

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ: ประสบการณ์ต่างประเทศและการพัฒนาในประเทศไทย

District Health System: International Experiences and the Development in Thailand

วุฒิชัย จรียา, อาทิตยา วัจนสินธุ์ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
Wutthichai Jariya, Artittaya Wangwonsin and Narongsak Noosorn

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Faculty of Public Health, Naresuan University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักการและประสบการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอใน 5 ประเด็น ได้แก่ (1) แนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (2) โครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (3) หลักการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (4) การกำกับติดตามและประเมินผลระบบสุขภาพระดับอำเภอ และ (5) ผลกระทบจากระบบสุขภาพระดับอำเภอ การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงเอกสารโดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอจากองค์การอนามัยโลกและจากประสบการณ์ของ 3 ประเทศ ได้แก่ ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศแอฟริกาใต้ และประเทศไทย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ตุลาคม 2559 ถึงมีนาคม 2560 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำเสนอเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า (1) แนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจการปกครองจากส่วนกลางให้จัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (2) มีโครงสร้างทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในรูปแบบคณะกรรมการทำหน้าที่บริหารจัดการการดำเนินงาน (3) หลักการทำงานจะเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (4) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอมีทั้งผลกระทบด้านบวกและลบ (5) ผลกระทบด้านบวก คือ การพัฒนาการเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพ ส่วนผลกระทบด้านลบ คือ ความไม่ชัดเจนของนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอและการขาดทักษะภาวะผู้นำของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ (1) ผู้นำระดับนโยบายควรให้ความสำคัญกระบวนการถ่ายทอดนโยบายและการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ รวมทั้ง มีระบบสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพผู้นำนโยบายไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (2) ผู้นำและทีมเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอควรเน้นการทำงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, ระบบสุขภาพระดับอำเภอ, การวิจัยเชิงเอกสาร

Abstract

This research aimed to synthesize the principles and experiences in implementing the district health system (DHS) in five aspects (1) concepts of DHS (2) structure of committees managing DHS (3) principles of DHS implementation (4) monitoring and evaluation of DHS and (5) impact of DHS. The research was a documentary study. The literature from the World Health Organization and three

countries including New Zealand, South Africa, and Thailand was reviewed from the period from October 2016 to March 2017. The collected data was analyzed by content and presented descriptively. The results pointed out that (1) the concept of DHS. with the structure of local government organization, decentralized power from the central governance to provide the health services to the population living in the responsible areas (2) the district health management team in the form of committees implemented the DHS (3) the principle of DHS implementation was primarily based on the participation of networks (4) When implementation of the DHS was monitored and evaluated and both optimistic and undesirable impacts were found (5) the optimistic impacts concerned the development of accessibility and quality of health services, while the undesirable impacts concerned the ambiguity of the DHS policy and the inadequate leadership skills of DHS committees. Recommendations of this research were (1) leaders at the policy level should pay attention on the policy translation process and the DHS implementation's monitoring and evaluation. Leaders at policy level should continually have a supporting system for competency development of those implementing the DHS (2) leaders and district health management team should proactively work with networks based on the local people-oriented approach to solve the real problems occurring in the responsible area.

Keywords: health system, district health system, documentary research



บทนำ

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care --PHC) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นความต้องการของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการการที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าถึงและเป็นธรรม ด้วยวิธีการผสมผสานบริการ สร้างศักยภาพของบุคคลากรตามบริบทการทำงานจริงอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน (World Health Organization, 2008) การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามหลักการและแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการออกแบบแนวคิดในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดบริการสุขภาพมีการเชื่อมโยงกับบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งสามารถบูรณาการกับภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 1988) ดังนั้น แนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System--DHS) จึงได้เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยเรื่อง

การสาธารณสุขมูลฐานในปี ค.ศ.1978 ที่เมืองอัลมา อตา (Alma-Ata) ที่เน้นว่างานสาธารณสุขมูลฐานควรถูกบูรณาการให้เข้ากับระบบสุขภาพของประเทศร่วมกับการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม (Lawn, et al., 2008) หลังจากปี ค.ศ.1978 หลายประเทศได้นำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานประยุกต์ใช้ในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยเข้าใจว่าแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอเปรียบได้กับเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ (Kitreerawutiwong & Jariya, 2016; World Health Organization, 1988; World Health Organization, 2016)

ในประเทศไทย แนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอถูกใช้มาตั้งแต่ “โครงการอยุธยา” ซึ่งมีชื่อเต็มว่า “โครงการวิจัยระบบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล” โดยเริ่มโครงการตั้งแต่เดือนมกราคม 2532 (Archananuphap, 2014) และมีการพัฒนาต่อยอดต่อมาเป็นลำดับ จนกระทั่งแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอได้

พัฒนาและประกาศเป็นนโยบายอย่างชัดเจนอีกครั้งในปี พ.ศ.2555 (Pongsupap, 2014) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเทศไทยเป็นการวิจัยการถอดบทเรียนการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ แต่ยังไม่ขาดการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอกับต่างประเทศ (Archananuphap, 2014) โดยการศึกษาและวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพระหว่างประเทศ จะช่วยให้สามารถเรียนรู้จุดบกพร่องและปัจจัยสู่ความสำเร็จจากหลากหลายประสบการณ์ของแต่ละประเทศ ในการดำเนินงานตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพได้ (Block, 1997) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ได้เกิดขึ้นในต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์หลักการและประสบการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจากต่างประเทศและประเทศไทยใน 5 ประเด็น ได้แก่ (1) แนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (2) โครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (3) หลักการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (4) การกำกับติดตามและ

