



การนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติ ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน Implementing District Health System Based on Primary Health Care Approach

นิทรา กิจธีระวุฒินันท์ PhD*

วุฒิชัย จริยา DHSM**

บทนำ

ระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย ดำเนินการโดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมีบริการปฐมภูมิเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการอธิบาย การสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพอำเภอภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน การนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติ การวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักการนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติของประเทศไทยและองค์การอนามัยโลก และก้าวต่อไปของระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอเข้าใจแนวคิดดังกล่าว อันจะนำไปสู่การออกแบบวิธีการทำงานในพื้นที่ด้วยการระดมทรัพยากรของอำเภอมาใช้ในการสร้างสุขภาวะของทุกกลุ่มประชากร และสร้างรูปแบบการประเมินผลการทำงานตามนโยบายระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักการนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติ พบว่า การนำนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอสู่การปฏิบัติของประเทศไทย ดำเนินการภายใต้หลักของ UCARE ประกอบด้วย ทีมระดับอำเภอ ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน การขึ้นชมและเชิดชู การจัดการทรัพยากร และการดูแลที่จำเป็นสำหรับชุมชน ในขณะที่องค์การอนามัยโลกดำเนินการในหลักการของ Operationality ประกอบด้วย โครงสร้างการทำงาน ระบบการบริหารจัดการ กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานทางด้านสุขภาพ ความคิดริเริ่มของชุมชน และทรัพยากรในท้องถิ่น ที่นำมาใช้ในการจัดการสุขภาพ ทั้งนี้พบว่า ทั้งสองหลักการมีความคล้ายคลึงของแนวคิดที่นำไปสู่การปฏิบัติ จากพื้นฐานแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ก้าวต่อไปในการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอำเภอ คือ ภาวะผู้นำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ การทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน บริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน เพื่อพัฒนาสถานะสุขภาพของประชาชน ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ และทีมสุขภาพอำเภอมีความเข้มแข็งพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

ความสำคัญของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นผู้นำในการนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care; PHC) มาปฏิบัติ และประสบความสำเร็จ เช่น นวัตกรรมอาสาสมัครสาธารณสุข นวัตกรรมกรมมีหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า นวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น^{1,2} ซึ่งแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการที่เหมาะสม การสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน และความยั่งยืนของบริการสุขภาพ³ จากแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นสถานที่ในการเชื่อมแนวคิดดังกล่าวเข้ากับบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้บริการปฐมภูมิได้รับการยอมรับว่าเป็นบริการหลัก

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน: นิทรา กิจธีระวุฒินันท์ E-mail: nithrakm@gmail.com; nithrak@nu.ac.th

** อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์



ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการสุขภาพ เพื่อบรรลุสุขภาพและทำให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ⁴ เนื่องจากดูแลกลุ่มประชากร (Population-based approach) มีพื้นที่ในการดูแลชัดเจน และองค์ประกอบของคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ⁵

ปัจจุบันประเทศไทย เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร และการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการเกิดโรค จึงเป็นความท้าทายในการออกแบบระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่ประชาชน มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการกระจายอำนาจจากส่วนกลาง โดยมุ่งหวังให้เกิดประสิทธิภาพของการบริหารจัดการมากที่สุด ด้วยการจัดระบบบริการแบบเขตสุขภาพ รวมกันเป็นเครือข่าย 4-8 จังหวัด ต่อประชากร 3-5 ล้านคน โดยใช้แนวคิดการบริหารร่วม การจัดบริการร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพความเท่าเทียมกันในระดับเขตทุกแห่งและมีเครื่องมือหลักในการดำเนินงาน คือ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่จะทำหน้าที่เชื่อมประสานการรักษาพยาบาลในโรคที่เป็นปัญหาการป่วยและตายที่สำคัญ⁶

ใน ปี พ.ศ. 2555 มีการประกาศนโยบาย ระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีการทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน มีเป้าหมายสูงสุดในการดำเนินการ คือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ดูแลตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่การป้องกัน ดูแลและรักษา จนถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเจ็บป่วย โดยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนบริการในระบบสุขภาพระดับอำเภอ สอดคล้องกับการปฏิรูปการสาธารณสุขมูลฐานในหลักการจัดการบริการประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People - centred service) เพราะบริการปฐมภูมิมีความใกล้ชิดกับประชาชน เข้าใจความซับซ้อนของพฤติกรรม และมิติทางสังคมของบุคคลและครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพได้มากกว่าการให้บริการในระดับอื่น สามารถที่จะส่งมอบบริการสุขภาพที่สอดคล้อง

กับปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และเสริมพลังอำนาจของประชาชน

ต่อมาปลายปี พ.ศ. 2557 รัฐบาลให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ให้เป็นผู้นำกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน อย่างเป็นองค์รวมต่อเนื่องเชื่อมโยง ให้การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน มีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพแต่ละครอบครัว และมีส่วนร่วมกับทุกภาคีสุขภาพ รวมทั้งการประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุกระดับอย่างใกล้ชิดและเหมาะสมกับผู้ป่วย⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร⁸ ที่สนับสนุนบทบาทและความจำเป็นของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประชาชนในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัวในระดับชุมชน

จากสถานการณ์ข้างต้น เห็นได้ว่า มีแนวคิดนโยบาย ประกาศสู่การปฏิบัติในบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง แนวคิดในบางประเด็นเป็นสิ่งที่พื้นที่ดำเนินการอยู่แล้ว การประกาศแนวคิดเป็นการเน้นย้ำให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นการสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ที่สอดคล้องกับหลักการ บทความนี้จะกล่าวถึง การสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิระบบสุขภาพอำเภอภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน และการนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติ การวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักการการนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติของประเทศไทย และองค์การอนามัยโลก และก้าวต่อไปของระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอเข้าใจแนวคิดดังกล่าว สามารถออกแบบการทำงานในพื้นที่ด้วยการระดมทรัพยากรของอำเภามาใช้ในการสร้างสุขภาพของทุกกลุ่มประชากร และสร้างรูปแบบการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม



การสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ

ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน มีความหมายใน 3 มุมมอง ประกอบด้วย 1) ชุดของกิจกรรม 2) ระดับของการให้บริการสุขภาพ และ 3) แนวคิดที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยในมุมมองชุดของกิจกรรม การสาธารณสุขมูลฐานเกี่ยวข้องกับชุดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ การให้สุศึกษา ปัญหาโภชนาการ น้ำสะอาดและสุขภิบาลอาหาร อนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน การควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่น การดูแลรักษาโรคพื้นฐาน และการมียาที่จำเป็นเพียงพอ มุมมองที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐาน คือ ระดับของการบริการที่ให้ความสำคัญกับบริการระดับต้น (Primary level of care) ซึ่งก็คือจุดบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้ามาใช้บริการจากระบบบริการสุขภาพ โดยการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่องผ่านระบบการส่งต่อ และมุมมองที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน คือ แนวคิดที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนอื่น และการปรับระบบบริการสุขภาพ^{9,10} บริการปฐมภูมิ เป็นจุดบริการด่านแรกที่ประชาชนติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การรักษาโรคเบื้องต้น และส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่สูงกว่า กรณีที่เกินความสามารถเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการฟื้นฟูสภาพในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคนั้นมุ่งประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การให้สุศึกษา และการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน^{3,11} ซึ่งในความหมายนี้ บริการปฐมภูมิ คือ ความหมายในมุมมองของระดับของการให้บริการสุขภาพตามนิยามการสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจุบันมีแนวโน้มของการโน้มเข้าหากันของการสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ กล่าวคือ การสาธารณสุขมูลฐานมีจุดเด่นในเรื่องการดำเนินการโปรแกรมควบคุมโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนบริการปฐมภูมิ มีจุดเด่นในเรื่องของการให้บริการทาง

คลินิก และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ในระดับรายบุคคล^{12,13} ในปี ค.ศ. 2008 องค์การอนามัยโลก เสนอกรอบแนวคิด การวางยุทธศาสตร์ และการประยุกต์ใช้ ในทางปฏิบัติว่าการสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิสามารถเชื่อมกันได้เป็นเรื่องเดียวกัน²

สำหรับประเทศไทยหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานมุ่งให้เกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการที่จำเป็น การสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน และความยั่งยืนของการให้บริการที่จำเป็น นำไปสู่การปฏิบัติโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เรียกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Sub-district Health Promoting Hospital; SHPH) ในขณะที่ประเทศแอฟริกาใต้ มีการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) และการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นชุมชนเป็นหลัก (Community-oriented primary care; COPC) ด้วยการนิยามชุมชนให้ชัดเจน วางแผนให้ความสำคัญกับสุขภาพที่ครอบคลุมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่¹⁴

