

การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน

พงษ์ศักดิ์ นาคะ^{1,2}, พัทธวิภา สุวรรณพรหม³, รัตนภรณ์ อวัพันธ์³

¹นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

³ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นอุดมการณ์ทางสุขภาพของประเทศไทยที่มีแนวคิดพื้นฐานจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิเป็นการรื้อฟื้นแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทสุขภาพในปัจจุบัน การบูรณาการเป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพชุมชนในลักษณะการทำงานร่วมกันเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้นของระบบ ดังนั้นแล้ว ระบบสุขภาพชุมชน สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ และการบูรณาการจึงมีความสัมพันธ์กันในเชิงคุณค่า ที่จะทำให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและเป็นสังคมสุขภาวะซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพชุมชน การบูรณาการในระบบสุขภาพ หมายถึง การรวมเข้าด้วยกันของ คน กลุ่มคน องค์กร องค์กรความรู้ วิทยาการ ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างผสมผสานเพื่อให้เกิดความร่วมมือในระดับต่าง ๆ ในการจัดการระบบสุขภาพ โดยหวังผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรม หรือธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ที่จะนำไปสู่สุขภาวะของกลุ่มเป้าหมาย การบูรณาการในระบบสุขภาพให้ความสำคัญกับความกลมกลืนเข้ากันได้ของแต่ละส่วนที่เข้ามาบูรณาการ เป้าหมายของการพัฒนาระบบบูรณาการเป็นตัวกำหนด รูปแบบ ความเข้มข้น และขอบเขตของการบูรณาการ ในทุกระบบที่มีการบูรณาการควรให้ความสำคัญกับการบูรณาการระบบบริหารจัดการ (administrative integration) และการบูรณาการแบบแผนการทำงาน (normative integration) เป็นพื้นฐานเสมอ เนื่องจากทั้งสองส่วนนี้จะมีผลต่อการเชื่อมต่อ ความสัมพันธ์ และความยั่งยืนของการบูรณาการในระยะยาว การพัฒนาระบบสุขภาพที่สะท้อนภาพการบูรณาการต่างแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของระบบทั้งด้านการบริหารจัดการและผลลัพธ์การดูแลในกลุ่มเป้าหมาย นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยหลายเรื่องสะท้อนภาพการบูรณาการ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังมีการศึกษาที่จำกัดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยโดยใช้กรอบแนวคิดการบูรณาการมาอธิบาย จึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านนี้เพื่อให้เกิดความรู้ที่จะนำไปสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้ก้าวหน้าต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพชุมชน สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ การบูรณาการ

รับต้นฉบับ: 17 ธ.ค. 2560, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 10 ก.พ. 2561, รับลงตีพิมพ์: 25 ก.พ. 2561

ผู้ประสานงานบทความ: พงษ์ศักดิ์ นาคะ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเทิง ถนนพิศาล ตำบลเวียง อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย 57160 E-mail: Pongsak_nata@yahoo.com

Integration in Community Health System

Pongsak Nata^{1,2}, Puckwipa Suwannaprom³, Ratanaporn Awiphan³

¹Graduate Student in Pharmacy Management, Faculty of Pharmacy Chiang Mai University

²Department of Pharmacy and Health Consumer Protection, Thoeng Hospital, Chiang Rai

³Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy Chiang Mai University

Abstract

Community health system is Thai health ideology based on the concept of primary health care. Primary health care is the revived concept of primary health care brought back and modified according to current health context. Integration is a concept used for explaining the relationship among participating units within community health system aiming for a better efficacy and efficiency of the system. Therefore, community health system, primary health care, primary health services, and integration are all related in term of their value in creating health care process to make the people healthy and healthy society, which is the ultimate goal of the community health system. Integration in the health system means the harmoniously combining of people, groups, organizations, knowledge, technology, and so on, related to health in order to create the cooperation at various levels in managing the health system leading to the change in lifestyle, behavior or health practices which in turn leads to well-being in the target population. Integration in the health system emphasizes the harmony among each integrating participants. The goal of developing an integrated system determines pattern, degree and extent of integration. In all integrated units, emphasis should be placed on administrative and normative integration because both of these affect the linkage, the relationship and the sustainability of integration. Development of health system based on integration concept illustrates the improved outcomes of both management and health outcomes in target populations. Many policies on health system development in Thailand reflect the integration perspective. However, there are currently limited studies on the development of the Thai health system using the concept of integration as a framework. Therefore, further study in this direction is encouraged to provide knowledge to support the further development of Thai health system to progress.

Keywords: community health system, primary health care, primary care service, integration

บทนำ

ระบบสุขภาพชุมชนหมายถึงระบบทั้งมวลซึ่งสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม ที่มีองค์ประกอบหลากหลายทั้งตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมทางกายภาพชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของสมาชิกในชุมชน (1) ระบบสุขภาพเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและปรับตัว (complex-adaptive system) คือ นอกจากจะมีความซับซ้อนแล้วระบบยังเปลี่ยนแปลงไปตามปัญหาสุขภาพและบริบทของชุมชน การสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชนจึงเป็นการสนับสนุนให้เกิด “กระบวนการเรียนรู้และปรับตัว” ภายใต้บริบทของชุมชน (2) และส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยการเคารพและส่งเสริมองค์ความรู้ในคน มุ่งเน้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาวะของตนเอง ครอบครัว และเอื้อเฟื้อออกไปให้คนที่อยู่ร่วมในชุมชนในลักษณะการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อลดการพึ่งพิงบริการสุขภาพให้น้อยลง รวมถึงการส่งเสริมวัฒนธรรมอันดีงาม การรักษาสีงแวดล้อม และการส่งเสริมการประกอบสัมมาชีพ ซึ่งจะเป็นฐานที่หนุนเสริมให้ประชาชนมีสุขภาวะ (3) แนวคิดของระบบสุขภาพชุมชนสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดในการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เป็นกฎหมายด้านสุขภาพที่ประเทศกำลังใช้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้เป็นสังคมแห่งสุขภาวะ พระราชบัญญัติดังกล่าวให้นิยามของ “สุขภาพ” ว่า หมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” และให้นิยาม “ระบบสุขภาพ” ว่า หมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” (4, 5)

กระบวนการทำงานที่สอดคล้องกับหลักการของระบบสุขภาพชุมชน เน้นการดูแลในมิติที่เป็นองค์รวม และมองสุขภาพในมุมกว้างที่ไม่ได้มีเฉพาะปัญหาความเจ็บป่วยของบุคคล แต่ยังมองถึงการป้องกันและแก้ไขที่รากฐานของปัญหาที่สัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตใจและสังคมอย่างเป็นองค์รวม (1) การดูแลสุขภาพประชาชนจึงไม่ใช่การทำงานแบบแยกส่วนแต่เป็นการผสมผสาน (comprehensive) หรือบูรณาการ (integrate) ส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ และเป็นการดูแลต่อเนื่องระยะยาวตลอดชีวิต (6) ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งต่างก็หนุนเสริมซึ่งกันและกัน ระบบสุขภาพชุมชนจึงเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนและสาธารณสุขเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความหลากหลาย

เหล่านั้น กระบวนการทำงานของสาธารณสุขจึงเปลี่ยนไปจากเดิมที่มุ่งเน้นให้ระบบสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพไปมุ่งเน้นการสร้างร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน (3)

