนดขึ้น

2. ก่อนที่จะดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาในชุมชนควรมีการนำข้อมูลพื้นฐานชุมชนที่เป็นปัจจุบันมาประกอบการตัดสินใจร่วมกันในกำหนดปัญหา

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงาน DHS ทั้ง 4 รูปแบบ โดยถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จเพื่อเป็นตัวอย่างให้พื้นที่อื่นนำไปประยุกต์ใช้

References

Archananuphap, S. (2014). *District health systems development: The similarity that is different.* Bangkok: Health Care Reform Office. (in Thai)

Chaelee, D., Thipthaingthae, C., Sumamarn, T., Thonsuthepweerawong, C., & Yana, T. (2014). *The encouragement of district health system (DHS) in Thailand*. Bangkok: Bureau of Health Administration. (in Thai)

Compookhow, C. (2016). The management process in health problem solving by the mechanism of district health system: Karasin province. *Research and Development Health System*, *9*(2), 17-28. (in Thai)

Faculty of Public Health, Naresuan University. (2015). *Health information system*. Retrieved from http://www.phnu24dhs.org/ (in Thai)

Jariya, W., Wangwonsin, A., Sangouam, S., Sornprasit, S., & Punpo, P. (2017). Lessons learned and guidelines for long-term care development based on the district health system management. *Research and Development Health System Journal*, *10*(2), 222-231. (in Thai)

Jiravatkul, S. (2009). *Qualitative research in health sciences*. Bangkok: Vatphat. (in Thai)

Kaplan, R. S. (2010). *Conceptual foundations of the balanced scorecard*. Retrieved from http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/10-074.pdf (in Thai)

Khamman, S. (2008). *Social capital and human capital development*. Retrieved from http://www.rtna.ac.th/departments/Law/internet/humanrelation2.pdf (in Thai)

Kitreerawutiwong, N., & Jariya, W. (2015). Implementing district health system based on primary health care approach. *Journal of Nursing and Health Care*, *33*(3), 6-15. (in Thai)

Mahavirun, K. (2003). *Balanced scorecard management concept*. Retrieved from http://www.geocities.com/vichakarn2002/scorcard.doc (in Thai)

Mavlutova, I., & Babauska, S. (2013). The competitiveness and balanced scorecard of health care companies. *International Journal of Synergy and Research*, *2*(2), 107-128.

Meejang S., & Phithiyanuwat, S. (2013). *New performance evaluation: Theory and practice.* Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Mungchit, P., Kanato, M., & Mimen, K. (2013). *Development guideline on district health-networks*. Retrieved from https://chd.kku.ac.th/attachments/article/72/2556-3-02.pdf (in Thai)

Srisilapanun, P., Lasukha, D., Lerttrakannon, P., Korwanit, N., & Kamphonsiri, T. (2008). *Situation of health information system and development of health indicators in older people: Lamphun province.* Retrieved from http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2746?locale-attribute=th (in Thai)

Srivanichakorn, S., Vechasuthanon, K., Leesmith, W., Yana, T., Direkbussarakom, O., Sanchaisuriya, P., . . . Bukbun, P. (2009). Potential and readiness of tripartite member concerning the development of the community health system in 12 sub-districts. *Journal of Health Systems Research*, *3*(3), 389-401. (in Thai)

Tarimo, E. (1991). *Towards a healthy district: Organizing and managing district health systems based on primary health care*. Geneva: World Health Organization.

Walley, J., & Wright, J. (2010). *Public health: An action guide to improving health*. New York: Oxford University.

Wongkongkathep, S., Prakongsai, P., Wongkongkathep, S., & Janyagulwong, A. (2010). *A report of research project to develop capacity and efficiency of district health fund on universal health coverage under the concept of good management*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever.* Geneva: Author.

Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal Health Care Finance*, *29*(4), 1-16.