องค์การอนามัยโลกภาคพื้นแอฟริกา¹⁵ รายงานแนวทางการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพโดยใช้นโยบายระบบสุขภาพอำเภอภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวว่าแนวทางดังกล่าวเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคคือการเชื่อมประสานระหว่างภาคบริการสาธารณสุขกับภาคประชาชนและชุมชนยังคงอ่อนแอ และได้เสนอแนวทางแก้ไขโดยการสร้างความเข้มแข็งในด้านภาวะผู้นำและการจัดการให้กับทีมบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการประสานงานกับทุกภาคส่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Tanner¹⁶ กล่าวว่า แนวคิดดังกล่าวนำไปสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายแห่งสหัสวรรษได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากตัวอย่างความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพโดยใช้นโยบายระบบสุขภาพอำเภอในประเทศแทนซาเนีย



ระบบสุขภาพอำเภอภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

ความหมายระบบสุขภาพอำเภอ ระบบสุขภาพอำเภอในประเทศไทยส่วนใหญ่มีโครงสร้างองค์กรแบบท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการระบบสาธารณสุขมูลฐานแบบครบถ้วนรอบด้าน (Comprehensive primary health care) คำว่าอำเภอ (District) หมายถึงพื้นที่ที่มีอาณาเขตการบริหารที่ประกอบไปด้วยประชากรจำนวน 50,000 ถึง 500,000 คน ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับมอบหมายให้ดูแลและรับผิดชอบจากการปกครองส่วนกลาง และเป็นพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลทั่วไปจัดให้มีระบบการส่งต่อภายในอำเภอ ทั้งนี้ลักษณะขององค์กรในระบบบริการสุขภาพอำเภอจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะโครงสร้างการเมือง การปกครอง และประวัติศาสตร์ความเป็นมาของแต่ละประเทศและอำเภอ¹⁷ หน่วยงานบริหารที่เทียบเท่ากับอำเภอ มีชื่อเรียกต่างกันไป เช่น ประเทศบังคลาเทศ เรียก Thana ประเทศอินเดีย เรียก Block ประเทศพม่า เรียก Township ประเทศศรีลังกา เรียก Division ส่วนประเทศภูฏาน เนปาล และไทย เรียก District¹⁸ ดังนั้น ระบบสุขภาพอำเภอจึงมองจากพื้นที่อำเภอเป็นตัวตั้ง โดยมีผลลัพธ์คือ สุขภาพของประชาชนในอำเภอ ขอบเขตงานกว้างกว่าบริการปฐมภูมิ โดยรวมบริการด่านแรก บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ และบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของทุกหน่วยงานในพื้นที่ด้วย

ในส่วนของประเทศไทย งานสาธารณสุขมูลฐานได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง หากพิจารณาภายใต้มุมมองที่ 3 แนวคิดที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในประเด็น 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 3) การปรับระบบบริการสาธารณสุข และ 4) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยบริการปฐมภูมิ เป็นตัวขับเคลื่อนหลัก เห็นได้ว่านโยบายระบบสุขภาพอำเภอสอดคล้องกับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ในประเด็นการมีพื้นที่ที่ชัดเจนที่ดูแลประชากร รวมทุกหน่วยงานในพื้นที่ ครอบคลุมการดูแลตามปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ รูปแบบการดูแลที่โรงพยาบาลที่เป็นการส่งต่อระดับแรกไปจนถึงห้อง

ปฏิบัติการที่เหมาะสม การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย (ตารางที่ 1)

ซึ่งหากเป็นระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย ยึดพื้นที่อำเภอเป็นตัวตั้ง โดยมีผลลัพธ์ คือ สุขภาพของประชาชนในอำเภอ รวมบริการด่านแรก บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ และบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของทุกหน่วยงานในพื้นที่ด้วย ครอบคลุมหน่วยงานที่ให้บริการในระดับอำเภอ กลยุทธ์ของการนำระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอไปปฏิบัติภายใต้กรอบแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การนำนโยบายระดับชาติในเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพ การกระจายอำนาจเพื่อการพัฒนาสุขภาพท้องถิ่น การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน การสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน การพัฒนาภาวะผู้นำในระดับอำเภอ การบูรณาการโปรแกรมการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ การเชื่อมโยงการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และการระดมทรัพยากร ความร่วมมือทั้งหมดในพื้นที่¹⁸ ดังนั้นบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีการนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติ จึงมีความเหมาะสม คือ เชื่อมบริการทั้งในด้านคลินิกเบื้องต้นและการสาธารณสุข และเป็นจุดการเชื่อมต่อของระบบส่งต่อ

การนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติ

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศแอฟริกาใต้ ได้พิมพ์รายงานชื่อ The District Health System in South Africa: Progress Made and Next Steps ทำการทบทวนกระบวนการนำนโยบาย DHS ไปปฏิบัติ เสนอว่าประเด็นสำคัญในการดำเนินการ DHS ได้แก่ 1) การจัดโครงสร้างองค์กร การวางแผน และการจัดการ 2) การจัดสรรทรัพยากรและการเงิน 3) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน และ 5) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ นอกจากนี้ ยังได้ชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์ความสำเร็จของประเทศต่างๆ ที่นำแนวทาง DHS ไปปฏิบัติ เช่น ประเทศเม็กซิโก แกมเบีย แทนซาเนีย สวีเดน นอร์เวย์ ชูแดน และฟิลิปปินส์ โดยประเทศเหล่านี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมกันคือ 1) การมีพันธะสัญญาทางการเมือง



- 2) การมีระบบการจัดการแบบกระจายอำนาจ และ
- 3) การมีระบบการเงินการคลังสุขภาพแบบมีการกระจายอำนาจ¹⁵

ระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย มีการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP Management) ซึ่งทับซ้อนหรือเหลื่อมกับกลไกประสานงานเดิมที่เรียกว่า คณะกรรมการบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทำให้การบริหารจัดการ CUP ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความซับซ้อน นอกจากนี้การประสานงานในระบบสุขภาพอำเภอ จำเป็นที่จะต้องมีการทำงานประสานแบบแนวนอนไม่ใช้การสั่งการแบบแนวดิ่ง ซึ่งบุคคลที่เป็นหัวใจแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ ที่ต้องอาศัยทักษะทางการบริหารทั้งศาสตร์และศิลป์ในการสร้างความมุ่งมั่นในการทำงานและมีทิศทางที่สอดคล้องกัน ยอมรับในความหลากหลาย แต่ต้องมีเอกภาพในการดำเนินงาน²⁰

นโยบายระบบบริการสุขภาพอำเภอของประเทศไทย เริ่มประกาศใช้อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของกระทรวง องค์กรประกอบของการนำนโยบายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอไปปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่อำเภอสุขภาพ (Healthy district) คือ 1) การจัดให้มีบริการที่จำเป็นในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การส่งต่อและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่ 2) การทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพระดับอำเภอ ทั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ การแบ่งปันทรัพยากร การพัฒนากำลังคนในพื้นที่ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผน ติดตามเพื่อให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อมุ่งให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเอง⁴

การนำนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอสู่การปฏิบัติภายใต้หลักของ UCARE ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of team) 2) การ

มีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation and network) 3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้บริหารและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation and quality) 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing) และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) ผ่านโครงการแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ตามบริบท ที่เรียกว่า “หนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project: ODOP)” โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน⁶ ทั้งนี้ในการนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอสู่การปฏิบัติตามหลักการ UCARE เช่น มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ DHS ของอำเภอ จากทุกภาคส่วนทั้งสาธารณสุข ท้องถิ่น ครู เกษตร และพระ ตามบริบทของพื้นที่ หลังจากนั้นนำมากำหนดประเด็นอำเภอสุขภาพะร่วมกันในอำเภอ สร้างภาพฝันของอำเภอสุขภาพะ ซึ่งมีประเด็นการสร้างสุขภาพะหลายประเด็นนำมาแปลงสู่การปฏิบัติตามลำดับความสำคัญและทรัพยากรของพื้นที่ ออกแบบการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน เช่น การกำหนดประเด็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง อาหารปลอดภัยในชุมชน เป็นต้น มีการแบ่งปันทรัพยากรในการดูแลตามปัญหาของผู้รับบริการ จัดบริการทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน รวมถึงการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นทางด้านคลินิก

การวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักการนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติของประเทศไทยและองค์การอนามัยโลก พบว่า องค์การอนามัยโลก ระบุประเด็นการปฏิบัติงานของบริการสุขภาพระดับอำเภอ (Operationality) ซึ่งให้ความสำคัญกับองค์กรและการจัดการในระบบสุขภาพระดับอำเภอ การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในอำเภอ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การลดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างการทำงาน 2) ระบบการบริหารจัดการ 3) กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานทางด้านสุขภาพในพื้นที่ 4) การมีส่วนร่วม ความคิดริเริ่มของชุมชน และ 5) ทรัพยากรในพื้นที่²¹ เห็นได้ว่า UCARE และ Operationality มีความคล้ายคลึงของแนวคิดที่นำไปสู่การปฏิบัติ (ตารางที่ 2)



รายละเอียดของการนำไปปฏิบัติขึ้นกับระบบสุขภาพและทรัพยากรของประเทศ การออกแบบวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม จะนำไปสู่การประเมินผลในระหว่าง การดำเนินการ (Formative evaluation) เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงการทำงาน

ก้าวต่อไปของระบบสุขภาพอำเภอ

ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันไม่สามารถแก้ด้วยตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว หากมองแต่ในมุมมองสาธารณสุข จะพบเพียงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ทำการขับเคลื่อนภาวะคุกคามกับสุขภาพ การทำงานกลายเป็นการตั้งรับที่ทำให้บุคลากรเหนื่อยและล้าไปในที่สุด แต่ระบบสุขภาพระดับอำเภอ หมายรวมถึงประชาชนทุกคนที่อยู่ในอำเภอนั้นๆ ดูแลกันและกัน ฟังตนเองได้ รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ร่วมดูแลประชาชนในพื้นที่ร่วมกัน หากพิจารณาแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานกับการนำไปปฏิบัติ องค์ประกอบสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ คือ ภาวะผู้นำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ การทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน บริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และการสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน

ภาวะผู้นำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ จากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเกิดโรค ทำให้ความจำเป็นทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ผู้นำในทุกระดับต้องสามารถระดมทรัพยากร สร้างนโยบาย นานโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ติดตามประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีการพัฒนาศักยภาพกำลังคนในพื้นที่ การสื่อสาร การสร้างเครือข่าย และจัดระบบการส่งต่อภายในอำเภอที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคสาธารณสุข ท้องถิ่น และประชาชน³ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก²² กล่าวว่า การมีภาวะผู้นำและทักษะการจัดการที่ดีของผู้บริหารและผู้ให้บริการสุขภาพนับเป็นหัวใจสำคัญในการทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุเป้าหมาย

ที่สามารถวัดได้ การมีภาวะผู้นำและทักษะการจัดการที่ดีนั้นจะสามารถกำหนดทิศทางและทำให้ได้รับการยอมรับมีพันธะสัญญาระหว่างเพื่อนร่วมงานและภาคีเครือข่ายในการที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีกว่าเดิมโดยการใช้ทรัพยากรต่างๆ รวมถึงทรัพยากรมนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพ

การทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพอำเภอ จะทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน บทบาทขององค์กรท้องถิ่น ภาคเอกชน การแพทย์พื้นบ้าน รวมถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ มีความสำคัญ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการทำงานสุขภาพ เป็นการค้นหาทุนทางสังคมของพื้นที่ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ที่มีความจำเพาะทางสังคม วัฒนธรรม เช่น พื้นที่ชายขอบที่มีแรงงานต่างด้าว พื้นที่สูง ที่จำเป็นต้องทำงานร่วมกันกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว การเข้าใจวัฒนธรรมของชนเผ่า เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ เป็นต้น

บริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคในปัจจุบันที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่ภาวะอ้วน ภาวะพินสุ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้นกลยุทธ์ในการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ คือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เพื่อพัฒนาสุขภาพ อันจะทำให้พัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วย นอกจากนี้การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ เพื่อส่งเสริมทางเลือกในการมีสุขภาพดี ถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 66²³ มีการเสนอ ยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นการเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพและการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่แพทย์ จากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นการเน้นการดูแลสุขภาพสมรรถนะ



ข้ามวิชาชีพ (Tasks shifting) จึงต้องดำเนินการ อย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน โดยที่ประสิทธิผลของการให้บริการไม่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอ²⁴

การสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ กลยุทธ์หลักสำคัญในการสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลและชุมชนให้ประชาชนสามารถตัดสินใจทางสุขภาพ สามารถออกแบบกิจกรรมสร้างสุขภาพของชุมชน โดยสอดคล้องกับความจำเป็นทางสุขภาพของชุมชน (Community needs) โดยการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ เกี่ยวกับ สุขภาพของประชาชน และนำมาตัดสินใจภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรและการคำนึงถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ โดยคำนึงถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ ทรัพยากร และผู้มีส่วนได้เสีย²⁵ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและการทำงานร่วมกัน เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มตัวแทนต่างๆ และสาธารณชน อันจะทำให้มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า

สรุป

ระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย มีมุมมองที่กว้างขึ้นจากแต่เดิมที่มองในภาคสาธารณสุข มาเป็นมองจากพื้นที่อำเภอเป็นตัวตั้ง โดยมีผลลัพธ์ คือ สุขภาพของประชาชนในอำเภอ ขอบเขตงานกว้างกว่า บริการปฐมภูมิ โดยรวมบริการด่านแรก บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ และบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของทุกหน่วยงานในพื้นที่ด้วย การนำนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอสู่การปฏิบัติของประเทศไทย ดำเนินการภายใต้หลักของ UCARE ในขณะที่องค์การอนามัยดำเนินการ ในหลักการของ Operationality ทั้งนี้พบว่า ทั้งสองหลักการมีความคล้ายคลึงของแนวคิดที่นำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การลดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ ด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือในการนำไปพัฒนางานในอำเภอ ก้าวต่อไปในการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอำเภอ คือ ภาวะผู้นำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ การทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน บริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

และการสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น ประชาชนดูแลตนเองได้ และทีมสุขภาพอำเภอมีความเข้มแข็งพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

เอกสารอ้างอิง

1. Balabanova D, McKee M, Mills A. Good health at low cost 25 years on What makes a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.
2. World Health Organization. [WHO] World health report 2008: Primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Dookie S, Singh S. Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. BMC Family Practice 2012; 13: 67-70.
4. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. The Lancet 2008; 372(9642): 917-27.
5. Kitreerawutiwong N, Kuruchittham V, Somrongthong R, Pongsupap Y. Seven attributes of primary care in Thailand. Asia Pacific Journal of Public Health 2010; 22(3): 289-98.
6. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข 5 ปี (2555-2559) [database on the Internet]. กระทรวงสาธารณสุข. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2554]. จาก: http://203.157.7.46/display_document.jsp?id=D00000000637.
7. เตชะ แซ่หลี่ และคณะ. เสริมคุณค่าด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ. กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนา กลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอ มูลนิธิแพथ์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2557.
8. กาญจนา ปัญญาธร. การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว บ้านหนองตะไก่อ อำเภอเมือง



- จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(4): 33-9.
9. WHO. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1978 Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September. Alma-Ata; 1978.
10. WHO. Primary Health Care: The basis for health systems strengthening. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2010.
11. Van Weel C, De Maeseneer J. Now more than ever: World Health Assembly revisits primary health care. Primary Health Care Research Development 2010; 11: 1-3.
12. Doherty J, Govender R. The cost effectiveness of primary health care service in developing countries: a review of international literature; 2004.
13. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? Canadian Journal of Public Health 2006; 97: 409-11.
14. Bam N, Marcus T, Hugo J, Kinkel H-F,. Conceptualizing Community Oriented Primary Care (COPC) – the Tshwane, South Africa, health post model. African Journal of Primary Health Care and Family Medicine 2013; 5(1): 1-3.
15. Department of Health Republic of South Africa. The district health system in South Africa: Progress made and next steps. Department of Health, Republic of South Africa; 2001 [Cited 2515 January, 25]. Available from: <http://www.doh.gov.za/docs/policy/dhsystem.html>.
16. Tanner M. Strengthening district health system. Bulletin of World Health Organization 2005; 83(6): 403-4.
17. Tarimo E. Towards a healthy district: Organizing and managing district health systems based on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1991.
18. World Health Organization Regional Office of South East Asia. District Health System/ Primary Health Care: Updates Strategies and Approaches. New Delhi: WHO Regional Office of South East Asia; 1999.
19. WHO. The Challenge of Implementation: District Health Systems for Primary Health Care, Part A pp 7-11 and Part C pp65-67. Geneva: World Health Organization; 1988.
20. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, Tenambergen E. การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP Management). นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน; 2550.
21. WHO. Primary Health Care: 25 years after Alma-Ata. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Fiftieth Session, EM/RC50/8.2003 [Cited 2013 December 21]. Available from: <http://gis.emro.who.int/Health-SystemObservatory/>.
22. WHO. Geneva. Towards better leadership and management in health: Report on an International Consultation on Strengthening Leadership and Management in Low-Income Countries, (Making Health Systems Work: Working Paper no. 10), WHO/HSS/healthsystems/2007.3. Geneva: World Health Organization; 2007.
23. WHO. WHA66.23 Transforming health workforce education in support of universal health coverage. 2014 [Cited 2015 July 15]. Available from: http://apps.who.int/gb/e/e_wha66.html.
24. WHO. The World Health Report 2008: Primary health care: Now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
25. สายศิริ ด่านวัฒนะ. คู่มือการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบสุขภาพ; 2552.