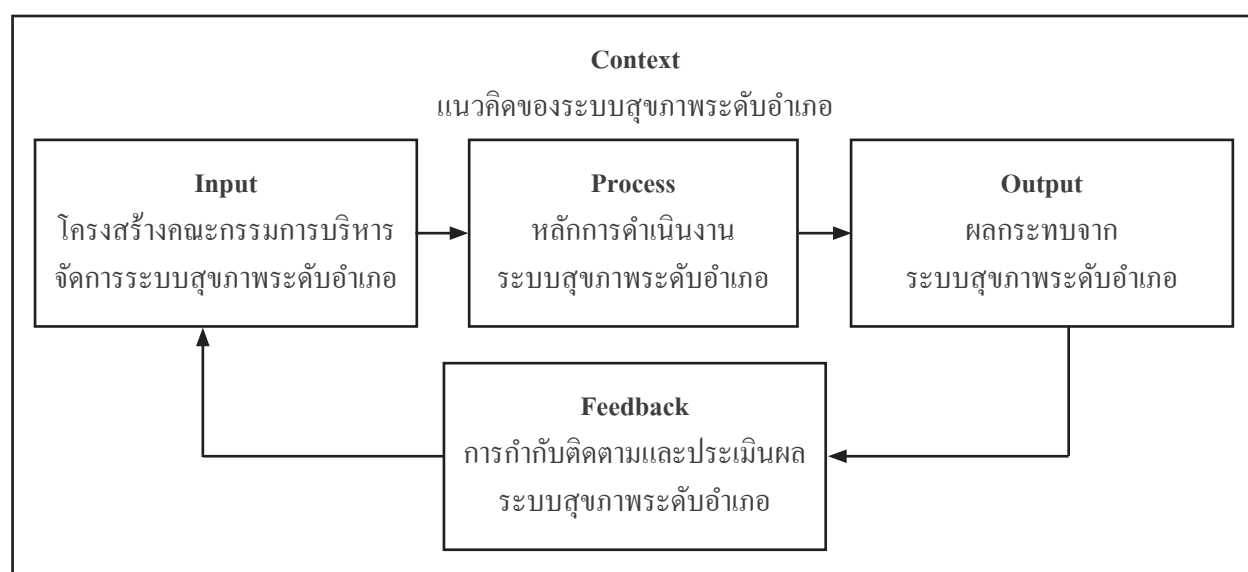
ประเมินผลระบบสุขภาพระดับอำเภอ และ (5) ผลกระทบจากระบบสุขภาพระดับอำเภอ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีระบบ (system theory) (Katz & Kahn, 1978) ถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการวิจัยนี้ เนื่องจากธรรมชาติของการจัดการระบบสุขภาพและองค์การสาธารณสุขอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมและบริบทด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทุกองค์ประกอบที่หลากหลายในตัวระบบ (Tadadej & Tridech, 2017) โดยองค์ประกอบหลักตามทฤษฎีระบบ ประกอบด้วย บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลสะท้อน (feedback) และผลลัพธ์ (output) (Koontz & Weihrich, 2008) ทฤษฎีระบบ อธิบายว่า ระบบใหญ่ประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบ เช่น ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ และในระบบบริการสุขภาพยังประกอบด้วย ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (Tadadej & Tridech, 2017)

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้ในการสังเคราะห์หลักการและประสบการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอใน 5 ประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดดังแสดงในกรอบแนวคิด (ภาพ 1)

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาใช้วิธีวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) (Scott, 2006) สังเคราะห์องค์ความรู้จากข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยทำการสังเคราะห์หลักการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอจากแหล่งข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization--WHO) และสังเคราะห์ประสบการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศแอฟริกาใต้ และประเทศไทย ช่วงระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 รวม 6 เดือน

ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูล (data collection) จากเอกสารสิ่งพิมพ์ งานวิจัย ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือ วารสารวิชาการ วารสารทั่วไป เอกสารทางการของรัฐบาล และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยกำหนดแหล่งสืบค้นจำนวน 4 แหล่ง คือ (1) Internet Database ใช้ Google Search และ Google Scholar (2) Electronic Database ใช้ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Scopus, Science Direct, Springer Link (3) Library Database ใช้ฐานข้อมูลของ Cochrane Library และ (4) Organization Database สืบค้นจากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งกำหนดคำที่ใช้ในการสืบค้นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ดังนี้ ระบบสุขภาพ (health system), ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system), คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (district health board), การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system management), การประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system assessment), ผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system performance)

หลังจากที่ข้อมูลถูกศึกษาค้นคว้าและรวบรวม (data collection) จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์สรุปประเด็น (thematic analysis) (Miles & Huberman, 1994) โดยผู้วิจัยพยายามอ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจและพิจารณาสาระของข้อมูลในแง่ต่าง ๆ จากนั้นทำการย่อข้อมูลและจัดระเบียบ

ข้อมูล (data reduction and organizing) โดยการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษาออก ทำการจัดหมวดหมู่หรือใส่รหัสข้อมูล (noticing and coding) ทำการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อหาประเด็นย่อย (categories) และพัฒนาประเด็นร่วม (themes) ที่สำคัญตามกรอบแนวคิด จากนั้น ผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ความรู้ (data synthesis) ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนด นำเสนอผลการศึกษาเชิงพรรณนา (data display) ซึ่งในขั้นตอนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยพยายามตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปและตีความข้อมูล (data drawing and verifying conclusions) โดยทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยทีมผู้วิจัยหลายคน (analyst triangulation)

