



ยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับพลังท้องถิ่นและความร่วมมือ

วสันต์ เหลืองประภัสร์ - สายฝน สุเจียนทรเมธี - ญัฐวัฒน์ จันทรศรีธาดา - ชัชวินทร์ ตันติเวชวานิชย์

ชวนคุณสำรวจปัญหาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
และตอบคำถามว่า ทำไมที่ผ่านมาการถ่ายโอนภารกิจถึงเป็นไปอย่างเนิบช้า



CONNECTIVITY

ภรณ์ทิพย์ ปิยฤทธิพงษ์ - รัญลักษ์ณิ คมสันต์ - สัมพร อิศวิลานนท์ บรรณาธิการ

ยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับพลังท้องถิ่นและความร่วมมือ

ผู้เขียน

รองศาสตราจารย์ ดร. วสันต์ เหลืองประภัสร์
รองศาสตราจารย์ ดร. สายฝน สุเอียนทรเมธี
ณัฐวัฒน์ จันทร์ศรีธาดา
ชัชวินธ์ ตันติเวชวาณิชย์

บรรณาธิการ

ภรณ์ทิพย์ ปิยฤทธิพงษ์
ธัญลักษณ์ คมสันต์
สมพร อิศวิลานนท์

จำนวน

200 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 1

จัดพิมพ์โดย

สถาบันคลังสมองของชาติ
อาคารอุดมศึกษา 2 ชั้น 19
เลขที่ 328 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ออกแบบปก-รูปเล่ม

ณัฐวัฒน์ จันทร์ศรีธาดา

พิมพ์ที่

หจก. เอ เอ เอ เซอร์วิส, เลขที่ 33 ซ.อินทามระ 4 ถ.สุทธิสารวินิจฉัย
แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

วสันต์ เหลืองประภัสร์.

ยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับพลังท้องถิ่นและความร่วมมือ.-- กรุงเทพฯ : สถาบันคลัง
สมองของชาติ , 2567.

128 หน้า

1. บริการทางการแพทย์. 2. สาธารณสุข. I. สายฝน สุเอียนทรเมธี, ผู้แต่งร่วม. II. ณัฐวัฒน์
จันทร์ศรีธาดา, ผู้แต่งร่วม. III. ณัฐวัฒน์ จันทร์ศรีธาดา, ผู้วาดภาพประกอบ. IV. ชื่อเรื่อง

362.1

ISBN 978-616-93869-9-5



คำนิยม

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการนำผลผลิตจากงานวิจัยและนวัตกรรมสู่การใช้ประโยชน์ในทุกมิติ เพื่อยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศให้ทันต่อสถานการณ์โลก โดยยุทธศาสตร์ และทิศทางการดำเนินงานของ วช. มีเป้าหมาย

- 1) ยกระดับสังคมและสิ่งแวดล้อมให้มีการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้วยวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ให้เป็นฐานการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมประเทศแบบก้าวกระโดดและอย่างยั่งยืน
- 2) ขับเคลื่อนระบบนิเวศวิจัยและนวัตกรรมให้เข้มแข็ง
- 3) พัฒนาและบูรณาการ ระบบข้อมูลสารสนเทศกลางด้าน ววน. ของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เพื่อให้ตอบสนองต่อสังคมและการพัฒนาประเทศ วช. ได้ร่วมกับสถาบันคลังสมองของชาติ ในการพัฒนาแพลตฟอร์มและผลิตภัณฑ์ platform “งานวิจัยเชิงนโยบายเพื่องานนิติบัญญัติ สำหรับสังคมคุณภาพ และผู้สูงอายุ” ขึ้น เพื่อให้เป็นกลไกหนึ่งของระบบ ววน. อันมีวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนการวิจัยตามความต้องการของฝ่ายนิติบัญญัติ และจัดการความรู้ในประเด็นวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ของ วช. เพื่อให้เกิดการส่งผ่านองค์ความรู้ไปสู่การใช้ประโยชน์โดยหน่วยงานภาคนโยบาย เอื้อต่อการนำไปใช้ตอบโจทย์ข้อปัญหาในมิติต่างๆ พร้อมทั้งยกระดับศักยภาพของนักวิจัยในสถาบันอุดมศึกษาให้มีความเชี่ยวชาญ สามารถสังเคราะห์ข้อความรู้ และขับเคลื่อนงานวิจัยให้เกิดการสร้างผลลัพธ์และผลกระทบจากงานวิจัยตามมา

เอกสารวิชาการ เรื่อง “ยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับพลังท้องถิ่นและความร่วมมือ” นี้ จัดทำขึ้นจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาของโครงการวิจัย เรื่อง “การศึกษาและพัฒนาตัวแบบกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ กรณีศึกษาการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในจังหวัดลำปาง” โดย รองศาสตราจารย์ ดร.วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก วช. ปีพ.ศ. 2565-2566 เอกสารวิชาการฉบับนี้ นับว่าจะเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการขับเคลื่อนผลงานวิจัยไปสู่ผลลัพธ์เชิงนโยบายในกระบวนการนิติบัญญัติและจัดทำมาตรการเชิงนโยบายที่สำคัญของประเทศต่อไป

วช. ขอขอบคุณสถาบันคลังสมองของชาติ ในการประสานงานสนับสนุนการจัดพิมพ์และเผยแพร่ข้อความรู้อย่างกว้างขวาง พร้อมนี้ วช. มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อภาคีภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานด้านนิติบัญญัติ หน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนภาคเอกชน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการดำเนินงาน การเรียนรู้ และการสร้างทางเลือกเชิงนโยบายต่อไป

ดร.วิภารัตน์ ดีอ่อง
ผู้อำนวยการสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

คำนิยม

ตอนที่คณะผู้เขียนนำเอกสารวิชาการเรื่อง “ยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับพลังท้องถิ่นและความร่วมมือ” มาส่งให้ พร้อมกับขอแถมบังคับให้เขียนคำนิยมให้ นั่น สมองสั่งให้ปฏิเสธ เพราะรู้ว่างานชิ้นนี้ เขียนจากงานวิจัยระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ท้องถิ่นในเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่ใช่เขต 13 (กรุงเทพมหานคร) ซึ่งเป็นที่รู้กันดีว่า การบริหารระบบบริการสุขภาพของไทยนั้น กรุงเทพมหานครมีความแตกต่างจากเขตสุขภาพอีก 12 เขตของกระทรวงสาธารณสุขอย่างสิ้นเชิง และหากจะว่าไป กฎหมาย เครือข่ายภาคส่วนสาธารณสุข อำนาจการกำกับ ทรัพยากร การอุดหนุนทางการเงิน และอิสระในการบริหารจัดการ ก็อาจไม่สามารถทำให้คนเขียนคำนิยม ที่แม้จะเป็นรองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครที่ดูแลงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขมาเพียงเกือบสองปี จะอ่านงานชิ้นนี้และสามารถเขียนคำนิยมในแบบที่คนอ่านได้ประโยชน์ได้

แต่ด้วยความสนิทสนมกับทีมผู้เขียน ก็หยิบเอกสารเรื่องนี้ขึ้นมาอ่าน อ่านช่วงบทแรก ๆ ก็รู้สึกว่าจะช่วยทำให้เข้าใจวิธีคิดและความสำคัญของ **“ระบบสุขภาพคนยุคปั่นป่วนในปัจจุบัน”** มากขึ้นโดยไม่รู้ตัว การเขียนถึงกลไกเชิงสถาบันในการบริหารงานสาธารณสุขปฐมภูมิและเอื้อดยิบมองเห็นภาพการเคลื่อนตัวของระบบสุขภาพที่ยกแย้งกันระหว่างการกำกับมาตรฐาน ข้อจำกัดของการเข้าถึง และการดิ้นรนของหน่วยบริการสุขภาพในระดับที่ใกล้บ้านใกล้ใจ และยังมีบทที่เกี่ยวกับการทบทวนงานด้านสาธารณสุขของเมืองในต่างประเทศมาให้เทียบเคียง แอบเห็นใจคณะผู้เขียนที่ต้องเขียนให้เข้าใจระบบการทำงานของต่างประเทศ ภายใต้บริบทของระบบการเมืองการปกครองและการกระจายอำนาจที่แตกต่างจากประเทศไทย บางจังหวะของการอ่านแอบคิดไม่ได้ว่า อยากให้คณะผู้เขียนใช้กรุงเทพมหานครเป็นกรณีศึกษาเทียบเคียงด้วย จะเพิ่มสีสันให้ไม่น้อย

ที่ชอบที่สุดของเอกสารเรื่องนี้คือ การให้ข้อบทที่พยายามสะท้อนนัยยะวิจารณ์ไว้ในการวิเคราะห์และวิพากษ์ของทีมผู้เขียน ที่ใคร ๆ ก็อ่านระหว่างบรรทัดได้ว่า หัวใจของปัญหาคือความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ที่ในบทสุดท้ายได้เน้นย้ำว่า คำตอบของการดูแลสุขภาพประชาชนจากนี้ไป คือการจัดระบบบริการสุขภาพที่ร้อยเชื่อมกันจากบ้านที่บุคคลและชุมชนดูแลกัน หน่วยบริการและสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่มีมาตรฐานการบริการเบ็ดเสร็จ ไปจนถึงการรักษาที่ซับซ้อนในโรงพยาบาลและย้อนกลับไปดูแลต่อเนืองที่บ้านได้ ไม่ว่าจะด้วยระบบที่มีทีมสุขภาพช่วยกันดูแลถึงบ้าน หรือระบบที่ใช้เทคโนโลยีแพทย์ทางไกลมาสนับสนุน เท่านั้น

ขอบพระคุณทีมผู้เขียน ที่รวบรวมเรื่องราวของงานวิจัยเชิงพื้นที่มาให้อ่าน แม้ว่าจะเป็น
การเรียบเรียงโดยย่อจากงานวิจัยเล่มเต็มที่ยาวมาก ก็เป็นการนำเสนอที่ครบความ สำหรับผู้ที่สนใจ
จะทำความรู้จักและทำความเข้าใจกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพของสังคมที่แก้ตัวลงและชราขึ้น
ทุกวัน และทำให้อยากอ่านงานวิจัยทั้งเล่ม โดยเฉพาะกรณีศึกษาที่ละเอียดและมากพื้นที่ขึ้นจริง ๆ
จิง ๆ เลยทีเดียว

รองศาสตราจารย์ ดร.กวีดา กมลเวช
รองผู้อำนวยการกรุงเทพมหานคร

คำนำ

เอกสารวิชาการเรื่อง “ยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับพลังท้องถิ่นและความร่วมมือ” เป็นการพัฒนาต่อยอดมาจากรายงานการวิจัยเรื่อง “การศึกษาและพัฒนาตัวแบบกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ กรณีศึกษา การถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในจังหวัดลำปาง” ซึ่งได้รับการอุดหนุนทุนวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ในปี พ.ศ. 2566 และต่อมาก็ได้รับการส่งเสริมโดยสถาบันคลังสมองของชาติให้ดำเนินการปรับปรุงรายงานการวิจัยเพื่อจัดพิมพ์เป็นเอกสารสำหรับเผยแพร่ต่อไป

หากเรานับการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 เป็นจุดเริ่มอย่างเป็นทางการของการกระจายอำนาจครั้งใหญ่ในประเทศไทย เกือบสามทศวรรษที่ผ่านมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยก็ค่อย ๆ เติบโตและขยายบทบาทจนกลายเป็นหนึ่งในสถาบันหลักทางการเมือง การปกครองที่รับผิดชอบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนไทยอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าการกระจายอำนาจผ่านการถ่ายโอนภารกิจ อำนาจหน้าที่ และทรัพยากรต่าง ๆ ยังปรากฏประเด็นปัญหาและข้อติดขัดอยู่มาก แต่ผลจากการกระจายอำนาจและการแสดงบทบาทของท้องถิ่นไทยก็ทำให้เห็นว่า การจัดบริการสาธารณะและการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้คนที่กระจายตัวอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งมีความหลากหลายนั้น เรามีอาจจะอาศัยแต่เพียงกลไกรัฐส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาคได้อีกต่อไป

อย่างไรก็ดี การกระจายอำนาจที่ผ่านมาไม่ได้ดำเนินไปโดยราบรื่น และข้อติดขัดและปมประเด็นปัญหาสำคัญนั้นเกิดจากการเล่น “ซักเย่อ” (Tug of War) เชิงอำนาจระหว่างกลไกรัฐที่มีอยู่เดิมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ การกระจายอำนาจในประเทศไทยถูกดึงเข้าไปสู่วาทกรรมว่าด้วยการ “ถ่ายโอนอำนาจ” (Devolution) อันหมายถึงการแย่งชิงหรือการโยกย้ายอำนาจ หน้าที่ และทรัพยากรของกลไกรัฐที่มีอยู่เดิมไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจจึงถูกทอนความหมายให้เป็นเพียงการ “เปลี่ยนมือ” ของผู้ใช้อำนาจอันนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างเจ้าของเดิมกับคนหน้าใหม่

ในทางตรงกันข้าม หากเราปรับมโนทัศน์ต่อการกระจายอำนาจว่า หมายถึง การทำให้การดำเนินงานของภาครัฐสามารถสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายและมีลักษณะจำเพาะได้ดีขึ้น ผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำจากผู้คนในอาณาบริเวณต่าง ๆ ย่อมหมายความว่า การกระจายอำนาจนั้นมิใช่การเปลี่ยนมือผู้ใช้อำนาจ แต่เป็นเพียงการจัดระบบและกลไกการดำเนินงานของรัฐใหม่ให้สามารถสนองตอบต่อปัญหา

และความต้องการได้ดีขึ้นกว่าเดิมต่างหากและเป็นไปตามหลักการที่เรียกว่า “หลักเริ่มต้นที่ท้องถิ่น” (Subsidiarity)

ในกรณีของการถ่ายโอนหน่วยให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานอย่างสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็เช่นเดียวกัน ผลการศึกษาวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่า การถ่ายโอนกลไกดังกล่าวไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น สามารถจะลดจุดอ่อนและเพิ่มจุดแข็งได้ในหลายประการ แต่ขณะเดียวกัน ปัจจัยความสำเร็จสำคัญในการดำเนินงานด้านการให้บริการระบบสาธารณสุขปฐมภูมินั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยพลังความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่น ภูมิภาค ส่วนกลาง กลไกภายใต้ระบบอาสาสมัคร ภาควิชาการ และชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย

เอกสารเล่มนี้จึงเป็นความพยายามที่จะนำเอาข้อค้นพบสำคัญ บทเรียน และแนวปฏิบัติที่ดีต่าง ๆ มาพัฒนาขึ้นเพื่อชี้ให้ผู้อ่านมองเห็นและ/หรือสร้างมโนทัศน์ใหม่ในเชิงสร้างสรรค์ต่อการกระจายอำนาจ พร้อมกันนี้ก็พยายามจะนำเสนอถึงแนวนโยบายและแนวปฏิบัติที่ดี (guidelines) ในการยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทยให้ดีขึ้นผ่านการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องขับเคลื่อนงานผ่านการสร้างความร่วมมือกับกลไกรัฐอื่น ๆ และภาคส่วนอื่น ๆ ในรูปของเครือข่ายการให้บริการตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละพื้นที่

ท้ายนี้ คณะผู้เขียนต้องขอขอบพระคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติสำหรับการสนับสนุนการวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิที่กำกับงานวิจัยซึ่งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ยิ่ง นอกจากนี้ต้องขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง บุคลากรด้านสาธารณสุขในเขตจังหวัดลำปาง และผู้ให้ข้อมูลและความเห็นแก่คณะผู้เขียนในระหว่างการดำเนินการวิจัยทุก ๆ ท่านมา ณ ที่นี้ และขอสำคัญต้องขอขอบพระคุณสถาบันคลังสมองของชาติที่มองเห็นคุณค่าของงานวิจัยและสนับสนุนให้พัฒนาปรับปรุงขึ้นจนเป็นเอกสารเล่มนี้สำหรับการเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป

อนึ่ง ข้อผิดพลาดและบกพร่องใด ๆ ที่ปรากฏในเอกสารเล่มนี้ ย่อมเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของคณะผู้เขียน

รศ.ดร.วสันต์ เหลืองประภัสร์
รศ.ดร.สายฝน สุเอียงนรเมธี
ณัฐวัฒน์ จันศรีศรีธาดา
ชัชวินทร์ ตันติเวชวาณิชย์

กุมภาพันธ์ 2567

บทบรรณาธิการ

การจัดบริการสาธารณสุขของประเทศให้มีความครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ถือเป็นความท้าทายเชิงนโยบาย ที่ส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในมิติของการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เปรียบเสมือนแขนขาของกลไกสาธารณสุขในระดับพื้นที่ จากวิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 และความล่าช้าของถ่ายโอนภารกิจดังกล่าว ได้นำมาสู่ การทบทวนกลไกและช่องว่างในการบริหารจัดการของไทย โดยเฉพาะหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในฐานะหน่วยบริการสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และเป็นหน่วยบริการ ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในเชิงป้องกัน

เอกสารเล่มนี้ เป็นการสังเคราะห์เนื้อหาจากโครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาและพัฒนา ตัวแบบกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทผู้สูงอายุในการ ขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ กรณีศึกษา การถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในจังหวัดลำปาง” ศึกษาโดย รศ.ดร.วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสถาบันคลังสมองของชาติ (สคช.) รับเป็นผู้ประสานงานโครงการฯ โดยมีเป้าหมาย เพื่อศึกษา และสำรวจแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขตามแผนการกระจายอำนาจ และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ โดยใช้กรณีศึกษาของจังหวัดลำปาง ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่องานด้านงานนิติบัญญัติและการบริหาร ราชการแผ่นดิน

สำนักประสาน “งานวิจัยเชิงนโยบายเพื่องานนิติบัญญัติสำหรับสังคมคุณภาพ และผู้สูงวัย” เห็นว่างานวิจัยนี้ได้นำเสนอข้อมูลเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบ การกระจายอำนาจจากสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นของไทย ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะพัฒนาต่อยอด และยกระดับการให้บริการในอนาคต

ในการนี้ สำนักประสานงานฯ ขอขอบคุณ รศ.ดร.วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ ที่ได้จัดทำสังเคราะห์ข้อความรู้จากรายงานวิจัยขึ้นเป็นเอกสารวิชาการเล่มนี้ มา ณ โอกาสนี้

คณะบรรณาธิการ

มีนาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 เริ่มต้นที่ “ก้องกุ่น”	1
บทที่ 2 ฝ่ากาย “วิพากษ์” โครงสร้างการสาธารณสุขไทย	12
1. รัฐสมัยใหม่กับการสาธารณสุขไทย	14
2. การสาธารณสุขไทย	20
บทที่ 3 “ศัลยกรรมตกแต่ง” ของโครงสร้างอำนาจที่บิดเบี้ยว	28
1. ศัลยกรรมกระดูกกับข้อต่อที่หายไป	30
2. ชักเย่อ (Tug of war) ของอำนาจ และในท้ายที่สุดมันเป็นเรื่องสัมพันธ์ภาพ	40
3. อาการวิกฤติของระบบสาธารณสุข: เมื่อผู้ป่วยเพิ่ม งานเยอะ คนไม่พอ เงินไม่มี	49
4. กระจายอำนาจโดย “จำเป็น”	51
บทที่ 4 มองเทศ มองไทย กับการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	56
1. บทเรียนและประสบการณ์ของต่างประเทศในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ	57
2. บทเรียนและประสบการณ์ของไทยในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ	69
บทที่ 5 ลำปาง บทเรียนและประสบการณ์ของพื้นที่	73
1. ความเปลี่ยนแปลงในเชิงบริบทกับความท้าทายสุขภาพของคนลำปาง	74
2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการให้บริการหรือพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	86
บทที่ 6 ออกแบบทางเลือกใหม่ ความท้าทายและความเป็นไปได้	91
1. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ “รพ.สต.” กับสิ่งที่เป็นอยู่	92
2. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับความท้าทาย	95
3. ออกแบบอนาคตของบริการสุขภาพปฐมภูมิ	97
4. ชีวิตของคนสูงวัยกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ	107
บรรณานุกรม	111

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตัวชี้วัดความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด	52

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความท้าทายระบบบริการสุขภาพของไทย	5
2	ศ.นพ.อมร นนทสุด ผู้ริเริ่มและวางรากฐานการสาธารณสุขมูลฐาน จุดเริ่มต้นของสุขภาพปฐมภูมิ	7
3	แผนที่การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	11
4	โครงสร้างและกลไกการสาธารณสุขไทย	21
5	รูปแบบของการจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	27
6	นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นเยี่ยมผู้ป่วย	34
7	การสาธารณสุขไทย	39
8	เส้นทางการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	41
9	ภาพรวมการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2567	46
10	อาการวิกฤติของระบบสาธารณสุข	50
11	ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง	77
12	กรอบการพัฒนาข้อเสนอบริการสุขภาพปฐมภูมิ	94
13	กลไกของระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่หลังการถ่ายโอนภารกิจ	103
14	ข้อเสนอกลไกระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่และการเชื่อมประสาน หลังการถ่ายโอนภารกิจ	104



1

เริ่มต้นที่ “ท้องถิ่น”

ถึงเวลากระจายอำนาจด้านสุขภาพ
ให้ “คน” ในท้องถิ่นได้ดูแลกันเอง
ก่อนที่ “รัฐ” จะดูแล

ทำไมที่ผ่านมามีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพถึงไม่ประสบความสำเร็จ?
อะไรที่ทำให้วันนี้เรายังคุยกันเรื่องกระจายอำนาจ sw.สต.?
ต้องมีอะไรผิดพลาดตรงไหน (หรือไม่?)



เริ่มต้นที่ท้องถิ่น...

“เริ่มต้นที่ท้องถิ่น” (Subsidiarity) หนึ่งในหลักการสำคัญของการปกครองท้องถิ่นที่บอกกับเราว่า “ท้องถิ่น” ในฐานะหน่วยการปกครองที่เล็กที่สุดและหน่วยการบริหารจัดการของพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด รับรู้และเข้าใจบริบท สภาพปัญหาของพื้นที่ได้ดีที่สุด เป็นหัวใจสำคัญของการจัดทำและให้บริการสาธารณะที่สอดคล้องกับพื้นที่ ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชนในท้องถิ่นนั้น ครอบคลุมมิติสำคัญของชีวิตประจำวัน ตั้งแต่การจัดการปัญหาในพื้นที่ การศึกษา สาธารณสุข โครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะ ขึ้นพื้นฐานต่าง ๆ รวมไปถึงความปลอดภัยสาธารณะ หลักการเริ่มต้นที่ท้องถิ่น เป็นหลักการที่ให้ความสำคัญกับอำนาจในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมสาธารณะในพื้นที่ของท้องถิ่น โดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามาร่วมกันออกแบบบริการสาธารณะ การพัฒนาท้องถิ่น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนในท้องถิ่น ด้วยการเริ่มต้นด้วยคนในท้องถิ่นนั้น มาร่วมกันออกแบบ ขับเคลื่อน และจัดทำบริการต่าง ๆ โดยที่รัฐบาลกลางกระจายอำนาจ สนับสนุนและให้ความเป็นอิสระในการดำเนินการกิจต่าง ๆ ของท้องถิ่น ด้วยเหตุนี้ การเริ่มต้นที่ท้องถิ่นให้ท้องถิ่นมีอิสระในการออกแบบบริการสุขภาพและจัดทำบริการสุขภาพ เพื่อตอบโจทยสุขภาพของพื้นที่และความต้องการของประชาชน อีกทั้ง **“ท้องถิ่นคือกุญแจสำคัญในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่”** (สุภาภรณ์ นิภานันท์, 2552, น.17)

สถานการณ์ที่เป็นอยู่ แนวโน้มสุขภาพ และความท้าทาย

Medical Teams International (Cecilia Lopez, 2024) เปิดเผยถึง “5 ภัยคุกคามด้านสุขภาพระดับโลกในปี 2024 (พ.ศ.2567)” ดังนี้

ภัยคุกคามสุขภาพเรื่องที่ 1 **การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศ** ในปี พ.ศ.2567 โลกยังคงเผชิญกับความผันผวนของสภาพภูมิอากาศแบบสุดขั้วจากภาวะโลกรวนที่อาจนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของโรคติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาคุณภาพอากาศและน้ำ รวมไปถึงการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ไข้เลือดออก โรคท้องร่วง ขณะเดียวกันคุณภาพอากาศที่แย่ลง ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่ตามมา

ภัยคุกคามสุขภาพเรื่องที่ 2 **ภัยคุกคามจากโรคไม่ติดต่อ** ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลต่ออัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต ปัจจุบันประชากรทั่วโลก ร้อยละ 74 เสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งกำลังเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อในทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา อีกทั้งทำให้ระบบบริการสุขภาพเผชิญกับความยากลำบากในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อ และปัญหา

ของการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามโรคไม่ติดต่อถือเป็นหนึ่งในภัยคุกคามสุขภาพที่สามารถป้องกันการเจ็บป่วยของประชากรได้

ภัยคุกคามสุขภาพเรื่องที่ 3 **การระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน** โรคระบาดที่มีแนวโน้มทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้คนจำนวนมาก เช่น โรคหัด โรคคอตีบ โรคไขเหลือง โรคไขหวัดใหญ่ โรคไขเลือดออก โรคดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการให้ประชาชนฉีดวัคซีนป้องกันโรค เพื่อลดจำนวนผู้ป่วย ผู้เสียชีวิต และป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค ถือเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ

ภัยคุกคามสุขภาพเรื่องที่ 4 **ปัญหาโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ** ประชากรร้อยละ 22 ของโลก ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และอยู่ในพื้นที่ที่ระบบบริการสุขภาพไม่ครอบคลุมและอ่อนแอ เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและได้รับบริการสาธารณสุขต่ำกว่ามาตรฐาน

ภัยคุกคามสุขภาพเรื่องที่ 5 **การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต** เมื่อเทียบเคียงสัดส่วนประชากร ผลการสำรวจพบว่า ประชากร 1 ใน 5 คน มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต จากภาวะความเครียด การสูญเสีย และการพลัดถิ่น นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคเครียด ความเครียดหลังได้รับผลกระทบทางจิตใจ

หากพิจารณาจากภัยคุกคามด้านสุขภาพระดับโลกที่กำลังเกิดขึ้นในปีนี้ (พ.ศ.2567) แสดงให้เห็นถึงลักษณะสำคัญของภัยคุกคามทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ อย่างน้อย 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ภัยคุกคามสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ 2) สุขภาพจิต และ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม เพื่อนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพดี ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและครอบคลุม ภายใต้มาตรฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยลักษณะดังกล่าว เป็นประเด็นสำคัญของการกำหนดนโยบายและการบริการด้านสุขภาพ

เมื่อย้อนดูแนวโน้มสุขภาพของคนไทยโดยใช้ข้อมูลสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ.2564¹ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังเผชิญกับภัยคุกคามด้านสุขภาพในลักษณะเช่นเดียวกันกับ

¹ ข้อมูลทางสถิติด้านสุขภาพของคนไทยและสาธารณสุขของประเทศไทย ผู้เขียนใช้ข้อมูลสถิติของปี พ.ศ.2564 เป็นข้อมูลหลักในการศึกษาและอธิบายภาพรวมของการสาธารณสุขไทย เพื่ออธิบายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขไทย สุขภาพของคนไทย บริการสุขภาพ และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากข้อมูลของปี พ.ศ.2565 มีบางประเด็นที่ยังไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่ชัดเจน หรือข้อมูลยังขาดความสมบูรณ์ ส่วนข้อมูลสถิติของปี พ.ศ.2566 แม้ว่าจะมีการเปิดเผยบางส่วน แต่ข้อมูลที่สำคัญส่วนใหญ่ยังไม่ได้เปิดเผยอย่างเป็นทางการ และยังอยู่ระหว่างการจัดทำข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยเหตุนี้ เอกสารเล่มนี้ใช้ข้อมูลสถิติของปี พ.ศ.2564 ในการอธิบาย เพื่อชี้ให้เห็นถึง “แนวโน้ม” สุขภาพของคนไทย การสาธารณสุขไทย และบริการสุขภาพ ตลอดทั้งเล่ม

ภัยคุกคามด้านสุขภาพระดับโลก จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (2564) ในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ใน 298 กลุ่มโรค กว่า 21 ล้านคน ในจำนวนนี้ กว่า 6 ล้านคนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ และอีก 1.5 แสนคน มีปัญหาสุขภาพจิตจากภาวะความเครียด ความผิดปกติทางจิต อารมณ์ โดยประชากรกว่า 2 แสนรายถูกคร่าชีวิตจากสาเหตุการป่วยของโรคไม่ติดต่อ ในด้านมลพิษทางอากาศ ผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 ส่งผลกระทบต่อคนไทย 38 ล้านคน อยู่ในพื้นที่ที่มีค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) เกินกว่ามาตรฐานกำหนด ในจำนวนนี้ 15 ล้านคน มีความเสี่ยงได้รับผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรง และกระตุ้นให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งปอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต 3 ใน 4 ของประชากรไทย (Hfocus, 22 ตุลาคม 2564)