ปรากฏการณ์ดังกล่าวทำให้สังคมไทยตื่นตัวในการแก้ปัญหาสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจากเดิมที่ถูกมอบหมาย (โดยสังคม) ให้เป็นเจ้าของสุขภาพคนไทยต้องกลับมาทบทวนบทบาทตนเองในการนำพากระบวนสุขภาพด้วยประเทศได้ทุ่มเทงบประมาณมหาศาลในการดูแลสุขภาพตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ที่ถึงแม้ว่าคนไทยจะเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่สุขภาพคนไทยกลับไม่ได้ดีขึ้นอย่างที่ควรจะเป็น (7) ปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ฯลฯ เป็นภัยคุกคามทางสุขภาพที่ประเทศต้องก้าวผ่าน สภาพดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ระบบสุขภาพที่พึ่งพิงกระบวนการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพียงส่วนเดียวนั้นไม่สามารถนำพาประเทศให้ก้าวผ่านวิกฤตสุขภาพนี้ได้ “ระบบสุขภาพชุมชน” ซึ่งเป็นระบบสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการปัญหาสุขภาพ และเป็นระบบสุขภาพที่ชุมชนเป็นเจ้าของและบริหารจัดการระบบด้วยตนเอง จึงเป็นทางออกเพื่อนำพาสังคมไทยให้ก้าวผ่านวิกฤตสุขภาพไปได้ (8)

รายงานฉบับนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม และสังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการบูรณาการในระบบสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจหลักการและแนวคิดของการบูรณาการ และการนำมาปรับใช้ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยนำเสนอผ่านความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพชุมชน สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ และการบูรณาการ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระบบสุขภาพชุมชน สาธารณสุขมูลฐาน และบริการปฐมภูมิ

ระบบสุขภาพชุมชน สาธารณสุขมูลฐาน และบริการปฐมภูมิ เป็นกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงซ้อนกันอยู่ (1, 9) โดยระบบสุขภาพชุมชนเป็นอุดมการณ์การทำงานด้านสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในสุขภาพในปัจจุบัน (6) สาธารณสุขมูลฐานเป็นกรอบแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นความเป็นธรรม การมี

ส่วนร่วม และการพึ่งตนเองได้ของชุมชน (10, 11) การนำแนวคิดด้านคุณค่าของสาธารณสุขมูลฐานสู่แนวคิดเชิงกระบวนการทำงานในระบบสุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมนั้น มีความแตกต่างและหลากหลายขึ้นกับบริบทของระบบสุขภาพนั้น (12) เช่น ปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ โครงสร้างทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ ในขณะที่บริการปฐมภูมิเป็นรูปแบบหนึ่งของการนำแนวคิดเชิงคุณค่าของสาธารณสุขมูลฐานมาสู่การปฏิบัติ (1)

1.1 ระบบสุขภาพชุมชน

แนวคิดของระบบสุขภาพชุมชน

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นอุดมการณ์ในการดูแลสุขภาพประชาชนที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่อยู่บนหลักการความยุติธรรมศีลธรรม คือ ประชาชนทุกคนจะไม่ถูกทอดทิ้งและมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทำให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม ทั้งนี้เพื่อเยียวยาความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน (6)

สุขภาพชุมชนเป็นการก้าวข้ามข้อจำกัดของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีฐานคิดทางความคิดของการแพทย์ชีวภาพ (bio-medical) ที่เน้นความเป็นภววิสัย (objective) และลดทอน (reduction) ปัญหาสุขภาพให้อยู่ในวิสัยของสิ่งที่จับต้อง สัมผัส และตรวจวัดได้เท่านั้น มาสู่ฐานคิดทางความคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวม (holism) ที่มองว่า ปัญหาสุขภาพเป็นผลรวมของความเชื่อมโยงระหว่าง กาย-จิต-สังคม (bio-psycho-social) มีผลลัพธ์คือ “สุขภาพดี” หรือ “สุขภาพะ” มากกว่าแค่ “หายป่วย” (6) ระบบสุขภาพชุมชนจึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาการเจ็บป่วยที่เป็นเพียงปลายเหตุของปัญหา แต่มุ่งเน้นการจัดการสาเหตุรากของความเจ็บป่วยเหล่านั้นโดยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (1) การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจึงมุ่งเน้นที่การปรับฐานคิดความคิดของคนในระบบสุขภาพให้ก้าวพ้นการมองสุขภาพด้วยกระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ ที่มองร่างกายเป็นกลไกที่ต้องซ่อมเมื่อสุขภาพเสีย ไปเป็นการมองสุขภาพแบบองค์รวมที่สุขภาพเป็นผลจากปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน สุขภาพดีจึงเริ่มที่การสร้างเสริมปัจจัยแวดล้อมเหล่านั้นให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (6)

ระบบสุขภาพชุมชนให้ความสำคัญกับ “คน” ในฐานะเป็นเจ้าของชีวิตและเชื่อในศักยภาพของคน แนวคิดสำคัญอีกประการหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชนคือการเคารพ

ใน “เกียรติและศักดิ์ศรี” ของคนหรือการเคารพใน “ความรู้ในคน” ว่า ทุกคนในชุมชนต่างมีผลต่อความสำเร็จในพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (3) ระบบสุขภาพชุมชนให้ความสำคัญกับความรู้แฝงในคน (tacit knowledge) ที่เป็นพื้นฐานของความรู้แบบเปิดเผย (explicit knowledge) ดังนั้นกระบวนการของระบบสุขภาพชุมชนจึงอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน (1) โดยการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (interactive learning through action) ของคนที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน (8) ร่วมกับการจัดการความรู้ (knowledge management) อย่างเป็นระบบ (2) เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ที่ชุมชนสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาด้วยศักยภาพของชุมชนเอง (1) ซึ่งแบบแผนการเรียนรู้ที่เปลี่ยนไปนี้มีผลต่อทั้งระดับโครงสร้างการบริหารจัดการและระดับปฏิบัติการของระบบสุขภาพในภาพรวม (9)

เป้าหมายของระบบสุขภาพชุมชน

สุขภาพะ (well-being) (คือเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพชุมชนและระบบสุขภาพของประเทศไทย สุขภาพะเป็นผลจากการมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สุขภาพะจึงหมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์พร้อมของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา การสร้างสุขภาพะจึงเป็นผลรวมของการพัฒนาในทุกด้านตั้งแต่การพัฒนาคนโดยเชื่อมั่นและส่งเสริมศักยภาพของคนในการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้คนมีคุณธรรมศีลธรรมและสัมมาชีพ การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสร้างพลังให้ชุมชนเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง (1, 3, 8)

1.2 สาธารณสุขมูลฐาน

สาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นแนวคิดในการสร้างความเท่าเทียม (equity) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคน และเป็นจุดเริ่มต้นของการให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพเชิงรุกตามคำประกาศขององค์การอนามัยโลกที่มีชื่อว่า “ประกาศ อัลมา อัลตา” (declaration of Alma-Ata) ในปี พ.ศ. 2519 แนวคิดนี้เป็นแนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเอง และการตัดสินใจด้วยตนเองได้ของคนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยบริการนั้นเป็นบริการที่เข้าถึงได้กับชุมชนและชุมชนยอมรับ เป็นแนวคิดที่ไม่ได้ให้ความสำคัญเฉพาะกับบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่

ครอบคลุมถึงมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ในลักษณะการบูรณาการทั้งหมดเข้าด้วยกัน (12) หลักการพื้นฐานขององค์การอนามัยโลกในการนำแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานไปปรับใช้ประกอบด้วย 4 หลักการสำคัญ (11, 13) ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมในระดับร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนเพื่อกำหนดปัญหาชุมชน วิเคราะห์ศักยภาพชุมชนในการแก้ปัญหา ร่วมออกแบบแผนงานแก้ปัญหาและดำเนินการแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับชุมชน 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม หมายถึง เทคโนโลยีวิธีการที่ใช้ในกระบวนการชุมชน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการแก้ปัญหา และเทคโนโลยีที่ใช้นั้น เน้นความเรียบง่าย โดยชุมชนสามารถใช้ได้และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ตัวอย่างเช่น การทำประปาภูเขาด้วยท่อไม้ไผ่ การทำอ่างน้ำรองรับน้ำฝน แพทย์พื้นบ้านในการรักษาการเจ็บป่วยเบื้องต้น และยักรวมถึงการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีเหล่านี้ระหว่างชุมชนด้วย 3) การปรับระบบบริการสาธารณสุขขึ้นพื้นฐานเพื่อรองรับสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การปรับระบบโครงสร้างบริการพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ครอบคลุมการกระจายสถานบริการระดับต้น เช่น โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานแล้วยังหมายถึงการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการงบประมาณให้เข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง การปรับปรุงโครงสร้างการให้บริการและการจัดระบบเชื่อมโยงบริการกับสถานบริการระดับสูงอย่างมีประสิทธิภาพ และการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารบุคลากรเพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานด้วย และ 4) การประสานงานระหว่างหน่วยงาน หมายถึง การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันในงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้ไม่เฉพาะงานด้านสาธารณสุข แต่ครอบคลุมทุกเรื่องที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของชุมชนนั้น ๆ เช่น การสุขภาพสิ่งแวดล้อม การพัฒนาอาชีพ การศึกษา

แนวคิดดังกล่าวมีลักษณะเป็นนามธรรมสูง การนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมขึ้นกับการตีความและข้อจำกัดของแต่ละประเทศ (12) สำหรับประเทศไทยแล้วการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อนโยบายสาธารณสุขมูลฐานคือกระแสทุนนิยมและโลกาภิวัตน์ (13) การไหลบ่าของกระแสทุนนิยมทำให้ประเทศปรับตัวเข้าสู่ภาวะดังกล่าว

อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รัฐให้ความสำคัญกับการปรับปรุงโครงสร้างทางเศรษฐกิจโดยมีนโยบายผลักดันประเทศให้เป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (new industry countries; NICs) นโยบายสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยจึงถูกละเลยจนล่มสลายไปในที่สุด (13) จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2540 ประเทศประสบกับภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ นโยบายในการขับเคลื่อนประเทศด้วยทุนตามกระแสโลกทำให้ระบบเศรษฐกิจของประเทศไม่มั่นคงเพราะต้องพึ่งพิงทุนจากประชาคมโลก สภาวะการดังกล่าวทำให้การสาธารณสุขมูลฐานถูกนำมาพิจารณาอีกครั้งในนามของ “บริการปฐมภูมิ” ภายใต้นโยบาย “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” (13) ด้วยรัฐประเมินแล้วว่าเป็นบริการที่จะช่วยรัฐประหยัดต้นทุนในการดูแลสุขภาพและประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย ประกอบกับในช่วงเวลาดังกล่าวมีการเกิดขึ้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี พ.ศ. 2544-45) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกอบกับการขานรับแนวคิดดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุขและการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่มีปรัชญาแนวคิดสอดคล้องกัน บริการปฐมภูมิจึงได้รับความสำคัญและถูกผลักดันให้เป็นนโยบายในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศจนถึงปัจจุบัน (13)

1.3 บริการปฐมภูมิ

บริการปฐมภูมิ (primary care) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (1) ที่พัฒนาจากแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) บริการปฐมภูมิจึงมีทิศทางในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของชุมชนเพื่อให้ชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เป็นธรรมและส่งเสริมการพึ่งพาตนเองได้ของชุมชนในด้านสุขภาพ (1) ตามคำประกาศอัลมา อัลตา บริการปฐมภูมิ หมายถึง บริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ เป็นบริการที่ผสมผสานบริการทางการแพทย์ร่วมกับมิติอื่น ๆ ด้านสุขภาพ รวมทั้งมิติด้านสังคม เพื่อดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (12) บริการปฐมภูมิมิลักษณะเป็นบริการขั้นแรกของกระบวนการดูแลแบบต่อเนื่องที่อิงอยู่บนพื้นฐานบริบทของชุมชนที่จะเชื่อมต่อไปสู่บริการขั้นที่สูงกว่าในรูปแบบของเครือข่ายการดูแล บริการปฐมภูมิเป็นบริการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้าน

สุขภาพ เครื่องมือหลักที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ “เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน” (12)

บริการปฐมภูมิมิมีแนวคิดและหลักการบางประการที่คาบเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน โดยแนวคิดการจัดบริการปฐมภูมิเกิดขึ้นเพื่อเติมเต็มหลักการของสาธารณสุขมูลฐานที่ประกอบด้วย 4 หลักการสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ความร่วมมือระหว่างสาขา และการปฏิรูประบบสุขภาพเบื้องต้น โดยเป็นการเติมเต็มในหลักการที่ 4 (13) คือ การปฏิรูประบบสุขภาพเบื้องต้นให้สมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม สาธารณสุขมูลฐานกับบริการปฐมภูมิเกิดขึ้นภายใต้บริบทที่ต่างกัน แนวคิดบางอย่างจึงแตกต่างกัน บริการปฐมภูมิมิมีแนวคิดคล้ายกับสาธารณสุขมูลฐานในด้านการสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและมีลักษณะเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการรักษาพยาบาลร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ ด้านสุขภาพโดยกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลมีความเด่นชัดมากกว่าสาธารณสุขมูลฐาน คุณลักษณะที่เด่นชัดของบริการปฐมภูมิคือ (1, 6, 13, 14) 1) บริการปฐมภูมิมิมีลักษณะเป็นบริการเชิงรุกที่เน้นการแก้ไขที่รากฐานของปัญหาโดยการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดโรค มากกว่าการแก้ไขเมื่อเกิดโรคหรือมีปัญหาลุกลามใหญ่โต 2) บริการปฐมภูมิเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ (accessibility of care) ของคนในสังคมอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม 3) บริการปฐมภูมิเป็นการดูแลอย่างองค์รวม (holistic care) ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanised care) และมองคนในฐานะมนุษย์ที่มีมิติทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลจึงให้ความสำคัญกับความทุกข์ของคนทั้งคนที่ไม่ใช่การมองคนเป็นอวัยวะหรือกลไกที่เมื่อเจ็บป่วยก็เพียงแค่ซ่อมหรือรักษาให้หายเท่านั้น 4) บริการปฐมภูมิเป็นการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) ตลอดชีวิต ที่ครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพคนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตและการเชื่อมโยงประสานหน่วยบริการระดับต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง 5) บริการปฐมภูมิเป็นการดูแลอย่างผสมผสาน (comprehensive) โดยการบูรณาการ (integrated care) องค์ความรู้ที่หลากหลายทั้งทางด้านการแพทย์ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์เข้าด้วยกันในการดูแลสุขภาพ และ 6) บริการปฐมภูมิเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) และการประสานงาน (coordination) ระหว่างภาคที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการสุขภาพ

การพัฒนาารูปแบบบริการปฐมภูมิเริ่มต้นจากการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ต้นแบบภายใต้ “โครงการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” ซึ่งเป็นต้นแบบการจัดบริการปฐมภูมิในระยะต่อมา และได้รับการเน้นย้ำสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พร้อมกับการเกิดขึ้นของ สปสช. (13) จนถึงปัจจุบัน