ผลการวิจัย

1. แนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเทศไทยส่วนใหญ่มีโครงสร้างการปกครองแบบท้องถิ่น มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการระบบสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาจจะมีพื้นที่รับผิดชอบในอำเภอประกอบไปด้วยประชากรจำนวน 50,000 ถึง 500,000 คน (Tarimo, 1991) เมืองปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการกระจายอำนาจ (decentralization) และมอบหมายให้ดูแลและรับผิดชอบจากการปกครองส่วนกลางและเป็นพื้นที่ที่มีหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลและโรงพยาบาลทั่วไปจัดให้มีระบบการส่งต่อภายในอำเภออย่างเบ็ดเสร็จ (World Health Organization, 2007a) ด้วยเหตุผลที่ว่า “อำเภอ” มีขอบเขตที่เหมาะสมและสามารถบริหารจัดการได้ทั้งในระดับพื้นที่และภูมิภาค จึงส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสได้รับการบริการการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด อำเภอจึงถือว่าเป็นรูปแบบที่ดีในการพัฒนาความสัมพันธ์ร่วมกับองค์กรและภาคประชาสังคม (Chatora & Tumusiime, 2004a; World Health Organization, 1988) ทั้งนี้ ลักษณะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะโครงสร้างการเมืองการปกครอง และประวัติศาสตร์ความเป็นมาของแต่ละประเทศ (Segall, 2003)

ประเทศนิวซีแลนด์ดำเนินงานตามแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอในชื่อ “คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health Board--DHS) โดยมีภารกิจบูรณาการงานของโรงพยาบาลเข้ากับงานบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อให้เกิดบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้ง งานการสาธารณสุขมูลฐาน บริการสำหรับผู้สูงอายุ บริการสำหรับผู้พิการ เพื่อให้บริการมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายการที่ประชาชนมีสุขภาพดี (Malcolm, et al., 2002) คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอมีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบตามภูมิศาสตร์ (Ministry of Health, 2017) โดยคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอของแต่ละอำเภอจะมีหน้าที่หลักในการวางแผนและจัดการเรื่องงบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพในอำเภอของตนเอง (Cumming, et al., 2014) ดังนั้น คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอจะทำงานประสานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Health Organisation --PHO) เพื่อสร้างเครือข่ายกับท้องถิ่นและร่วมกันพัฒนาบริการด้านการศึกษา สวัสดิการ สาธารณูปโภค และคมนาคมขนส่ง อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพประชาชนในชุมชน (King, 2001)

ประเทศแอฟริกาใต้มีการกำหนดขอบเขตของระบบสุขภาพระดับอำเภอตามขนาดการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอาศัยเกณฑ์ด้านขนาดของพื้นที่ตามภูมิศาสตร์ ขนาดประชากร และความหนาแน่นของประชากร ซึ่งพอจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) Metropolitan (2) District และ (3) Local ซึ่งระดับ Local ยังแบ่งย่อยลงไปได้อีก 6 ระดับขึ้นอยู่กับศักยภาพและงบประมาณที่ได้จากเก็บภาษีในพื้นที่ ซึ่งถ้าหากพื้นที่ไหนมีศักยภาพน้อยจะได้รับการสนับสนุนจากระดับ District ดังนั้น เมื่อจัดระบบสุขภาพระดับอำเภอในบางพื้นที่ที่มีขนาดประชากรที่มาก เช่น ระดับ Metropolitan จะต้องมีการจัดแบ่งพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบให้สามารถบริหารจัดการได้ (Barron & Sankar, 2000)

ประเทศไทยแบ่งขนาดของพื้นที่ในการกำหนดขอบเขตการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตามเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งแบ่งขนาดอำเภอตามสภาพภูมิศาสตร์ ทำใหขนาดพื้นที่ และขนาดประชากร

ของแต่ละอำเภอมีขนาดต่างกัน อย่างไรก็ตาม โครงสร้างระดับอำเภอและตำบลมีรูปธรรมเชิงโครงสร้างและการทำงานร่วมกันที่เห็นชัดเจน (Srivaniachakorn, et al., 2009) โดยเป้าหมายหลักของประเทศไทย คือ (1) ทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน (2) ชุมชนช่วยเหลือกัน เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง และ (3) ทำให้สถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ (self-care) (Archananuphap, 2014)

2. โครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ไม่ว่าจะเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การบริหารจัดการ การจัดสรรการเงินและทรัพยากร การร่วมมือดำเนินกิจกรรมระหว่างหน่วยงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จะต้องต้องมีทีมงานหรือคณะทำงานที่เรียกว่า “ทีมงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health Team--DHT) หรืออาจจะเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “ทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health Management Team--DHMT) โดยส่วนใหญ่ทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ จะประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ในอำเภอ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการสิ่งแวดล้อม (Jariya, et al., 2017; Tarimo, 1991; Walley, Wright & Hubley, 2001)

ประเทศนิวซีแลนด์มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผ่านคณะทำงานที่เรียกว่า “คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ” (District Health Board--DHB) คณะกรรมการของแต่ละอำเภอจะมีจำนวน 11 คน โดยคณะกรรมการ 7 คนมาจากการเลือกตั้งจากวาระทุก 3 ปีและคณะกรรมการอีก 4 คน ได้มาจากการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health, 2017) จากนั้นคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ อาจจะมีการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการชุดย่อยเพื่อทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการหน่วยพัฒนาคุณภาพ

(quality development division) คณะกรรมการหน่วย
บริการปฐมภูมิ (primary care division) คณะกรรมการ
หน่วยบริการทุติยภูมิ (secondary care division) ซึ่งคณะ
กรรมการแต่ละชุดอาจจะมีสมาชิกที่มาจากหลากหลาย
ภาคส่วนทั้งจากภาครัฐและเอกชน (Malcolm, et al.,
2002)