ข้อมูลสุขภาพของคนไทยในปี พ.ศ.2564 พบว่า ผลกระทบทางสุขภาพของคนไทยมีสาเหตุจากภัยคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจาก 1) โรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ 2) ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศ 3) การระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน 4) สุขภาพจิต รวมไปถึงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Covid-19) ที่ถือเป็นการแพร่ระบาดของไวรัสครั้งใหญ่ของโลกในปัจจุบัน และในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) เนื่องจาก จำนวนประชากรสูงวัยมากกว่าร้อยละ 14 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 12,116,199 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.3 (ระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง, 2564) กล่าวได้ว่า ภัยคุกคามทางสุขภาพที่สังคมไทยกำลังเผชิญอยู่นั้น ไม่ได้เป็นภัยคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2564 เท่านั้น แต่กำลังเป็นภัยคุกคามสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมของไทย

จากรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2563-2564 เปิดเผยข้อมูลรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ พ.ศ.2564 (Current Health Expenditure, CHE)² เป็นรายจ่ายสำหรับสินค้าและบริการสุขภาพที่ไม่รวมงบลงทุน คิดเป็น 834,259 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้น 7.6 เท่า เมื่อเทียบกับปี

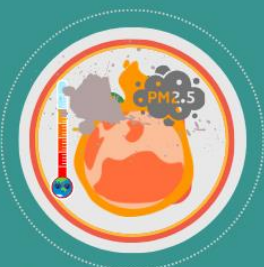
² รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (Current Health Expenditure, CHE) เป็นรายจ่ายที่เกิดจากการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย การบริการระยะยาวต่อเนื่องสำหรับผู้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน บริการเสริมในการดูแลสุขภาพ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนทั่วไป การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข และรายจ่ายอื่น ๆ ที่ไม่สามารถแบ่งแยกประเภทได้ โปรดดูเพิ่มเติมใน **บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ.2565-2567** (มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566)

พ.ศ.2537 ซึ่งเป็นปีแรกที่เริ่มดำเนินการจัดทำและรวบรวมข้อมูล และคิดเป็นร้อยละ 21.1 ต่อรายจ่ายโดยรวมของรัฐบาล (General Government Expenditure, GGE) เมื่อคิดรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร เท่ากับ 11,651.5 บาท ขณะที่ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อครัวเรือน มีสัดส่วนร้อยละ 9 เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของครัวเรือน รายจ่ายจากการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ คิดเป็นร้อยละ 16.5 ทั้งนี้ ในปี พ.ศ.2564 ซึ่งเป็นปีที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างรุนแรง ทำให้เกิดรายจ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโรคโควิด-19 คิดเป็น 118,934.1 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 14.3 ของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพของไทยที่กำลังเผชิญกับความท้าทาย ทั้งจากการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ภัยคุกคามด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศ แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย ประเด็นเหล่านี้จะกลายเป็นความท้าทายสำคัญของระบบบริการสุขภาพของไทย ที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศ ตลอดจนกลไกการบริหารจัดการ และทิศทางในการดูแลสุขภาพคนไทย เพื่อลดจำนวนผู้ป่วย ผู้เสียชีวิตจากภัยคุกคามสุขภาพที่ป้องกันได้ และนำไปสู่การเป็นสังคมสุขภาพดีในอนาคต



สังคมสูงวัย
อย่างสมบูรณ์



การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
และมลพิษทางอากาศ



ภัยคุกคาม
ด้านสุขภาพ



แนวโน้มรายจ่าย
ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น



ความสามารถในการ
เข้าถึงบริการสุขภาพ

ภาพที่ 1 ความท้าทายระบบบริการสุขภาพของไทย

บริการสุขภาพปฐมภูมิ ประเด็นด้านแรกของการสร้างสังคมสุขภาพดี

ความท้าทายที่เกิดขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับโลก และประเทศไทย สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาสุขภาพและการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพของประชากรที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยชี้ว่า ภัยคุกคามสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงสุขภาพให้กับประชากรได้ ผ่านการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง การกำหนดทิศทางของนโยบายสาธารณสุขที่ชัดเจน การส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง รวมไปถึงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นเชิงป้องกัน และเปรียบเสมือนประเด็นด้านแรกของการสร้างสังคมสุขภาพดีให้เกิดขึ้น

จุดเริ่มต้นของบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care)³ ได้รับความสำคัญในปี พ.ศ.2521 ภายหลังจากการประกาศปฏิญญาอัลมา อตา (Alma Ata Declaration 1978) ปฏิญญาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ได้รับการยกย่องในคริสต์ศตวรรษที่ 20 กำหนดนิยาม ปรัชญา แนวปฏิบัติในความพยายามพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้งในระดับโลก ระดับรัฐ และระดับท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการในการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ และการกระจายโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู ไปจนถึงการดูแลแบบประคับประคองให้ใกล้เคียงกับสภาพแวดล้อมปกติในชีวิตประจำวัน และเน้นย้ำประเด็นสำคัญของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้แก่ การป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพ โภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก การป้องกันโรคด้วยวัคซีน การควบคุมโรคระบาด ขณะเดียวกัน ปฏิญญานี้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการเร่งด่วนของรัฐบาลทั่วโลก ในการปกป้องและส่งเสริม

³ ปฏิญญาอัลมา อตา (Alma Ata Declaration 1978) เริ่มใช้คำว่า “Primary Health Care” ให้ความหมายในลักษณะการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่เป็นด้านแรกของการบริการสุขภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยใช้คำนี้ในความหมายเดียวกับคำว่า “Primary Care” การใช้คำนี้ของประเทศในยุโรปสามารถใช้คำสองคำนี้แทนกันได้ด้วยความหมายเดียวกัน แต่ในบริบทของไทยมีการแยกการใช้คำ ออกเป็น 2 ลักษณะ กล่าวคือ ในบริบทของประเทศไทย ใช้คำว่า Primary Health Care ในความหมายว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” ส่วนคำว่า Primary Care ใช้ในความหมายของบริการสุขภาพปฐมภูมิ นอกจากนี้ประเทศไทยใช้คำว่า Primary Medical Care ในความหมายของหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยเหตุนี้ การใช้คำดังที่กล่าวไปในข้างต้น แม้ว่าจะสื่อถึงการเป็นบริการที่ดูแลสุขภาพเป็นด้านแรก แต่การใช้คำมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2552, น.12)

สุขภาพของประชาชน อันเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดในการมุ่งสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของการเริ่มต้นศตวรรษที่ 21 ในปี พ.ศ.2543 (คศ.2000) (World Health Organization, 2023)

สำหรับประเทศไทย ภายหลังปฏิญญาอัลมา อตา นำไปสู่การวางรากฐานการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบในปี พ.ศ.2521 และดำเนินตามแนวนโยบายขององค์การอนามัยโลก ภายใต้งานนำของ Dr.Mahler T. Halfdan ผู้ผลักดันนโยบาย “Health for all” อันเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วงเวลานั้นที่ประเทศไทยได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการสาธารณสุข โดยขยายโรงพยาบาลจังหวัดครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ พร้อมกับการขยายโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอำเภอเกินกว่าครึ่งหนึ่งทั่วประเทศ ในช่วงทศวรรษ 2520 ต่อมาได้มีการขยายสถานบริการสุขภาพในระดับตำบล โดยมีการจัดตั้งสถานีอนามัยขึ้นในพื้นที่ห่างไกล และดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐานสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนผ่านบทบาทและหน้าที่สำคัญในกลไกการสาธารณสุขมูลฐาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการสื่อสารด้านสาธารณสุข กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งริเริ่มโดย ศ.นพ.อมร นนทสุต⁴ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น ผู้มองว่า ชาวบ้านเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างสุขภาพที่ดี ตามคำขวัญที่ว่า “สุขภาพดีเป็นของทุกคน ชื้อก็หาไม่ได้ ต้องทำเอาเอง” พร้อมกับการปรับรูปแบบแนวนโยบายจาก “Health for all” ขององค์การอนามัยโลกไปสู่ “Quality of life for all” (กรรณิการ์ กิจติเวชกุล, 2563)



ภาพที่ 2 ศ.นพ.อมร นนทสุต
ผู้ริเริ่มและวางรากฐาน
การสาธารณสุขมูลฐาน
จุดเริ่มต้นของสุขภาพปฐมภูมิ
ที่มา: กรรณิการ์ กิจติเวชกุล
(2563)

⁴ อ่านความคิดเบื้องหลังของจุดเริ่มต้นการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ประตูด่านแรกของบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสร้างสังคมสุขภาพดี ใน กรรณิการ์ กิจติเวชกุล. (2563). บทสัมภาษณ์ นพ.อมร นนทสุต ครูใหญ่แห่งระบบสาธารณสุขเพื่อชุมชน คนเบื้องหลัง อสม. และ ผสส.

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หนึ่งในกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชนมากกว่าสี่ทศวรรษ กับการบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชน และดำเนินการได้ในระดับชุมชน ด้วยการที่คนในชุมชนช่วยกันดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ผ่านการดำเนินงานสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีผู้ให้บริการ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีการเชื่อมโยงกับกลไกขับเคลื่อนในระดับบริการสุขภาพอื่น ๆ ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมูลฐานแบบครบวงจร (Comprehensive Primary Health Service System) ในการสร้างเสริมสุขภาพในกรอบความร่วมมือพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ทำงานขับเคลื่อนกับหลายฝ่าย เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียน วัด ครอบครัว กลุ่ม/เครือข่าย เครือข่ายอาสาสมัคร ประชาสังคม และชุมชน ฯลฯ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำหรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Level) หรือการจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือบริการสุขภาพระดับต้น โดยมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ⁵ เป็นผู้จัดบริการ มุ่งเน้นบริการในเชิงป้องกันโรค และการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ภายใต้กฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 บริการสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นหัวใจสำคัญในระบบบริการสุขภาพของไทย โดยหนึ่งในข้อพิสูจน์สำคัญของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในฐานะประเด็นแรกของการดูแลสุขภาพชุมชน คือ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมานั้น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคและการควบคุมโรค คือ การนำกลไกของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบอื่น ๆ ในการหนุนเสริมการทำงาน ของระบบสาธารณสุขในช่วงการแพร่ระบาดของโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชน ซึ่งเปรียบเสมือนแกนหลักที่สำคัญของระบบสาธารณสุขในภาพรวม เพื่อควบคุมและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค บทบาทดังกล่าวของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ นำไปสู่การตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของกลไกการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับพื้นที่ และนำไปสู่การทบทวนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะ

⁵ หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอื่น ๆ เป็นต้น

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในฐานะหน่วยบริการสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และเป็นหน่วยบริการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในเชิงป้องกัน

ด้วยเหตุนี้ ในเวลาต่อมารัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ให้สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการทบทวนและกำหนดแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจ เพื่อให้การจัดบริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ และกำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทรราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁶ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (5 ตุลาคม พ.ศ.2565)

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566-2568 ภายใต้วิสัยทัศน์ “สุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย” มุ่งยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญ สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลของประชาชนที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และขับเคลื่อนด้านการบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุม ไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และการแพทย์ปฐมภูมิ

กระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ประเด็นด้านแรกของการสร้างสังคมสุขภาพดี

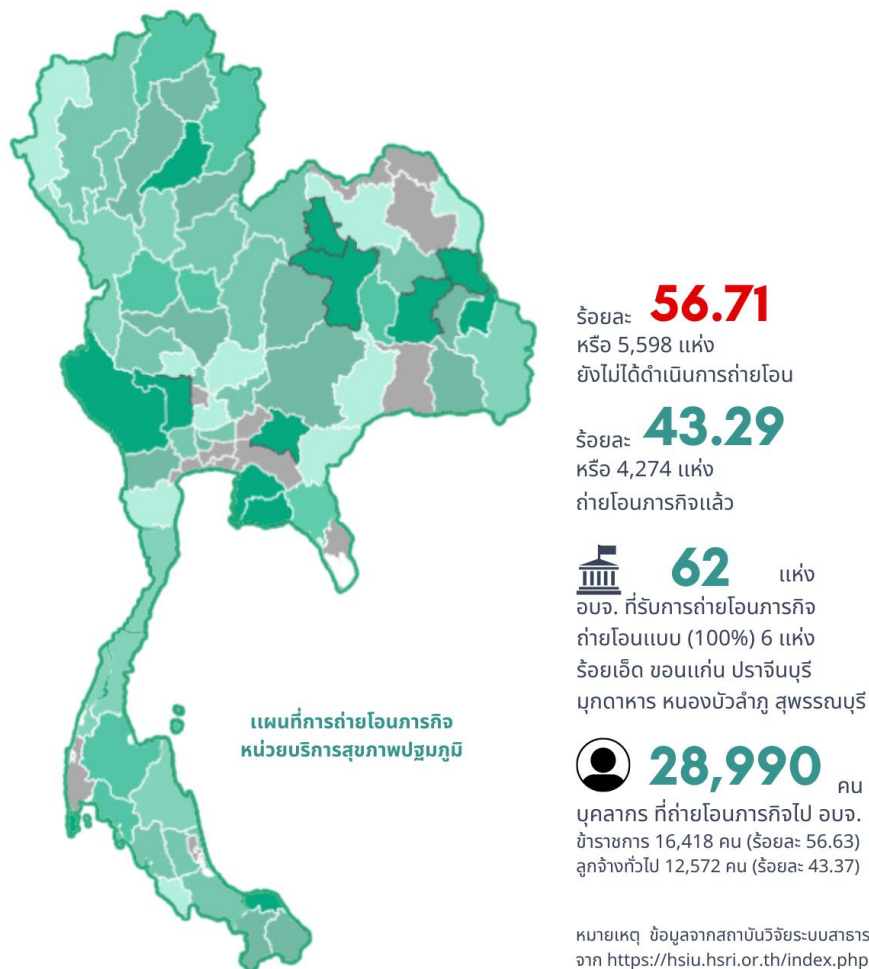
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ถือเป็นหนึ่งในวาระสำคัญของการกระจายอำนาจที่มีการกล่าวถึงตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษที่ 2530 ก่อนที่การกระจายอำนาจจะถูกผลักดันให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังในประเทศไทยภายหลังวิกฤติต้มยำกุ้ง นำไปสู่การศึกษาแนวทางของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ด้วยการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในช่วงเวลานั้น

⁶ การกำหนดให้มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ซึ่งมีการกำหนดให้มีการถ่ายโอนสถานีนอนามัย โดยปัจจุบัน “สถานีนอนามัย” ในความหมายแบบเก่า ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะเดียวกัน 2 หน่วยบริการ ได้แก่ 1) สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทรราชินี และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเหตุที่ในเวลาต่อมามีการยกระดับสถานีนอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยกเว้นสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทรราชินี ซึ่งเป็นสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ จำนวน 80 แห่ง ซึ่งสร้างถวายในพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษาสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง 12 สิงหาคม พ.ศ.2535 และได้รับการพระราชทานนาม (ชมรมสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทรราชินี)

เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขและบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน และถือเป็นวิธีการเพื่อบริหารจัดการและวางแผนให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยมีเหตุผลสำคัญ 3 ประการ กล่าวคือ 1) เหตุผลด้านการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงบริการสุขภาพ 2) เหตุผลทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อออกแบบบริการให้เกิดความคุ้มค่า ตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลาย และการจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) เหตุผลทางการเมือง จากบริบทของยุคสมัยหลังวิกฤติเศรษฐกิจครั้งใหญ่ที่ทำให้รัฐต้องปรับลดบทบาทลดขนาดของภาครัฐ และปรับปรุงคุณภาพของบริการสาธารณะ รวมถึงการปฏิบัติตามเงื่อนไขที่มีการกำหนดไว้ในช่วงเวลานั้น จึงนำไปสู่การกระจายอำนาจ โดยแนวคิดในขณะนั้นได้ทำการทดลองกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับองค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดทำบริการสุขภาพในพื้นที่ ให้มีการจัดตั้งส่วนสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล และจัดตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารด้านสาธารณสุข เพื่อจัดทำเป็นแผนพัฒนาและปฏิบัติการสาธารณสุข พร้อมทั้งศึกษาแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอามัยไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล โดยพิจารณาจากพื้นที่เขตการให้บริการและกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ต้องรับผิดชอบ (Catchment Area and Population) และการกระจายอำนาจตามพื้นที่ (area decentralization) สำหรับรูปแบบการทดลองกระจายอำนาจด้านสุขภาพในสมัยนั้น มีการเสนอทางเลือกไว้ 3 รูปแบบ 1) กระจายอำนาจสถานบริการให้อยู่ภายใต้การดูแลของท้องถิ่น 2) สถานบริการทุกระดับอยู่ในระบบเครือข่ายเดียวกันภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และ 3) สถานบริการทุกระดับอยู่ในเครือข่ายเดียวกันแบบไม่แยกส่วน เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง แต่ในท้ายที่สุดนั้นข้อเสนอเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ (วรรณมา ศรีวิริยานุภาพ และคณะ, 2542, น.247-248)

ต่อมาภายหลังรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ และกำหนดให้มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ในขณะเดียวกัน ทศวรรษที่ 2540 เป็นช่วงเวลาในการปฏิรูประบบสาธารณสุข มุ่งเน้นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ จึงนำไปสู่แผนการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2549 และเริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แต่ในทางปฏิบัติจริงกลับพบว่า การขับเคลื่อนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจดำเนินไปอย่างล่าช้า ไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด ตลอดทศวรรษที่ 2550 โดยมีสาเหตุมาจากความไม่พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมิข้อกังวลถึงแนวทางหลังการถ่ายโอนโดยเฉพาะเรื่องงบประมาณและบุคลากร ปัญหาความชัดเจนเชิงนโยบาย ซึ่งปรากฏให้เห็นลักษณะของการชกเยื่อในกระบวนการถ่ายโอนจนทำให้การถ่ายโอนตลอดช่วงทศวรรษที่ 2550 เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปและถ่ายโอนไปเพียง 51 แห่ง จาก 9,787 แห่ง (ข้อมูล ปี พ.ศ.2559)

การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน ถือเป็น การถ่ายโอนภารกิจระลอกที่ 3⁷ ภายใต้การกำหนดแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจที่ชัดเจน ของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดให้ ถ่ายโอนภารกิจบริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พร้อมทั้ง จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยข้อมูล ในปี พ.ศ.2567 มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. 62 แห่ง ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนที่การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

⁷ ในส่วนนี้ ผู้เขียนได้จัดแบ่งการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เป็น 3 ช่วง/ระลอก โดยแบ่งตามบริบท ของการถ่ายโอน การกำหนดแนวทางหรือรูปแบบในการถ่ายโอนภารกิจ เจ็อนไขเชิงสถาบัน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้ 1) การถ่ายโอนภารกิจที่เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ.2550-2559 2) การถ่ายโอนภารกิจที่เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ.2560-2563 และ 3) การถ่ายโอนภารกิจที่เกิดขึ้นหลัง พ.ศ.2564



2

ผ่ากาย “วิพากษ์”

โครงสร้างการสาธารณสุขไทย

อาจเป็นเพราะระบบราชการหรือไม่?
หรือเป็นเพราะโครงสร้างของกระทรวง
เลยทำให้ความพยายามถ่ายโอนบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ไม่ประสบความสำเร็จ...แบบที่วาดไว้



อธิบายชื่อบท

ในบทนี้ ผู้เขียนเลือกใช้คำว่า ผ่ากาย “วิพากษ์” โครงสร้างการสาธารณสุขไทย เป็นคำเปิดเนื้อหาที่อยู่ในบทนี้ เพื่อเปรียบเทียบกับคำว่า “กายวิภาค” (Anatomy) เป็นคำที่มีการใช้อย่างแพร่หลายและเป็นสาขาหนึ่งในทางการแพทย์ หรือสาขากายวิภาคศาสตร์ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการศึกษาโครงสร้างของสิ่งมีชีวิต ทั้งโครงสร้างขนาดใหญ่และโครงสร้างขนาดเล็ก ในอีกด้านหนึ่งในแง่ของศิลปะ ได้มีการศึกษาและสร้างสรรค์ผลงานศิลปะผ่านกายวิภาคของมนุษย์ ทั้งนี้ การนำคำนี้มาใช้เปรียบผู้เขียนมีเจตนาในการเลือกใช้คำ ด้วยเหตุผลทั้งในด้านการเปรียบเทียบที่สื่อความหมายถึงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของรัฐและระบบราชการ ในฐานะโครงสร้างเชิงสถาบันที่กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของประเทศ ในอีกด้านหนึ่งเพื่อเป็นการ “วิพากษ์” ถึงที่มาที่ไปของการออกแบบโครงสร้างเชิงสถาบันและกลไกการขับเคลื่อนภารกิจด้านการสาธารณสุขไทย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของข้อจำกัด ศักยภาพ และขอบเขตอำนาจหน้าที่ในการดำเนินภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาในบทนี้จึงชวนผู้อ่านไปค้นหาต้นตอของความยุ่งเหยิงที่เข้าใจยากในองคาพยพของรัฐ ว่าเหตุใดการขับเคลื่อนภารกิจด้านสาธารณสุขถึงมีขอบเขตอำนาจ ทั่วโลก การกำหนดนโยบาย ตลอดจนจรรยาบรรณการดำเนินงาน นอกจากนี้ บทนี้จะเป็นต้นเรื่องที่เชื่อมโยงเนื้อหากับบทที่ 3 ของเอกสารเล่มนี้

รัฐสมัยใหม่กับการสาธารณสุขไทย

โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข เป็นการออกแบบโครงสร้างการบริหารราชการที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับการจัดตั้งกระทรวง เพื่อรองรับภารกิจด้านการสาธารณสุขของประเทศ ภายใต้หลักการรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) และหลักการแบ่งอำนาจ (De-concentration) (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559, น.355) นั้นหมายความว่า อำนาจในการบริหารจัดการทั้งหมดยังคงเป็นของกระทรวงสาธารณสุข เพียงแต่มีการรวมอำนาจในการดำเนินการกิจบางอย่างไว้ที่ราชการบริหารส่วนกลาง เพื่อกำหนดนโยบายและกำกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยมีกระทรวงสาธารณสุข และส่วนราชการระดับกรม เป็นผู้ขับเคลื่อนภารกิจ และแบ่งอำนาจบางส่วนให้กับราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในการขับเคลื่อนภารกิจ จัดบริการสุขภาพ และกำกับมาตรฐานการปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจเชิงพื้นที่ ขณะเดียวกันมีหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

กระบวนการสร้างรัฐสมัยใหม่ (State-building) ที่ก่อตัวขึ้นในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ของรัฐไทย อันเป็นการเปลี่ยนรูปของรัฐและสถาปนารัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ซึ่งเป็นแบบแผนพัฒนาการของรัฐในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 จนนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านของรัฐสมัยใหม่ โดยมีผลพวงจากระบบเศรษฐกิจโลกและการเป็น “รัฐในระบบทุนนิยมรอบนอก” ที่เผชิญกับแรงกดดันทางเศรษฐกิจ (ไชยันต์ รัชชกุล, 2560, น.149) ปัญหาการเมืองภายในประเทศ และการขยายตัวของจักรวรรดิในขณะนั้น กอปรกับการเปลี่ยนแปลงของรัฐในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ถูกชาติมหาอำนาจเข้ามายึดครองเปลี่ยนแปลงรูปแบบของรัฐ และระบบการบริหารจัดการภายในรัฐ นำไปสู่แรงกดดันให้รัฐสยามในเวลานั้น ปฏิรูปประเทศไปสู่ความเป็นสมัยใหม่

การปฏิรูปประเทศไปสู่การเป็นรัฐสมัยใหม่ของไทย เริ่มต้นจากการปฏิรูปการคลัง เพื่อสร้างความมั่นคงให้กับรัฐในการปฏิรูปประเทศด้านอื่น ๆ จนนำไปสู่การออกแบบโครงสร้างและกลไกภายในของรัฐ การบริหารราชการแบบสมัยใหม่ การสร้างกองทัพสมัยใหม่ และการปรับตัวของรัฐในการพัฒนาบริการสาธารณะ ตลอดจนการวางโครงสร้างพื้นฐานของรัฐ ผ่านกระบวนการรวมศูนย์อำนาจที่ศูนย์กลางของกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นวิธีการที่รัฐใช้ในการควบคุมพื้นที่รอบนอก และกำกับควบคุมทรัพยากรต่าง ๆ ภายในรัฐ (กุลลดา เกษบุญชู มีต์, 2562, น.100-102) พร้อมทั้งการขยายกลไกในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างอาณาบริเวณที่ชัดเจนของรัฐ ในการดำเนินภารกิจแบบ “ต่างพระเนตรพระกรรณ” รวมถึงการกำกับผู้คนที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณของรัฐ

รัฐสมัยใหม่ของไทยที่เกิดจากประสบการณ์ของการรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) นำไปสู่การจัดรูปแบบการปกครองในระบบรัฐเดี่ยว (Unitary System) และการออกแบบโครงสร้างเชิงสถาบัน รวมถึงการจัดสรรอำนาจภายในของรัฐ (Distribution of Power) ที่ปรากฏลักษณะของโครงสร้างการบริหารราชการแบบรวมศูนย์อย่างเห็นได้ชัด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระบบราชการสมัยใหม่ของไทยวางโครงสร้างการบริหารราชการแบบรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง และจัดรูปแบบองค์กรตามหน้าที่มากกว่าตามพื้นที่ พร้อมกับขยายบทบาทของหน่วยงานภาครัฐตามหน้าที่ไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อไปทำภารกิจหน้าที่นั้น ๆ ในพื้นที่ ในลักษณะการแตกตัวเชิงสถาบันเพื่อรองรับภารกิจต่าง ๆ ของรัฐ และทำให้ระบบราชการกลายเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจของรัฐ

การจัดระดับชั้นทางการบริหารราชการแผ่นดินของไทย (Level of Public Administration) ได้จัดโครงสร้างออกเป็น 3 ระดับ (วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ, 2557, น.120-138) ดังนี้

1) การบริหารราชการส่วนกลาง เป็นกลไกในการขับเคลื่อนภารกิจหลักของรัฐ เพื่อให้บริการสาธารณะที่ตอบสนองต่อภารกิจพื้นฐานและภารกิจในลำดับรองของรัฐ โดยมีการจัดโครงสร้างภายใต้หลักการรวมศูนย์อำนาจ จัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบและดำเนินภารกิจตามหน้าที่ (Functional Based) ได้แก่ กระทรวง กรม

2) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค โดยจัดโครงสร้างการบริหารราชการในสองลักษณะ กล่าวคือ 2.1) ส่วนราชการภูมิภาค ภายใต้หลักการแบ่งอำนาจ (De-concentration) เป็นการจัดหน่วยการปกครองในระดับพื้นที่ (Area-Based) เพื่อจัดบริการสาธารณะ โดยมีจังหวัด อำเภอ และส่วนราชการประจำจังหวัดหรืออำเภอของกระทรวงหรือกรมส่วนกลาง และ 2.2) ส่วนราชการส่วนกลางที่ตั้งสำนักงานในพื้นที่ของจังหวัด ภายใต้หลักการมอบอำนาจ (Delegation) เพื่อให้หน่วยปฏิบัติของกระทรวงและกรมส่วนกลาง เข้ามาดำเนินภารกิจในพื้นที่ของจังหวัด เช่น สำนักงานภาค สำนักงานเขต นอกจากนี้ ราชการบริหารส่วนภูมิภาคมีกลไกสำคัญในระดับพื้นที่อีกรูปแบบหนึ่ง คือ กลไกการปกครองท้องถิ่น ตำบล หมู่บ้าน

3) การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกการขับเคลื่อนภารกิจของรัฐและจัดบริการสาธารณะภายใต้หลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) โดยกำหนดให้เป็นกลไกในการดำเนินภารกิจในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะหน่วยการปกครองที่ใกล้ชิดกับประชาชน และเข้าใจปัญหาของพื้นที่มากที่สุด การจัดโครงสร้างการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 3.1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับบน รับผิดชอบขอบเขตพื้นที่ของจังหวัด ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และ 3.2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่าง รับผิดชอบขอบเขตพื้นที่ของในระดับพื้นที่บางส่วนของตำบลหรือหลายตำบลรวมกัน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร

จากการออกแบบโครงสร้างการบริหารราชการและการจัดหน่วยงานเพื่อดำเนินภารกิจในด้านต่าง ๆ ของรัฐ แสดงให้เห็นว่า กระบวนการก่อรูปของรัฐสมัยใหม่และการสร้างระบบราชการสมัยใหม่ของไทย เป็นการออกแบบโครงสร้างและกลไกเชิงสถาบันที่มีรากฐานเชิงโครงสร้างแบบรวมศูนย์อำนาจ และขยายอาณาเขตของส่วนราชการทั้งในระดับหน่วยงานและในระดับพื้นที่ ในลักษณะของการแตกตัวเพื่อรองรับภารกิจ จึงเปรียบเสมือนการขยายตัวแบบสร้างอาณาจักรหรือเรียกว่า กรมาธิปไตย (departmentalism) ของส่วนราชการในประเทศ ขณะเดียวกันกลไกการทำงานในทางปฏิบัติจริงก็ปรากฏลักษณะของการแตกกระจายแบบรวมศูนย์ (fragmentation) อย่างเด่นชัด และประสบกับปัญหาการทำงานแบบแยกส่วนที่ขาดการเชื่อมโยงกันในเชิงยุทธศาสตร์ภารกิจและพื้นที่ (วสันต์ เหลืองประภัสร์, 2557, น.87-93)