ตารางที่ 1 ความสอดคล้องของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานกับความหมายของระบบสุขภาพอำเภอ

แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน	ความหมายของระบบสุขภาพอำเภอ	ความสอดคล้อง
1) การมีส่วนร่วมของชุมชน	“ระบบสุขภาพอำเภอประกอบไปด้วยกลุ่มของประชากรที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการแบ่งการปกครองและภูมิศาสตร์อย่างชัดเจน ซึ่งอาจจะเป็นพื้นที่ในเมืองหรือชนบทก็ได้ ระบบสุขภาพอำเภอยังรวมไปจนถึงสถาบันและองค์กรที่ให้บริการสุขภาพซึ่งอาจเป็นองค์กรของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือการให้บริการแพทย์พื้นบ้าน แบบดั้งเดิม ดังนั้นระบบสุขภาพอำเภอ จึงประกอบไปด้วยส่วน	การทำงานในระบบสุขภาพอำเภอต้องสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยคำว่า ชุมชน หมายถึง การอยู่ร่วมกันของบุคคลหลายๆ กลุ่ม รวมกันบริเวณเดียวกัน ซึ่งในที่นี้คือ อำเภอ ภายใต้กฎข้อบังคับเดียวกัน มีความสนใจร่วมกัน มีวัฒนธรรมเดียวกัน ซึ่งหมายถึง คุณลักษณะทางประชากร วัฒนธรรม สังคม เดียวกัน ในอำเภอนั้น เพื่อนำไปออกแบบการจัดบริการที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม	ประกอบที่มีความหลากหลายและเกี่ยวเนื่องกัน ซึ่งผลต่อสุขภาพในระดับครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชน รวมไปถึงรูปแบบการดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพทั้งหมด ตั้งแต่โรงพยาบาลที่	ในแต่ละอำเภอ มีทุนทางสังคม ทรัพยากรที่แตกต่างกัน การสร้างให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง ในแต่ละพื้นที่ จะต้องสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ทุนทางสังคม และทรัพยากรในพื้นที่ ด้วยเทคโนโลยี หรือวิธีการที่เหมาะสมกับพื้นที่
3) การปรับระบบบริการสาธารณสุข	เป็นการส่งต่อระดับแรกไปจนถึงห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย และบริการสนับสนุนการรักษาพยาบาล องค์ประกอบทั้งหมดของระบบสุขภาพอำเภอนั้นจะต้องประสานกันโดยเจ้าหน้าที่ที่ถูกมอบหมายให้ดูแลให้ทุกองค์ประกอบและหน่วยบริการทำหน้าที่ในการให้บริการที่ครอบคลุมกิจกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ¹⁹	- ระบบสุขภาพอำเภอ รวมสถานบริการสุขภาพทั้งหมด ตั้งแต่โรงพยาบาลที่เป็นการส่งต่อระดับแรกไปจนถึงห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย ซึ่งในบริบทประเทศไทยระบบสุขภาพอำเภอ ในส่วนของภาคสาธารณสุข หมายถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านยา แพทย์พื้นบ้าน ในพื้นที่นั้น - บริการที่จัดในพื้นที่ ครอบคลุมกิจกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู
4) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ		อำเภอมีความหลากหลายและเกี่ยวเนื่องกันซึ่งเป็นผลต่อสุขภาพในระดับครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชน ดังนั้น การทำงานด้านสุขภาพต้องมีการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสังคม



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการนำระบบสุขภาพระดับอำเภอสู่การปฏิบัติ

การปฏิบัติระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (Operatality)	การปฏิบัติระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (UCARE)
1. โครงสร้างการทำงานของ DHS 1.1 คณะกรรมการ DHS 1.2 คณะกรรมการ คปสอ 1.3 คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล 1.4 การเชื่อมโยงการทำงานของคณะกรรมการในพื้นที่ 1.5 ปัญหาพื้นที่ แผนอำเภอ 1.6 โครงการที่เกิดจากการประชุมคณะกรรมการ ตามโครงสร้างของอำเภอ	1. ทีมระดับอำเภอ (Unity district health team) 1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 1.2 มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ 1.3 นำข้อมูลมาวางแผนยุทธศาสตร์ 1.4 เกิดโครงการที่เป็นรูปธรรม 1.5 มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ระบบการบริหารจัดการของ DHS 2.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาแผนสุขภาพอำเภอ 2.2 ความร่วมมือของทีมสุขภาพอำเภอกับภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ 2.3 แผนปฏิบัติการ 2.4 แนวปฏิบัติ คู่มือ ในพื้นที่และค่ากลาง 2.5 การนิเทศงานและระบบการติดตาม 2.6 การบริหารจัดการยา 2.7 การส่งต่อผู้ป่วยในอำเภอ 2.8 การจัดการระบบข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ 2.9 บริการเชิงรุกในพื้นที่	2. การชื่นชมและเชิดชู (Appreciation) 2.1 คณะกรรมการมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอพร้อมหลักฐานการบันทึก 2.2 เจ้าหน้าที่หรือทีมงานข้อมูลของพื้นที่มาวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา (Essential care) 2.3 เจ้าหน้าที่พึงพอใจในงาน 2.4 เจ้าหน้าที่เห็นคุณค่าของงาน 2.5 เจ้าหน้าที่รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง
3. กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานทางด้านสุขภาพในพื้นที่ 3.1 โครงการกิจกรรมทางสาธารณสุข 3.2 การจัดบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในพื้นที่ 3.3 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่น	3. การดูแลที่จำเป็นสำหรับชุมชน (Essential Care) 3.1 รวบรวมปัญหาสุขภาพของพื้นที่ 3.2 วิเคราะห์ข้อมูล 3.3 แก้ไขปัญหา 3.4 ประเมินผลโครงการ 3.5 ขยายประเด็นสุขภาพอื่นในพื้นที่
4. การมีส่วนร่วม ความคิดริเริ่มของชุมชน 4.1 โครงสร้างของชุมชน 4.2 โครงการ กิจกรรมของชุมชน 4.3 กองทุนสุขภาพชุมชน 4.4 กลุ่ม องค์กร ที่ทำงานด้านสุขภาพในชุมชน 4.5 การสนับสนุนของชุมชน ในการให้บริการสาธารณสุข บริการสุขภาพ ในอำเภอ เช่น การจ่ายเงินเดือนให้บุคลากร การบริจาคเงิน การสนับสนุนอาคารสถานที่ เป็นต้น 4.6 การที่ชุมชนมีส่วนในการให้ข้อเสนอแนะ การรับข้อร้องเรียน การเสนอความคิดเห็นของชุมชน ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่	4. ภาติเครือข่ายในชุมชน (Community participation) 4.1 ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ 4.2 อปท. ชุมชน สนับสนุนงบประมาณ 4.3 ชุมชน ร่วมคิด ร่วมทำ เกิดโครงการและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม 4.4 มีแผนชุมชน และร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 4.5 มีการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการสุขภาพ
5. ทรัพยากรในท้องถิ่นที่นำมาใช้ในการจัดการสุขภาพ 5.1 แหล่งงบประมาณของพื้นที่ 5.2 การจัดการกำลังคน 5.3 การจัดการอุปกรณ์ เครื่องใช้ทางการแพทย์ 5.4 การสื่อสารที่ใช้ในพื้นที่	5. การจัดการทรัพยากร (Resource management and human development) 5.1 มีการพัฒนาบุคลากร ตามแผนของอำเภอ จังหวัด พื้นที่ 5.2 มีแผนพัฒนาองค์ความรู้ (KM, CBL, FM) และมีการฝึกทักษะ 5.3 มีแผนที่เชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่งานประจำ 5.4 มีการพัฒนาตนเองนำไปสู่การสร้างนวัตกรรม 5.5 นำกระบวนการเรียนรู้สู่การสร้าง spiritual ของตนเอง นำไปสู่การดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เข้ากับการบริการสุขภาพแก่ประชาชน