ประเทศแอฟริกาใต้มีการจัดตั้งคณะทำงานซึ่ง
โครงสร้างและผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการหลักนั้น
มีรูปแบบที่หลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทและสภาพปัญหา
ของแต่ละพื้นที่ แต่โดยหลักแล้วจะเริ่มจากการแต่งตั้ง
ผู้จัดการระดับอำเภอ (District Manager--DM) จาก
หน่วยงานสาธารณสุข เพื่อเป็นผู้ประสานงานและสร้าง
ทีมกับเครือข่ายที่สามารถร่วมจัดการปัญหาสุขภาพได้
เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงาน
ภาคเอกชน เป็นต้น ที่สำคัญเมื่อมีการสร้างทีมงานแล้ว
จะต้องมีการประชุมหรืออบรมเพื่อสร้างความเข้าใจ
หลักการและวิธิดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับ
อำเภอ ร่วมกันวางแผนและกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน
พร้อมกันนี้ ระหว่างที่มีการอบรมหรือพัฒนาจะเป็น
ช่วงเวลาที่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีและค้นหา
ศักยภาพว่าใครจะเข้ามามีส่วนร่วมหรือสนับสนุน
ซึ่งกันและกันได้อย่างไร (McCoy, et al., 1998)

ประเทศไทยมีแกนนำหลักในการขับเคลื่อนระยะ
เริ่มต้นยังคงเป็นบทบาทของภาคผู้ให้บริการสุขภาพ
เนื่องจากมีความรู้และทักษะทางวิชาการด้านสุขภาพ
โดยใช้กระบวนการที่มีภาคีเครือข่ายทุกส่วนเข้ามามี
ส่วนร่วม ผ่านกระบวนการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
เพื่อสร้างความเข้าใจ จนเห็นความสำคัญและตัดสินใจ
ร่วมดำเนินการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ผู้นำ
การเปลี่ยนแปลง (change agent) มีความสำคัญอย่างมาก
ในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะผู้นำ
ที่เป็นผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ คือ ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ถึงแม้มาจากต่างสาย
บังคับบัญชา แต่มีลักษณะเด่นในการทำงานต่างกันใน
ทักษะทางวิชาการและทักษะในการเข้าถึงชุมชน นอกจากนี้
ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมต้องมาจากหลายภาคส่วน
โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพที่
นำมาขับเคลื่อน ผ่านกระบวนการให้ข้อมูลที่เหมาะสม

จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการร่วมรับรู้
ร่วมคิด ร่วมดำเนินการและร่วมประเมินผล ซึ่งภาพ
สะท้อนความร่วมมือและความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่
เป็นโครงการที่ชุมชนริเริ่ม มุ่งเน้นให้ชุมชนบริหาร
จัดการเองได้ประโยชน์ร่วมและนำไปสู่การพึ่งตนเอง
(Srivaniachakorn, et al., 2009)

3. หลักการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหาร
จัดการที่ระดับอำเภอนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะการได้รับ
อำนาจในการบริหารจากผู้บริหารระดับสูงหรืออำนาจ
จากการกระจายอำนาจและยังขึ้นอยู่กับทรัพยากรมนุษย์
ด้วย เนื่องจากงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่ง
ของการดำเนินงานที่ระดับอำเภอ ดังนั้น จะต้องให้
ความสนใจกับหลายแง่มุมที่เป็นเสมือนแกนหลักใน
ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้าน
(World Health Organization, 1988) คือ

3.1 องค์กร การวางแผนและการบริหารจัดการ
หมายถึง โครงสร้างองค์กรและกระบวนการบริหาร
จัดการ เพื่อก่อตั้งการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งถือได้ว่าเป็น
หัวข้อที่ครอบคลุมถึง เป้าหมาย แผนงาน บทบาทและ
ความรับผิดชอบของหลากหลายองค์กรและหน่วยงานใน
อำเภอ

3.2 การจัดสรรการเงินและทรัพยากร ระบบ
สุขภาพอำเภอมีบทบาทที่สำคัญในการตัดสินใจเพื่อ
จัดสรรทรัพยากร ต้องมีความสามารถในการจัดหาแหล่งเงิน
และสามารถพัฒนาระบบข้อมูลทางการเงินที่มีประโยชน์

3.3 การร่วมมือดำเนินกิจกรรมระหว่าง
หน่วยงานในระดับอำเภอ ให้ความสำคัญกับการสนับสนุน
และประสานงานระหว่างหน่วยงานและองค์กรเพื่อ
พัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งครอบคลุมในด้าน
การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดหาน้ำสะอาด
การพัฒนาสุขภาพิบาลบ้านเรือน การพัฒนาแหล่งอาหาร
และการยกระดับรายได้และการศึกษา ซึ่งมีความสำคัญ
ต่อการพัฒนาสุขภาพ การเพิ่มการเท่าเทียมกัน (equity)
และการเข้าถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส (vulnerable groups)
เป็นประเด็นที่มีความสำคัญซึ่งจะต้องอาศัยมุมมองและ
ความร่วมมือจากหลายฝ่ายและหน่วยงาน

3.4 การมีส่วนร่วมของของเครือข่าย พุดถึง การถ่ายโอนและกระจายงานที่จะต้องให้ทุกภาคส่วนของ องค์การเข้ามามีส่วนร่วม อันจะนำไปสู่การระดมทรัพยากร มนุษย์และวัสดุอุปกรณ์ในระดับท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการพัฒนา การมีส่วนร่วมของชุมชนพยายามที่จะสร้างกลไก สนับสนุนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเต็มรูปแบบและ เตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของชุมชนยังให้ความสำคัญกับอาสาสมัครชุมชน (community health workers) และผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในชุมชน

3.5 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สำหรับระบบ สุขภาพอำเภอบนพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน จำเป็นต้องมีนโยบายด้านกำลังคนเพื่อสนับสนุนงานของ ทั้งระบบ ซึ่งนโยบายดังกล่าวต้องเริ่มตั้งแต่การให้คำนิยาม ของคำว่าความจำเป็นของกำลังคน (manpower needs) ผ่านการฝึกอบรมขั้นพื้นฐาน การพัฒนาอาชีพ (career development) และสภาวะสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (working condition) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับ อำเภอ มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการอบรม การสนับสนุน และการให้คำปรึกษา ณ ที่ทำงาน (in-service training and supervision) การพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควร อาศัยข้อมูลความสามารถที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการทำงาน จริงมากกว่าจะใช้ข้อมูลหน้าที่ถูกกำหนดไว้นานแล้ว การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ช่วยให้เกิดการพัฒนาระดับขึ้นตอน วิธีการ และวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมต่อความต้องการ ในระดับอำเภอ

ประเทศนิวซีแลนด์ มีแนวทางการดำเนินงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อให้เกิดการทำงานบริการ ด้านสุขภาพที่เป็นหนึ่งเดียวกันในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (service integration in a single entity) โดยมีเป้าหมาย ที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพ (population-focused health system) โดยสามารถสรุปหลักการ ดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอได้ เป็น 3 ประเด็น คือ (1) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (set of common goals) โดยเน้นที่สุขภาพของประชาชนเป็น หลัก (2) การสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายของ ระบบสุขภาพ (collaborative health system) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐบาล ภาคเอกชน

และภาคส่วนอื่น ๆ (3) การผลักดันให้ผู้ให้บริการใส่ใจต่อ คุณภาพและคำนึงถึงค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ (quality and cost) (Malcolm, et al., 2002)

ประเทศแอฟริกาใต้ ได้มีการศึกษาทบทวน กระบวนการนำนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอไปปฏิบัติ และนำเสนอรายงานชื่อ The District Health System in South Africa: Progress Made and Next Steps เสนอ ว่า ประเด็นสำคัญในการดำเนินการงานระบบสุขภาพระดับ อำเภอ ได้แก่ (1) การจัดโครงสร้างองค์การ การวางแผน และการจัดการ (2) การจัดสรรทรัพยากรและการเงิน (3) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (4) การมีส่วนร่วมของ ชุมชน และ (5) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ (Department of Health Republic of South Africa, 2001)

หลักการดำเนินงานของประเทศไทยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ หรือที่เรียกว่า “UCARE” อันได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมในระดับอำเภอ (U: Unity of District Health Team) (2) การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายและชุมชน (C: Community Participation) (3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้ บริการเอง (A: Appreciation and Quality) (4) การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (R: Resource Sharing and Human Development) (5) การพัฒนารูปแบบ บริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของ ประชาชน (E: Essential Care) จากหลักการดำเนินงาน ทั้ง 5 องค์ประกอบ จะเห็นว่าฐานคิดในการขับเคลื่อน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ มาจากรากฐานเดิมของการ สาธารณสุขมูลฐานซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชน เป็นเจ้าของปัญหาและร่วมจัดการตนเองจนสามารถ พึ่งตนเองได้ (Chaelee, Namtussanee, et al., 2014)

4. การกำกับติดตามและประเมินผลระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ

วัตถุประสงค์หลักในการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ เพื่อวิเคราะห์ จุดอ่อนและจุดแข็งในกระบวนการดำเนินงานในประเด็นต่าง ๆ เช่น โครงสร้างองค์กร กระบวนการจัดการ การมีส่วนร่วม และการจัดการทรัพยากร ซึ่งจะเชื่อมโยงไปถึงประสิทธิผล

(effectiveness) ประสิทธิภาพ (efficiency) คุณภาพ (quality) ความเท่าเทียมกัน (equity) และผลกระทบของสถานทางสุขภาพ (health status) ที่เกิดจากระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Tarimo, 1991) ข้อมูลจากการประเมินผลจะเป็นหลักฐานที่ช่วยสะท้อนการดำเนินงาน และช่วยให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และเป็นข้อมูลที่ช่วยแสดงผลลัพธ์จากการปฏิรูประบบสุขภาพ (Sambo, Chatora & Goosen, 2003)

ประเทศนิวซีแลนด์ให้ความสำคัญถึงคุณภาพการบริการขององค์กรสาธารณสุขและพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพบริการที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอด้วยหลากหลายวิธี เช่น การจัดโครงการตรวจประเมินบริการด้านการรักษา (clinical audit) การจัดโครงการพัฒนาการจัดการคุณภาพและความเสี่ยง (quality and risk management programmes) การตรวจสอบคุณสมบัติและศักยภาพของผู้ให้บริการ (credentialing) การพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพ (quality framework) การจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ (quality committee) (Malcolm, et al., 2002)

ประเทศแอฟริกาใต้ได้มีแนวทางการประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ถูกออกแบบโดย World Health Organization Regional Office for Africa เพื่อให้ประเทศในทวีปแอฟริกาใช้เป็นแนวทางในการประเมิน ซึ่งแนวทางที่ใช้ประเมินจะพิจารณาองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านโครงสร้างและคณะทำงาน (2) ด้านกระบวนการบริหารจัดการ (3) ด้านการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และ (5) ด้านความพอเพียงและการบริหารจัดการทรัพยากร (McCoy, et al., 1998; Sambo, Chatora & Goosen, 2003)

ประเทศไทยมีการประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีการสร้างเครื่องมือประเมินตนเองจากหลักการดำเนินงาน “UCARE” มีรูปแบบการประเมินตนเองจากแบบประเมินรายการ (check list) ที่ตัดสินใจว่า มี/ไม่มี ทำ/ไม่ทำ ผ่านเกณฑ์/ไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งในการประเมินนั้นจะวัดในส่วนของผลลัพธ์ที่ประชาชนได้รับ (customer focus) ดังนั้น ในการประเมินได้แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ “UC-CARE” โดย C ที่เพิ่มขึ้นคือ Customer Focus

เครื่องมือประเมินตนเองนี้เป็นแบบประเมินรายการ (check list) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนจากน้อยไปมากในประเด็นตามข้อคำถาม อย่างไรก็ตาม การประเมินลักษณะนี้จะไม่สามารถมองเห็นปรากฏการณ์ของการมี/ไม่มี ทำ/ไม่ทำ ผ่านเกณฑ์/ไม่ผ่านเกณฑ์ เป็นเพียงการประเมินในเชิงปริมาณ ซึ่งหากมีการประเมินเชิงคุณภาพจะทำให้เข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริงที่พื้นที่นั้นเผชิญอยู่ โดยผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมอาจเป็นผู้ร่วมให้ข้อคิดเห็นและหาทางออกร่วมกัน เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน การมองและให้ความสำคัญกับที่มาที่ไป เป็นกระบวนการหนึ่งของการให้คุณค่า (appreciation) โดยเรียกกระบวนการนี้ว่าการ “เยี่ยมเสริมพลัง” ตามแนวทางของ DHS-PCA โดยคาดหวังให้พื้นที่ที่ถูกเยี่ยมแสดงตัวตนที่เป็นอยู่จริง นำเสนอสถานการณ์จริงของพื้นที่เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ (Chaelee, Rojchanawipak, et al., 2014)

5. ผลกระทบจากระบบสุขภาพระดับอำเภอ

การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้นมีความสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นที่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีฐานะยากจน (Barron & Sankar, 2000) ซึ่งการพัฒนานี้จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals--MDGs) (World Health Organization, 2000)

สำหรับประเทศแอฟริกาใต้และประเทศไทย ผลจากการพยายามพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานโดยอาศัยแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้ช่วยให้เกิดการพัฒนานิระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน เนื่องมาจากการกระจายผู้ให้บริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ลดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน เกิดการบริการสุขภาพที่ถ้วนหน้า (universal health coverage) ซึ่งจะเห็นผลกระทบ (impact) ได้ค่อนข้างชัดเจนในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็ก (Fusheini & Eyles, 2016; Tangcharoensathien, et al., 2013) สำหรับประเทศนิวซีแลนด์ ผลจากการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอจะเห็นผลการพัฒนาที่ชัดเจน

ในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของการบริการสุขภาพ (quality and safety of care) โดยการพยายามพัฒนาระบบประกันคุณภาพ รวมทั้งเกิดการดำเนินงานที่มีการสร้างเครือข่ายการทำงานและมองประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง (Malcolm et al., 2002)

แต่อย่างไรก็ตาม ในส่วนของผลกระทบด้านลบนั้น เป็นเรื่องของความสับสนในการนำแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอไปสู่การปฏิบัติอันเนื่องมาจากความไม่ชัดเจนในเรื่องของนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ความไม่ชัดเจนในการถ่ายโอนอำนาจ ขนาดพื้นที่ และประชากรในความรับผิดชอบ สภาพคล่องด้านการบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร โดยเฉพาะในส่วนของภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งยังไม่เข้าเกี่ยวกับแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Department of Health Republic of South Africa, 2001) นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรโดยเฉพาะในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณ การขาดทักษะภาวะผู้นำของคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และอีกหนึ่งประเด็นสำคัญ คือ งานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรเนื่องจากการปฏิรูปที่เน้นการสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดขึ้นไม่ถาวรเมื่อเปรียบเทียบกับบริการรักษาพยาบาล (Malcolm et al., 2002)

การอภิปรายผล

จากผลการสังเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นกลยุทธ์ที่สร้างขึ้นเพื่อหวังผลในประเด็นการกระจายอำนาจ (decentralization) การบริหารจัดการออกจากศูนย์กลาง ซึ่งกำหนดให้มีการเปลี่ยนผ่านความรับผิดชอบ ทรัพยากร และอำนาจหน้าที่ จากการบริหารจัดการในระดับศูนย์กลางไปสู่รอบนอก (Collins & Barker, 2001) การกระจายอำนาจจะช่วยให้เกิดการพัฒนานโยบายระดับพื้นที่ (bottom-up policy) ที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนมากกว่านโยบายที่ถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง (top-down policy) การกระจายอำนาจยังช่วยให้เกิดการมีอำนาจการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยพื้นที่ต้อง

มีอำนาจเพียงพอและเหมาะสมในการบริหารจัดการ (Costa-i-Font, 2012; Maluka & Bukagile, 2015)

รูปแบบของการกระจายอำนาจมีหลากหลาย เช่น การกระจายอำนาจภายใต้หลักการแบ่งอำนาจ (deconcentration) การกระจายอำนาจภายใต้หลักการมอบอำนาจ (delegation) การกระจายอำนาจภายใต้หลักการโอนอำนาจ (devolution) และการแปรรูปกิจการของภาครัฐ (privatization) (Conyers, 1983) แต่โดยส่วนใหญ่ รูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะถูกถ่ายโอนมาในรูปแบบการกระจายอำนาจภายใต้หลักการแบ่งอำนาจ (deconcentration) โดยจะมีการจัดตั้งทีมบริหารจัดการระดับอำเภอ (local district management team) (Rondinelli & Nellis, 1986)

โครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ มีลักษณะการจัดตั้งออกมาเป็นทีมงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Team--DHT) แต่อาจจะมีชื่อเรียกและรูปแบบการบริหารจัดการที่แตกต่างกันไปแล้วแต่บริบทของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศนิวซีแลนด์จะใช้รูปแบบคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board--DHB)

การจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอนี้สอดคล้องกับ 2 แนวคิดหลัก คือ การพยายามสร้างเครือข่าย (network partnership) (Chatora & Tumusiime, 2004b) และการจัดบริการแบบบูรณาการของแต่ละเครือข่ายเข้าด้วยกัน (integration of services) (Smith & Bryant, 1988) แต่การขับเคลื่อนทีมงานที่มีตัวแทนมาจากหลายฝ่ายนั้นจะต้องสร้างสัมพันธภาพของทุกฝ่ายและจะต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งในเรื่องของทิศทางและแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาเป็นไปในทางเดียวกัน (Levers, Magweva & Mpofu, 2007)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารท้องถิ่นกับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการทำงานเป็นเครือข่ายเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงควรส่งเสริมศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวาระการดำรงตำแหน่งให้มีความพร้อมในด้านความเข้าใจแนวคิดระบบ

สุขภาพระดับอำเภอ ด้านการสนับสนุนงบประมาณ และโดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจงานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ทั้งนี้ เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ (Mungjit, Kanato & Momen, 2013)

ตัวแทนที่จะเข้ามาเป็นคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอจากแต่ละเครือข่าย ต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจและวางแผน ต้องเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำ (Chatora & Tumusiime, 2004b; World Health Organization, 2007b) การมีภาวะผู้นำและทักษะการจัดการที่ดีของผู้บริหารและผู้ให้บริการสุขภาพนับเป็นหัวใจสำคัญในการทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายที่สามารถวัดได้ การมีภาวะผู้นำและทักษะการจัดการที่ดีจะสามารถกำหนดทิศทางและทำให้ได้รับการยอมรับ มีพันธะสัญญาระหว่างเพื่อนร่วมงานและภาคีเครือข่ายที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีกว่าเดิมโดยการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ รวมถึงทรัพยากรมนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2007b) ดังนั้น คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอที่ถูกจัดตั้งขึ้นมาจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้นำเพื่อให้มีความพร้อมในการนำนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอไปสู่การปฏิบัติ (Belrhiti, et al., 2016)

หลักการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจากกรณีศึกษาทั้ง 3 ประเทศ คือ ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศแอฟริกาใต้ และประเทศไทย พบว่ามีแนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดเป็นแนวทางไว้ 5 ด้าน คือ (1) องค์กร การวางแผนและการบริหารจัดการ (2) การจัดสรรการเงินและทรัพยากร (3) การร่วมมือดำเนินกิจกรรมระหว่างหน่วยงาน (4) การมีส่วนร่วมของเครือข่าย และ (5) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Sambo, Chatora & Goosen 2003; World Health Organization, 1988) แต่จะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของการนำแนวคิดขององค์การอนามัยโลกไปสู่การปฏิบัติ

หลักการด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีได้หลายระดับ

ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในชั้นปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Kelly & Vlaenderen, 1996) การที่ทุกฝ่ายทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคราชการ และภาคประชาชนเข้ามาร่วมคิดร่วมวางแผน จะช่วยให้งานหรือการให้บริการในระดับพื้นที่ไม่ซ้ำซ้อน เกิดการวางแผนร่วมกัน และแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Maluka & Bukagile, 2015)

การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทำให้ทราบถึงผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ (Sambo, Chatora & Goosen, 2003) นั่นคือ การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอมีข้อดีต่อการพัฒนาการเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพ แต่มีข้อเสียในด้านความไม่ชัดเจนของนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอและการขาดทักษะภาวะผู้นำของคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่แต่ละประเทศจะต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม (Barron & Sankar, 2000)

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผู้นำระดับนโยบายควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีระบบสนับสนุนผู้นำนโยบายไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

1.2 การเมืองและการกระจายอำนาจการปกครองที่เหมาะสม มีความสำคัญเชื่อมโยงไปเรื่องการตัดสินใจในระดับท้องถิ่นเพื่อจัดการปัญหาได้อย่างตรงความต้องการของประชาชน (local politic)

2. ข้อเสนอแนะเชิงการบริหารจัดการ

2.1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากภาคผู้ให้บริการในกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในปกครองกระทรวงมหาดไทย และภาคประชาชนในรูปแบบเครือข่าย (network partnership)

2.2 ทีมเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ต้องมีความรู้ความสามารถ (local expertise) จึงควรมีการประเมินความต้องการและพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2.3 ทีมเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอควรเปลี่ยนกระบวนการทำงานใหม่ โดยการบริหารจัดการแนวราบที่คนทำงานและภาคีเครือข่ายร่วมมือกันด้วยใจ เปลี่ยนแนวคิดการทำงานที่เน้นคน ชุมชน เป็นศูนย์กลางในการพัฒนาผ่านประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ดึงศักยภาพ ทรัพยากร ทูทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนมาจัดการกับปัญหาร่วมกัน เน้นการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาวะให้เกิดแก่ประชาชนทั่วทั้งอำเภอ หนุนเสริมให้ชุมชนและภาคประชาชนสามารถจัดการกับปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้

2.4 ควรนำวิธีการดำเนินงานระบบสุขภาพที่ดีของแต่ละประเทศ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานระบบสุขภาพของประเทศไทยเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้นำนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอไปปฏิบัติ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพของประเทศไทยเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในระดับนโยบายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้อยู่ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (24DHS) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