การสาธารณสุขในฐานะภารกิจขั้นพื้นฐานของรัฐ

การสาธารณสุขในฐานะภารกิจขั้นพื้นฐานของรัฐ (Function of The States) ที่เกิดขึ้นพร้อมกับการสร้างระบบราชการสมัยใหม่ และการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อรองรับภารกิจ โดยแรกเริ่มนั้นมีการจัดตั้งกรมประชาภิบาล (2459) เพื่อรองรับภารกิจด้านการสาธารณสุขของประเทศ ก่อนที่จะเปลี่ยนมาเป็นกรมสาธารณสุข (2461) สังกัดกระทรวงมหาดไทย โดยมีการปรับปรุงภารกิจและกลไกรองรับการจัดบริการสาธารณสุข ผ่านการออกแบบโครงสร้างและกลไกการจัดบริการสาธารณสุข ภายใต้หลักการรวมศูนย์อำนาจเช่นเดียวกับส่วนราชการอื่น ๆ ของประเทศ และมีการแบ่งส่วนการบริหารราชการของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ตามหลักการแบ่งอำนาจ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญที่ปรากฏอย่างเด่นชัดในโครงสร้างการสาธารณสุขของไทยจนถึงปัจจุบัน

พัฒนาการของการสาธารณสุขไทย

พัฒนาการของการสาธารณสุขไทย ถูกวางรากฐานที่เกิดขึ้นพร้อมกับการก่อรูปของรัฐสมัยใหม่ของไทย ภารกิจด้านการสาธารณสุขถือเป็นหนึ่งในภารกิจของรัฐ (Function of the States) ที่ได้มีการพัฒนาขึ้น ด้วยการตั้งโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ.2429 และได้สร้างโรงพยาบาลอื่น ๆ เพิ่มเติมในเขตกรุงเทพมหานคร และในปี พ.ศ.2431 ได้มีการก่อตั้งโรงเรียนแพทยากรขึ้นเพื่อผลิตแพทย์สมัยใหม่ และพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข และในปี พ.ศ.2440 ได้จัดตั้งโสตศาลาซัน เพื่อจำหน่ายยาให้กับประชาชน ในเวลาต่อมารัชกาลที่ 6 ได้พัฒนางานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การสร้างสถานปาสเตอร์ หรือปาสเจอร์สภา จนกระทั่งปี พ.ศ.2461 จัดตั้งกรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทย งานสาธารณสุขในช่วงเวลานี้ ดำเนินโครงการในการปราบ

พยาธิปากขอ และการสร้างส้วมซึมแบบค่อห่านเป็นครั้งแรก ต่อมาในปี พ.ศ.2468 ได้ขยายภารกิจของกรมสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยจัดแบ่งภารกิจออกเป็น 6 กอง ได้แก่ กองประชากร กองสุขศึกษา กองสาธารณสุข กองยาเสพติดให้โทษ กองโสตศอนาสิกวิทยา และกองสุขาภิบาล หลังจากนั้นในช่วงหนึ่งปีให้หลังได้มีการจัดตั้งเพิ่มอีก 7 กอง คือ กองบัญชาการ กองการเงิน กองที่ปรึกษา กองบรรณาธิการ กองบูรณาภิบาล กองวิศวกรรม กองสุขภาพ กองโสตศอนาสิกวิทยา กองยาเสพติดให้โทษ โรงพยาบาลคนเสียจริต กองส่งเสริมสุขาภิบาล กองแพทย์สุขาภิบาลแห่งพระนคร และวชิรพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2562, น.30-31)

ภายหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 คณะราษฎร ได้ประกาศหลัก 6 ประการของคณะราษฎร ได้แก่ 1) หลักเอกราช 2) หลักความปลอดภัย 3) หลักเศรษฐกิจ 4) หลักเสมอภาค 5) หลักเสรีภาพ และ 6) หลักการศึกษา หากแต่หลัก 6 ประการทั้งหมดนั้น ไม่ได้กล่าวถึง ประเด็นด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ.2477 มีการกล่าวถึง การสาธารณสุขและสาธารณสุขการ ซึ่งรัฐจำเป็นต้องให้ความสำคัญในฐานะการส่งเสริมพลังของพลเมือง และเรียกร้องให้รัฐจัดตั้งโรงพยาบาล สุขศาลา สถานีบำบัดโรค รวมถึงการจ้างแพทย์ พยาบาล และบุคลากรต่าง ๆ ขณะเดียวกันคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ ได้เสนอโครงการต่อรัฐบาลใน 8 ประเด็น ได้แก่ การอนามัยหัวเมือง การควบคุม ไข้จับสั่น การควบคุมวัณโรค การควบคุมโรคเรื้อรัง การควบคุมโรคจิตต์ การควบคุมกามโรค การควบคุมอาหารและยา การสงเคราะห์มารดาและเด็ก กับการอนามัยโรงเรียน ตามมาด้วยการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2477 นำไปสู่การกำหนดโครงสร้างโรงพยาบาลในทุกจังหวัด (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561, น.272-277)

สิบปีให้หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง ในปี พ.ศ.2485 รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม ให้ความสำคัญกับการกระจายโอกาสในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในรูปแบบการแพทย์สมัยใหม่ โดยมีแนวคิดที่จะกระจายสถานพยาบาลและแพทย์ไปยังต่างจังหวัด ถือเป็นความพยายามของรัฐในการเข้าไปดูแลสุขภาพของประชาชน และเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดตั้งสถานีอนามัย เพื่อทำหน้าที่ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยในระยะแรกของการจัดตั้งสถานีอนามัย มีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่ 2 คน คือ 1) เจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ รับผิดชอบงานผดุงครรภ์แม่และเด็ก และ 2) พนักงานอนามัย รับผิดชอบงานสุขาภิบาลและน้ำดื่ม ทั้งนี้ บุคลากรทั้งสองคนในช่วงแรกนั้นสามารถให้บริการสาธารณสุขในด้านอื่น ๆ ตามความรู้และประสบการณ์ที่ได้เรียนมา เพื่อช่วยบรรเทาหรือรักษาอาการเบื้องต้น ในเวลาต่อมาได้ขยายสถานีอนามัยให้มี 1 ตำบล 1 สถานีอนามัย เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกล และครอบคลุมประชากรอย่างน้อย 3,000 คน (Hfocus, 2556) รวมทั้งการจัดตั้งโรงพยาบาลบำบัดโรค 23 แห่ง ในต่างจังหวัด เช่น โรงพยาบาลอุบลราชธานี โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561, น.278)

จนกระทั่ง ปี พ.ศ.2489 รัฐบาลปรีดี พนมยงค์ มีนโยบายสร้างโรงพยาบาลขึ้นในทุกจังหวัด “โครงการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข” โดยเน้นการบำบัดโรคทั่วไป โดยมีจำนวนเตียง 50 เตียง และให้โอนโรงพยาบาลของเทศบาล 15 แห่ง ที่อยู่ในสภาพทรุดโทรม ให้บริการประชาชนได้ไม่เต็มที่ และด้วยสถานการณ์ของสงครามโลกในช่วงเวลานั้น กระทรวงสาธารณสุข เสนอให้คณะกรรมการจังหวัด กรมการอำเภอ พิจารณาถึงการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดและสุขาภิบาลประจำอำเภอหรือกิ่งอำเภอ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561, น.278-279) โดยในปี พ.ศ.2493 ประเทศไทยมีโรงพยาบาล 24 แห่ง สุขาภิบาลชั้นหนึ่ง 102 แห่ง สุขาภิบาลชั้นสอง 445 แห่ง และแผนกสาธารณสุข 71 แห่ง (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561, น.278-279)

โครงการสาธารณสุขมูลฐาน และการสาธารณสุขในช่วง พ.ศ.2500 ผลการจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัด 77 แห่ง ใน 72 จังหวัดในช่วงเวลานั้น ดำเนินแล้วเสร็จ ในปี พ.ศ.2500 และนำไปสู่ความคิดริเริ่มโครงการอนามัยต่างจังหวัด อนามัยชุมชน ร่วมมือกับองค์การเร่งรัดพัฒนาชนบท และเกิดกระแสเรียกร้องสาธารณสุขเพื่อมวลชน โดยเรียกร้องให้มีการกระจายระบบสุขภาพไปยังต่างจังหวัดมากขึ้น และในช่วงปี พ.ศ.2511 พัฒนามาเป็นโครงการสาธารณสุขมูลฐาน (Hfocus, 2556) ที่ให้ความสำคัญการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกพื้นที่มากขึ้น ความพยายามในการยกระดับสุขาภิบาลเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งกลายเป็นนโยบายหลักในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทย จนนำไปสู่การขยายตัวของโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน 317 แห่ง จาก 532 อำเภอ ในช่วง พ.ศ.2520 และจัดตั้งสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบล จนกระทั่งในช่วงต้นทศวรรษ พ.ศ.2530 ประเทศไทยสามารถจัดบริการสุขภาพครอบคลุมทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และครอบคลุมการให้บริการในทุกตำบล

ความเปลี่ยนแปลงของหน่วยบริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นอีกครั้ง หลังกระแสการกระจายอำนาจที่ดำเนินมาตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษที่ พ.ศ.2530 แต่กว่าจะมีการกล่าวถึงแนวทางการปรับเปลี่ยนอย่างจริงจัง เกิดขึ้นในช่วงนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ในรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ซึ่งมุ่งเน้นการเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการให้มีความครอบคลุมทั่วถึง และเข้าถึงได้ เพื่อเปลี่ยนวิธีการรักษาพยาบาลแบบแบ่งแยกตามความสามารถในการจ่าย จากห้องอนาถาของโรงพยาบาลสู่การกระจายโอกาสในการรักษาอย่างเท่าเทียม ภายใต้ นโยบายและความพยายามในการกระจายอำนาจ จึงนำมาสู่การทบทวนภารกิจของรัฐและกำหนดแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งมาพร้อมกับความจริงจังในการกระจายอำนาจ ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ซึ่งกำหนดให้แผนการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2549

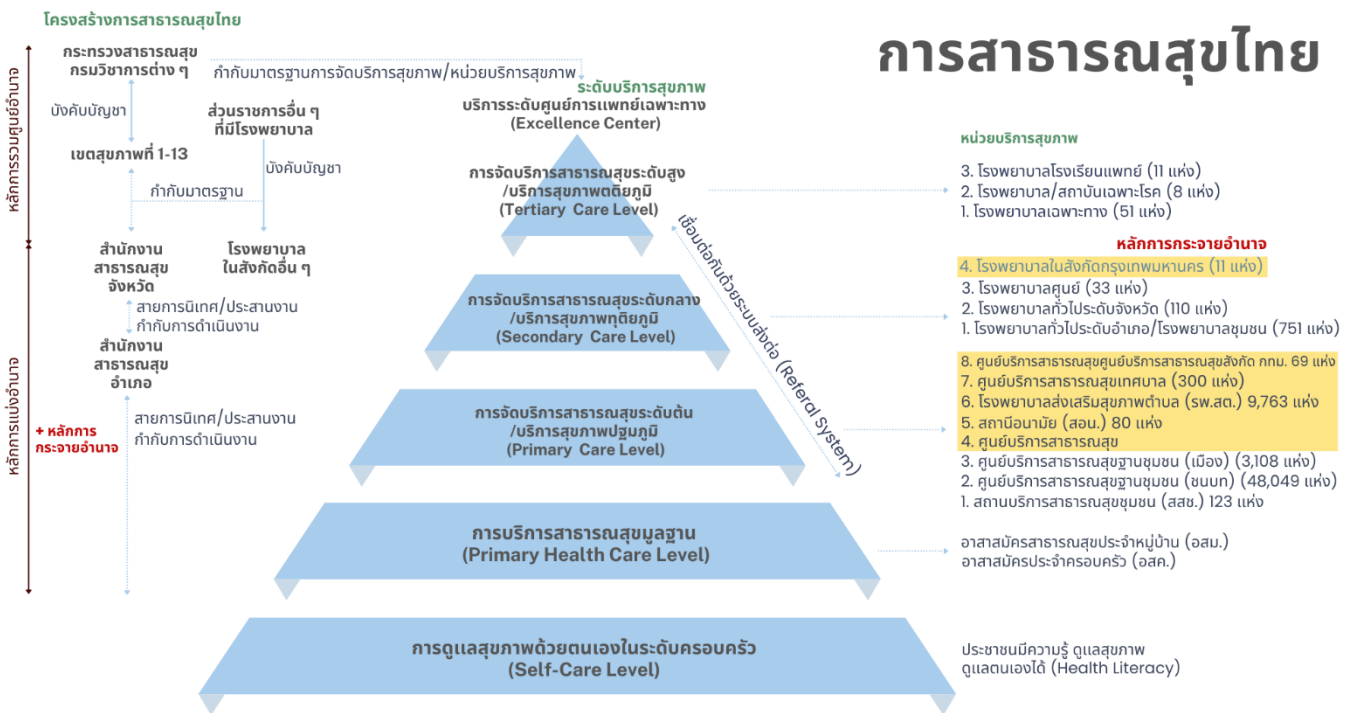
ทว่าการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เริ่มต้นครั้งแรกในปี พ.ศ.2551 และถ่ายโอนไปเพียง 27 แห่งจาก 9,787 แห่ง และหลังจากนั้นความพยายามในการถ่ายโอนภารกิจยุติไปชั่วคราวจากการยกระดับสถานีนอนามัยไปเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกว่าที่จะมีการถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นอีกครั้งในปี พ.ศ.2555 และดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้กำหนดแนวทางให้มีการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 จังหวัด จำนวน 3,263 แห่ง

การสาธารณสุขไทย

โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข เป็นการออกแบบโครงสร้างการบริหารราชการที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับการจัดตั้งกระทรวง เพื่อดำเนินการด้านสาธารณสุขของประเทศ ภายใต้หลักการรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) และหลักการแบ่งอำนาจ (De-concentration) (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559, น.355) นั้นหมายความว่า อำนาจในการบริหารจัดการทั้งหมดยังคงเป็นของกระทรวงสาธารณสุข เพียงแต่มีการรวมอำนาจในการดำเนินการบางอย่างไว้ที่ราชการบริหารส่วนกลาง เพื่อกำหนดนโยบายและกำกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการระดับกรม เป็นผู้ขับเคลื่อนภารกิจ และแบ่งอำนาจบางส่วนให้กับราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในการขับเคลื่อนภารกิจ จัดบริการสุขภาพ และกำกับมาตรฐานการปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจเชิงพื้นที่ ขณะเดียวกันมีหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

ระบบสาธารณสุขของไทย หนึ่งในระบบสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับในการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับโลก ระบบบริการสาธารณสุขสมัยใหม่ของไทยเป็นการออกแบบและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ เพื่อรองรับกับภารกิจด้านสาธารณสุขของรัฐ และบริการสุขภาพครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพของคนไทย ขณะเดียวกันระบบสาธารณสุขได้วางกรอบมาตรฐานในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ซึ่งประกอบไปด้วย โครงสร้างสำคัญ 6 มิติ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยแนวทางดังกล่าว สามารถเข้าถึงและครอบคลุมการให้บริการด้านสุขภาพ และมีคุณภาพ ปลอดภัย โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ 1) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการได้รับและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน 2) เพื่อให้บริการสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน 3) เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการใช้งบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 4) เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559, น. 8-9) นอกจากนี้ ประเทศไทยได้มีการวางระบบประกันสุขภาพ เพื่อเป็นหลักประกันในกรณีที่ประชาชนเจ็บป่วย โดยมีการวางระบบประกันสุขภาพของรัฐไว้ 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) ระบบประกันสังคม 3) ระบบสวัสดิการข้าราชการ

สำหรับระบบสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการออกแบบระบบและกลไกเชิงสถาบัน ตลอดจนแนวทางในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และปรับเปลี่ยนชุดวิธีคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ จากเดิมเป็นการสงเคราะห์ สู่การกำหนดให้บริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนพึงจะได้รับ ต่อมารัฐธรรมนูญ พ.ศ.2560 ได้รับรองและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ ได้แก่ สิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพ สิทธิด้านสุขภาพที่ต้องมีการปฏิรูป สิทธิด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มอ่อนไหว สิทธิด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สิทธิในการคุ้มครองผู้บริโภค ในส่วนโครงสร้างและกลไกการสาธารณสุขไทย ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 โครงสร้างและกลไกการสาธารณสุขไทย (โดย ผู้เขียน)

โครงสร้างและกลไกการบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุข

จากโครงสร้างและกลไกการสาธารณสุขไทย ได้มีการจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. กลไกระดับชาติ กลไกระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตลอดจนกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีการจัดแบ่งหน่วยงานในการรับผิดชอบ ดังนี้

- 1) สำนักงานปลัดกระทรวง (ราชการบริหารส่วนกลาง คณะกรรมการเขตสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพ ราชการบริหารส่วนภูมิภาค)
- 2) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ (กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)
- 3) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข (กรมอนามัย กรมควบคุมโรค)
- 4) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)
- 5) หน่วยงานในกำกับ
- 6) องค์กรมหาชน
- 7) รัฐวิสาหกิจ
- 8) หน่วยงานเครือข่าย

2. กลไกระดับเขตพื้นที่ กลไกระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดตั้ง

- 1) เขตสุขภาพ เพื่อจัดบริการเชิงรุกระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดบริการและบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพ แบ่งเป็น 13 เขตสุขภาพ (พื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เป็นหนึ่งในเขตสุขภาพ เป็นเขตสุขภาพที่ 13) โดยเขตสุขภาพมีพื้นที่ครอบคลุม 4-8 จังหวัด ดูแลประชาชน 4-6 ล้านคน ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดของการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ และจัดรูปแบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับอื่น ๆ และเชื่อมโยงกับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
- 2) เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นกลไกบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ โดยกลไกระดับพื้นที่ ประกอบไปด้วยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เป็นหน่วยที่มีสายการบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด และเป็นหน่วยร่วมรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. กลไกระดับท้องถิ่น (ไม่ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในระดับกลไกระบบสุขภาพ) ในส่วนนี้เป็นกลไกสำคัญของการดูแลสุขภาพในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นกลไกสำคัญในเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือเป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ตามพระราชบัญญัติ กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วน ได้มีการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และมีการรับโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะในปัจจุบันที่มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการรับโอนภารกิจ

จากกลไกระบบสุขภาพที่กล่าวไปในข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โครงสร้างและกลไกระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความเชื่อมโยงกับระดับบริการสุขภาพ (ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ) โดยระดับของบริการสุขภาพจะมีความเชื่อมโยงกับการจัดโครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุข และการกำกับดูแลกลไกในระบบสุขภาพให้อยู่ภายใต้แนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติในรูปแบบเดียวกัน และเป็นการจัดหน่วยบริการสุขภาพให้เป็นไปตามกรอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้

ระดับบริการสุขภาพของไทย

ระบบบริการสุขภาพและหน่วยบริการสุขภาพของประเทศไทย แบ่งเป็น 5 ระดับ (นันทินารี คงยืน, 2560, น.377-378) ดังนี้

ระดับที่ 1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self-care Level) การส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ ดูแลตนเองได้ (Health Literacy) รวมถึงการปฏิบัติตามสุขภาพอนามัย

ระดับที่ 2 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชน และดำเนินการได้ในระดับชุมชน ด้วยการที่คนในชุมชนช่วยกันดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ผ่านการดำเนินงานสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีการเชื่อมโยงกับกลไกขับเคลื่อนในระดับบริการสุขภาพอื่น ๆ โดยเฉพาะระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระดับที่ 3 การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care Level) การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นผู้จัดบริการ มุ่งเน้นบริการในเชิงป้องกันโรค และการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ในส่วนของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น 3 หน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการสุขภาพระดับต้น	
ประเภทหน่วยบริการ	ขนาด
1. สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.)	ครอบคลุมประชากร 500-1,000 คน
2. สถานีอนามัย (สอ.) / รพ.สต.	ครอบคลุมประชากร 1,000-5,000 คน
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล	

ระดับที่ 4 การจัดบริการสุขภาพระดับกลาง (Secondary Care Level) เป็นการ
จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญ เป็นหน่วย
บริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก

หน่วยบริการสุขภาพระดับกลาง	
ประเภทหน่วยบริการ	ขนาด
1. โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	ครอบคลุมประชากร 500-1,000 คน
1) First-level Hospital (F1)	ขนาดเตียง 60-120 เตียง
2) First-level Hospital (F2)	ขนาดเตียง 30-90 เตียง
3) First-level Hospital (F3)	ขนาดเตียง 30 เตียง
4) Middle-level Hospital (M2)	ขนาดเตียง 120 เตียงขึ้นไป
2. โรงพยาบาลทั่วไป	ครอบคลุมประชากร 1,000-5,000 คน
1) Middle-level Hospital (M1)	โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับ ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ
2) Standard-level Hospital (S)	โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับ ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ
3) Advance-level Hospital (A)	โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับ ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยี
3. โรงพยาบาลเอกชน	
1) โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง	ขนาดเตียง 31 เตียงขึ้นไป
2) โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่	ขนาดเตียง 91 เตียงขึ้นไป

ระดับที่ 5 การจัดการบริการสุขภาพระดับสูง (Tertiary Care Level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ หรือเฉพาะทาง

หน่วยบริการสุขภาพระดับสูง
ประเภทหน่วยบริการ
1. โรงพยาบาลศูนย์ Advance-level Hospital (A)
2. โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์
3. โรงพยาบาลเฉพาะทาง
4. โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

หน่วยบริการสุขภาพ

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้ให้ความหมายของ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ว่าเป็นกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดย “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ส่วน “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จะเห็นได้ว่า คำสำคัญทั้ง 3 คำ ได้ให้ความหมายและแนวทางในการดำเนินการกิจบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลเชิงป้องกันไปจนกระทั่งการดูแลในภาวะพึ่งพิง

บริการสุขภาพปฐมภูมิ ถือเป็นบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่เปรียบเสมือนประตูด่านแรกของการดูแลสุขภาพประชาชน โดยมีหน่วยบริการและกลไกในการขับเคลื่อนที่มีความชัดเจน และสามารถปฏิบัติการได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ตามหลักของการจัดบริการสาธารณสุข โดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบไปด้วย

1) คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สามารถดูแลตามขอบเขตภารกิจบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุม และเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงไปปฏิบัติงานในระดับตำบล และยกระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีศักยภาพให้สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุม และเป็นการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำต่อเนื่อง ด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ ให้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้น ๆ

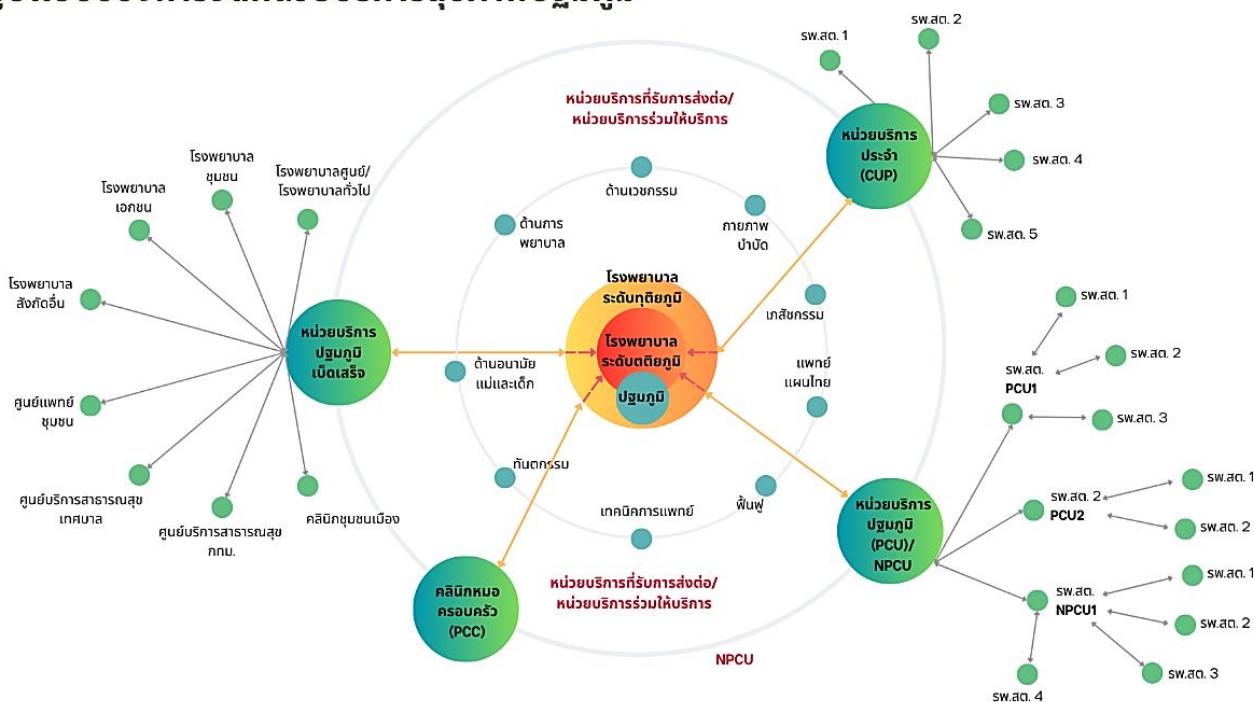
2) หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วไปได้ แต่ไม่ครอบคลุมในทุกขอบข่ายของภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย

3) หน่วยบริการประจำที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการคู่สัญญาเพื่อบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care; CUP) เป็นหน่วยบริการประจำทำหน้าที่ในการเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเป็นหน่วยบริหารจัดการเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบการให้บริการเพื่อการบริหารจัดการ

การขับเคลื่อนกลไกของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย ในชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ซึ่งเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิแบบเบ็ดเสร็จ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จะเชื่อมโยงกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาเฉพาะทาง รวมไปถึงการทำงานร่วมกับหน่วยบริการร่วมให้บริการตามขอบข่ายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ 5 มิติ ได้แก่

1) บริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) บริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการควบคุมและป้องกันโรค 3) บริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการรักษาพยาบาล 4) บริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) บริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

รูปแบบของการจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ



ภาพที่ 5 รูปแบบของการจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

แม้ว่าการออกแบบระบบหรือกลไกการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิจะมีการออกแบบให้การดำเนินการเป็นไปอย่างครอบคลุมบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีหน่วยบริการที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีกลไกในการขับเคลื่อนที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติจริงได้ปรากฏข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ กล่าวคือ ประการที่หนึ่ง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมิไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุม ทำได้เพียงการจัดบริการเฉพาะด้านแทนและส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่าย หรือการส่งต่อไปยังหน่วยบริการร่วมอื่น ๆ ที่มีความพร้อมมากกว่า ทำให้การให้บริการไม่เต็มศักยภาพอย่างที่ควรจะเป็น และมีแนวโน้มที่สภาพปัญหาดังกล่าวยังคงมีอยู่ไปอีกในระยะอย่างน้อยที่สุด 3-5 ปีข้างหน้า จากปัญหาบุคลากรและทรัพยากรในการจัดทำบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ ประเด็นดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญที่มีมาอย่างยาวนาน และเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแก่ประชาชน



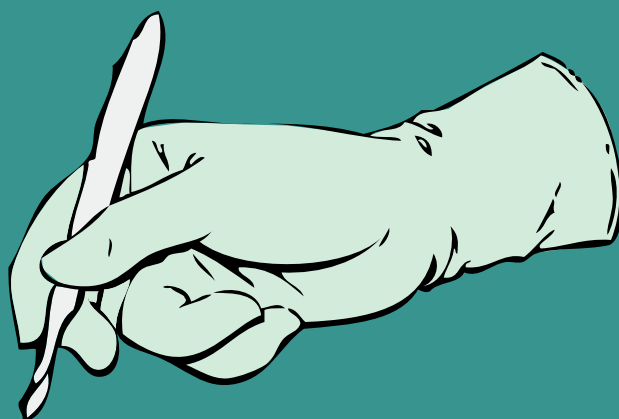
3

“คลังกรรมตกแต่ง”

ของโครงสร้างอำนาจที่บิดเบี้ยว

ถ้าการออกแบบโครงสร้างและกลไกการจัดการด้านสาธารณสุขในอดีตมีปัญหา และวันนี้ “เรา” พยายามแก้ไขปัญหานั้นด้วยการออกแบบใหม่

ทำไมวันนี้เรายังคง “เสี่ยงกัน” และ “ไม่เชื่อใจ” กัน
เกมชักเย่อของอำนาจในโครงสร้างการสาธารณสุขไทย
สัมพันธภาพระหว่างส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น และประชาชน