2. การบูรณาการ

ความหมายการบูรณาการ

Cambridge Advance Learner Dictionary และ Dennis Kodner ให้ความหมายการบูรณาการ (integration) ว่าหมายถึง การรวมเข้าด้วยกันหรือเชื่อมกันของสังคม กลุ่มคน หรือสิ่งใด ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรม หรือธรรมเนียมปฏิบัติ โดยหวังผลในด้านที่ให้มีประสิทธิภาพ หรือ ประสิทธิภาพที่มากขึ้น (15) ราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันว่าหมายถึง กระบวนการผสมผสานหรือเชื่อมโยงองค์ความรู้ตั้งแต่ 2 องค์ความรู้ขึ้นไปเข้าด้วยกันอย่างสอดคล้องเป็นระบบ ในประเทศไทยมีการใช้คำว่า “บูรณาการ” ในเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพชุมชนอย่างแพร่หลาย ข้อความที่มีนัยสะท้อนความหมายของคำว่าบูรณาการ เช่น ข้อความที่ว่า “แนวทางสำคัญในการสร้างระบบบูรณาการ คือ ทำให้เกิดแผนชุมชนที่สะท้อนความต้องการแท้จริงของประชาชนเป็นตัวตั้งสำหรับการประสานทรัพยากรเข้ามาตอบสนอง” (16) มีคำสำคัญที่สะท้อนการบูรณาการคือการประสานทรัพยากรเข้ามาตอบสนอง

“สุขภาพไม่ได้หมายถึงหมอพยาบาลเท่านั้น แต่หมายถึง สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ซึ่งหมายถึงการพัฒนาในเรื่องอื่น ๆ พร้อมกันไปอย่างบูรณาการด้วย คือ เรื่องเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ การศึกษา ประชาธิปไตย ต้องพัฒนาพร้อมกันไปอย่างบูรณาการ” (8) ตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นความสำคัญของการ บูรณาการ คือ การเชื่อมโยงส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันเข้าด้วยกัน

การทบทวนงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการในประเทศไทย พบว่า การศึกษาเพื่ออธิบายแนวคิดและหลักการของการบูรณาการในระบบสุขภาพของประเทศไทยยังมีน้อยและไม่ได้อยู่ในขอบเขตของกระบวนการทางสาธารณสุขโดยตรง เช่น กรณีศึกษา “พลังความรู้และความ

ร่วมมือ เครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” (16) ที่เปรียบเทียบความสำเร็จของโครงการความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาคความยากจนหรือการพัฒนาสังคมและสุขภาพเหมือนกับต้นไม้ ที่เริ่มจากการใช้เครื่องมือบัญชีครัวเรือนที่สะท้อนปัญหาในระดับครอบครัว แล้วใช้กระบวนการเรียนรู้โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนในชุมชนที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละครอบครัว แล้วขยายผลไปสู่แผนระดับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาคความยากจนในชุมชนโดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐ วิธีนี้เป็นการสร้างระบบบูรณาการให้เกิดขึ้นในชุมชนรูปแบบหนึ่งที่แสดงให้เห็นมิติของความร่วมมือ การเรียนรู้ และความต่อเนื่องของการบูรณาการ

กรณีศึกษา “อุตรดิตถ์โมเดล...พลังวิชาการกับการเสริมพลังของชุมชน” (16) แสดงให้เห็นระบบการบูรณาการที่ชัดเจนมาก คือ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบการบูรณาการต้องมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน และใช้กระบวนการจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน คือ การใช้การประกันคุณภาพการศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ที่กำหนดให้งานวิจัยของมหาวิทยาลัยต้องตอบสนองต่อปัญหาของชุมชน (ระดับตำบล) ผลที่เกิดขึ้นทำให้ผลงานวิจัยของมหาวิทยาลัยนำไปใช้ได้จริงและตอบสนองต่อบริบทของชุมชน และนำไปสู่ความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาชุมชนบนพื้นฐานองค์ความรู้ที่ผ่านงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง

การบูรณาการเป็นแนวคิดในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการคิด การมอง และการจัดการแบบแยกส่วน โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ และความร่วมมือระหว่างหน่วยย่อยโดยมีเป้าหมายร่วมเป็นตัวกำกับกระบวนการขับเคลื่อนให้ไปในทิศทางเดียวกันโดยคำนึงถึงบริบทที่เป็นอยู่ในขณะนั้น (15) แนวคิดการบูรณาการยังสะท้อนให้เห็นความ “ยั่งยืน” ผ่าน “กระบวนการเรียนรู้” อย่างต่อเนื่อง

หลักการและแนวคิดของการบูรณาการมีความหลากหลายและหาข้อสรุปได้ไม่ชัดเจน ทำให้การนำไปประยุกต์ใช้มีความไม่ชัดเจนตามไปด้วย (15, 17) อย่างไรก็ตาม หลักการนี้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนางานหลากหลาย (15) เช่น การจัดการองค์กรธุรกิจ (organisational management) การจัดการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย (managed care, integrated delivery systems and

networks) การดูแลต่อเนื่อง (continuous care) การจัดการรายกรณี (case management) และการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (management of chronic disease) Dennis Kodner (15) ได้สังเคราะห์แนวคิดของการบูรณาการจากการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานที่หลากหลายข้างต้น ทำให้เห็นความหมายของการบูรณาการที่ชัดเจนขึ้นว่า เป็นกระบวนการจัดการระบบที่ให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีลักษณะเป็นองค์รวมผสมผสานทั้งระบบการรักษาและการดูแล และเป็น การเชื่อมโยงกระบวนการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญ การบูรณาการมีความเฉพาะเจาะจงขึ้นกับผลลัพธ์ที่ต้องการและบริบทที่เป็นอยู่ในขณะนั้น และเนื่องจากการเป็นการเชื่อมองค์กรต่าง ๆ เข้าด้วยกัน การบูรณาการจึงมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมขององค์กรด้วย

บริการสุขภาพที่มีการบูรณาการนั้นต่างแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในระบบทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่ดูแล (เช่น การลดระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล การลดจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน) และผลลัพธ์ด้านการเงิน (เช่น การลดค่าใช้จ่ายในการดูแล) (17) ตัวอย่างการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการระดับจังหวัดในเมือง Alberta ประเทศแคนาดาที่มีชื่อว่า Health Link Alberta ทำให้ครัวเรือนทั้งหมดในเมืองเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษามากขึ้น และได้รับการเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพมากกว่า ร้อยละ 60 (18) อีกทั้งการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการบูรณาการระบบการดูแลในโรงพยาบาลกับการดูแลระยะยาว แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งในด้านการลดการรักษาในหน่วยบริการ (institutionalisation) และการลดค่าใช้จ่ายในการดูแล (19) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า ระบบสุขภาพที่ยั่งยืนจำเป็นต้องใช้หลักการบูรณาการมาพัฒนาและประเมินระบบอย่างรอบด้านเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง (15, 20) ดังนั้นแล้ว การทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและแนวคิดของการบูรณาการจะทำให้ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบายเกิดความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น

ลักษณะพื้นฐานของการบูรณาการ

Dennis Kodner สรุปแนวคิดสำคัญของการบูรณาการในรายงานที่มีชื่อว่า All together now: A conceptual

exploration of integrated care (15) ที่แสดงให้เห็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของการบูรณาการ ได้แก่

1) การบูรณาการมีความเป็นระบบ (systematic) และสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาว (continuum of care) ที่เป็นเหมือนแกนกลาง (backbone) ของการพัฒนาระบบบูรณาการ เพราะมีปัจจัยหลากหลายนอกจากมิติของสาธารณสุขและการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะมิติทางสังคมศาสตร์ เช่น ผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ทำให้กระบวนการการดูแลให้ทั่วถึงไม่สามารถทำได้โดยองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่เป็นการร่วมมือกันในการดูแลอย่างผสมผสาน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