References

- Archananuphap, S. (2014). *District health systems development: The similarity that is different*. Bangkok: Health Care Reform Office. (in Thai)
- Barron, P., & Sankar, U. (2000). *Developments towards a district health system*. Retrieved from http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter10_00.pdf
- Belrhiti, Z., Booth, A., Marchal, B., & Verstraeten, R. (2016). To what extent do site-based training, mentoring, and operational research improve district health system management and leadership in low-and middle-income countries: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 5(1), 70.
- Block, M. A. G. (1997). Comparative research and analysis methods for shared learning from health system reforms. *Health Policy*, 42(3), 187-209.
- Chaelee, D., Namtussanee, S., 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)
- Chaelee, D., Rojchanawipak, K., Hungsaphruk, S., Tiptiangthae, C., Tonsutapwerawong, C., & Yana, T. (2014). *Primary care value added with DHS*. Bangkok: National Health Security Office. (in Thai)

- Chatora, R., & Tumusiime, P. (2004a). *Module 1: Health sector reform and district health systems*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- Chatora, R., & Tumusiime, P. (2004b). *Module 2: Management, leadership, and partnership for district health*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- Collins, C., & Barker, C. (2001). Health sector decentralization and management: Developing a district general policy on management. *Tropical Doctor*, 31(1), 11-15.
- Conyers, D. (1983). Decentralization: The latest fashion in development administration?. *Public Administration & Development*, 3(2), 97-109.
- Costa-i-Font, J. (2012). Myths of health care decentralization. *Journal of Health Services Research and Policy*, 17(4), 252-253.
- Cumming, J., McDonald, J., Barr, C., Martin, G., Gerring, Z., & Daubé, J. (2014). *New Zealand health system review*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.
- Department of Health Republic of South Africa. (2001). *The district health system in South Africa: Progress made and next steps*. Retrieved from https://www.westerncape.gov.za/text/2003/district_health_system_sa.pdf
- Fusheini, A., & Eyles, J. (2016). Achieving universal health coverage in South Africa through a district health system approach: conflicting ideologies of health care provision. *BMC Health Services Research*, 16(1), 558.
- 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). (in Thai)
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley.
- Kelly, K. J., & Vlaenderen, H. (1996). Dynamics of participation in a community health project. *Social Science & Medicine*, 42(9), 1235-1246.
- King, H. A. (2001). *The primary health care strategy*. Wellington: Ministry of Health.
- Kitreerawutiwong, N., & Jariya, W. (2016). Implementing district health system based on primary health care approach. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(3), 6-15. (in Thai)
- Koontz, H., & Weihrich, H. (2008). *Essentials of management: An international perspective*. New Delhi: McGraw-Hill.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*, 372(9642), 917-927.
- Levers, L. L., Magweva, F. I., & Mpofu, E. (2007). *A literature review of district health systems in east and southern Africa: Facilitators and barriers to participation in health*. Retrieved from <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/DIS40ehsLOPEZ.pdf>

- Malcolm, L., Wright, L., Barnett, P., & Hendry, C. (2002). *Clinical leadership and quality in district health boards in New Zealand*. Retrieved from <http://www.hiirc.org.nz/assets/sm/Bibliographic6992/attachments/8bhk68mfrr/DHBsqualrptfinal.pdf?download=true>
- Maluka, S. O., & Bukagile, G. (2015). Community participation in the decentralised district health systems in Tanzania: Why do some health committees perform better than others?. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(2), 86-104.
- McCoy, D., Harrison, D., Bamford, L., Donohue, S., Nxumalo, Z., & Radebe, G. (1998). *The development of the district health system in South Africa: Lessons learnt from the experience of ISDS*. Durban: Health Systems Trust.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. California: Sage.
- Ministry of Health. (2017). *District health boards*. Retrieved from <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/key-health-sector-organisations-and-people/district-health-boards>
- Mungjit, P., Kanato, M., & Momen, K. (2013). District health system development. *Journal of Community Health Development Khon Kaen University*, 1(3), 17-28. (in Thai)
- Pongsupap, Y. (2014). *District health system management learning: DHML*. Samut Sakhon: APPA. (in Thai)
- Rondinelli, D. A., & Nellis, J. R. (1986). Assessing decentralization policies in developing countries: the case for cautious optimism1. *Development Policy Review*, 4(1), 3-23.
- Sambo, L. G., Chatora, R. R., & Goosen, E. S. M. (2003). *Tools for assessing the operationality of district health systems*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- Scott, J. (2006). *Documentary research*. London: Sage.
- Segall, M. (2003). District health systems in a neoliberal world: A review of five key policy areas. *Internatinal Journal of Health Plannning and Management*, 18(S1), 5-26.
- Smith, D. L., & Bryant, J. H. (1988). Building the infrastructure for primary health care: An overview of vertical and integrated approaches. *Social science & medicine*, 26(9), 909-917.
- Srivanichakorn, S., Vechasuthanon, K., Leesmith, W., Yana, T., Direkbussarakom, O., Sanchaisuriya, P., . . . Bookboon, 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), 398-401. (in Thai)
- Tadadej, C. & Tridech, P. (2017). *Health development planning and management*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., Sawaengdee, K., & Putthasri, W. (2013). Health workforce contributions to health system development: A platform for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(11), 874-880.

- 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., & Hubley, J. (2001). *Public health: An action guide to improving health in developing countries*. New York: Oxford University.
- World Health Organization. (1988). *The challenge of implementation: District health systems for primary health care*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000 - health systems: Improving performance*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2007a). *Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2007b). *Towards better leadership and management in health: Report on an international consultation on strengthening leadership and management in low-income countries*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008 - primary health care (now more than ever)*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2016). *Atlas of african health statistics 2016: health situation analysis of the African region*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.