อธิบายชื่อบท

ในบทนี้ ผู้เขียนเลือกใช้คำว่า “**ศัลยกรรมตกแต่ง**” เป็นคำเปิดเนื้อหาที่อยู่ในบทนี้ โดยคำว่า ศัลยกรรมตกแต่ง ในทางการแพทย์เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในร่างกาย เพื่อความสวยงาม รวมถึงการแก้ไขความพิการตั้งแต่กำเนิดที่เกิดจากความผิดปกติ หรือการสูญเสียอวัยวะ (สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย, 2566) ด้วยเหตุนี้ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบในการนำเข้าสู่เนื้อเรื่อง ผู้เขียนจึงขอใช้คำดังกล่าว เพื่อสื่อถึง ปัญหาในการออกแบบโครงสร้างการสาธารณสุขไทย กลไกการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแต่เดิมเป็นการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อรองรับภารกิจด้านสาธารณสุขของประเทศ และออกแบบโครงสร้างหน่วยงานภายใต้หลักการรวมศูนย์อำนาจและการแบ่งอำนาจ แต่ด้วยบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมถึงความท้าทายใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีการออกแบบโครงสร้างและกลไกใหม่ ๆ เพิ่มเติม พร้อมกับความพยายามในการถ่ายโอนภารกิจบางส่วนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทว่าโครงสร้างอำนาจที่ออกแบบไว้แต่เดิม กับความพยายามในการจัดแบ่งโครงสร้างใหม่ กลับมีข้อจำกัดและอุปสรรคในทางปฏิบัติ รวมทั้งการให้บริการสุขภาพ เสมือนกับการออกแบบภารกิจใหม่ในโครงสร้างอำนาจเก่าที่บิดเบี้ยว ไม่สอดคล้องกับบริบท ความท้าทาย และความคาดหวังในปัจจุบัน การ “ศัลยกรรมตกแต่ง” โครงสร้างอำนาจ จึงเปรียบเสมือนการผ่าตัด (ออกแบบ) เปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่มีความผิดปกติ เพื่อให้โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศ สามารถออกแบบและส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ทว่าถึง เป็นไปตามความต้องการ ความคาดหวังของประชาชน และสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทุกบริการสุขภาพ

คัลยกรรมกระดูกกับข้อต่อที่หายไป⁸

โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข เป็นการออกแบบโครงสร้างการบริหารราชการที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับการจัดตั้งกระทรวง เพื่อรองรับภารกิจด้านการสาธารณสุขของประเทศ ภายใต้หลักการรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) และหลักการแบ่งอำนาจ (De-concentration) (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559, น.355) นั้นหมายความว่า อำนาจในการบริหารจัดการทั้งหมดยังคงเป็นของกระทรวงสาธารณสุข เพียงแต่มีการรวมอำนาจในการดำเนินการกิจบางอย่างไว้ที่ราชการบริหารส่วนกลาง เพื่อกำหนดนโยบายและกำกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการระดับกรม เป็นผู้ขับเคลื่อนภารกิจ และแบ่งอำนาจบางส่วนให้กับราชการบริหารส่วนภูมิภาค ในการขับเคลื่อนภารกิจ จัดบริการสุขภาพ และกำกับมาตรฐานการปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจเชิงพื้นที่ ขณะเดียวกันมีหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

จุดเริ่มต้นของการสาธารณสุขไทยสมัยใหม่ เกิดขึ้นจากความพยายามในการจัดการปัญหาสภาพการทำงานด้านการสาธารณสุขแบบกระจัดกระจาย ที่ภารกิจด้านสาธารณสุขนั้นกระจายอยู่ในหลายกระทรวง และกรม เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราช ในฐานะโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกทีในเวลาต่อมาตามมาด้วยการจัดตั้งกรมพยาบาล สังกัดกระทรวงธรรมการ เพื่อดูแลกิจการโรงพยาบาลและการศึกษาวิชาแพทย์ พร้อมกับการขยายโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และตามหัวเมืองภูมิภาค ตามมาด้วยการจัดตั้งกรมสุขาภิบาล โอสถศาลา (พ.ศ.2440) เมื่อมีการยกเลิกกระทรวง

⁸ หัวข้อนี้ ผู้เขียน เลือกใช้คำว่า “คัลยกรรมกระดูก” (orthopedic surgery) ซึ่งเป็นสาขาเฉพาะทางในการรักษา ผ่าตัดความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและข้อของร่างกาย เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบลักษณะของโครงสร้างอำนาจการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งปัจจุบันได้มีการออกแบบและปรับเปลี่ยนโครงสร้างการขับเคลื่อนภารกิจและการให้บริการสุขภาพ โดยมีความพยายามในการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพ (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด หากแต่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างในครั้งนี้ เผชิญกับความท้าทายในประเด็นโครงสร้างอำนาจและการบริหารจัดการที่ทับซ้อนระหว่างส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และความกังวลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและมาตรฐานการจัดบริการ รวมไปถึงการกำกับดูแล แม้ว่าที่ผ่านมามีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปแล้วบางส่วน แต่กลไกในการกำกับดูแลยังคงเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติของหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ ทำให้การถ่ายโอนภารกิจในบางพื้นที่ ดำเนินไปอย่างไม่ราบรื่นตามแนวทางที่กำหนด การออกแบบโครงสร้างเชิงสถาบันในครั้งนี้ ยังคงเผชิญกับแรงเสียดทานที่เกิดขึ้นระหว่างกลไกการบริหารราชการแผ่นดินแต่ละระดับ

ธรรมการ ในปี พ.ศ.2448 ได้มีการแบ่งส่วนราชการไปสังกัดกระทรวงใหม่ โดยมีการโอนภารกิจ และหน่วยงานให้กับกรมศึกษาธิการ และกระทรวงนครบาล ต่อมาในปี พ.ศ.2455 กระทรวงมหาดไทย ได้มีการจัดตั้งกรมประชาภิบาลขึ้น ในระยะแรกของการจัดตั้งหน่วยงานด้านการสาธารณสุข เป็นการจัดตั้งเพื่อรองรับภารกิจ พร้อมกับการจัดการกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ได้แก่ ไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค และกาฬโรค ทั้งในเชิงรักษาและป้องกัน

สภาพการทำงานแบบกระจายตัวของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในช่วงเวลาดังกล่าว นำไปสู่การปรับเปลี่ยน ด้วยการรวมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดตั้งเป็นกรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2461) นับเป็นจุดเริ่มต้นของการสาธารณสุขสมัยใหม่ของไทย และเป็นจุดเริ่มต้นของโครงสร้างการสาธารณสุขแบบรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) กระทั่งหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุข โดยเฉพาะภารกิจด้านการอนามัย จึงมีการจัดตั้งเป็นกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2485 ต่อมา มีการขยายภารกิจในต่างจังหวัดมากขึ้น และจัดตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัด ครบทุกจังหวัด ในปี พ.ศ.2495

ความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างสถาบันของการสาธารณสุขไทย เกิดจุดเปลี่ยนอีกครั้ง ในช่วงทศวรรษที่ 2500 โดยมีการปรับโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข จากโครงสร้าง แนวตั้ง (vertical) ที่เน้นการรวมศูนย์อำนาจ เป็นโครงสร้างลักษณะผสมผสาน (Integrate) พร้อมกับการขยายการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไปยังส่วนราชการภูมิภาค โดยในช่วงปี พ.ศ.2520-2530 เป็นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค เป็นช่วงเวลาที่มีการสร้าง โรงพยาบาลประจำอำเภอ และสถานอนามัยระดับตำบล จนครบทุกพื้นที่ นอกจากนี้ มีการพัฒนางาน สาธารณสุขมูลฐานจนครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548, น.352) นับแต่นั้นเป็นต้นมา โครงสร้างการบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุข จึงแบ่งเป็นสองส่วน คือ ราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาค อันเป็นโครงสร้างหลักที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญ

กระทั่งทศวรรษที่ 2530 ได้มีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 3 (พ.ศ.2535) โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบองค์กรด้านสาธารณสุขจากเดิมที่เป็นการออกแบบ หน่วยงานในลักษณะส่วนราชการ ไปสู่การออกแบบในรูปแบบองค์กรมหาชน ภายใต้การกำกับดูแล ซึ่งเป็นผลพวงสำคัญจากวิธีคิดแบบการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) โดยมีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้น เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพ โดยใช้งานวิจัย ด้านสาธารณสุข และเป็นช่วงเวลาสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุข ปรับบทบาทจากเดิมที่เป็นเพียง ผู้ให้บริการ ไปสู่การเป็นผู้ให้บริการและกำกับมาตรฐานบริการสาธารณสุข

บททบทวนถึง “30” บาท รักษาทุกโรค

นโยบายสาธารณสุขเพื่อมวลชน: จุดเริ่มต้นของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

ความเคลื่อนไหวที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ 2530-2540 ซึ่งเริ่มตั้งแต่ความพยายามในการค้นหาแนวทางเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทย ผ่านการศึกษาและการทำวิจัยในลักษณะการทดลอง เช่น ขุนหาญโมเดล⁹ ซึ่งเป็นโครงการที่จัดตั้งโดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เพื่อพัฒนาต้นแบบ (Model Development) ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ซึ่งในเวลาต่อมานำไปสู่การศึกษาดำเนินโครงการวิจัยทดลองเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด โดยเลือกจังหวัดอยุธยา เป็นพื้นที่ทดลอง เรียกว่า “โครงการอยุธยา” โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated Health System) ที่มุ่งเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุขโดยเน้นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้แพทย์สามารถดูแลรักษาประชาชนแบบองค์รวมและพัฒนาบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชนได้มากขึ้น นอกจากนี้ โครงการอยุธยายังเป็นต้นแบบสำคัญในการวางรากฐานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านความพยายามในการปฏิรูปการเงินการคลัง การปฏิรูประบบการให้บริการสาธารณสุข และการปรับความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน (ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, 2563, น.26-29 และ 79-81)

ภาพแห่งความเป็นจริงที่ปรากฏมานานหลายทศวรรษ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาที่มีคุณภาพจากโรงพยาบาลของรัฐได้ จากปัญหาไม่มีเงินเพียงพอต่อการรักษา ประชากรกว่าล้านคนถูกจัดเป็นกลุ่ม “คนไข้อาณา” (อน.) ที่รอรับการสงเคราะห์ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ การให้บริการในช่วงเวลานั้น ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรอพบแพทย์เป็นเวลาหลายชั่วโมง ตั้งแต่ช่วงเช้าและกว่าที่จะได้รับบริการบางรายคือช่วงบ่าย แต่อีกหลายรายคือกลางดึก ท่ามกลางผู้ป่วยที่แออัดในโรงพยาบาล เสียงร้องอันเจ็บปวดของคนไข้ที่รอหมอมารักษา

⁹ เป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบสาธารณสุข ในชื่อ “โครงการขุนหาญ: การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ โดยการวิจัยปฏิบัติการ” ดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงปี พ.ศ.2529-2531 มีเป้าหมายในการพัฒนาและแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศ ผลการศึกษาชี้ว่าประชาชนไม่นิยมไปใช้บริการสถานอนามัย เนื่องจาก ข้อจำกัดของการให้บริการ ทำให้ไม่มั่นใจในการเข้ารับบริการ โดยเลือกไปเข้ารับการรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดแทน และพฤติกรรมผู้ป่วยส่วนใหญ่ ซึ่งป่วยเป็นโรคทั่วไปมักนิยมซื้อยารับประทานเอง มากกว่าการไปพบแพทย์ นอกจากนี้ งานวิจัยได้สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนของระบบสาธารณสุขไทยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานวิจัยฉบับนี้เป็นจุดตั้งต้นของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของประเทศ (ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, 2563, น.74-75)

ในหอผู้ป่วย หน่วยบริการสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนั้น บางก็ไม่เป็นที่ไว้วางใจของคนไข้ในการเข้ารับบริการ บางก็ห่างไกลเกินกว่าจะเข้าถึง ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมงเกินกว่าที่ภาระงานกำหนด สารพัดปัญหาของการสาธารณสุขไทยในช่วงเวลานั้น เป็นทั้งปัญหาในเชิงโครงสร้างการสาธารณสุข ปัญหาระบบบริการสุขภาพและการให้บริการ และปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ จนนำไปสู่การเล็งเห็นปัญหาของ “หมอ” ที่อยู่ในระบบ และการเรียกร้องจากหลายฝ่ายในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปการสาธารณสุขไทย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เกิดกระแสเรียกร้องให้เกิดการปฏิรูปการเมือง ผลจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ทดลอง นำไปสู่รากฐานของการปฏิรูปที่พลิกโฉมการสาธารณสุขไทยในทศวรรษถัดมา (ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, 2563) กล่าวคือ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เดิมทีการให้บริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม ทั่วถึงถึงพื้นที่ ผู้ป่วยบางรายขาดโอกาสในการเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ จนมีกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกเรียกว่า “คนไข้อาณา” อีกทั้งหน่วยบริการสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลกลับเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนไม่มั่นใจที่จะใช้บริการสุขภาพ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่สภาพผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ในทางกลับกันหน่วยบริการสุขภาพส่วนใหญ่ขาดงบประมาณในการบริหารจัดการที่เพียงพอ ส่งผลให้การรักษายาบาลไม่ได้คุณภาพและขาดประสิทธิภาพ จึงนำไปสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของกลไกสาธารณสุขมูลฐาน และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และนำร่องศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง เพื่อสร้างความมั่นใจในบริการสุขภาพให้กับประชาชน ขณะเดียวกันการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบการเงินการคลังในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และมุ่งเน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับชุมชน และเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Level)

การปฏิรูปโครงการประกันสุขภาพ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอดีตประเทศไทยมีโครงการที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ ทั้งหมด 6 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการประกันสังคม 2) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) 3) โครงการบัตรสุขภาพ 4) โครงการกองทุนเงินทดแทน 5) โครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ และ 6) โครงการประกันสุขภาพเอกชน โครงการดังกล่าว เป็นโครงการที่ดำเนินการเรื่องการประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน หากแต่มีความต่างตรงที่กลุ่มผู้ใช้บริการ ซึ่งดูเหมือนว่าจะครอบคลุมประชาชนในทุกกลุ่ม แต่ในความเป็นจริงของเวลานั้น คนไทย 48,852,000 คนอยู่นอกระบบการประกันสุขภาพ และในจำนวนนี้ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลายเป็น “คนไข้อาณา” ที่รอรัฐสงเคราะห์ ขณะเดียวกันโครงการวิจัยปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform) ที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องกว่าทศวรรษ สะท้อนให้เห็นถึงทิศทางการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทย เพื่อผลักดัน

การปฏิรูปโครงการประกันสุขภาพ และสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ พร้อมกับการทำให้ผู้ป่วยอนาถากลายเป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้า



ภาพที่ 6 นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นเยี่ยมผู้ป่วย

ที่มา: Thaksin Official

กรอบหน้าต่างต่างนโยบาย (Policy Window) ซึ่งเปรียบเสมือนประตูแห่งโอกาส ในช่วงเวลานั้น ได้กำหนดให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของพรรคไทยรักไทย ในชื่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค¹⁰ ในการเลือกตั้งทั่วไป พ.ศ.2544 และได้รับการเลือกตั้งจนนำไปสู่การผลักดันและขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้คนไทยกว่า 48 ล้านคนในเวลานั้น สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ในเวลาต่อมาได้มีการจัดทำพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พร้อมทั้งกำหนดกลไกในการขับเคลื่อน

¹⁰ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นหนึ่งในนโยบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยในพื้นที่ทดลองของโครงการอยุธยา บนฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลในราคาที่ประชาชนเข้าถึงได้ โดยใช้รูปแบบการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย “เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข” ด้วยราคา 70 บาท รักษาทุกโรค (ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, 2563, น.80) ในส่วนชื่อ “30 บาท รักษาทุกโรค” เกิดขึ้นจาก ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้กล่าวกับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ว่า “คุณหมอ ชื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเนี่ย ฟังเข้าใจยาก ชาวบ้านงงแน่ ไม่รู้ว่าเรากำลังพูดเรื่องอะไร น่าจะหาชื่อที่เข้าใจง่ายกว่านี้ เช่น 15 บาทรักษาทุกโรค อะไรทำนองนี้” (thaksinofficial, 7 กรกฎาคม 2564)

โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับลดโครงการที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ จากเดิมที่มี 6 โครงการ เหลือเพียง 3 โครงการ ได้แก่ 1) สิทธิราชการ 2) ประกันสังคม และ 3) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการปฏิรูปการสาธารณสุขไทยโดยเฉพาะสิทธิในการรักษาพยาบาลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ถ่ายโอนภารกิจ “สว.สต.” กับก้าวแรกที่ยากเสมอ จุดเปลี่ยนสำคัญของโครงสร้างการสาธารณสุขไทย

การปฏิรูปโครงสร้างอำนาจและกลไกการสาธารณสุขไทย แม้ว่าการปฏิรูปในหลายมิติที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 2540 มุ่งเน้นไปที่ความพยายามในการปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยรวม ที่เน้นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การปฏิรูปโครงการประกันสุขภาพ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งการปฏิรูปดังกล่าวเป็นไปเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพที่คุณภาพและประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง เป็นไปตามสิทธิและความเสมอภาคที่ประชาชนพึงได้รับตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 แต่การปฏิรูปในเชิงโครงสร้างนั้น กลับไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ และมุ่งเน้นไปที่การปฏิรูปเชิงองค์กรมากกว่าการปฏิรูปโครงสร้างเชิงสถาบันของการสาธารณสุขไทย ทั้งในมิติการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านการสาธารณสุข การออกแบบองค์กรรูปแบบใหม่ที่ไม่เป็นหน่วยงานราชการในลักษณะองค์การมหาชนหรือหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นต้น ขณะที่โครงสร้างการบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุข และกลไกการสาธารณสุขไทยยังคงจัดโครงสร้างในรูปแบบโครงสร้างลักษณะผสมผสาน (Integrate) ที่อยู่ภายใต้หลักการรวมศูนย์อำนาจและหลักการแบ่งอำนาจ โดยแบ่งส่วนราชการออกเป็นสองส่วน (ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค) ดังเดิม

กระทั่งผลพวงจากการปฏิรูปการเมืองที่นำไปสู่การเรียกร้องให้เกิดการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถออกแบบและจัดทำบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ จนนำไปสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจตามบทบัญญัติมาตรา 16 (19) และมาตรา 17 การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล โดยให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในรูปแบบ

ของการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุข ถือเป็นหนึ่งในการถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจ โดยมีการจัดทำแผนการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2549 ให้มีการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกว่าที่การถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ใช้เวลาในการขับเคลื่อนจนเริ่มต้นถ่ายโอนภารกิจได้ในปี พ.ศ.2551 ซึ่งสามารถถ่ายโอนสถานีนอนามัยได้เพียง 28 แห่งเท่านั้น จากทั้งหมด 9,770 แห่ง (ข้อมูล ณ ปี พ.ศ.2553)

อย่างไรก็ดี การถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ในระยะแรกนั้น ไม่ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเชิงสถาบันของกระทรวงสาธารณสุขมากนัก และเป็นเพียงการเพิ่มกลไกการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัย และการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขกำกับมาตรฐานการให้บริการ ผ่านกลไกการบริหารราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงฯ ในอีกแง่หนึ่งการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยได้นำไปสู่ความท้าทายการบริหารภารกิจสาธารณสุข เนื่องจาก เป็นการปรับบทบาทและการดำเนินภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการหลักมายาวนานหลายทศวรรษ และเป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนภารกิจด้านการสาธารณสุขของประเทศ การถ่ายโอนภารกิจจึงเป็นความท้าทายที่ส่งผลต่อโครงสร้างอำนาจในการสั่งการและบังคับบัญชาไปสู่การกำกับมาตรฐาน อีกทั้งยังส่งผลต่อการบริหารจัดการทรัพยากร ซึ่งเดิมผูกขาดอยู่ที่กระทรวงฯ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข งบประมาณ เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมไปถึงปัญหาในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขและความกังวลในการกำกับมาตรฐานคุณภาพการให้บริการ จึงนำไปสู่ลักษณะของการซีกเยื่อเมื่อมีการกำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อต่อที่หายไป

ความพยายามในการถ่ายโอนภารกิจตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไปตลอดช่วงทศวรรษ 2550 ท่ามกลางข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอน เมื่อสิ้นสุดทศวรรษดังกล่าว การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกิดขึ้นเพียง 51 แห่ง เท่านั้นจาก 9,787 แห่ง (ข้อมูล ณ ปี พ.ศ.2559) กระทั่ง พ.ศ.2564 สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการทบทวนและกำหนดแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจ เพื่อให้การจัดบริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ และถ่ายโอนภารกิจ

ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 ผลปรากฏว่า การดำเนินการในช่วงที่ผ่านมาได้มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นน้อยมาก และเมื่อประเมินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมรับโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงมีการเสนอแนวทางการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งถือเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2542 และเพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจนั้นเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ต่อมาได้มีการดำเนินการสำรวจความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่พร้อมรับโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่

รัฐบาลและคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงทำการสำรวจความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อเตรียมการในการถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด และจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งการถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้มีการกำหนดแนวทางการถ่ายโอนภารกิจไว้อย่างชัดเจน และมีเป้าหมายในการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยมีองค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 แห่งที่มีความพร้อมในการรับโอน

ความท้าทายสำคัญที่เกิดขึ้นภายหลังการกำหนดแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจที่ชัดเจน คือ สภาพปัญหาในทางปฏิบัติโดยเฉพาะในแง่ของการขับเคลื่อนนโยบายและการกำกับดูแลคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เมื่อมีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปแล้ว จะส่งผลให้เกิดรอยต่อในการบริหารจัดการอย่างน้อย 2 ลักษณะ ได้แก่

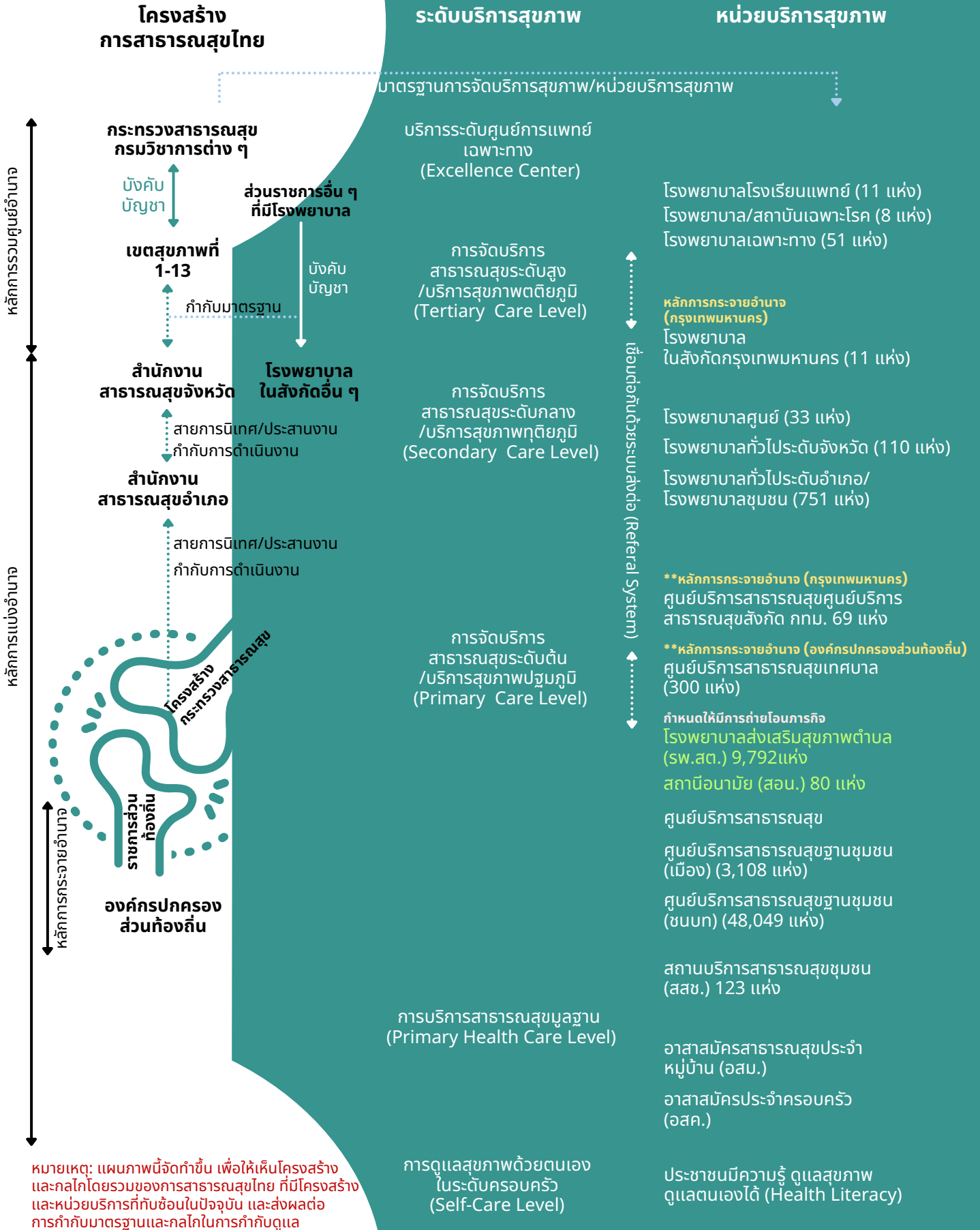
1. กรณีที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกแห่งในพื้นที่ระดับอำเภอ กรณีนี้ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และใช้รูปแบบการบริหารจัดการแบบราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณใหม่ โดยบางพื้นที่อาจมีการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายแบบเดิม และในบางกรณีอาจไม่มีการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ในทางกลับกันสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่แต่เดิมเป็นหน่วยในการกำกับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งจัดสรรทรัพยากร และบริหารจัดการร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทลดลง ซึ่งยังคงเป็นช่องว่างสำคัญว่า กลไกส่วนนี้จะมีการปรับบทบาทในอนาคตไปในทิศทางใด และเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อโครงสร้างการบริหารราชการ

ของกระทรวงสาธารณสุขที่จะขาดหน่วยบริการสุขภาพในระดับตำบล หากไม่มีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกันกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่

2. กรณีที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิบางแห่งในพื้นที่ระดับอำเภอ กรณีนี้ ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ปรากฏใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ

- 1) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งยังคงเป็นหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม และเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อจัดสรรทรัพยากรในการบริหารจัดการและจัดบริการสุขภาพ และ
- 2) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จัดบริการสุขภาพและบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในกรณีนี้ หมายความว่า ในพื้นที่อำเภอหนึ่งมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสองสังกัดที่ส่วนหนึ่งเป็นราชการส่วนภูมิภาคกับอีกส่วนหนึ่งเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น ที่มีวิธีการบริหารจัดการ ประเด็นมุ่งเน้นในการให้บริการ การจัดระบบและรูปแบบบริการระบบการส่งต่อ รวมไปถึงการกำกับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการที่มีความต่างกัน ในรายละเอียด และอาจเป็นช่องว่างสำคัญในการให้บริการสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ซึ่งอาจเกิดลักษณะที่ผู้ป่วยไปรับบริการหน่วยบริการในพื้นที่อำเภอเดียวกัน แต่รูปแบบการให้บริการ และระบบบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างเด่นชัด อาจนำไปสู่มาตรฐานการให้บริการที่ต่างกันในพื้นที่ นับเป็นหนึ่งความท้าทายที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ และเป็นโจทย์สำคัญของการให้บริการสุขภาพในระดับพื้นที่ ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจที่จะต้องบริหารจัดการให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างราบรื่น ไร้รอยต่อ และการให้บริการสุขภาพมีมาตรฐานแบบเดียวกันที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่า ความพยายามในการปรับกลไกในการจัดบริการสุขภาพของการสาธารณสุข ยังคงมีโจทย์สำคัญที่ท้าทายความสามารถในการบริหารจัดการ และการจัดรูปแบบบริการสุขภาพที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ภายใต้อาณาเขตเดียวกัน ซึ่งการปรับเปลี่ยนโครงสร้างในการกำกับดูแลส่งผลต่ออำนาจในการสั่งการและบังคับบัญชา ไปเป็นอำนาจในการกำกับดูแล ขณะเดียวกันการแยกหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิก่อเป็น 2 สังกัด ยังคงเป็นข้อจำกัดในการบริหารจัดการ เนื่องจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแล เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับพื้นที่มีบทบาทไม่ชัดเจน และขอบเขตอำนาจที่ต่างไปจากเดิม โดยประเด็นนี้เป็นหนึ่งประเด็นที่มีความน่าสนใจของการปรับกลไกใหม่ ที่ถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพ แต่ยังคงกลไกการกำกับดูแลไว้กับราชการส่วนภูมิภาค ทำให้เกิดปัญหาห้วงข้อต่อของการบริหารจัดการ และการส่งมอบบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ สำหรับโครงสร้างการสาธารณสุขไทย และกลไกการบริหารจัดการ ดังภาพที่ 7



หมายเหตุ: แผนภาพนี้จัดทำขึ้น เพื่อให้เห็นโครงสร้างและกลไกโดยรวมของการสาธารณสุขไทย ที่มีโครงสร้างและหน่วยบริการที่ทับซ้อนในปัจจุบัน และส่งผลต่อการกำกับมาตรฐานและกลไกในการกำกับดูแล

ภาพที่ 7 การสาธารณสุขไทย

ชกเย่อ (Tug of war) ของอำนาจ และในท้ายที่สุดมันเป็นเรื่องสัมพันธภาพ

ในช่วงเวลาที่มีการกระจายอำนาจกลายเป็นส่วนหนึ่งของการจัดโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน เพื่อตอบสนองต่อการจัดบริการสาธารณะให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ซึ่งจะทำให้การส่งมอบบริการสาธารณะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการในพื้นที่เป็นกลไกที่เข้าใจความเป็นไปของพื้นที่ รับรู้สภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน อีกทั้งเป็นองค์กรที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด การเริ่มต้นที่ท้องถิ่นจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิต คุณภาพของบริการสาธารณะ โดยเฉพาะบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม และตอบโจทย์สุขภาพประชาชนในพื้นที่ ด้วยเหตุนี้ “พ.ร.บ.กระจายอำนาจฯ” จึงเป็นกฎหมายสำคัญที่ให้อำนาจกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกแบบและจัดทำบริการสาธารณะให้กับประชาชนในท้องถิ่น โดยหนึ่งในนั้น คือ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ด้วยการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กว่าทศวรรษที่ผ่านมาการถ่ายโอนภารกิจกลับเป็นอย่างล่าช้า ท่ามกลางสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความกังวล ตลอดจนความไม่มั่นใจในศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในทางตรงกันข้ามหนึ่งในข้อวิพากษ์วิจารณ์ในช่วงเวลานั้น คือความพยายามในการรักษาอำนาจการบริหารราชการของกลไกรัฐส่วนกลาง และดำรงไว้ซึ่งทรัพยากรของส่วนกลาง การกระจายอำนาจแบบที่คาดหวังไว้จึงไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และนำไปสู่เกมชกเย่อของอำนาจในโครงสร้างการสาธารณสุขไทย กับความท้าทายความสามารถของรัฐในการจัดสัมพันธภาพระหว่างส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น โดยมีบริการสุขภาพเป็นเดิมพัน

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพผ่านการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 กำหนดให้มีการถ่ายโอนแล้วเสร็จในเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 ทว่าข้อกำหนดในแผนดังกล่าวไม่เกิดขึ้นจริงเนื่องจาก รัฐบาลในสมัยนั้นมีการกำหนดนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยการยกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำให้การถ่ายโอนภารกิจหยุดชะงักลงชั่วคราว จนกระทั่ง พ.ศ.2564 ที่มีการกำหนดทิศทางการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอีกครั้ง

เส้นทางการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากสถานีอนามัยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการกระจายอำนาจแบบค่อยเป็นค่อยไป



หมายเหตุ: รวบรวมข้อมูล โดย คณะผู้วิจัย

จาก 1) จรวยพร ศรีศัลักษณ์. (2560). สรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

2) คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2566). รายงานสรุปผลการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน./sw.สต. ให้แก่ อปท.