2) การบูรณาการต้องการผลลัพธ์ที่ครอบคลุมและมุ่งประสิทธิผลที่ดีขึ้นของระบบ (comprehensive goal and concern of effectiveness) การบูรณาการเกิดขึ้นเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการจัดการแบบแยกส่วนที่ทำให้เกิดความต้อยประสิทธิภาพของระบบ วัตถุประสงค์ของการบูรณาการเพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้น เช่น การลดขั้นตอน การเพิ่มการเข้าถึง ผลลัพธ์ที่ครอบคลุมนี้เป็นเป้าหมายร่วมของระบบที่มีความสำคัญต่อการบูรณาการในด้านที่จะทำให้แต่ละส่วนที่เข้ามาบูรณาการกันมีความเข้าใจตรงกัน อันจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางและแบบแผนปฏิบัติที่สอดคล้องเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

3) การบูรณาการต้องการการจัดการเป็นระบบ (systematic management) การบูรณาการเป็นการรวมกันเข้าของแต่ละส่วน แต่ละส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้องต่างมีความสัมพันธ์กันในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งและมีวัฒนธรรมของระบบนั้น รูปแบบความสัมพันธ์และวัฒนธรรมนี้มีผลต่อการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการและความร่วมมือของแต่ละส่วน การบูรณาการต้องมีการวางแผนเพื่อออกแบบระบบการนำไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงระบบร่วมกัน ดังนั้นแล้วกระบวนการสื่อสารระหว่างแต่ละส่วนจึงมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบบูรณาการ

4) การบูรณาการไม่มีรูปแบบที่แน่นอนตายตัว แต่มีความหลากหลายขึ้นกับบริบท (context or environment based) การออกแบบระบบบูรณาการมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการบูรณาการ คือ ความพร้อมของแต่ละส่วนที่จะเข้ามามีส่วนร่วม วัฒนธรรมขององค์กร ทรัพยากร และกลุ่มเป้าหมายที่ดูแล (หรือปัญหาที่ต้องการแก้ไข) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความ

แตกต่างกันในแต่ละองค์กร (พื้นที่) การบูรณาการจึงอยู่บนพื้นฐานปัจจัยเหล่านี้

รูปแบบของการบูรณาการ

ถึงแม้ว่าหลักการและแนวคิดของการบูรณาการมีความหลากหลายขึ้นกับมุมมองที่ใช้ในการอธิบาย บริบท และเป้าหมายของการบูรณาการ (15) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการของการบูรณาการ สามารถสรุปรูปแบบการบูรณาการ ได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) การบูรณาการระบบ (systemic integration) (15, 21-23) เป็นการบูรณาการระดับนโยบาย กรอบกฎหมาย และกฎระเบียบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างระบบบริการ หรือระบบบริการกับระบบสนับสนุน เช่น ระบบการเงินการคลัง ระบบการให้คำตอบแทน ทั้งนี้เพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น นโยบายการจัดบริการสุขภาพแบบพวงบริการ โดยการบริหารจัดการระดับเขตตรวจสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข (24) หรือการส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการโดยการจ่ายค่าตอบแทนตามคุณภาพผลงาน (quality outcome framework) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (25)

2) การบูรณาการแบบแผนปฏิบัติ (normative integration) (15, 21, 22) เป็นการบูรณาการที่มีความเป็นรูปธรรมน้อยที่สุด แต่มีความสำคัญต่อความยั่งยืนของการบูรณาการ (23) แนวทางนี้เป็นการบูรณาการในระดับวิสัยทัศน์ แนวคิด ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร (15) เช่น การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อลดอุปสรรคและความขัดแย้ง และการพัฒนาความสัมพันธ์และความไว้วางใจระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับ รูปธรรมของการบูรณาการประเภทนี้ เช่น การพัฒนาและประเมินระบบสุขภาพอำเภอและการจัดบริการปฐมภูมิตามแนวทางของ DHS&PCA (district health system and primary care award) (26) โดยเน้นการประเมินที่ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในงานบริการปฐมภูมิ

3) การบูรณาการองค์กร (organisation integration) (15, 21-23) เป็นการบูรณาการระดับโครงสร้างองค์กร (structure) การบริหารจัดการร่วม (governance) และความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร (organisation relationship) (21) เช่น การพัฒนาโครงสร้างร่วม การบริหารจัดการ

งบประมาณร่วม ตัวอย่างการบูรณาการระดับองค์กรที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การจัดโครงสร้างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (24) ที่แบ่งระดับสถานบริการตามศักยภาพในการจัดบริการ และบริหารคน งาน เงินร่วมกันระดับเขตบริการสุขภาพ

4) การบูรณาการระบบบริหารจัดการ (administrative or functional integration) (15, 21, 22) เป็นการบูรณาการระบบสนับสนุนบริการ (back-office) เช่น การพัฒนาระบบบัญชี ระบบงบประมาณ และระบบการเงินระหว่างหน่วยที่บูรณาการ (15) ตัวอย่างการบูรณาการระบบสนับสนุนบริการที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง (27) เพื่อให้สามารถเชื่อมข้อมูลทางบัญชีกับระบบการเงินและการติดตามแผนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

5) การบูรณาการกระบวนการดูแล (clinical or service or professional integration) (15, 21-23) เป็นการบูรณาการกระบวนการดูแลทางคลินิกในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ (23) เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (single process) โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแล และการใช้แนวทางปฏิบัติเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน (15) ทั้งนี้เป็นกิจกรรมที่เป็นการประสานงานและมีความพิเศษแตกต่างไปจากบริการปกติ (20) ตัวอย่างเช่น การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสาขาต่าง ๆ ตามกลุ่มโรคร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายที่ดูแล ตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (24) ของกระทรวงสาธารณสุข

ความเข้มข้นของการบูรณาการ

นอกจากรูปแบบของการบูรณาการที่หลากหลายดังแสดงข้างต้นแล้วนั้น การบูรณาการยังมีระดับความเข้มข้น (intensity) ที่แตกต่างกัน ความเข้มข้นของการบูรณาการพิจารณาจากระดับความเป็นอิสระ (autonomy) และความรับผิดชอบ (accountability) ของแต่ละส่วนที่เข้ามาบูรณาการ ซึ่งจะมีผลต่อรูปแบบการบริหารจัดการภายในระบบบูรณาการ ความเข้มข้นของการบูรณาการแบ่งเป็น 3 ระดับ (28) ดังนี้

1) การเชื่อมโยง (linkage) เป็นการรวมกันเข้าของหน่วยงานหรือส่วนงานที่แตกต่างกัน โดยแต่ละส่วนต่างมีบทบาทและการบริหารจัดการแยกกันอย่างอิสระ การเชื่อมโยงจึงเป็นการพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อให้เกิดความ

เข้าใจระหว่างกันเพื่อลดความผิดพลาดในการส่งต่อการดูแลระหว่างกัน (21) การเชื่อมโยงเป็นระดับการบูรณาการที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนน้อยที่สุด (15) แต่ละส่วนต่างรู้บทบาทของตนเองและของส่วนอื่นอยู่แล้ว (20) ตัวอย่างเช่นระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ

2) การประสานงาน (coordination) เป็นการบูรณาการความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายแต่ยังแยกโครงสร้างการบริหารจัดการออกจากกัน (21) การประสานงานมีรูปแบบและโครงสร้างชัดเจนกว่าการเชื่อมโยง การประสานงานเป็นการบูรณาการเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาคือที่เกิดขึ้นในระบบ เพื่อประสานประโยชน์ทั้งทางบริหารและผลลัพธ์การดูแล วิธีนี้มีการเชื่อมโยงระบบงานเข้าด้วยกันและใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างเป็นระบบ (20) และอาจมีความจำเป็นในการเชื่อมประสานเพิ่มเติมกับองค์กรภายนอก เช่น การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขาในแผนพัฒนาระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข

3) การบูรณาการเต็มรูปแบบ (full integration) เป็นการบูรณาการในระดับการบริหารทรัพยากรร่วมกัน มีลักษณะใกล้เคียงกับการจัดองค์กรย่อยขึ้นมารองรับระบบการดูแลเฉพาะกลุ่ม (15) เป็นประเภทของการบูรณาการที่มีความเฉพาะเจาะจงมากที่สุด วัตถุประสงค์ของการบูรณาการ คือ เพื่อแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อนหรือมีความรุนแรงหรือมีความเฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การบูรณาการแบบเต็มรูปแบบจึงจำกัดอยู่ในขอบเขตที่ไม่กว้างมาก เช่น การบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรในระดับตำบล (20, 29) ที่เป็นการร่วมมือของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคส่วนอื่น ๆ และประชาชน

ระดับความเข้มข้นของการบูรณาการที่มากขึ้นไม่ได้เป็นการยืนยันว่า ประสิทธิภาพของระบบจะดีขึ้นตามไปด้วย (15) บางสถานการณ์มีความจำเป็นที่จะต้องบูรณาการเต็มรูปแบบ ในขณะที่บางสถานการณ์ การแค่เชื่อมเข้าด้วยกันจะมีประสิทธิภาพมากกว่า การบูรณาการจึงขึ้นกับบริบท ลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแล และความพร้อมของแต่ละส่วนที่จะเข้ามาบูรณาการร่วมกัน

ขอบเขตของการบูรณาการ

1) การบูรณาการในแนวนราบ (horizontal integration) เป็นการบูรณาการเพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายในระดับเดียวกัน (15) ในมิติที่แตกต่างกันเพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นองค์รวม (23)

ระหว่างองค์กรต่าง ๆ ที่หลากหลายภายใต้โครงสร้างบริหารจัดการที่แตกต่างกันเข้าด้วยกัน (21) เช่น การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนที่ต้องอาศัยความร่วมมือของภาคส่วนที่หลากหลายในการดำเนินงาน

2) การบูรณาการในแนวดิ่ง (vertical integration) เป็นการบูรณาการเพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายประเภทใดประเภทหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง โดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรประเภทเดียวกันที่ระดับแตกต่างกัน (15, 21, 23) เพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการดูแล (care pathway) เช่น การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อตั้งแต่ระดับศูนย์ความรู้ความเชี่ยวชาญจนถึงระดับปฐมภูมิ ตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาการบูรณาการเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายให้ความสำคัญกับทั้งการบูรณาการในแนวนอนและแนวดิ่ง (21) ขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่จะดูแลความพร้อมของนโยบาย และระบบสนับสนุน (23)

การนำแนวคิดบูรณาการมาปรับใช้ในประเทศไทย

แม้จะมีการพูดถึงการบูรณาการในระบบสุขภาพของประเทศไทยค่อนข้างมาก แต่ยังไม่ปรากฏรูปแบบไม่ชัดเจน ด้วยโครงสร้างการบริหารจัดการด้านสุขภาพยังมีความแยกส่วนมาก แต่ละหน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพต่างทำงานบนฐานโครงสร้างของตนเอง (20) นอกจากนี้บทบาทด้านสุขภาพยังจำกัดอยู่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การบูรณาการยังจำกัดอยู่ในระบบสาธารณสุข วัฒนธรรมของนโยบายที่สะท้อนภาพการบูรณาการในระบบสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นสาขาตามกลุ่มโรคแบบพวงบริการ (service network) ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข (24) ที่เป็นการบูรณาการในระดับการเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ศูนย์ความรู้ความเชี่ยวชาญไปจนถึงระดับปฐมภูมิ และส่งเสริมให้สหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะดังกล่าวเป็นการบูรณาการกระบวนการดูแล (clinical or service integration) ในแนวดิ่ง ส่วนการให้อำนาจการบริหารจัดการระบบและบูรณาการทรัพยากรในระดับเขตบริการเป็นการจัดการเชิงโครงสร้างที่แสดงให้เห็นการบูรณาการองค์กร

(organization integration) เพื่อให้การบริหารทรัพยากรและการติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายกระจายออกไปในระดับเขตบริการสุขภาพ

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพประชาชนผ่านนโยบายหมอครอบครัว (family care team) ของกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2557 เป็นรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาระบบบูรณาการในแนวดิ่งในระบบสาธารณสุขลักษณะดังกล่าวเป็นความพยายามในการเชื่อมโยงการดูแลอย่างบูรณาการของทีมนสหวิชาชีพ (clinical or service integration) ให้เข้าไปถึงครัวเรือน โดยออกแบบให้มีทีมหมอครอบครัวใน 3 ระดับ คือ ชุมชน ตำบล และอำเภอ ที่แต่ละส่วนต่างมีบทบาทของตนเองที่เชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทุกครัวเรือนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพอย่างทั่วถึง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ครัวเรือนมีสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้น (30) ในระยะต่อมาจนถึงปัจจุบัน แนวคิดหมอครอบครัวถูกผลักดันสู่การปฏิบัติผ่านนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” (primary care cluster) ที่เป็นการผสมผสานแนวคิดของหมอครอบครัวเดิมเข้ากับการจัดการเชิงโครงสร้าง (organisation management) ที่ทำให้เห็นภาพเชิงโครงสร้างของการขับเคลื่อนที่ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรแต่ละสาขาโดยใช้สัดส่วนประชากรที่ดูแลเป็นตัวกำหนด และบูรณาการการดูแล (clinical or service integration) ของแต่ละสาขาเป็นทีมนสหวิชาชีพที่มีประชากร 10,000 คน เป็นเป้าหมายการดูแลและให้ทีมนสหวิชาชีพข้างต้น จำนวน 3 ทีม รวมกันเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (primary care cluster) เพื่อดูแลประชากรร่วมกันจำนวน 30,000 คน การดูแลใช้เครื่องมือ “เวชศาสตร์ครอบครัว” เป็นเครื่องมือหลักในการดูแลสุขภาพประชากร ให้ครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (31) การจัดการเชิงโครงสร้างดังกล่าวเป็นลักษณะหนึ่งของการบูรณาการองค์กร (organisation integration) เพื่อบริหารทรัพยากรร่วมกันในแต่ละกลุ่มเครือข่ายบริการในการดูแลกลุ่มเป้าหมายด้วยนโยบายเดียวกันคือคลินิกหมอครอบครัว

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพผ่านกลไกทางการเงินโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีประเด็นที่แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการบูรณาการความร่วมมือในหลายระดับ เช่น การบริหารจัดการระบบการจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนระบบงานด้านสุขภาพแบบหน่วยงานคู่สัญญาหลัก

(contacting unit for primary care; CUP) เพื่อให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการประจำ (main contacting unit) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) ในการดูแลประชากรร่วมกันในพื้นที่ และกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มเป้าหมายในระดับปฐมภูมิ การบูรณาการแผนทางการเงินกับการพัฒนาระบบงานปฐมภูมิโดยใช้แนวคิดการจ่ายเงินตามผลการดำเนินงาน (pay for performance; P4P) ด้วยกลไกการจ่ายเงินค่าตอบแทนเพิ่ม (on-top payment) ให้กับหน่วยงานคู่สัญญาหลักที่ผลักดันผลงานตามกรอบตัวชี้วัดผลงาน (quality outcome framework) ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าได้ตามเป้าหมาย (25) เป็นลักษณะหนึ่งของการบูรณาการระบบ (systemic integration) ที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพและโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายร่วมกันอย่างเป็นระบบ (25)