ภาพที่ 8 เป็นหนึ่งในหลักฐานยืนยันถึงเส้นทางการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิตลอดช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ว่าการถ่ายโอนภารกิจที่ผ่านมานั้นดำเนินไปอย่างไร และติดขัด หรือเผชิญกับปัญหา อุปสรรคที่เป็นข้อจำกัด และเป็นสาเหตุสำคัญที่ในปัจจุบันนั้น การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิก็ยังคงดำเนินอยู่ และล่าช้ากว่าแผนการกระจายอำนาจฉบับที่ 2 มานานกว่า 10 ปี คำถามที่ตามมา คือ เกิดอะไรขึ้นในช่วงที่ผ่านมา หรือเป็นเพราะเหตุใดที่การถ่ายโอนภารกิจตลอดช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาไม่ราบรื่นเหมือนแนวทางที่กำหนดไว้ หากมองปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ เปรียบเสมือนการแข่งขันในเกมชกเย่อที่มีอำนาจในการบริหารจัดการและทรัพยากรอยู่ในมือ เดิมพันในครั้งนี่คือ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบายและกฎเกณฑ์ กติกาของเกมนี้ ผู้เล่น คือ กระทรวงสาธารณสุข กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเห็นได้ว่า ตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมากการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในเกมของการชกเย่อเชิงอำนาจ ที่ดึงไปดึงกลับระหว่างการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการยืนยันหยัดที่จะพัฒนาในสังกัดเดิม ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

“
 ก้องถิ่นเป็นกุญแจสำคัญในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่ แต่ปัจจุบันก็ยังชักเย่อกันอยู่
 ส่วนกลางไม่ยอมปล่อย แต่เวลานี้ไม่ใช่เวลาที่จะมาแย่งกัน
 จุดสำคัญคือการร่วมสร้างความสามารถของท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเอง
 เมื่อเขาเข้มแข็งแล้ว ส่วนกลางจะมอบหรือไม่มอบก็มีค่าเท่ากัน เพราะงานไปอยู่ตรงพื้นที่หมดแล้ว
 ”

ศ.พ.อมร นนทสุด อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ผู้วางรากฐานการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

ชักเย่อครั้งที่ 1

จุดเริ่มต้นของการแข่งขันกับนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุข

หากการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัย (สอ.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนและประชาชนมากที่สุด แต่กลับไม่เป็นที่นิยมหรือความไว้วางใจของประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความพร้อมในการให้บริการสุขภาพ และมีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ กลายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนไม่นิยมใช้บริการสถานีอนามัยในช่วง พ.ศ.2530-2550 และกลายเป็นโจทย์ท้าทายสำคัญถึงการพัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของสถานีอนามัยในฐานะหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในปลายทศวรรษ 2540 รัฐบาลในขณะนั้น ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาและยกระดับบริการสุขภาพ โดยปรากฏข้อเสนอเป็นสองแนวทาง ดังนี้

แนวทางที่หนึ่ง กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัย (สอ.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 โดยเริ่มถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยกลุ่มแรกในปี พ.ศ.2551 จำนวน 28 แห่ง ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 22 แห่ง ใน 19 จังหวัด (จรวยพร ศรีศัลักษณ์, 2560) การดำเนินการภายใต้แนวทางนี้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แล้วเสร็จ ภายในธันวาคม พ.ศ.2553 ทว่าแนวทางนี้ก็กลับต้องหยุดชะงักลง ภายหลังจากเปลี่ยนแปลงรัฐบาลที่มีการปรับเปลี่ยนนโยบายใหม่ โดยมุ่งเน้นการยกระดับบริการสุขภาพใหม่ทั้งระบบ พร้อมกับความเห็นของกระทรวงสาธารณสุขในเวลานั้นที่มองว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมในการรับโอนภารกิจและมีข้อจำกัดในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ไม่พร้อมรับโอนภารกิจสถานีนามัยเช่นกัน กอปรกับงบประมาณที่มีการกำหนดไว้ภายใต้แผนกระจายอำนาจ ไม่เพียงพอต่อการรองรับการดำเนินการในการถ่ายโอนภารกิจ รวมไปถึงความไม่มั่นใจของบุคลากรเมื่อมีการย้ายสังกัดไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวทางที่สอง ยกระดับสถานีนามัย (สอ.) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใต้นโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุข เป้าหมายใหม่ในการปฏิรูประบบสาธารณสุขในสมัยรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ด้วยการยกระดับและพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขในขณะนั้น ตามคำแถลงนโยบายนายกรัฐมนตรี (21 ธันวาคม พ.ศ.2551) ซึ่งกล่าวถึงปัญหาพื้นฐานระยะยาวของประเทศไว้ว่า “...คนไทยอายุยืนยาวขึ้น แต่ก็มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้รักษาให้หายได้ยาก และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง” โดยรัฐบาลมีแนวนโยบายด้านสาธารณสุขที่มีความเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการในปีแรก คือ การเร่งลงทุนเพื่อปรับโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่มุ่งสู่การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ โดยลงทุนพัฒนาระบบสุขภาพของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ อันเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุข (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2551, น. 3, 13-14) การดำเนินนโยบายดังกล่าวของรัฐบาล นำไปสู่การยกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 9,770 แห่ง ภายใต้งบประมาณปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง โดยจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการกว่า 50,000 ล้านบาท ตั้งเป้าการดำเนินการให้แล้วเสร็จในปี พ.ศ.2555

หากพิจารณาแนวทางที่เกิดขึ้นทั้งสองแนวทางดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงลักษณะของการชกเยื่อเชิงนโยบายที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ กล่าวคือ ภายหลังจากกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามพระราชบัญญัติกระจายอำนาจฯ พ.ศ.2542 ได้มีการสำรวจสถานีนอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ในปี พ.ศ.2549 พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 9,810 แห่งทั่วประเทศ โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เฉลี่ย 2.9 คน ต่อแห่ง โดยแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 กำหนดให้มีการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จ ภายในเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 ซึ่งดำเนินการไปได้เพียง 28 แห่ง ก่อนที่ในเวลาต่อมารัฐบาลมีการเปลี่ยนนโยบายจากการถ่ายโอนภารกิจไปเป็นการยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใต้นโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุข แม้ว่าจะได้การชื่นชมว่าเป็นนโยบายที่ดีในการปฏิรูปบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ทำให้เกิดการสนับสนุนและการเชื่อมต่อบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามนโยบายนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ถึงการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ เริ่มตั้งแต่การจัดสรรงบประมาณที่ไม่ถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการจัดสรรแบบเก่า ด้วยการคงงบประมาณไว้ที่โรงพยาบาลชุมชน ปัญหาบุคลากรที่ไม่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมตามกรอบที่กำหนด อุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่ตรงตามความจำเป็น หรือมีคุณภาพต่ำ (ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์, 2556, น.29-35) นอกจากนี้ นโยบายดังกล่าวถูกมองว่าเป็นการยื้อเวลาในการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการยกระดับสถานีนอนามัย ซึ่งเดิมที่มีการวางเป้าหมายที่จะยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลประจำตำบล แต่มีข้อจำกัดเชิงเทคนิคที่ไม่สามารถดำเนินการได้ จึงมุ่งเน้นให้เป็นการส่งเสริมสุขภาพแทน และตลอดช่วงระยะเวลาภายใต้การปฏิรูประบบสาธารณสุขก็เป็นช่วงเวลาที่การถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหยุดชะงักลง ด้วยเหตุผลว่า งบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินการในการถ่ายโอนภารกิจ และเป็นช่วงระหว่างการยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อย่างไรก็ดี งานศึกษาของ ลือชัย ศรีเงินยวง (2555) ได้ทำการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบสุขภาพในบริบทการกระจายอำนาจ พบว่า ในภาพรวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการปรับตัวและมีแนวโน้มในการพัฒนาที่ดีขึ้น ในรูปแบบที่มีความแตกต่างและหลากหลาย และหลายแห่งได้รับการสนับสนุนที่ดีจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย รพ.สต. บางแห่งยังคงปฏิบัติงานและให้บริการเช่นเดิม ขณะเดียวกัน รพ.สต. มีการดำเนินเป้าหมายและจัดทำรายงานตามกลไกของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนเรื่องการถ่ายโอนภารกิจยังไม่มีแนวทางหรือนโยบายที่ชัดเจน ทั้งนี้ จากการศึกษาพบปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงานของ รพ.สต. คือ ความไม่แน่นอนทางการเมืองและนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่น และจากการศึกษาในครั้งนี้ ได้เสนอให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะมีการถ่ายโอนภารกิจสถานบริการสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ (SOP) คู่มือหรือการอบรมให้กับบุคลากรที่ถ่ายโอน

ชักรเยื่อครั้งที่ 2

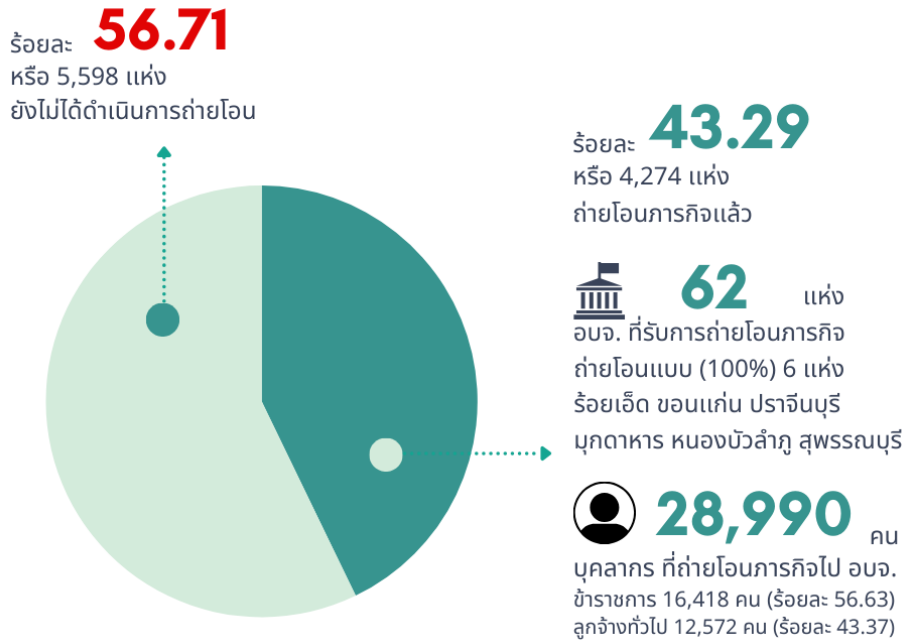
ระหว่างเกมที่ดีเป็นมากกว่าหนึ่งทศวรรษ

ผลของการชักรเยื่อในครั้งที่ 1 ส่งผลให้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหยุดชะงักไปกว่า 3 ปี (พ.ศ.2552-2554) และไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 การถ่ายโอนภารกิจเริ่มต้นอีกครั้งในปี พ.ศ.2555 ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 17 แห่ง ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9 แห่ง ใน 7 จังหวัด ต่อมาในปี พ.ศ.2557 มีการถ่ายโอนเพิ่มเติมอีก 5 แห่ง ตามมาด้วยในปี พ.ศ.2559 อีก 1 แห่ง และในปี พ.ศ.2562-2563 รวมกันอีก 14 แห่ง ซึ่งจะเห็นว่าตลอดช่วง พ.ศ.2555-2563 มีการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเพียง 37 แห่งเท่านั้น จากทั้งหมด 9,872 แห่ง (คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2566)

กระทั่งปี พ.ศ.2564 รัฐบาล (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ให้สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการทบทวนและกำหนดแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจ เพื่อให้การจัดบริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ และถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงานและการถ่ายโอนภารกิจ พร้อมทั้งจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2565 ซึ่งพิจารณาความพร้อมของการถ่ายโอน รพ.สต. แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างองค์กร 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร และ 4) ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในครั้งนี้ เกิดการถ่ายโอนอย่างเป็นระบบภายใต้แนวทางที่กำหนด โดยเกิดการถ่ายโอน ดังนี้

1. การถ่ายโอนปี พ.ศ.2565 มีการถ่ายโอนสะสมรวม 80 แห่ง
2. การถ่ายโอนปี พ.ศ.2566 มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 3,263 แห่ง ไปยัง 49 องค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. การถ่ายโอนปี พ.ศ.2567 มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 931 แห่ง ไปยัง 62 องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผลการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
แสดงดังรูปที่ 9



ภาพที่ 9 ภาพรวมการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2567

ที่มา: คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2566

คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2566) ได้สรุปผลการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบต. ซึ่งพบปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในช่วงที่ผ่านมา โดยมีประเด็นดังนี้ 1) การขาดแคลนบุคลากรและโครงสร้างอัตรากำลังที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เช่น ขาดแคลนบุคลากรและเงื่อนไขในการโอนย้ายของบุคลากร ปัญหาในการจัดสรรตำแหน่งตามโครงสร้างอัตรากำลัง 2) การเงิน การคลัง และพัสดุ ซึ่งเกิดปัญหาหลักเกณฑ์ในทางปฏิบัติที่ยังไม่ชัดเจน ในการจัดสรรเงินของ สปสช. การจัดสรรเงินงบประมาณไม่เป็นไปตามกรอบที่กำหนดไว้ ปัญหาการส่งมอบพัสดุและครุภัณฑ์ และ 3) การบริหาร ซึ่งประเด็นปัญหาสำคัญทั้งในแง่ของระเบียบ กฎหมาย ข้อบังคับ หนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้องไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน และปัญหาที่เกี่ยวกับการมอบอำนาจในการปฏิบัติงาน การอนุมัติและการอนุญาต ประเด็นปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นยังคงเป็นปัญหาในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบันและส่งผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงการขับเคลื่อนภารกิจขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่

การชกเยื่อระหว่างกลไกในช่วงที่ผ่านมา แม้ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนกติกา ให้มีความชัดเจนมากขึ้น ด้วยการกำหนดบทบาทของตัวแสดงที่เกี่ยวข้องภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ทว่าผู้กำกับกติกาในแต่ละพื้นที่ กลับวางบทบาท เป้าหมาย หรือออกแบบเงื่อนไขด้วยกติกา ที่เฉพาะและซับซ้อนมากขึ้น จนยากแก่การออกแบบภารกิจร่วมกันหรือร่วมกันจัดบริการสุขภาพ ในระดับพื้นที่ ในบางกรณีราวกับว่าเป็นการชกเยื่อของอำนาจที่เปลี่ยนรูปแบบของเกมจนต่างไปจาก เกมชกเยื่อครั้งที่ 1 ที่กฎเกณฑ์กติกาไม่ชัดเจน ผู้เล่นมีตัวแสดงจำนวนมาก ส่วนเกมในครั้งที่ 2 มีการกำหนดกติกาชัดเจน ผู้เล่นมีบทบาทที่ถูกกำหนดไว้อย่างเห็นได้ชัด การชกเยื่อในครั้งนี้ กลับมีบทบาทของกรรมการภาคสนามที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ กำหนดเงื่อนไขภายใต้กติกาย่อย ใช้เฉพาะสนาม จนเกิดอาการที่เด่นชัดของการชกเยื่อผ่านเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กลายเป็นข้อจำกัดสำคัญ ในการดำเนินงาน จากการศึกษาในช่วงที่ผ่านมา มีการชี้ชัดถึงปัจจัยที่นำไปสู่การชกเยื่อ ของการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในครั้งที่ 2

ในงานวิจัยของธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา (2565) ได้ทำการศึกษา การพัฒนาตัวแบบ ระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และแนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชนฯ และหนึ่งในกรณีศึกษาของงานวิจัย ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการขับเคลื่อนให้เกิดการถ่ายโอน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปอย่างราบรื่น ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อค้นพบสำคัญดังนี้ 1) ปัจจัยด้านการเมืองจากความเกี่ยวโยงระหว่างการเมืองระดับชาติ กับการเมืองท้องถิ่น ทำให้เกิดเสถียรภาพในการขับเคลื่อนเป้าหมายอย่างชัดเจน รวมไปถึงวิสัยทัศน์ ของผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางและความร่วมมือในการถ่ายโอนภารกิจฯ 2) สัมพันธภาพระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ระหว่างสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างราบรื่น 3) การจัดโครงสร้างในการบริหารงานที่ชัดเจนด้วยการจัดตั้งกองสาธารณสุข องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจฯ นอกจากนี้ การถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้เกิดขึ้น ด้วยการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ช่วงก่อนการถ่ายโอนภารกิจจน ไปถึงภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจ

ขณะที่ผลการศึกษาในกรณีของลำปาง สะท้อนถึงปัญหาของสัมพันธภาพ ระหว่าง องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และสำนักงานสาธารณสุข ในแต่ละอำเภอ มีนัยสำคัญที่อาจส่งผลให้ระดับการถ่ายโอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ประสบความสำเร็จในระดับที่แตกต่างกัน ในกรณีที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

และสำนักงานสาธารณสุขในแต่ละอำเภอ กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีความเห็นร่วมกันว่า ควรถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งใด มีแนวโน้มกระบวนการถ่ายโอนจะสำเร็จได้ง่าย แต่หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และสำนักงานสาธารณสุขในแต่ละอำเภอ กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีความเห็นและมุมมองที่แตกต่างกันอย่างมากและมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน มีแนวโน้มที่กระบวนการถ่ายโอนจะประสบความสำเร็จได้น้อยลงหรือเกิดแรงเสียดทาน ในกระบวนการถ่ายโอนได้มากขึ้น

จากกรณีศึกษา สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการชกเยื่อในเชิงอำนาจระหว่างกลไกของหน่วยงานที่รับผิดชอบภารกิจด้านการสาธารณสุข ทั้งราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค และราชการบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กระบวนการถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจฯ เป็นไปอย่างล่าช้าตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งผลจากการศึกษาในหลายกรณีชี้ชัดให้เห็นถึงสัมพันธภาพอันตึงเครียดระหว่างกลไกในระดับพื้นที่ และการเตรียมความพร้อมในการรับโอนภารกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่เป็นไปอย่างราบรื่น

อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนภารกิจที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน ที่มีการถ่ายโอนไปยัง 62 องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการรับโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยบางส่วนมีการรับโอนไปทั้งหมด ขณะที่บางส่วนมีการรับโอนไปเพียงบางส่วนตามความสมัครใจเท่านั้น กำลังเผชิญกับความท้าทายใหม่ และอาจเป็นสัญญาณของเกมชกเยื่อครั้งที่ 3 เมื่อผลจากการรับโอนภารกิจในครั้งนี้ กำลังสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในเชิงกระบวนการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เริ่มต้นตั้งแต่การจัดทำเอกสารที่เพิ่มมากขึ้น แนวทางการดำเนินงานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการถ่ายโอนรับจากทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น ขณะที่การสนับสนุนทรัพยากรนั้นยังคงได้รับการสนับสนุนทรัพยากรแบบจำกัด ไม่เป็นไปตามกรอบที่กำหนดไว้ อีกทั้ง ความชัดเจนในความก้าวหน้าในอาชีพดูราวกับที่กำลังลดถอยลง จนบุคลากรที่ถ่ายโอนขาดความเชื่อมั่นจากปัญหาและข้อจำกัดในเรื่องกฎระเบียบของท้องถิ่น กอปรกับในช่วงที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเติม และมีการขยายอัตรากำลัง ทำให้บุคลากรสามารถเลื่อนระดับความก้าวหน้าในสายอาชีพได้มากขึ้น ในสังกัดเดิม ปรากฏการณ์ดังกล่าวที่กำลังเกิดขึ้น กำลังท้าทายกระบวนการในการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในครั้งนี้ที่อาจเผชิญกับการชกเยื่อครั้งใหม่ โดยราชการส่วนกลางและภูมิภาคมีความพร้อมมากขึ้น และพยายามจะเหนี่ยวรั้งกลไกในระบบเดิมเอาไว้ ด้วยความเชื่อมั่นและหลักประกันที่มากขึ้น กับศักยภาพที่ถูกกลดทอนลงของราชการบริหารส่วนท้องถิ่น จากกบฏของกฎระเบียบและวิธีงบประมาณที่ส่งผลให้การบริหารจัดการเป็นไปด้วยข้อจำกัดที่ไม่อาจบริหารจัดการได้

อาการวิกฤติของระบบสาธารณสุข: เมื่อผู้ป่วยเพิ่ม งานเยอะ คนไม่พอ เงินไม่มี

กว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา การสาธารณสุขไทยเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ ที่มาพร้อมกับความพยายามในการปรับเปลี่ยนและแก้ไขให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสาธารณสุขและภัยคุกคามสุขภาพของคนไทย ผ่านการออกแบบนโยบายสาธารณสุขและปรับกลไกการสาธารณสุขของประเทศให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและภัยคุกคามสุขภาพ รวมถึงปัญหาการบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ท่ามกลางความท้าทายใหม่ ๆ ที่อุบัติขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงห้าปีที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ 1) ภัยคุกคามสุขภาพ จากโรคของคนเมืองที่เกิดจากพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ 2) การอุบัติขึ้นของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่นำไปสู่การแพร่ระบาดครั้งใหญ่ไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย และ 3) ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ปรากฏการณ์เหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แต่กำลังเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นแบบแผน (pattern) และเกิดขึ้นกับหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งกำลังท้าทายศักยภาพของระบบสาธารณสุขและบริการสุขภาพ ในส่วนของประเทศไทยความท้าทายดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งและกำลังเป็นโจทย์ท้าทายสำคัญว่าประเทศไทยจะรับมือและเตรียมความพร้อมอย่างไร? ในวันที่ประเทศของ “เรา” กำลังเต็มไปด้วย “คนสูงวัยที่สุขภาพไม่ดี ระบบบริการสุขภาพไม่ทั่วถึง และไม่ครอบคลุม” อีกทั้ง ปัญหาเชิงโครงสร้างของการสาธารณสุขไทยที่อยู่ในอาการ “ผู้ป่วยเพิ่ม งานเยอะ คนไม่พอ เงินไม่มี” จนส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ ลดลง และความสามารถในการส่งมอบบริการอยู่ภายใต้ข้อจำกัด

อาการวิกฤติของระบบสาธารณสุข: เมื่อผู้ป่วยเพิ่ม งานเยอะ คนไม่พอ เงินไม่มี

66,171,439

คน

จำนวนประชากรกลางปี พ.ศ.2564

31,829,467

ประชากรเพศชาย

33,368,316

ประชากรเพศหญิง

544,570

อัตราการเกิด

10,127,650

คนสูงวัย

563,650

อัตราการเสียชีวิต

21,902,387

ผู้ป่วย 298 กลุ่มโรค

หมายเหตุ: สถิติสาธารณสุข ข้อมูลปี พ.ศ.2564 (ข้อมูลปี พ.ศ.2565,2566 ยังไม่มีการเผยแพร่ในรายงานของกระทรวงสาธารณสุข)

อัตราเกิดมีชีพ

9.6	9.1	8.7	8.1	7.4
2561	2562	2563	2564	2565

อัตราการตาย

7.1	7.5	7.5	8.4	9.0
2561	2562	2563	2564	2565

อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ

0.3	0.2	0.1	0.0	-0.1
2561	2562	2563	2564	2565

9 อันดับโรคที่คนป่วยมากที่สุด

	หน่วย : คน	หน่วย : ต่อประชากรแสนคน
ความดันโลหิตสูง	1,518,936	2,329.19
เบาหวาน	980,856	1,504.08
ปอดอักเสบ	706,761	1,083.77
หัวใจ	684,618	1,049.81
หลอดเลือดสมอง	360,142	552.25
มะเร็ง และเนื้องอก	812,460	1,245.85
ไตวาย	817,578	1,253.70
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	58,199	89.24
ความผิดปกติจิตเภท	150,211	230.33

จำนวนผู้ป่วย ปี พ.ศ.2564 อัตราต่อประชากรแสนคน

9 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย

83,795	16,604	21,870	32,438	36,214	16,008	6,359	9,444	3,611	หน่วย : คน
128.5	25.5	33.5	49.7	55.5	24.5	9.8	14.5	5.5	หน่วย : ต่อประชากรแสนคน
มะเร็งและเนื้องอก	อุบัติเหตุคมนาคม	หัวใจขาดเลือด	ปอดบวม	หลอดเลือดสมอง	เบาหวาน	การมีเจตนาทำร้ายตนเอง	ความดันโลหิตสูง	เอดส์	ข้อมูลปี พ.ศ.2564

จำนวนประชากรกลางปีต่อบุคลากรทางการแพทย์

1,680

แพทย์

38,807 คน ทั้งหมด

8,057

ทันตแพทย์

8,094 คน ทั้งหมด

4,053

เภสัชกร

16,090 คน ทั้งหมด

353

พยาบาลวิชาชีพ

184,840 คน ทั้งหมด

15,933

พยาบาลเทคนิค

4,093 คน ทั้งหมด

หมายเหตุ: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2564)

รายจ่ายสุขภาพของไทย	งบประมาณรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุข		ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ	
	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	ภาครัฐ	ภาคเอกชน
	145,802.3118	ล้านบาท	505,318	ล้านบาท
	680,773	ล้านบาท		

กระจายอำนาจโดย “จำเป็น”

กระจายอำนาจโดย “จำเป็น” (Decentralization by Default) เป็นการกระจายอำนาจในลักษณะที่รัฐไม่ได้ประสงค์หรือต้องการที่จะกระจายอำนาจหรือแบ่งปันอำนาจของรัฐไปยังกลไกส่วนอื่น ๆ หากแต่สภาการณ์บังคับที่รัฐไม่สามารถดำเนินการหรือจัดทำและให้บริการสาธารณะบางอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชนได้ ทำให้ประชาชนหรือกลไกที่ใกล้ชิด ชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้เอง ไม่จำเป็นต้องพึ่งพารัฐ จึงนำไปสู่การกระจายอำนาจหรือแบ่งปันอำนาจของรัฐบางส่วนไปให้กลไกเหล่านี้ดำเนินการแทน โดยการถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการกระจายอำนาจที่มีการกำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจสถานีนามียไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันมีการกำหนดรูปแบบและแนวทางในการกระจายอำนาจในรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจที่ชัดเจน

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดหลักเกณฑ์และตัวชี้วัดการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามียเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ร่วมจัดบริการสาธารณะ “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” ซึ่งเป็นการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นที่ปรึกษา มีกิจกรรมประกอบด้วย การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ นามีย การรักษา พยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งหมายความถึง สถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และสถานีนามียเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นสถานีนามียเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เป็นลูกข่ายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบและกลไกหลักในการรับบริการถ่ายโอนบริการสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าว รวมทั้งกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือโดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในการรองรับภารกิจสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถจัดหมวดหมู่ได้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างองค์กร 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร และ 4) ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

ตัวชี้วัด	ประเด็นการประเมิน
ด้านโครงสร้าง	
ตัวชี้วัดที่ 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหรืองานด้านคุณภาพชีวิต	1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน่วยงานระดับกองหรือสำนักรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข 2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้มอบหมายผู้รับผิดชอบงานด้านคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นกองส่งเสริมคุณภาพชีวิตขององค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือฝ่ายที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น งานพัฒนาชุมชน งานส่งเสริมและพัฒนาลี้ภัยผู้สูงอายุ งานสวัสดิการสังคม งานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นต้น
ด้านบุคลากร	
ตัวชี้วัดที่ 2 องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุข	1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุข 2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้มีการระบุตำแหน่งและจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขตามโครงสร้างอัตรากำลังของส่วนราชการภายในองค์การบริหารส่วนจังหวัด
ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร	
ตัวชี้วัดที่ 3 องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต	1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตในปีงบประมาณที่ขอรับการประเมิน 2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตภายใน 3 ปีงบประมาณย้อนหลัง โดยนับรวมปีงบประมาณที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดยื่นขอรับการประเมินความพร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจด้วย

ตัวชี้วัด	ประเด็นการประเมิน
ตัวชี้วัดที่ 4 องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีความมั่นคงทางสถานะการเงิน การคลัง และงบประมาณทางด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต	<p>1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีการบันทึกข้อมูลการเงิน การคลัง และงบประมาณในระบบบัญชีคอมพิวเตอร์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (e-LAAS) และระบบบริหารการเงิน การคลังภาครัฐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) ในงานด้านสาธารณสุขและงานด้านคุณภาพชีวิต อย่างครบถ้วนและถูกต้อง</p> <p>2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีการวิเคราะห์เสถียรภาพทางการเงิน การคลัง และงบประมาณขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และมีแนวทางการบริหารวินัยทางการเงิน การคลังอย่างชัดเจน</p>
ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต	
ตัวชี้วัดที่ 5 องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 ปี	<p>องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตปรากฏในแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 ปี โดยแผนงานหรือโครงการนั้นต้องเข้าข่ายงานด้านสาธารณสุขและงานด้านคุณภาพชีวิต หรือสนับสนุนส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ดำเนินการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตดังต่อไปนี้</p> <p>1) งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ยกตัวอย่างเช่น</p> <p>1.1) โครงการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>1.2) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง</p> <p>1.3) โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>1.4) โครงการส่งเสริมการเรียนรู้ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง</p> <p>2) งานส่งเสริมสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น</p> <p>2.1) โครงการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน ได้แก่ โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย</p> <p>2.2) โครงการที่เกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ได้แก่ โครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ</p>

ตัวชี้วัด	ประเด็นการประเมิน
	<p>เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง และโครงการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน</p> <p>3) งานควบคุมและป้องกันโรค ยกตัวอย่างเช่น</p> <p>3.1) โครงการรณรงค์เฝ้าระวังโรคติดต่อ ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้า วัณโรค โรคโปลิโอ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เอ็ดส์</p> <p>3.2) โครงการสนับสนุนการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานภายในพื้นที่จังหวัด เช่น การสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการรณรงค์ป้องกันโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น</p> <p>4) งานรักษาพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น</p> <p>4.1) โครงการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ตามพระราชดำริสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ ฯ กรมพระศรีสวางควัฒน ฯ</p> <p>4.2) โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และ/หรือเป็นผู้ช่วยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและสาธารณสุขในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น</p> <p>4.3) โครงการสนับสนุนการดำเนินงานด้านรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในจังหวัด เช่น การสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น</p> <p>5) งานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น</p> <p>5.1) โครงการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด</p> <p>5.2) โครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการทุกระดับในจังหวัดให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ</p> <p>5.3) โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของหน่วยบริการในจังหวัด</p>

ตัวชี้วัด	ประเด็นการประเมิน
	<p>6) งานคุ้มครองผู้บริโภค ยกตัวอย่างเช่น</p> <p>6.1) โครงการพัฒนาเครือข่ายอาหารปลอดภัย</p> <p>6.2) โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพชุมชนและเครือข่ายภาคประชาชนในการบริโภคและเลือกซื้อสินค้าให้มีคุณภาพ</p> <p>6.3) โครงการสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของหน่วยงานและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่</p> <p>7) งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยกตัวอย่างเช่น</p> <p>7.1) โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น/เครือข่ายอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)</p> <p>7.2) โครงการศูนย์รับแจ้งเหตุการณืแพทย์ฉุกเฉิน 1669</p> <p>7.3) โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น</p>

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2564



4

มองเทศ มองไทย

กับการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จะเกิดอะไรขึ้น ถ้าประเทศไทยเต็มไปด้วยคนป่วย คนสูงวัย
ในวันที่โครงสร้างการสาธารณสุขของประเทศเต็มไปด้วยข้อจำกัด
ปรากฏอาการ “ผู้ป่วยเพิ่ม งานเยอะ คนไม่พอ เงินไม่มี”

ต่างประเทศเขาแก้ปัญหานี้กันอย่างไร?



บทเรียนและประสบการณ์ของต่างประเทศ ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

บทเรียนจากต่างประเทศในการถ่ายโอนบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่า มีการดำเนินการกิจดังกล่าว ในหลายรูปแบบ ซึ่งขึ้นกับบริบทของประเทศนั้น และการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยในบางประเทศ ผ่านประสบการณ์ของการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ทั้งในมิติของคุณภาพหรือมาตรฐานของบริการสาธารณสุข โครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ รวมถึงมิติของการจัดบริการสาธารณสุข ในส่วนของบทเรียนจากต่างประเทศนั้น บทเรียนและประสบการณ์หรือแนวทางในการบริหารจัดการ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับบริบทของประเทศไทย และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาและออกแบบ รูปแบบของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ในฐานะหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

สหราชอาณาจักร: พบหมอประจำตัว ก่อนไปโรงพยาบาล

สหราชอาณาจักร¹¹ หนึ่งในประเทศที่ผ่านประสบการณ์ของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงต้นของคริสต์ศตวรรษที่ 20 และดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาจนถึงปัจจุบัน ผ่านการทบทวนบทเรียนและประสบการณ์ การทดลองในการพัฒนาหน่วยบริการและคุณภาพของบริการสุขภาพ การปรับเปลี่ยนระบบและกลไกให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทั้งในมิติการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม เมื่อเผชิญกับความท้าทายตั้งแต่ความไม่เสมอภาคของบริการทางการแพทย์ ความยากในการเข้ารับบริการสุขภาพ ภัยคุกคามทางสุขภาพของประชาชน ในวันที่ประชากร 1 ใน 3 กลายเป็นคนสูงวัย การระบาดของโรคที่ยากต่อการรับมือ รวมถึงต้นทุนในการจัดบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาพร้อมกับความต้องการในการเข้ารับการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ความท้าทายของการจัดบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรที่ได้รับการยกย่องว่า เป็นหนึ่งในประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีของโลกและเป็นต้นแบบของหลักประสุขภาพที่นำไปใช้ในอีกหลายประเทศทั่วโลก

¹¹ ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร ดำเนินการภายใต้ National Health Service (NHS) โดยที่การดำเนินการใน อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือ มีการจัดบริการสุขภาพและความรับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นอิสระต่อกัน (A. Wilson, 2019, pp.295-296)

ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร เป็นหนึ่งในระบบบริการสุขภาพที่เกิดจากการปฏิรูปของรัฐ ทั้งในเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการ รวมไปถึงกลไกการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งเริ่มต้นในช่วงสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 ท่ามกลางความพยายามในการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุม และประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค จึงมีความพยายามที่จะแก้ปัญหการแตกกระจายในเชิงโครงสร้าง¹² ด้านสาธารณสุขของสหราชอาณาจักร ที่แต่เดิมบริการสุขภาพดำเนินการโดยเอกชน และไม่มีหน่วยงานใดของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบภารกิจโดยตรงกระทั่ง Aneurin Bevan รัฐมนตรีสาธารณสุขและการดูแลทางสังคม ผลักดันกฎหมายที่มีชื่อว่า National Health Service Act 1946¹³ เพื่อจัดระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการถ้วนหน้าได้อย่างครอบคลุมกับประชาชนทั่วประเทศ โดยใช้งบประมาณจากภาษีทั่วไป (General Taxation) ซึ่งในสหราชอาณาจักรมีการจัดเก็บภาษีแบบก้าวหน้า (progressive) ในปี พ.ศ.2491 (ค.ศ.1948) สหราชอาณาจักรได้สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการ พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการและผู้ให้บริการ รวมไปถึงการจัดระบบบริการสุขภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ปี พ.ศ.2505 NHS สร้างโรงพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่ห่างไกล และจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552, น.56-59)

¹² ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 บริการสุขภาพในสหราชอาณาจักร ดำเนินการโดยเอกชนจากแพทย์ที่เปิดคลินิกส่วนตัว และให้บริการกับกลุ่มคนที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะร่ำรวยที่จะสามารถเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ ขณะที่ประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่มีการให้บริการทางการแพทย์ในชุมชน ต่อมามีการให้บริการสุขภาพในรูปแบบโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) โรงพยาบาลที่สร้างขึ้นเพื่อการกุศล (Voluntary Hospital) ให้บริการกับผู้ด้อยโอกาส เก็บค่าบริการเพียงเล็กน้อยหรือไม่คิดค่าบริการ 2) โรงพยาบาลที่สร้างขึ้นโดยรัฐหรือรัฐบาลท้องถิ่น ให้บริการแก่ประชาชนทุกคน โดยไม่คิดค่าบริการ ซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยในเขตท้องถิ่น และ 3) โรงพยาบาลเอกชน การจัดบริการสุขภาพในช่วงเวลาดังกล่าว แพทย์โดยส่วนใหญ่มีการทำงานที่มีความเป็นอิสระสูง ภายใต้การกำกับมาตรฐานทางการแพทย์ และเรียกตัวเองว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner; GPs) ช่วง พ.ศ.2454- 2488 (ค.ศ.1911-1945) เป็นช่วงที่ระบบบริการสุขภาพในสหราชอาณาจักรมีการปรับตัวและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ท่ามกลางความท้าทายต่าง ๆ โดยมีความพยายามที่จะสร้างระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ โดยในปี พ.ศ.2463 (ค.ศ.1920) สหราชอาณาจักรมีการแบ่งระดับบริการสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552, น.56-59)

¹³ เกิดขึ้นจาก Sir William Beveridge จัดพิมพ์รายงาน Beveridge Report 1942 เสนอปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาของระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร เสนอให้บริการสุขภาพต้องครอบคลุมกับประชาชนทุกกลุ่ม ทว่าในระหว่างการผลักดันให้เกิด NHS เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้กำหนดนโยบายของรัฐ รวมถึงปัญหาในการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้การรวมอำนาจหรือการกระจายอำนาจ (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2544, น.14-17)

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพในสหราชอาณาจักร ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 2500 (ค.ศ.1957) ซึ่งเริ่มขับเคลื่อนตั้งแต่การขยายโรงพยาบาลไปยังพื้นที่ห่างไกล การสร้างทีมในชุมชน โดยรัฐมีนโยบายให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioner; GPs) สามารถให้บริการประชาชน มีระบบการขึ้นทะเบียนกับแพทย์ รวมถึงการโอนบุคลากรของท้องถิ่นให้มาอยู่ในความรับผิดชอบของ NHS พร้อมกับการจัดรูปแบบบริการทางการแพทย์แบบทีม และในปี พ.ศ.2517 (ค.ศ.1974) รัฐบาลออกกฎหมายโอนหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้ท้องถิ่นให้มาขึ้นตรงกับ NHS พร้อมทั้งปรับปรุงการทำงาน รวมถึงกลไกการให้บริการสุขภาพ ต่อมา พ.ศ.2529 รัฐบาลให้ความสำคัญกับการจัดทำยุทธศาสตร์และเป้าหมายบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552, น.56-57)

ความเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร เริ่มขึ้นในสมัยรัฐบาลของมาร์กาเรต แทตเชอร์ (Margaret Thatcher) ที่ประกาศว่าจะให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพแบบลดอนรากถอนโคน จากปัญหาการทำงานของ NHS ที่มีความล่าช้า ทำงานแบบราชการมากเกินไป การให้บริการไม่มีประสิทธิภาพ คุณภาพของบริการไม่เป็นที่พึงพอใจของประชาชนผู้ใช้บริการ จึงนำไปสู่การจัดทำเอกสารนโยบาย (White Paper 1989) ที่มีชื่อว่า “Working for Patients” และออกกฎหมาย National Health Service and Community Care Act 1990 โดยรัฐบาลนำกลไกตลาด (Internal Market) มาใช้ในการปฏิรูป NHS ภายใต้อิทธิพลของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในเชิงโครงสร้าง (Structural Reform) พ.ศ.2525 (ค.ศ.1982) และใช้วิธีการบริหารแบบนักบริหารมืออาชีพ มาใช้ในการบริหาร NHS กำหนดให้มีการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) การนำตัวชี้วัดมาใช้ในการประเมินผล (Performance Indicator) การปฏิรูปด้านสุขภาพในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นเหตุให้รัฐบาลจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข จากเดิมร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 6 ของ GDP และเกิดการแบ่งกลุ่มการร่วมผลิตบริการ (co-production) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้บริการ (provider) คือ บุคลากรของโรงพยาบาลและสถานบริการที่อยู่ในชุมชน ผู้ให้บริการที่อยู่ในภาคเอกชน และ 2) ผู้ซื้อบริการ (Purchaser) คือ หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GPs) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552, น.59-60)

ต่อมาในปี พ.ศ.2533 (ค.ศ.1990) รัฐบาลสหราชอาณาจักร มีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพ ภายใต้ NHS ใหม่ โดยลดแนวทางปฏิบัติแบบกลไกตลาด และหันมาใช้การทำงานในรูปแบบความร่วมมือมากขึ้น โดยให้ GP Fund holder หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รวมกลุ่มกันแบบสมัครใจ โดยมีประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบรวมกันไม่น้อยกว่า 5,000 คน (พ.ศ.2539) และปรับโครงสร้างใหม่ในปี พ.ศ.2542 มีการปรับปรุงโครงสร้างในส่วนนี้เป็น Trust

เรียกว่า Primary Care Trust ดูแลประชาชน 150,000-300,000 คน และเป็นผู้จ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล

โครงสร้างการสาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ประกอบไปด้วย 1) Department of Health บริหารจัดการด้านสาธารณสุข กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ และควบคุมกำกับ การมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ 2) Strategic Health Authority (SHAs) เทียบเท่ากับการบริหาร ระดับเขตของไทย ทำหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ พัฒนา Trust ให้มีศักยภาพกำกับการบริการในพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพ 3) Primary Care Trust (PCTs) เป็นโครงสร้างที่พัฒนาต่อจาก GP Fund holder

การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในสหราชอาณาจักร NHS เป็นบริการสุขภาพที่ดูแล ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มอย่างถ้วนหน้าและให้บริการโดยเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำ ตั้งแต่ แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต โดยรัฐบาลเป็นผู้จัดสรรงบประมาณจากภาษีทั่วไป สนับสนุนค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยมีแหล่งที่มาของงบประมาณจาก 1) ภาษีทั่วไป ร้อยละ 83 2) เงินประกันสุขภาพ ร้อยละ 12 3) เงินที่ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย ร้อยละ 3 และ 4) ดอกเบี้ย และอื่น ๆ ร้อยละ 2

รูปแบบในการให้บริการสุขภาพ NHS กำหนดให้ประชาชนทุกคนเลือกขึ้นทะเบียน (Registration) กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GPs) โดยลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์ของ NHS และกรอก รหัสไปรษณีย์เพื่อค้นหา GPs ที่อยู่ใกล้เพื่อทำการลงทะเบียน โดย GPs ทั้งหมดอยู่ในภาคเอกชน ที่ดำเนินการแบบคลินิกเต็มเวลาโดยรัฐ และ NHS เป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนหรือค่าบริการให้กับ GPs ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาล ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน กล่าวได้ว่า ประชาชนทุกคนในสหราชอาณาจักรจะมีแพทย์ประจำตัว (GPs) ของตัวเอง สำหรับข้อมูลมีการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วย ด้วยระบบเวชระเบียน (Medical Record) ของ NHS ทำให้ข้อมูลมีความต่อเนื่อง และประชาชนขึ้น ทะเบียนกับหน่วยบริการตามพื้นที่ ในส่วนของการรักษา GPs จะเป็นผู้สั่งยาให้เภสัชกร โดยผู้ป่วย จะไปรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน โดยที่รัฐจ่ายค่าตอบแทนแบบจ่ายรายปีผ่านสมาคมเภสัชกร (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552, น.58; NHS England, 2023)

การรับบริการของผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีนัด ไม่ฉุกเฉิน จะสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ ภายใน 48 ชั่วโมง และมีการให้บริการนอกเวลา สำหรับรูปแบบของการให้บริการ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการ NHS Walk in Centers เป็นหน่วยบริการที่สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องนัดหมายล่วงหน้า เพื่อความ สะดวกสบายในการให้บริการ เป็นหน่วยบริการที่เน้นทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกส่งไปที่ GPs อีกหนึ่งรูปแบบของการให้บริการ คือ การให้บริการทางโทรศัพท์ และ Interactive Website ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง การติดต่อผ่านโทรศัพท์ โรงพยาบาลจะทำหน้าที่ เป็นผู้สอบถามอาการและประวัติการรักษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ในกรณีที่จำเป็นต้องพบแพทย์

จะมีการติดต่อกลับ และลงบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียน และส่งข้อมูลให้ GPs ในผู้ป่วยบางราย ที่จำเป็นต้องเฝ้าสังเกตอาการ ให้ผู้ป่วยใช้บริการที่ Walk in Centers ส่วนผู้ป่วยที่มีการจ่ายยา แพทย์จะเป็นผู้เขียนใบสั่งยาให้กับพยาบาล และรับยาที่ร้านเภสัชกร สำหรับอาการของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการมักมีอาการ ไข้ ปวดท้อง อาเจียน ผื่น ไอ ท้องเสีย ปวดหัว หวัด ปวดฟัน และเจ็บหน้าอก ในส่วนของเว็บไซต์เป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพ และสามารถสอบถามปัญหาสุขภาพได้ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552, น.58)

ปัจจุบันบริการทางการแพทย์ มุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างศักยภาพด้วยการลงทุน และเพิ่มการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ ผ่านรูปแบบ Telemedicine พร้อมกับการพัฒนาระบบ ส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพิ่มบริการของร้านขายยาใกล้บ้าน ให้สามารถให้บริการจ่ายยาเพิ่มเติม เช่น ยาหลอดเลือด ยาคุมกำเนิด และออกแนวทางการเข้าถึงแนวทางการปฏิบัติทั่วไปสมัยใหม่ (Modern General Practice Access) (NHS England, 2023, p.5)

สำหรับรูปแบบของการถ่ายโอนและดำเนินภารกิจด้านสาธารณสุข สหราชอาณาจักรได้ ดำเนินการตามแนวทางกระจายอำนาจ เพื่อให้การดำเนินงานมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น และท้องถิ่น สามารถดำเนินภารกิจได้อิสระ ขณะที่ NHS ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงประสิทธิภาพและกำกับ มาตรฐานและการให้บริการของท้องถิ่น โดยดำเนินการในลักษณะของการแปรรูปองค์กรของรัฐ โดยดำเนินการ (จิรบุรณ โตสงวน และคณะ, 2553, น.) ดังนี้

ประการที่ 1 สหราชอาณาจักรปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยจัดตั้ง National Health Service (NHS) และวางระบบการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้ประชาชนเลือกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ซึ่งเป็นแพทย์คลินิกเอกชน เป็นแพทย์ผู้ให้บริการ และกำหนดให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในบางรายการสามารถดำเนินการโดยเอกชนได้ เช่น ทันตกรรม ตรวจวัดสายตา บริการสุขภาพนอกเวลา เป็นต้น ขณะเดียวกันได้มีการถ่ายโอนการให้บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิเป็นหนึ่งในบริการสาธารณะของท้องถิ่น

ประการที่ 2 การจ้างให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการแทน โดยให้บริการในระดับตติยภูมิ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการ โดยบริการสุขภาพในรูปแบบนี้โรงพยาบาลเอกชน สามารถ วินิจฉัยโรค ผ่าตัด บริการสุขภาพทุติยภูมิ

ประการที่ 3 การจัดตั้งองค์กรในรูปแบบองค์กรมหาชน ที่ดำเนินการในลักษณะ คณะกรรมการ (NHS Hospital Trust) ทำหน้าที่ในการดูแลและบริหารจัดการโรงพยาบาลในสังกัด NHS และทำหน้าที่ในการบริหารกองทุนสุขภาพ โดยมีความเป็นอิสระและความคล่องตัวในการ บริหารจัดการและให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ สหราชอาณาจักรได้พัฒนาความร่วมมือระหว่างรัฐ และเอกชน (PPP) ซึ่งปรากฏในรูปแบบของ Private Finance Initiative (PFI) ที่เปิดให้ภาคเอกชนเข้ามา ลงทุนและมีส่วนร่วมในโครงการของรัฐ

ในส่วน of หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของสหราชอาณาจักร ปรากฏใน 3 รูปแบบ ดังนี้
รูปแบบที่ 1 Clinical commissioning groups (CCGs) จัดตั้งขึ้นภายใต้กฎหมาย The Health and Social Care Act of 2012 เป็นหน่วยที่รับผิดชอบในการวางแผนและจัดซื้อบริการด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยมีอำนาจในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่ NHS ถ่ายโอนภารกิจให้

รูปแบบที่ 2 การดำเนินภารกิจร่วมกันในการดูแลสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในรูปแบบต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ โดยท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการอำนวยความสะดวก

รูปแบบที่ 3 เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care networks; PCNs) เป็นกลุ่มของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ภายใต้มาตรฐานของการให้บริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงคุณภาพ และการประสานงานร่วมกัน

ญี่ปุ่น: Health Japan 21 บริการสุขภาพที่ทุกคนเข้าถึงได้

ญี่ปุ่นเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการวางรากฐานการสาธารณสุข มาอย่างยาวนาน ทั้งกลไกการจัดบริการสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่นเผชิญกับความท้าทายท่ามกลางความซับซ้อนทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม จากการศึกษาที่ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีประชากรกว่า 100 ล้านคน และเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ ขณะที่ระบบเศรษฐกิจญี่ปุ่นอยู่ในภาวะอัตราส่วนหนี้สาธารณะต่อ GDP สูงกว่าร้อยละ 200 ระยะเวลาที่มากกว่าทศวรรษ ความท้าทายเหล่านี้ กำลังเป็นความท้าทายใหญ่ของการจัดระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่น จากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตัวชี้วัดสำคัญที่ชี้ว่า ระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่นมีประสิทธิภาพเห็นได้ชัดจากการที่ประชากรจำนวนมากมีอายุยืนที่มีสุขภาพดี (Akiteru Takamura, 2015, pp.262-263)

ระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่น ได้จัดระบบบริการในรูปแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีผู้ให้บริการทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่น แบ่งเป็น 3 ระดับของบริการสุขภาพ ได้แก่ บริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ส่วนทุติยภูมิและตติยภูมิให้บริการโดยโรงพยาบาลเฉพาะทาง และมหาวิทยาลัย (โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์)

ญี่ปุ่นได้วางแนวทางในการจัดบริการสุขภาพแบบกระจายอำนาจ โดยรัฐบาลกลางกำหนดนโยบายโดยรวม และรัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการให้บริการ กระบวนการในการกระจายอำนาจของภารกิจด้านการสาธารณสุขมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการถ่ายโอนหรือให้อำนาจในการจัดบริการสาธารณะแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อตอบสนองต่อความ

ต้องการของชุมชน สำหรับแนวทางหลักในการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบไปด้วย 3 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 ความเป็นอิสระของท้องถิ่น (Local Autonomy) โดยมีการถ่ายโอนอำนาจในการดำเนินภารกิจ ให้รัฐบาลท้องถิ่นสามารถออกแบบและจัดทำบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชน รวมทั้งสามารถจัดตั้งและดำเนินกิจการโรงพยาบาลได้

รูปแบบที่ 2 การประสานงานและการดำเนินภารกิจร่วมกัน ในระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่นเน้นการทำงานร่วมกัน ระหว่างรัฐบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ โดยมีสภามิติภาคที่อำนวยความสะดวกในการร่วมมือและวางแผนร่วมกัน

รูปแบบที่ 3 การดูแลโดยชุมชน (Community-Based Care) เป็นแนวทางที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของกลไกระดับชุมชน โดยผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญในการประสานงานและให้บริการ

ในส่วนระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น เริ่มต้นในปี พ.ศ.2504 ชาวญี่ปุ่นทุกคนมีประกันสุขภาพครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลกว่าร้อยละ 70 ของการรักษาตามมาตรฐาน ประชาชนทุกคนสามารถรักษาพยาบาลได้อย่างเท่าเทียม และมีระบบบริการสุขภาพกระจายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ของญี่ปุ่น โดยเฉพาะบริการสุขภาพปฐมภูมิ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในระยะแรกนั้นมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เนื่องจาก ระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่นดำเนินการในลักษณะของสวัสดิการทางสังคม รัฐเป็นผู้จัดบริการและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งในส่วนค่าใช้จ่ายเครื่องมือทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการจัดหาแพทย์และพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลของประชาชน (Akiteru Takamura, 2015, p.263) ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น แบ่งออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) เป็นระบบบริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ และเป็นสวัสดิการสังคม ประชาชนสามารถเลือกสถานพยาบาลใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงความรุนแรงของโรคและสถานะของประกัน 2) การประกันสุขภาพ (health insurance) ในรูปแบบของการทำประกันสุขภาพที่ประชาชนเป็นผู้เลือกซื้อประกันนั้น ๆ

กระทรวงสาธารณสุขแรงงาน และ สวัสดิการ (Ministry of Health, Labour and Welfare : MHLW) เป็นหน่วยงานของรัฐบาลกลางที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและบริหารระบบงบประมาณในประเทศญี่ปุ่น และกำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นทำหน้าที่ในการจัดทำบริการด้าน การดูแลสุขภาพ โดยสภามิติภาคแพทย์ประกันสังคมกลางของญี่ปุ่น ทำหน้าที่ปรับปรุงแผนประกันสุขภาพแห่งชาติและค่ารักษาพยาบาลทุก ๆ 2 ปี เพื่อเป็นแรงจูงใจและพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ (Kato, Daisuke; Ryu, Hikohaku; Matsumoto, Tomoki et al., 2019, p.171)

นับแต่ปี พ.ศ.2523 เป็นต้นมา เศรษฐกิจญี่ปุ่นเติบโตอย่างแข็งแกร่งและมีเสถียรภาพมากที่สุดประเทศหนึ่งของโลก และเป็นช่วงเวลาที่ญี่ปุ่นพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ช่วงเวลาดังกล่าวคนญี่ปุ่นถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีอายุขัยเพิ่มขึ้นและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง รวมไปถึงการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการจัดแพทย์เฉพาะทางเข้ามาดูแลสุขภาพประชาชนในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ขณะที่คลินิกต่าง ๆ ในญี่ปุ่นสามารถให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมเนื่องจาก คลินิกเหล่านี้มีการจัดซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์จำนวนมาก เช่น เครื่องเอกซเรย์ CT-Scan ซึ่งสามารถตรวจอย่างละเอียดและทำการรักษาได้อย่างครอบคลุม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่น ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างครอบคลุม มีการตรวจสุขภาพที่ละเอียด และประชาชนสามารถเลือกรักษากับแพทย์เฉพาะทางได้ (Akiteru Takamura, 2015, pp.263-264)