การบูรณาการในแนวนอน (horizontal integration) เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นองค์รวมยังเกิดขึ้นน้อย หน่วยงานที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพคือ กระทรวงสาธารณสุข ส่วนหน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลด้านสังคมศาสตร์คือกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งสองส่วนต่างแยกส่วนกันทำงาน แต่อาจมีภารกิจที่เชื่อมโยงหรือประสานงานกัน แต่ก็เป็นไปภายใต้บริบทของหน่วยงานนั้น ๆ ตัวอย่างการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อให้เกิดการบูรณาการ คือ นโยบายความร่วมมือ 4 กระทรวงหลัก (สาธารณสุข เกษตรและสหกรณ์ มหาดไทย และศึกษาธิการ) ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในอดีต (13) ซึ่งปัจจุบันไม่มีนโยบายดังกล่าวแล้ว

อย่างไรก็ตามกฎหมายด้านสุขภาพของประเทศคือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับปรัชญาและแนวคิดเชิงบูรณาการอย่างสูงยิ่ง เช่น หมวดที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพระบุในข้อที่ 5 ว่าระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ส่วนข้อที่ 6 ระบุว่า ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ รัฐและทุกภาคส่วนในสังคมพึงให้ความสำคัญอย่างสูงแก่การพัฒนาสุขภาพ ในข้อที่ 8 ระบุว่า ระบบสุขภาพจะต้องคำนึงถึงการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม

ครอบคลุมภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล และข้อที่ 10 ระบุว่า ทุกภาคส่วนมีหน้าที่ร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศจากแนวทางบริโภคนิยมไปสู่แนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพทางจิต ปัญญา และสังคม เป็นต้น (4) ข้อความในกฎหมายสะท้อนให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการบูรณาการในระบบสุขภาพปัจจุบัน โดยเฉพาะการบูรณาการในแนวนอนที่ต้องผสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ นอกจากภาคสาธารณสุขเข้ากับกระบวนการของสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ตอบสนองต่อเป้าหมายของการตรากฎหมายดังกล่าวซึ่งก็คือสุขภาพของคนไทย

รูปธรรมในระดับปฏิบัติการที่สะท้อนการบูรณาการในแนวนอน คือ การเกิดขึ้นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่เป็นหน่วยงานหลักในการผลักดันกฎหมายและนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (32) ที่เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีใน 3 ระดับ คือ ระดับชาติ ระดับพื้นที่ และระดับเฉพาะประเด็น เพื่อกำหนดฉันทามติและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาสุขภาพ ในปัจจุบันมีการดำเนินการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทุกระดับอย่างกว้างขวางในการผลักดันประเด็นสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ (33)

การนำนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (district health system) (26) ที่เป็นการพยายามให้หน่วยงานทุกภาคส่วนในระดับอำเภอประสานความร่วมมือกันในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและออกแบบการแก้ปัญหาด้วยยุทธศาสตร์ของอำเภอ ถือว่าเป็นรูปธรรมของการบูรณาการที่เด่นชัดที่สุดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน นโยบายดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2556 โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เริ่มต้นพัฒนาระบบนี้ด้วยแนวคิด UCARE (26) ที่ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมระดับอำเภอของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (unity district health team) 2) การมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) 3) การทำงานจนเกิดคุณค่ากับทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (appreciation and quality) 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and

human development) และ 5) การให้บริการสุขภาพจำเป็นตามบริบทพื้นที่ (essential care) การผลักดันนโยบายในระยะแรกเป็นการผลักดันไปพร้อมกับการสร้างการเรียนรู้ในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้กับคนในระบบ แผนปฏิบัติการสำคัญในระยะแรก คือ การเกิดขึ้นของโครงการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (district health management learning; DHML) แนวคิดของ DHML (34) เป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ภายใต้บริบทที่เป็นสถานการณ์จริงของผู้เรียน เมื่อผ่านการเรียนรู้แล้ว ผู้เรียนจะเกิดการพัฒนาใน 3 ด้าน คือ การพัฒนาคน การพัฒนางาน และการพัฒนาเครือข่าย โครงการดังกล่าวเป็นความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการคู่สัญญาหลักที่มีความพร้อมในการพัฒนาทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ในระยะต่อมาหน่วยงานคู่สัญญาหลักเหล่านี้ได้เป็นต้นแบบในการขยายผลการพัฒนาออกไปยังอำเภออื่น ๆ ในรูปของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางพระราชรัฐ” ภายใต้การลงนามความร่วมมือ (35) ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในปัจจุบันการผลักดันการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอถือได้ว่าเป็นกลไกหลักในการพัฒนาระบบบูรณาการเพื่อให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอื่นนอกจากสาธารณสุขให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยการผลักดันให้เกิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560 (36)

สรุปผล

สุขภาพชุมชน (community health) เป็นอุดมการณ์ในระบบสุขภาพของประเทศไทยโดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ซึ่งเป็นแนวคิดสากลที่ได้รับการยอมรับ สุขภาพชุมชนเป็นแนวคิดที่ได้ผ่านการสังเคราะห์ให้สอดคล้องกับบริบทด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป โดยทั้งหมดมีที่มาจากพื้นฐานองค์ความรู้และประสบการณ์

ในการดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา และเป็นการรื้อฟื้นงานสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมาอีกครั้งภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไปผ่านเครื่องมือบริการปฐมภูมิ

การบูรณาการ (integration) เป็นแนวคิดในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการคิด การมอง และการจัดการแบบแยกส่วนที่ทำให้เกิดความต้อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการหรือระบบใด ๆ รวมทั้งระบบสุขภาพ การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายแบบบูรณาการให้ความสำคัญกับความกลมกลืนเข้ากันได้ของแต่ละองค์ประกอบที่เข้ามามีบูรณาการ รูปแบบ (dimension) ความเข้มข้น (intensity) และขอบเขต (extent) ของการบูรณาการขึ้นกับบริบทและเป้าหมายของการบูรณาการ ในทุกระบบที่มีการบูรณาการควรให้ความสำคัญกับการบูรณาการระบบบริหารจัดการ (administrative integration) และการบูรณาการแบบแผนการทำงาน (normative integration) เป็นพื้นฐานเสมอ เนื่องจากทั้งสองส่วนนี้จะมีผลต่อการเชื่อมต่อความสัมพันธ์และความยั่งยืนของการบูรณาการในระยะยาว

หลักการและแนวคิดร่วมของสาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน อีกทั้งการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและความต่อเนื่องของการดูแลที่เป็นหลักการสำคัญของการดูแลในบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน มีความสอดคล้องกับหลักการพื้นฐานของการบูรณาการ ระบบสุขภาพชุมชนสาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ และการบูรณาการ จึงมีความสัมพันธ์กันในเชิงคุณค่า โดยระบบสุขภาพชุมชนเป็นแนวคิดหลักที่ผ่านการพัฒนาและเรียนรู้จากสาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิเป็นเครื่องมือที่ถูกสังเคราะห์เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนภายใต้บริบทสังคมในปัจจุบัน โดยอาศัยหลักการบูรณาการเพื่อสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อนำพาสังคมไทยไปสู่สังคมแห่งสุขภาพที่เป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพชุมชน

การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือการปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพจากการมุ่งเน้นการดูแลรักษาที่มีศูนย์กลางการพัฒนา คือระบบสาธารณสุข (การแพทย์และสาธารณสุข) ไปให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่มีชุมชนเป็นฐานการพัฒนา โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพในระยะต่อไปจึงเป็นความท้าทายขององค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระ

ในการบูรณาการความร่วมมือเข้าด้วยกันเพื่อจัดระเบียบสังคมสุขภาพขึ้นมาใหม่ภายใต้แนวคิดสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความท้าทายที่มีคือการพัฒนาแนวคิดดังกล่าวให้เกิดขึ้นและเป็นที่ยอมรับในสังคมวงกว้าง ตลอดจนการจัดการระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ภูมิทัศน์ของการพัฒนาที่แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในปัจจุบัน เช่น กระบวนการสมัชชาสุขภาพที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางในการผลักดันประเด็นสาธารณะด้านสุขภาพ การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพระดับตำบลโดยการสนับสนุนงบประมาณให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตามแนวทางของคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (district health system) อย่างไรก็ตามการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาที่เป็นการนำแนวคิดการบูรณาการมาอธิบายการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยได้อย่างชัดเจนทั้งรูปแบบ แนวทาง และการประเมินผลลัพธ์ของระบบ การศึกษาระบบสุขภาพไทยโดยใช้กรอบแนวคิดของการบูรณาการมาอธิบายจะช่วยให้เห็นมิติของการบูรณาการที่ชัดเจนมากขึ้น ที่จะช่วยเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้ก้าวหน้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Srivanichakorn S. Community health the turning point of health service system quality. In: Atikamanon S, editor. Conceptual framework of primary care service and practice in community health. Nonthaburi: Office of Community Based Health Care Research and Development; 2007. p.2-20.
2. Panich W. Knowledge management in community health system development. In: Srivanichakorn S, Pratum-nan S, editors. Proceeding of community health&primary care expo; new management new possibility; 2011; Oct 12-14; Nonthaburi, Thailand.
3. Wasi P. Community health system development; community well-being the basic of well being for all. Bangkok: National Health Security Office; 2007.
4. National Health Act B.E. 2550. Royal Gazette No. 124, Part 16A (Mar 19, 2007).
5. National Health Committee Declaration No. 126 in 2009 on charter of national health system. Royal Gazette No.126, 175D special (Dec 2, 2009).
6. Chuengsatiansup K. To new imagination to the heart of health system. In: Atikamanon S, editor. Conceptual framework of primary care service and practice in community health. Nonthaburi: Office of Community Based Health Care Research and Development; 2007. p.25-36.
7. Thailand's Health Project. Thailand's health 2017 and the goal of sustainable health development. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2017.
8. Wasi P. New perspective and management concepts in community health system; new concepts of management in community health system development. In: Srivanichakorn S, Pratum-nan S, editors. Proceeding of community health and primary care expo; new management new possibility; 2011; Oct 12-14; Nonthaburi, Thailand. Nonthaburi: Sahamitr Printing and Publishing; 2011. p.8-24.
9. Chuengsatiansup K. New perspective and management concepts in community health system; the new paradigm in health management. In: Srivanichakorn S, Pratum-nan S, editors. Proceeding of community health and primary care expo; new management new possibility; 2011; Oct 12-14; Nonthaburi, Thailand. Nonthaburi: Sahamitr printing and publishing; 2011. p.25-40.
10. Sungjang C. Look back to the past look forward to the future; beyond two decades of Thai primary health care. Mor-anamai Journal 2002;11:1-13.

11. Kimchai K. Thirty years of primary health care. Proceedings of summary of primary health care practice and planing to primary health care development in the 4th decade in northeast Thailand conference; 2008 Sep 17-19; Udon Thani, Thailand. 2009. p.1-25.
12. Srivanichakorn S. Definition, meaning and linkage between primary health care, primary care system and family medicine. *Thai Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2009;1:11-5
13. Chuengsatiansup K. Primary health care primary care and community health: lesson learned challenge and new context of public sector health. Proceeding of community health and primary care expo; 2009 Feb 18-20; Nonthaburi, Thailand. 2009. p. 1-24.
14. Srivanichakorn S, Atikamanon S, Chalordech B, Surakitkason T, Sukpordee N. Primary care services; services that closed to heart and home. Nonthaburi: Health Care Reform Office; 2002.
15. Kodner D. All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthc Q*. 2009; 13 : 6-15.
16. Srivanichakorn S. New perspective and management concepts in community health system; power of knowledge and coordination the important tools in community health system development. In: Srivanichakorn S, Pratum-nan S, editors. Proceeding of community health and primary care expo; new management new possibility; 2011; Oct 12-14; Nonthaburi, Thailand. Nonthaburi: Sahamitr Printing and Publishing; 2011. p. 68-73. p.82-9.
17. Amelung VE, Reichert A, Urbanski D, Matejevic L, O'Riordan E, Duggan M. Integrating health and social care: a global perspective of experience, best practice and the wary forward. Berlin: Institute for Applied Health Services Research; 2014.
18. Letourneau S. Health link Alberta: A model for successful health service integration. *Healthc Q*. 2009;13:56-60.
19. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;18:222-35.
20. Yodpetch S. Integration in long term care system for elder people. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2009.
21. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. An overview of integrated care in the NHS. London: Nuffield Trust; 2011.
22. Featherstone H. All together now: Competitive integration in the NHS. London: Policy Exchange; 2012.
23. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*. 2013;13: 1-12.
24. Health Administration Division, Ministry of Public Health. Service plan. Proceedings of seminar for provincial service plan development; 2012 Feb 29; Bangkok, Thailand. 2012. p. 1-4.
25. Health Intervention and Technology Assessment Program. Project of quality outcome framework indicator development in national health security for all; 1st phase. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2015.
26. Saelee D, Namtussanee S, Tiptiengtae C, Tunsutepweerawong C, Yana T. Driving of district health system(DHS). Nonthaburi: Health Administration Division Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2014. 32
27. Division of Health Economics and Health Security Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health. Guideline in accounting 2016. In: Division of Health Economics and Health Security, editor.

- Nonthaburi: Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2007.
28. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q.* 1999;77:77-110.
 29. Watcharakajornkul N. Integrating care for elder people in community. *Proceeding of community health system development associate*; 2012 Apr 24; Nakhon Pathom, Thailand. Nakhon Pathom: Institute of Community Based Health Care Research and Development; 2012. p.20-34.
 30. Bureau of Health Administration, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Family care team. Nonthaburi: Agricultural cooperatives of Thailand Printing.; 2014.
 31. Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guideline in primary care cluster (PCC) practice. In: Office of Permanent Secretary, editor. Definition composition and administration of primary care cluster. Nonthaburi: Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2007. p.7-19.
 32. National Health Commission Office: Understanding national assembly [online]. 2013 [cited Feb 10, 2018] Available from: www.nationalhealth.or.th/gettoknow-samatcha.
 33. National Health Commission Office. 2016 Annual report. In: Boonmak P, Srisookwatana O, editor. 9th Health power collaboration report. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2016.p.66-98.
 34. Swangdee K, Panawatanapisut S, Nawamawat J, Sittisart V, Panpromthada A. A study on the district health system management capacity building project. *Journal of Health Science.* 2016;25: 855-3.
 35. Ministry of Interior, Ministry of Public Health, National Health Security Office. Thai Health Promotion Foundation. Memorandum of understanding in the committee of quality of life development and district health system done by public-private collaboration and based on community context and patient centeredness. Bangkok. 2016.
 36. Thailand Healthy Strategic Management Office. Draft of regulations of the office of prime minister on district health board 2017. In: Pongsupap Y, editor. Nonthaburi: Thailand Health Strategic Management Office; 2017. p.13-6.