ในปี พ.ศ.2543 MHLW ได้เสนอนโยบาย “Health Japan 21” ซึ่งเป็นนโยบายสุขภาพญี่ปุ่นในศตวรรษที่ 21 ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นไปที่การป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต โดยกำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นดำเนินนโยบายภายใต้กฎหมายส่งเสริมสุขภาพที่ประเทศญี่ปุ่นใช้บังคับในปี พ.ศ.2545 ด้วยการเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ที่ไม่ได้มองว่า สุขภาพเป็นเพียงสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับ แต่เป็นหน้าที่ของรัฐในการดูแลประชาชน ปัจจุบันญี่ปุ่นได้กำหนดกรอบการดำเนินงานของรัฐบาลท้องถิ่น สำหรับการดูแลแบบประคับประคองและบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ในรูปแบบ Community-Based Integrated Care System และในระยะถัดไปญี่ปุ่นได้ประกาศนโยบาย “The Health Insurance Medical 2035” เพื่อวางแนวทางเชิงกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ความยั่งยืนของระบบการรักษาพยาบาล การสนับสนุนระหว่างประเทศ (Kato, Daisuke; Ryu, Hikohaku; Matsumoto, Tomoki et al., 2019, pp.172-174)

สำหรับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในญี่ปุ่น องค์กรวิชาชีพที่รับผิดชอบการบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ “Japan Primary Care Association (JPCA)” ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามมาตรฐาน เนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของญี่ปุ่นให้บริการตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่แตกต่างกัน และ Japan Medical Association (JMA) มีส่วนร่วมในการพิจารณานโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สุขภาพ และสวัสดิการ ความท้าทายในปัจจุบันของการบริการสุขภาพของญี่ปุ่นกำลังเผชิญกับการขาดแคลนแพทย์ รวมถึงบุคลากรในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์ในเขตเมือง

สำหรับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของญี่ปุ่น มีลักษณะที่แตกต่างไปจากการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศอื่น ๆ โดยทุกหน่วยบริการสุขภาพของญี่ปุ่นถือเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมด สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุม และคนญี่ปุ่นสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิได้ ซึ่งกำลังกลายเป็นปัญหาหนึ่งในการให้บริการสุขภาพของญี่ปุ่น เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิเพื่อรักษา กับแพทย์เฉพาะทางตามกลุ่มอาการของโรคที่เป็น และในทางตรงกันข้าม ปัญหาดังกล่าวทำให้ขอบเขตการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพมีความคลุมเครือ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง จึงเป็นเรื่องยากของการจัดบริการทางการแพทย์ แม้ว่าระบบเวชระเบียนหรือประวัติคนไข้จะมีการเชื่อมต่อกันทั้งหมด โดยมีระบบกลางของ MHLW สนับสนุนการจัดการข้อมูล

ขณะที่รัฐบาลญี่ปุ่นมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้บริการคลินิกปฐมภูมิหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาระบบการรักษายาบาลให้มีประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุข และจัดวางระบบในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีจุดหมายส่งต่อจากแพทย์ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจะต้องจ่ายค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม ในส่วนขอบเขตการปฏิบัติทางคลินิกแพทย์ปฐมภูมิของญี่ปุ่นแตกต่างกันไปตามพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีอยู่ เช่น ในบางพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจัดบริการด้านสูตินรีแพทย์ (การตรวจสุขภาพก่อนคลอด) และในบางหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่าง CT-Scan, Ultrasonography และการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน นอกจากนี้ มีการจัดระบบบริการข้อมูลทางการแพทย์ในรูปแบบออนไลน์ที่เปิดให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ NDB Open Data Japan หรือเรียกว่า เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นการจัดการแบบบูรณาการและการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน

ระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่น โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูง และมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนที่เริ่มตั้งแต่การดูแลสุขภาพตัวเอง และการขยายบริการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมการรักษากว่าร้อยละ 80 ของปัญหาสุขภาพ จนกลายเป็นประตูด่านแรกของการสร้างเสริมสุขภาพดีของประชาชน ทว่าระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่นกำลังเผชิญกับความท้าทายจาก 1) ผู้ป่วยนิยมไปรับการรักษายังหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ทำให้เกิดการฟุ้งพาดูแลในโรงพยาบาลมากเกินไปจนเกิดความจำเป็นและเกิดปัญหาภาระงานที่เพิ่มขึ้นของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ 2) ผู้ป่วยในญี่ปุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น และผู้ป่วยเน้นการรักษากับแพทย์เฉพาะทางมากกว่าการรักษา กับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว หรือแพทย์ทั่วไป

วิเคราะห์บทเรียนและประสบการณ์ของต่างประเทศ ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หากพิจารณาเทียบเคียงกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ โดยยกตัวอย่าง กรณีของญี่ปุ่นและสหราชอาณาจักร โดยวิเคราะห์ภายใต้กรอบการวิเคราะห์ในการประเมินศักยภาพด้านสาธารณสุข ชี้ให้เห็นว่า

มิติที่ 1 **องค์ประกอบเชิงสถาบันและการจัดโครงสร้างองค์กร** เป็นปัจจัยสำคัญ กำหนดขอบข่ายภารกิจหน้าที่ แนวทางในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิและทิศทาง ในการกำหนดนโยบายของแต่ละรัฐ ในกรณีของญี่ปุ่น รัฐบาลกลางกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและความยั่งยืนของระบบการรักษาพยาบาล ภายใต้นโยบาย The Health Insurance Medical 2035 มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กระทรวงสาธารณสุขแรงงาน และ สวัสดิการ (Ministry of Health, Labour and Welfare : MHLW) ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และกำกับมาตรฐาน การให้บริการ ในขณะที่สหราชอาณาจักร มีการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบบริการสุขภาพ แห่งชาติ (National Health Service; NHS) โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและบริการสังคม (Department of Health and Social Care) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ การดำเนินงานของสหราชอาณาจักร ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางในการให้บริการและการจัดรูปแบบ บริการ รวมถึงแนวทางในการให้บริการในลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care networks; PCNs) ซึ่งเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการได้ โดยที่รัฐบาลปรับปรุงประสิทธิภาพ และกำกับมาตรฐาน และการให้บริการของท้องถิ่น ในมิตินี้จะคล้ายกับประเทศไทย ในการที่รัฐบาลเป็นผู้กำหนดทิศทาง นโยบาย และกำหนดขอบข่ายภารกิจ บทบาทหน้าที่ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ออกแบบระบบบริการให้สอดคล้องกับศักยภาพ และความต้องการ ของประชาชน พร้อมทั้งเป็นผู้กำกับมาตรฐานคุณภาพการให้บริการ

มิติที่ 2 **การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข** ในมิตินี้ กรณีญี่ปุ่น เป็นการจัดระบบบริการสุขภาพ 2 รูปแบบ กล่าวคือ 1) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 2) ระบบ การประกันสุขภาพแนวทางในการจัดบริการสุขภาพแบบกระจายอำนาจ รัฐบาลกลางกำหนดนโยบาย โดยรวม และรัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการให้บริการ โดยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่ารักษา ร้อยละ 70 และประชาชนสามารถทำประกันสุขภาพเพิ่มเติมได้ในรูปแบบ ระบบการประกันสุขภาพ คนญี่ปุ่น สามารถใช้บริการหน่วยบริการสุขภาพได้ทุกหน่วย และหน่วยการ แพทย์ปฐมภูมิมือเครื่องมือครอบคลุมการรักษาโรคทั่วไป เช่น ct-scan x-ray ขณะเดียวกันญี่ปุ่น ส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นไปที่การป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต เปลี่ยนวิถีคิดใหม่ จากสุขภาพเป็น เพียงสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับ เป็นหน้าที่ของรัฐในการดูแลประชาชน ทุกหน่วยบริการสาธารณสุข

สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ และคนญี่ปุ่นนิยมรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลเฉพาะทาง ส่วนกรณีของสหราชอาณาจักร รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน ภายใต้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service; NHS) เพื่อให้บริการสุขภาพครอบคลุมต่อประชากรทุกกลุ่ม และครอบคลุมบริการสุขภาพทุกระดับ โดยประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนตามความสมัครใจกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งดำเนินบริการสุขภาพในรูปแบบของคลินิก เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จ้างให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการแทน โดยให้บริการในระดับตติยภูมิ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการ (วินิจฉัยโรค ผ่าตัด บริการสุขภาพทุติยภูมิ) จากการศึกษาในประเด็นนี้ จะเห็นว่า กรณีของญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และไทย มีรูปแบบของการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ภายใต้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในระบบของไทยนั้น ประชาชนสามารถใช้บริการในการตรวจสุขภาพหรือการรักษาได้ทุกหน่วยบริการสุขภาพ หากแต่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์และศักยภาพในการให้บริการรักษาของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้

มิติที่ 3 **กลไกความร่วมมือและการมีส่วนร่วม** ในมิตินี้ กรณีของญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นดูแลสุขภาพตั้งแต่สุขภาพปฐมภูมิถึงการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมทุกบริการสุขภาพ ทุกหน่วยบริการสาธารณสุข และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Integrated Care System) ขณะที่สหราชอาณาจักร ออกแบบระบบบริการสุขภาพโดยเปิดโอกาสให้เอกชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการหรือจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ และมีการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายของหน่วยบริการ (Primary care networks; PCNs) ในส่วนของประเทศไทยนั้น มีการจัดรูปแบบบริการแบบเครือข่ายในลักษณะเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network Primary Care Unit; NPCU) เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วไปได้ แต่ไม่ครอบคลุมในทุกขอบข่ายของภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย และรวมตัวกันจัดทำบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อลดปัญหาศักยภาพและความพร้อมของทรัพยากร ปัจจุบันประเทศไทยมีความพยายามในการออกแบบระบบบริการที่เชื่อมต่อกันในลักษณะเครือข่าย โดยร่วมกับคลินิกเอกชนและร้านยา แต่รูปแบบดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างจำกัดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ หนึ่งในรูปแบบที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมาอย่างยาวนานและยังคงเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงในลักษณะการดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นไปในลักษณะของรูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

มิติที่ 4 ภาวะผู้นำและบทบาทของผู้บริหารในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในมิตินี้ชี้ให้เห็นว่า ในแต่ละกรณีนั้น การกำหนดวิสัยทัศน์และนโยบายในการขับเคลื่อนที่ชัดเจน รวมถึงการวางเป้าหมายและขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีส่วนสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ

มิติที่ 5 การจัดการองค์ความรู้และการบริหารจัดการข้อมูล ในประเด็นนี้ ตัวอย่างที่น่าสนใจและเป็นหนึ่งในการบริหารจัดการที่เป็นระบบ คือ รูปแบบระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของญี่ปุ่นเชื่อมโยงทุกหน่วยบริการ สนับสนุนการจัดการข้อมูล มีการจัดทำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเชื่อมโยงข้อมูลทั้งระบบ ทำให้แพทย์มีข้อมูลและประวัติการรักษาของผู้ป่วย โดยรูปแบบนี้ ไม่ปรากฏอย่างเด่นชัดในประเทศไทย เนื่องจาก แต่ละโรงพยาบาลไม่ได้มีการเชื่อมต่อกันอย่างเป็นระบบ หากแต่เกิดขึ้นในลักษณะของโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด หรือโรงพยาบาลที่มีหน่วยบริการขึ้นตรงในสังกัดเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้มีการให้ความสำคัญและความพยายามในการพัฒนาระบบ โดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่อยู่ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกัน ให้สามารถเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างกันได้ ทั้งนี้ รูปแบบที่เด่นชัดที่สุดของทั้ง 3 กรณี ปรากฏในรูปแบบของบริการสุขภาพทางไกล (Telemedicine)

บทเรียนและประสบการณ์ของไทย ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

นับจากการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ซึ่งเริ่มมีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามายหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปัจจุบัน เป็นการถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอน ตามความในมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และเริ่มดำเนินการถ่ายโอนอย่างเป็นระบบครั้งแรกในปี พ.ศ.2551 โดยมีการถ่ายโอนสถานีนามายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งหมด 27 แห่ง และดำเนินการต่อเนื่องอีกครั้งในช่วง พ.ศ.2555 เป็นต้นมา ทว่าการถ่ายโอนภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินไปอย่างล่าช้า จากข้อมูลในปี พ.ศ.2563 มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมกันเพียง 65 แห่ง จากทั้งหมด 9,787 แห่ง จนกระทั่งปัจจุบันที่มีการกำหนดแนวทางและวิธีการในการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รอบปีงบประมาณ 2566 ได้เริ่มมาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 แห่ง จำนวน 3,263 แห่ง และมีการทยอยถ่ายโอนจนครบตามเป้าหมาย สำหรับบทเรียนและประสบการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยที่มีความโดดเด่นและน่าสนใจ ดังนี้

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการสุขภาพปฐมภูมิและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เริ่มต้นขึ้นจากพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ซึ่งมีการกำหนดให้มีแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และกำหนดให้มีการถ่ายโอนสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดให้ในกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีศักยภาพเพียงพอหรือไม่สามารถรับโอนภารกิจได้นั้น ให้มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด หากแต่สองทศวรรษที่ผ่านมาของการกระจายอำนาจ กลับพบว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความล่าช้ากว่าแผนที่กำหนดไว้ ในปี พ.ศ.2564 คณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีการทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และทำการสำรวจความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขีดความสามารถ พร้อมทั้งจะรับโอนภารกิจ ซึ่งพบว่าหน่วยที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในการรับโอนภารกิจ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จึงจัดทำแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

สำหรับการถ่ายโอนภารกิจฯ และเตรียมการในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจฯ กำหนดให้ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายสำคัญที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลไกในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ และขอบข่ายการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีกฎหมายและระเบียบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ และแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น กฎหมาย ระเบียบ และแนวทางดังกล่าวถือเป็นกรอบสำคัญที่กำหนดขอบข่ายของภารกิจบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจฯ เป็นตัวแสดงสำคัญที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการปฐมภูมิของประเทศ

ในส่วนของโครงสร้างองค์กรและกลไกการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่เดิมหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด โดยกลไกในการขับเคลื่อนสำคัญ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) หน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิกหออัครครอบครัว (PCC) 2) เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (NPCU) 3) หน่วยบริการประจำที่ทำสัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) กลไกทั้งสามส่วนนี้จะเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดสรรงบประมาณในส่วนสิทธิการรักษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม ความเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างองค์กรของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หลังจากการถ่ายโอนภารกิจฯ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีความเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานในบางส่วน กล่าวคือ ภายหลังจากการถ่ายโอนภารกิจฯ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่รับการถ่ายโอนจะโอนย้ายไปขึ้นกับหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เช่น กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดบางแห่งมีการจัดตั้งส่วนที่รับผิดชอบในระดับงาน เพื่อรับผิดชอบและดูแลภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ขณะที่บางแห่งอาจมีการเปลี่ยนชื่อของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจากสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นชื่ออื่น เช่น อบจ.เชียงใหม่ วางแนวทางในการยกระดับและเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์บริการสุขภาพประชาชน” อบจ.ปทุมธานี วางแนวทางในการยกระดับและเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์บริการสุขภาพ

ตำบล” เทศบาลนครนนทบุรี เป็น “ศูนย์บริการสาธารณสุข” เป็นต้น การเปลี่ยนชื่อของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมาพร้อมกับความพยายามในการยกระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีมาตรฐาน มีศักยภาพเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุม

นอกจากนี้ แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้กำหนดโครงสร้างองค์กรของหน่วยบริการสุขภาพประชาชนตามขนาดและจำนวนประชากร เพื่อจัดสรรอัตรากำลังและงบประมาณในการให้บริการประชาชน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิขนาดเล็ก รับผิดชอบประชาชนน้อยกว่า 3,000 คน ดำเนินภารกิจตามขอบข่ายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีอัตรากำลัง 7 คน และได้รับการจัดสรรงบประมาณ 1 ล้านบาท

2) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิขนาดกลาง รับผิดชอบประชาชน 3,000-8,000 คน ดำเนินภารกิจตามขอบข่ายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีอัตรากำลัง 12 คน และได้รับการจัดสรรงบประมาณ 1.5 ล้านบาท

3) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชาชนมากกว่า 8,000 คน ดำเนินภารกิจตามขอบข่ายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีอัตรากำลัง 7 คน และได้รับการจัดสรรงบประมาณ 2 ล้านบาท

ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติจริงกลับพบว่า หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกำลังถ่ายโอนนั้น ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรอัตรากำลังและงบประมาณไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด จากสาเหตุสำคัญ ดังต่อไปนี้

1) บุคลากรเดิมของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไม่ได้ถ่ายโอนมาด้วย และมีความประสงค์ที่จะอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามเดิม ทำให้บุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ขณะเดียวกันหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิส่วนใหญ่มีอัตรากำลังที่ต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังอยู่แล้ว โดยการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในเบื้องต้น จากการศึกษา องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การรับสมัครบุคลากรเฉพาะตำแหน่ง การส่งบุคลากรของ อบจ. ไปช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การจ้างงานรูปแบบพิเศษ เป็นต้น

2) งบประมาณ ก่อนการถ่ายโอนภารกิจงบประมาณของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ละแห่งได้รับอยู่ที่ประมาณ 100,000-300,000 บาท ต่อแห่ง และบางแห่งได้มากกว่า 500,000 บาท โดยงบประมาณดังกล่าวไม่รวมการให้บริการประชาชนตามสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากโครงการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรเพิ่มเติม ส่วนการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ หากพิจารณาตามแนวทางที่กำหนดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจะได้รับการจัดสรรงบประมาณตามกรอบเงินแยกตามขนาดและจำนวนประชากร

ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยขนาดเล็กได้รับการจัดสรรงบประมาณ 1 ล้านบาท ขนาดกลาง 1.5 ล้านบาท และขนาดใหญ่ 2 ล้านบาท โดยไม่รวมงบประมาณที่องค์การบริหารจัดสรรเพิ่มเติม ซึ่งหากเป็นไปตามแนวทางดังกล่าวจะช่วยให้อำเภอสุขภาพปฐมภูมิมีงบประมาณเพียงพอต่อการให้บริการประชาชน แต่กลายเป็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัตินั้น การจัดสรรงบประมาณไม่ได้เป็นไปตามกรอบงบประมาณที่กำหนด แม้ว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยส่วนใหญ่มีการจัดเตรียมงบประมาณสนับสนุนไว้แล้วในเบื้องต้น แต่ก็ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง เมื่อพิจารณางบประมาณที่ได้รับการจัดสรรให้ขึ้นอยู่กับอยู่ระหว่าง 100,000 – 300,000 บาท และรอการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจาก สปสช.

3) ทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในช่วงก่อนการถ่ายโอนภารกิจสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้สนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็น ตามที่มีการเสนอหรือจากการสำรวจรายการบัญชีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งได้รับการจัดสรรอย่างจำกัดตามความจำเป็น สำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นไปใน 2 ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะที่หนึ่ง ถ่ายโอนทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมของ รพ.สต. แต่ละแห่งไปยัง อบจ. โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ถ่ายโอนทรัพยากรที่มีอยู่เดิมให้กับ อบจ. เพื่อให้สามารถดำเนินภารกิจต่อได้อย่างราบรื่น แต่ในบางกรณีที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขบางแห่งไม่ได้ถ่ายโอนทรัพยากรบางส่วนให้กับ อบจ. เนื่องจาก ติดข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับระเบียบพัสดุ ลักษณะที่สอง องค์การบริหารส่วนจังหวัดบางแห่งจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และมีการวางแผนในอนาคต เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ



5

ลำปาง

บทเรียนและประสบการณ์ของพื้นที่



ความเปลี่ยนแปลงในเชิงบริบท กับความท้าทายสุขภาพของคนลำปาง

ลำปางเป็นหนึ่งในจังหวัดที่รับการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 67 แห่ง จากทั้งหมด 132 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50.8 ในปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2566) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ตอบโจทย์ต่อความท้าทายในการเป็นสังคมสูงวัยสมบูรณ์ และปัญหาสุขภาพของคนลำปาง จากภัยคุกคามทางสุขภาพ ทั้งจากโรคระบาด มลพิษทางอากาศ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมไปถึงโรคความเสื่อมของสมองจากวัยชรา ปัญหาดังกล่าวกำลังเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพของชาวลำปาง ที่นับวันผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากปัญหาสุขภาพดังกล่าว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ การสร้างระบบภูมิคุ้มกันทางสังคมที่เริ่มต้นจากการประชาชนมีสุขภาพดี สร้างสังคมสุขภาพดี หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในฐานะด่านแรกของระบบบริการสุขภาพจึงเป็นบริการสาธารณะที่สำคัญ ในการลด ป้องกัน และดูแลสุขภาพของประชาชนในเชิงป้องกัน รวมทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัดในฐานะท้องถิ่นที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ควรเป็นผู้ริเริ่มได้อย่างอิสระในการดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นนั้น ภายใต้มาตรฐานบริการสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ถือเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการรับโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 67 แห่ง 10 อำเภอ จากจำนวนทั้งหมด 132 แห่ง ใน 13 อำเภอ โดยมีการถ่ายโอนภารกิจฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ.2565 ในการรับโอนภารกิจฯ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จังหวัดลำปาง ร่วมกันดำเนินการในการกำหนดแนวทางและแก้ไขปัญหา เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปอย่างราบรื่น และพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามนโยบายขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง โดยมีการจัดทำบันทึกความตกลง (MOU) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ในส่วนโครงสร้างประชากรจังหวัดลำปาง มีจำนวนประชากร 711,748 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 366,209 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 และประชากรชาย 345,539 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 (ข้อมูล ณ มกราคม พ.ศ.2567 จากฐานข้อมูลของ HDC) เมื่อเปรียบเทียบสถิติอัตราการเพิ่มลดของประชากร ในช่วง 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) พบว่า อัตราการเกิดของจังหวัดลำปางมีแนวโน้มลดลง

อย่างต่อเนื่อง ขณะที่อัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเพิ่มขึ้นตามธรรมชาติของประชากรในจังหวัดลำปางมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ และติดลบอย่างต่อเนื่อง 3 ปีซ้อน นับแต่ปี พ.ศ.2561-2563 ในอัตราการเพิ่มขึ้นที่ -0.41 -0.53 และ -0.55 ตามลำดับ (ข้อมูลในปี พ.ศ.2564-2565 ยังไม่ปรากฏข้อมูลที่ชัดเจน) สะท้อนให้เห็นถึง ปัญหาโครงสร้างประชากรในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในอีกทางหนึ่งอัตราการลดลงของประชากรในจังหวัดลำปาง เป็นผลมาจาก 2 ปัจจัยสำคัญที่แสดงให้เห็นผ่านสถิติและข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร ได้แก่ 1) ภัยคุกคามทางสุขภาพจากโรค 2) อุบัติเหตุทางถนน 3) พฤติกรรมทางสุขภาพ

จากข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรในช่วง 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) ซึ่งให้เห็นถึง 5 อันดับโรคที่เป็นภัยคุกคามทางสุขภาพของประชาชนในจังหวัดลำปาง ได้แก่ 1) โรคความดันโลหิตสูง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคความผิดปกติของฟัน 4) โรคทางเดินหายใจ และ 5) เนื้อเยื่อผิดปกติ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2566) ในทางตรงกันข้ามประชาชนในจังหวัดลำปาง เสียชีวิตจากสาเหตุ 1) ความเสื่อมของสมองในวัยชรา 2) การติดเชื้อในกระแสเลือด 3) โรคชรา 4) โรคหัวใจล้มเหลว และ 5) โรคไตเรื้อรัง จากการศึกษา ผู้เขียนได้ตั้งข้อสังเกตถึงปัญหาสุขภาพของคนลำปาง ที่มีแนวโน้มที่จะมีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากอวัยวะสำคัญ คือ สมอง หัวใจ ปอด ไต และหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่มีประชากรเสียชีวิตมากเป็นอันดับที่ 2 คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด และในกลุ่มนี้ ผู้เสียชีวิตจำนวนหนึ่งติดเชื้อในกระแสเลือดแบบไม่ทราบสาเหตุ โดยผู้เขียนตั้งข้อสังเกตว่า ภัยคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับประชาชนเป็นผลมาจากสาเหตุสำคัญ ดังนี้ 1) พฤติกรรมทางสุขภาพ 2) พฤติกรรมการบริโภค 3) มลพิษทางอากาศ กำลังเป็นภัยคุกคามสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน

การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางได้กำหนดแนวทาง ในการขับเคลื่อนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ได้รับการถ่ายโอน ทั้งหมด 67 แห่ง เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สามารถให้การรักษาสุขภาพและอนามัยของประชาชน การให้บริการทางการแพทย์ รักษาโรคพื้นฐาน ทันตกรรม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับประเด็นการพัฒนาตัวแบบป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การลดการสูญเสียชีวิตจากโรคสำคัญ โดยดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network Primary Care Unit: NPCU)

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้กระบวนการในการถ่ายโอนภารกิจไม่ราบรื่นอย่างที่ควรจะเป็น ตั้งแต่ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ จากการที่บุคลากรเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้ทำการย้ายมาเป็นพนักงานของท้องถิ่น ทำให้มีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่เดิมไม่เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ ทำให้ขาดบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ และในบางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากรเพียง 3-4 คน เท่านั้น ในส่วนของงบประมาณ ถือเป็นหนึ่งในข้อจำกัดสำคัญของการถ่ายโอนในช่วงแรก เนื่องจาก รัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณตามกรอบงบประมาณสำหรับการถ่ายโอนภารกิจอย่างเพียงพอ ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปางไม่สามารถจัดสรรงบประมาณได้ตามวงเงินสำหรับการถ่ายโอนทั้งหมด ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานในระยะแรกของการถ่ายโอน โดยในปัจจุบัน การจัดสรรงบประมาณยังไม่เป็นไปตามไปกรอบที่กำหนด โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 250,000 บาท รวมไปถึง ปัญหาด้านอาคารสถานที่ การจัดการกับขยะติดเชื้อ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง

711,748

จำนวนประชากรปี พ.ศ.2566 คน

♂

345,539

ประชากรเพศชาย

♀

366,209

ประชากรเพศหญิง

3,148

ประชากรเกิดปี พ.ศ.2566

172,893

คนสูงวัย

8,232

ประชากรเสียชีวิตปี พ.ศ.2566

หมายเหตุ:

- ข้อมูลจำนวนประชากร วันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2567 จาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
- สถิติการเกิด เสียชีวิต และคนสูงวัย จากฐานข้อมูลสถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร

อัตราเกิดมีชีพ

5.5	5.2	4.9	4.8	4.3
2561	2562	2563	2564	2565

อัตราการตาย

9.14	10.3	10.1	10.4	12
2561	2562	2563	2564	2565

อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ

-0.41	-0.53	-0.55	-	-
2561	2562	2563	2564	2565

9 อันดับโรคที่คนป่วยมากที่สุด

	หน่วย : คน	หน่วย : ต่อประชากรแสนคน
ความดันโลหิตสูง	352,773	49,564
เบาหวาน	245,485	34,490.43
ความผิดปกติฟัน	122,809	17,254.56
ทางเดินหายใจ	120,400	16,916.09
เนื้อเยื่อผิดปกติ	118,444	16,641.28
พยาธิสภาพ	66,780	9,382.53
การบาดเจ็บระบุเฉพาะอื่น ๆ	52,709	7,405.57
หลอดอาหาร กระเพาะ	40,902	5,746.69
ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์	33,564	4,715.71
	จำนวนผู้ป่วย ปี พ.ศ.2566	อัตราต่อประชากรแสนคน

9 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย

480	432	372	222	120	111	94	87	85	หน่วย : คน
67.44	60.69	52.26	31.19	16.85	15.59	13.21	12.22	11.94	
เลือดของสมองในวัยชรา	ติดเชื้อในกระแสเลือด	วัยชรา	หัวใจล้มเหลว	ไตวายเรื้อรัง	ปอดบวม	มะเร็งหลอดลม-ปอด	สมองฝ่อ มีเขตรอบ	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ข้อมูลปี พ.ศ.2566

หมายเหตุ: ข้อมูลวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 จาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

จำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์

1,657

แพทย์ 434 คน ทั้งหมด

7,118

ทันตแพทย์ 101 คน ทั้งหมด

3,824

เภสัชกร 188 คน ทั้งหมด

343

พยาบาลวิชาชีพ 2,095 คน ทั้งหมด

59,914

นักจิตวิทยา 12 คน ทั้งหมด

หมายเหตุ: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2565)

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

412,395

คน

ประชากรที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ



35,605

คน

สิทธิราชการ/รัฐวิสาหกิจ



88,306

คน

ประกันสังคม



166,884

คน

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า



82,262

คน

ต่างชาติ/ข้าราชการ

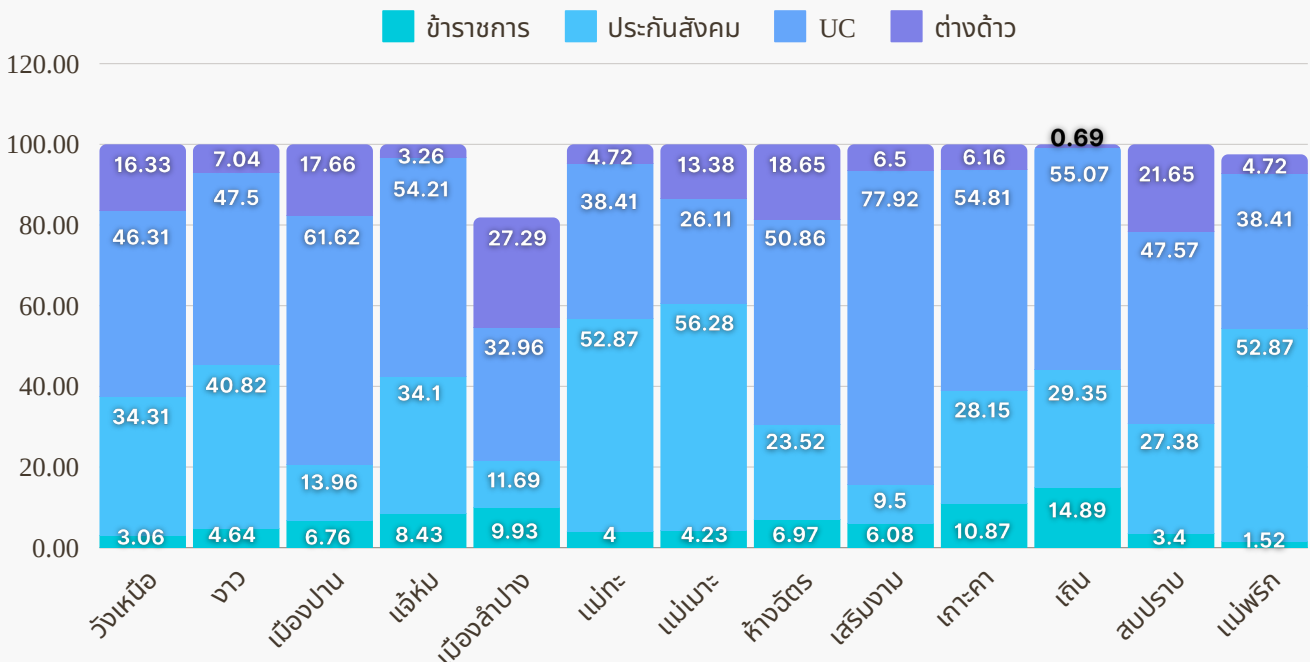


39,338

คน

บันทึกรหัสสิทธิไม่ตรง

หมายเหตุ:
 • ข้อมูลวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2567 จาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง



หมายเหตุ: ข้อมูลวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2567 จาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ศักยภาพด้านสาธารณสุขจังหวัดลำปาง



sw.เฉพาะทาง

1 แห่ง



sw.ศูนย์ (800 เตียง)

1 แห่ง



sw.ชุมชน (10-120 เตียง)

12 แห่ง



สอน./sw.สต.

132 แห่ง



ศูนย์บริการสาธารณสุข

10 แห่ง



อสม. 17,943 คน

หมายเหตุ: ข้อมูลวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2567 จาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง

อ.วังเหนือ

ประชากร 42,936
สูงวัย 25.26%

10 แห่ง
(ทั้งหมด 10 แห่ง)

ถ่ายโอน SW.สต.

สาเหตุของการเสียชีวิต

- สาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ชัดเจน
- โรคชรา
- ติดเชื่อในกระแสเลือด
- ไตวายเรื้อรัง
- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อ.งาว

ประชากร 52,459
สูงวัย 22.34%

8 แห่ง
(ทั้งหมด 12 แห่ง)

ถ่ายโอน SW.สต.

สาเหตุของการเสียชีวิต

- ติดเชื่อในกระแสเลือด
- กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- โรคชรา
- เสื่อมของสมองในวัยชรา
- ความดันโลหิตสูง

อ.เมืองปาน

ประชากร 33,951
สูงวัย 23.66%

4 แห่ง
(ทั้งหมด 6 แห่ง)

ถ่ายโอน SW.สต.

สาเหตุของการเสียชีวิต

- เสื่อมของสมองในวัยชรา
- การตายที่ไม่มีผู้รู้เห็น
- ติดเชื่อในกระแสเลือด
- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- สมองฝ่อมีเขตรอบ

อ.แจ้ห่ม

ประชากร 37,563
สูงวัย 26.69%

2 แห่ง
(ทั้งหมด 10 แห่ง)

ถ่ายโอน SW.สต.

สาเหตุของการเสียชีวิต

- เสื่อมของสมองในวัยชรา
- โรคชรา
- ติดเชื่อในกระแสเลือด
- ไตวายเรื้อรัง
- เยื่อหุ้มปอดอักเสบ

อ.เมืองลำปาง

ประชากร 218,255
สูงวัย 25.5%

7 แห่ง
(ทั้งหมด 20 แห่ง)

ถ่ายโอน SW.สต.

สาเหตุของการเสียชีวิต

- โรคชรา
- ติดเชื่อในกระแสเลือด
- เสื่อมของสมองในวัยชรา
- หัวใจล้มเหลว
- ปอดบวม

อ.แม่ทะ

ประชากร 55,301
สูงวัย 28.74%

13 แห่ง
(ทั้งหมด 13 แห่ง)

ถ่ายโอน SW.สต.

สาเหตุของการเสียชีวิต

- เสื่อมของสมองในวัยชรา
- ติดเชื่อในกระแสเลือด
- ความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ
- การตายที่ไม่มีผู้รู้เห็น
- หัวใจล้มเหลว

อ.แม่เมะ

ประชากร 34,647
สูงวัย 21.93%

3 แห่ง
(ทั้งหมด 5 แห่ง)

ถ่ายโอน SW.สต.

สาเหตุของการเสียชีวิต

- หัวใจล้มเหลว
- ติดเชื่อในกระแสเลือด
- การหายใจล้มเหลว
- หัวใจล้มเหลว
- โรคชรา

ภาพที่ 11 ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง (ต่อ)

ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง

อ.ห้างฉัตร

ประชากร 47,863 คน สูงวัย 27.18%	SW.สต. ถ่ายโอน 10 แห่ง (ทั้งหมด 10 แห่ง)	สาเหตุของ การเสียชีวิต ติดเชื่อในกระแสเลือด โรคชรา หัวใจล้มเหลว การตายกระทันหัน ไตวายเรื้อรัง
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

อ.เสริมงาม

ประชากร 29,559 สูงวัย 26.58%	SW.สต. ถ่ายโอน 0 แห่ง (ทั้งหมด 6 แห่ง)	สาเหตุของ การเสียชีวิต หัวใจล้มเหลว ไตวาย ติดเชื่อในกระแสเลือด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ มะเร็ง
-------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

อ.เกาะคา

ประชากร 60,029 สูงวัย 26.06%	SW.สต. ถ่ายโอน 4 แห่ง (ทั้งหมด 12 แห่ง)	สาเหตุของ การเสียชีวิต โรคชรา ติดเชื่อในกระแสเลือด เสื่อมของสมองในวัยชรา เยื่อหุ้มปอดอักเสบ สมองฝ่อมีเขตรอบ
-------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

อ.เถิน

ประชากร 55,094 สูงวัย 26.55%	SW.สต. ถ่ายโอน 0 แห่ง (ทั้งหมด 18 แห่ง)	สาเหตุของ การเสียชีวิต เสื่อมของสมองในวัยชรา ติดเชื่อในกระแสเลือด ไตวายเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจ
-------------------------------------------	---------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

อ.สบปราบ

ประชากร 26,301 สูงวัย 27.61%	SW.สต. ถ่ายโอน 0 แห่ง (ทั้งหมด 4 แห่ง)	สาเหตุของ การเสียชีวิต ความผิดปกติแบบอื่น ของระบบประสาท เสื่อมของสมองในวัยชรา สมองฝ่อมีเขตรอบ เนื้องอกร้ายหลอดเลือด/ปอด หัวใจล้มเหลว
-------------------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

อ.แม่พริก

ประชากร 16,345 คน สูงวัย 26.59%	SW.สต. ถ่ายโอน 6 แห่ง (ทั้งหมด 6 แห่ง)	สาเหตุของ การเสียชีวิต โรคชรา เสื่อมของสมองในวัยชรา ติดเชื่อในกระแสเลือด มะเร็งเซลล์ตับ ไตวายเรื้อรัง
----------------------------------------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

หมายเหตุ:

- ข้อมูลการถ่ายโอน สอน. และ SW.สต. จาก กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง
- ข้อมูลจำนวนประชากร วันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2567 จาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
- ข้อมูลการเสียชีวิต วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 จาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ภาพที่ 11 ภาพรวมสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง (ต่อ)

ภาพรวมการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

ผลการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ

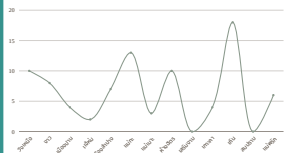


อบจ.ลำปาง เข้าร่วมลงนามการรับโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดลำปาง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และดำเนินการตามกระบวนการถ่ายโอนภารกิจตามแนวทางที่กำหนด

ถ่ายโอน

50.8

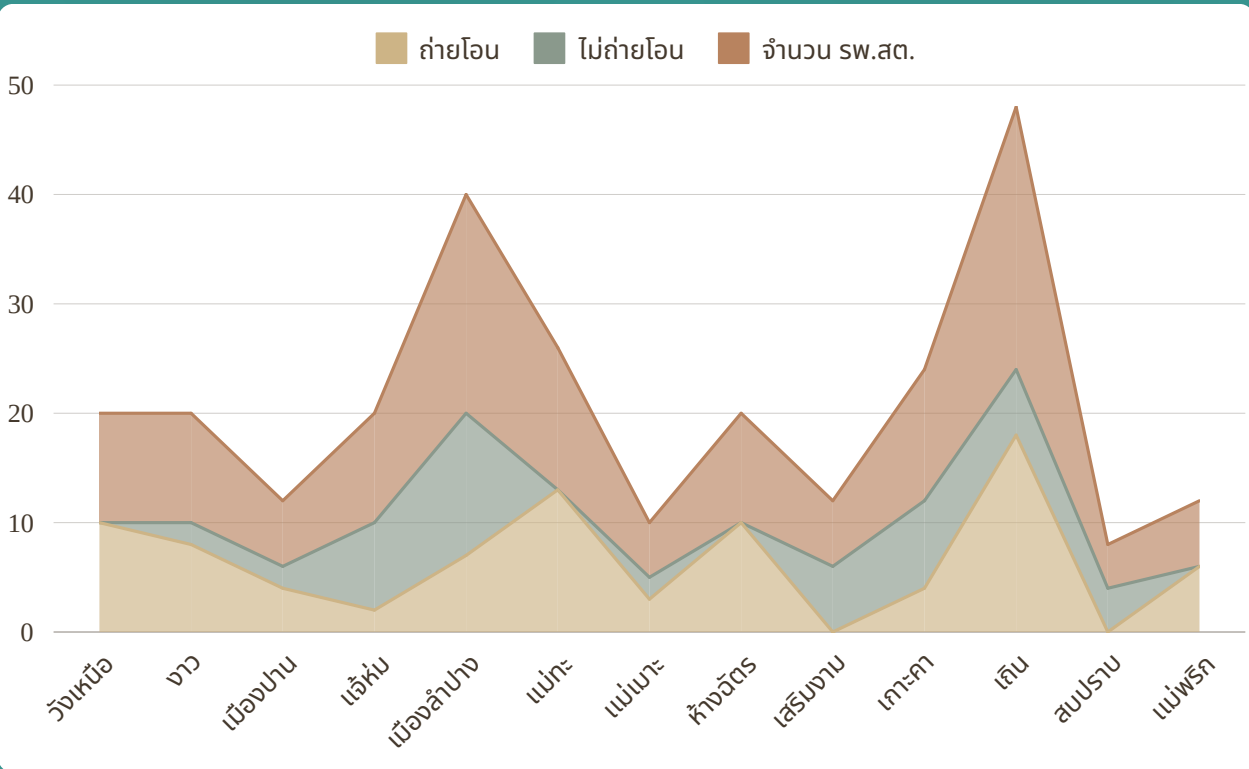
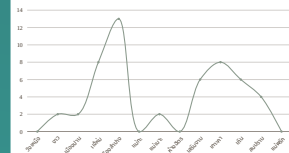
67 แห่ง



ไม่รับการถ่ายโอน

49.2

65 แห่ง



หมายเหตุ: ข้อมูลการถ่ายโอน สอน. และ sw.สต. จาก กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

ประเด็นมุ่งเน้นตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่

ส่งเสริมสุขภาพ

- อนามัยแม่และเด็ก
- บริการสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ
- ให้บริการฉีดวัคซีน
- วัคซีนเด็ก
- Preventive Care
- คัดกรองสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย
- ดูแลทุกกลุ่มวัยใกล้ชิด

ป้องกัน

- จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค
- ส่งเสริมการออกกำลังกาย
- ทบทวนสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับหมู่บ้าน (SRRT)

รักษา

- จ่ายยาถึงบ้าน
- ให้บริการครอบคลุมทั่วถึง
- การดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- NPCU

ฟื้นฟู

- ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย
- การเยี่ยมบ้านหลังออกจากโรงพยาบาล
- NCD ใกล้บ้าน ใกล้ใจ
- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- การดูแลแบบประคับประคอง
- ศูนย์บริการคนพิการ

หมายเหตุ: แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ.2566-2570) ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

สภาพปัญหาและข้อจำกัด

1. สภาพความแออัดของตัวอาคารหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมีพื้นที่ให้บริการและบริหารจัดการภายในหน่วยไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการของประชาชนที่เข้ามาใช้บริการเพิ่มสูงขึ้น ขณะเดียวกันประชาชนเคยชินกับการรักษาโรคมกกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคและบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคุ้นชินกับงานลักษณะรักษา มากกว่าป้องกันโรค ส่งผลให้สภาพความต้องการบริการด้านการรักษาเพิ่มขึ้น

2. อัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานในของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งมีระดับความพร้อมที่แตกต่างกัน ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวังเหนือ มีบุคลากรเฉลี่ย 5 คนต่อแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอแม่ทะ มีบุคลากรเฉลี่ย 10 คน/แห่ง เป็นต้น สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการออกแบบโครงสร้างอัตรากำลังที่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนการกระจายตัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการให้บริการ และโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันด้วย

3. ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีและการสื่อสารในพื้นที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากพื้นที่จังหวัดลำปางมีความหลากหลายในเชิงภูมิศาสตร์ทั้งพื้นที่ราบลุ่ม พื้นที่ดอย และพื้นที่ราบสูง มีการกระจายตัวของชุมชนค่อนข้างมาก การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของรัฐและเอกชน เช่น สัญญาณโทรศัพท์ และสัญญาณอินเทอร์เน็ต ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการในบางพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การพัฒนาระบบปฏิบัติการทางการแพทย์ประสบปัญหา และข้อจำกัดตามมา

4. สมรรถนะของบุคลากรของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ แต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะความสามารถในการใช้งานระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ รวมทั้งสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในช่วงที่ผ่านมาแตกต่างกัน

5. ข้อจำกัดด้านครุภัณฑ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ และได้รับการจัดสรรจากกระทรวงค่อนข้างล่าช้า

ความท้าทาย

การจัดบริการสาธารณสุขบนพื้นที่จังหวัดลำปาง พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ปัญหามลพิษด้านสิ่งแวดล้อม และสภาพทางเศรษฐกิจหรือความยากจนของครัวเรือน มีผลให้ลักษณะของปัญหา มีความเฉพาะแตกต่างกับจังหวัดใกล้เคียงและจังหวัดอื่น ๆ ของไทย 3 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย

ความท้าทายแรก การเปลี่ยนแปลงทางประชากรมีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 ภายในสองทศวรรษหน้า โครงสร้างประชากรจังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจุบันประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 27.49 รองลงมา ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 17.26 และช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 13.65 ทำให้สามารถคาดการณ์สถานการณ์ในอนาคตได้ว่า ภายใน 20 ปีข้างหน้า ประชากรในจังหวัดลำปางจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 ขณะเดียวกันประชากรวัยแรงงานและอัตราการเกิด มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์กล่าวจะส่งผลโดยตรงต่อขีดความสามารถในการรองรับการให้บริการในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Care) มากที่สุด จำเป็นต้องมีการยกระดับการเตรียมความพร้อมด้านสวัสดิการและระบบสุขภาพรองรับอย่างเพียงพอ สร้างการมีส่วนร่วมและการให้ความร่วมมือของประชาชนและผู้ป่วย เนื่องจากระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ เป็นการบริการพื้นฐานระดับครัวเรือนและชุมชน ถือเป็นปราการด่านแรกในการพยายามลดแรงกดดันต่อระบบสาธารณสุขทุติยภูมิ (Secondary Care) และตติยภูมิ (Tertiary Care) มิให้เกิดภาระงานที่มากเกินไปจนความจำเป็น ขณะที่แพทย์และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะระบบสาธารณสุขทุติยภูมิและตติยภูมิ ยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย

ความท้าทายที่สอง สถานการณ์ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมเชิงพื้นที่ ที่ส่งผลกระทบต่อแรงกดดันสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง เนื่องจากพื้นที่จังหวัดลำปางเป็นพื้นที่ตั้งของโรงไฟฟ้าพลังงานถ่านหินแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ และในพื้นที่จังหวัดลำปางมีสภาพอากาศค่อนข้างแล้งในช่วงฤดูหนาวและฤดูร้อนก่อให้เกิดปัญหาไฟป่าและหมอกควันในพื้นที่จังหวัดลำปาง ประชาชนจึงได้รับผลกระทบจากมลพิษทางอากาศทั้งฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) เกินค่ามาตรฐาน และดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index : AQI) อยู่ในระดับสูงบ่อยครั้ง มลพิษทางอากาศที่รุนแรงแตกต่างจากพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ จึงสามารถสร้างแรงกดดันต่อระบบสุขภาพทั้งในระดับระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ และตติยภูมิ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหืด (Asthma) ที่รุนแรงมากขึ้น และในแต่ละช่วงเวลาจำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรด้านสาธารณสุขรองรับการให้บริการแต่ละช่วงให้เกิดประสิทธิภาพในภาพรวม

ความท้าทายที่สาม สถานการณ์ปัญหาความยากจนของประชากร จากข้อมูลพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประชาชนในพื้นที่จังหวัดลำปางมีสัดส่วนคนจนหรืออยู่ใต้เส้นความยากจนอยู่ที่ร้อยละ 7.43 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาคเหนือ และภาพรวมทั้งประเทศ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 6.32 และ 6.77 ตามลำดับ ขณะเดียวกันหนี้สินครัวเรือนอยู่ที่ 144,054.22 บาท ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในครัวเรือน 60,045.80 บาท ค่าใช้จ่ายค่าเช่าซื้อหรือเช่าบ้านและที่ดิน 44,444.73 บาท เมื่อเปรียบเทียบรายได้และค่าใช้จ่ายครัวเรือน พบว่า มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 19,857.63 บาท/เดือน และมีรายจ่าย 16,644.73 บาท/เดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2664: ออนไลน์) ทำให้เห็นว่ารายได้ครัวเรือนสูงกว่ารายจ่ายครัวเรือน 3,212.90 บาท/เดือน หรือมีเงินเก็บออมเพียงร้อยละ 16.18 ของรายได้ในแต่ละเดือนเท่านั้น ซึ่งในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของครัวเรือนในการดูแลคุณภาพชีวิตในหลายมิติ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือความจำเป็นต้องใช้จ่ายอื่น ๆ รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาระหนี้สินเพิ่มขึ้นได้ สำหรับมิติสุขภาพแน่นอนว่าความยากจนและเงินออมของครัวเรือนอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลกระทบต่อแรงกดดันต่อระบบงบประมาณด้านสาธารณสุขของภาครัฐ และภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่อย่างชัดเจน

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อศึกษาสถานการณ์ความพร้อมของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary Care) พบว่า มีประเด็นความท้าทายสำคัญ 2 มิติ ดังนี้

มิติแรก การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด จากการศึกษาพบว่า ทศนคติและความพร้อมของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน กรณีที่มีความพร้อมรับการถ่ายโอนปรากฏเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น เช่น อำเภอแม่พริก อำเภอห้างฉัตร และอำเภอเมืองปาน เป็นต้น ปัจจัยสำคัญที่บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนหนึ่งเห็นด้วย ได้แก่ 1) การถ่ายโอนเป็นโอกาสในการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดมาสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มมากขึ้น 2) ระบบการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ มีความสะดวกรวดเร็วกว่าการอยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข 3) การถ่ายโอนจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเติบโตในสายอาชีพ (Career Path) ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นภายในโครงสร้างกรอบอัตราค่าจ้างใหม่ โดยเฉพาะการเข้าสู่ระดับการขึ้นตำแหน่งชำนาญการพิเศษขึ้นไป ซึ่งกรอบอัตราค่าจ้างของกระทรวงสาธารณสุขมีค่อนข้างจำกัดในทางตรงกันข้าม กรณีที่บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เห็นด้วยมักเกิดจากความไม่เชื่อมั่นต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความวิตกต่อการแทรกแซงของการเมืองท้องถิ่น

ทัศนคติที่มองว่าข้าราชการหรือบุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักดิ์ศรีน้อยกว่าสังกัดราชการส่วนกลาง โอกาสในการพัฒนาความรู้และทักษะน้อยกว่า ความกังวลเกี่ยวกับการรักษาข้อมูลและความลับของประชาชนและผู้ป่วย ความกังวลเกี่ยวกับศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านวิสัยทัศน์ และบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนและกำกับดูแล ความกังวลเกี่ยวกับการทุจริตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านความไม่โปร่งใสและการทุจริตในการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ และแผนงานรองรับการถ่ายโอนยังไม่ชัดเจนหรือสร้างการยอมรับได้อย่างชัดเจน เป็นต้น ขณะเดียวกันยังขึ้นอยู่กับมุมมองและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารในระดับจังหวัดและอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ

มติที่สอง การส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อยกระดับการสร้างเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็น “แม่ข่าย” ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network Primary Care Unit: NPCU) มีความกังวลเป็นพิเศษเกี่ยวกับความชัดเจนของแนวทางการขับเคลื่อนงาน การสนับสนุนทรัพยากรของหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรองรับการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่จำเป็นต้องเน้นงานป้องกันและส่งเสริมเพราะเป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วยเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง มะเร็ง ไตเรื้อรัง สมองเสื่อม ตับแข็ง จึงพบว่ากรณีพื้นที่จังหวัดลำปางทุกพื้นที่มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง มะเร็ง ไตเรื้อรัง ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ การให้บริการหรือพัฒนาศักยภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. ด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ การกระจายอำนาจในการบริหารที่ขึ้นกับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยตรงควรมีศูนย์กลางการจัดการระดับอำเภอเพื่อประสานงานกับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยไม่ใช้เจ้าหน้าที่ในสถานบริการ (ทำหน้าที่คล้ายกับ สสอ. ในปัจจุบัน) อีกทั้งควรมีการจัดทำผังหรือโครงสร้างของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนอำนาจแล้วให้มีความชัดเจน มีการมอบอำนาจให้ ผอ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามภารกิจที่มีระเบียบรองรับเพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และควรมีการปรับขนาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามขนาดประชากรตามทะเบียนราษฎร์ เพราะมีปัญหากับการระบุนาคนจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางที่ไม่เป็นปัจจุบันซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพที่บริหารจัดการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเพิ่มศักยภาพขององค์กรให้ตรงจุดมุ่งหมาย ให้มีโครงสร้างระบบบริหารจัดการ บทบาทหน้าที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน และคล่องตัว เพื่อรองรับการให้บริการแก่ผู้มารับบริการอย่างรวดเร็ว เหมาะสม อีกประเด็นที่สำคัญคือควรมีการจัดทำแผนผังโครงสร้างทั้งแนวดิ่งและแนวราบให้ครบตามกรอบใน 1-3 ปี เพื่อให้ได้รับการจัดสรรตามกรอบ

ควรส่งเสริมสนับสนุนและจัดสรรให้มีบุคลากรทุกด้านให้เต็มกำลังอัตราตามกรอบโครงสร้าง ขนาดของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามความจำเป็นของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใน 5 ปี เพื่อให้ครอบคลุมและเพียงพอต่อการบริหารจัดการด้านสุขภาพหรือด้านอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งไม่มีช่างประปา หากมีการก่อสร้างอยากให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการทุกอย่างเพราะหน่วยงานมีเจ้าหน้าที่จบเฉพาะด้าน เป็นต้น รวมถึงควรที่จะมีคนหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบที่เข้าใจสามารถตอบและตัดสินใจปัญหาเรื่องงานได้ และควรมีการแต่งตั้งมอบหมายผู้ประสานงานหลักในแต่ละอำเภอคอยทำหน้าที่ดูแลและติดตามงานโดยการจัดกลุ่มโซนการประสานงาน ในส่วนของสถานที่ให้บริการ ควรจะเพิ่มพื้นที่บริการประชาชนทั้งโครงสร้างอาคารสถานที่โดยการขยายอาคารสถานที่ให้เพียงพอต่อผู้รับบริการ จัดหาส่วนที่ขาดและจำเป็นต่อการให้บริการให้เพียงพอ เช่น ห้องน้ำ อาคารแพทย์แผนไทย และห้องชันสูตร เป็นต้น

2. ด้านงบประมาณ การบริหารงบประมาณเป็นสิ่งจำเป็นมากในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงควรที่จะสนับสนุนงบประมาณตามสมควรและเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหา การพัฒนาการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ การพัฒนาโครงสร้างเพื่อรองรับการบริการ ตามความเหมาะสมและจำเป็น หรือเพิ่มงบประมาณในการพัฒนาด้านต่าง ๆ โดยยึดฐานข้อมูล จากการใช้ในแต่ละปี รวมถึงเกณฑ์ขนาดประชากรในพื้นที่เป็นหลัก ให้สอดคล้องกับภารกิจ และบริบทการให้บริการแต่ละพื้นที่ที่ตอบสนองผู้รับบริการที่ต่างกัน ในเมือง ชนบท รวมไปถึง การจัดสรรงบประมาณควรเป็นไปตามกรอบขนาดของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (S M L) เป็นอย่างต่ำและไม่น้อยกว่าเดิม เพื่อให้เหมาะสมกับภาระงาน กรณีงบประมาณไม่พอหรือมีกรณีพิเศษเกิดขึ้น เช่น ภัยพิบัติ แผ่นดินไหว ลมพายุ ลูกเห็บตก สามารถขอรับสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพิ่มเติม ซึ่งควรให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเองและมอบ อำนาจการจัดซื้อจัดจ้างตามความเหมาะสมเพื่อความคล่องตัว ให้อำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอำนาจก่อนนี้ผูกพันและเบิกจ่ายเองเบิกจ่าย รวมถึงควรมีการประเมินผลงาน การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการใช้งบประมาณเป็นระยะ ๆ และการทำผลงานตาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3. ด้านบุคลากร ควรจัดสรรบุคลากรทำงานให้เต็มอัตรากำลังตามกรอบโครงสร้าง ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (S M L) โดยเร็วภายใน 3 - 5 ปี บุคลากรต้องมีจำนวน เพียงพอและมีศักยภาพ โดยการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการจัดอบรมให้ ความรู้บุคลากร 1ปี/ครั้ง มีแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาศักยภาพตามตำแหน่งสายงาน วิชาชีพให้สอดคล้องกับภาระงานและตรงกับสายงานวิชาชีพ มอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานได้เต็มประสิทธิภาพ และบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร และพัฒนา เส้นทางความก้าวหน้าตามสายงานเพื่อสร้างแรงจูงใจพร้อมทั้งสร้างขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การทำงานตรงกับหน้าที่จะทำให้เกิดประสิทธิ ภาพมากที่สุด และให้บริการผู้มารับบริการรวมถึงการครอบคลุมในการบริการชุมชน ถ้าหากมีการโยกย้ายของบุคลากรหรือมีตำแหน่งที่ขาด ขอให้คำนึงถึงผลกระทบต่อ การดำเนินงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรรับจัดสรรบุคลากรให้มาทดแทนตำแหน่ง ให้ไวที่สุดเพื่อลดผลกระทบต่อ การบริการ และยังมีบางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาด S ตามโครงสร้างนั้นถูกจำกัดให้มีอัตราเจ้าหน้าที่ การเงินและธุรการเพียงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งเดียวเท่านั้นทำให้พยาบาลและนักวิชาการ ต้องทำการเงินเหมือนอยู่กระทรวงสาธารณสุขเช่นเคย จึงไม่สามารถทำงานประจำที่ตนเองได้รับ มอบหมายได้ดีเพราะต้องเอาเวลาไปทำการเงินพัสดุ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอว่าควรบรรจุอัตราเจ้าหน้าที่ การเงินกับธุรการให้เหมือนกันทุกที่ไม่ควรมีแต่เฉพาะขนาด M กับ L เท่านั้น

4. ด้านทรัพยากร ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบันมีอายุการใช้งานมากและชำรุด บางกรณีไม่มีงบประมาณในการซื้อทดแทนจึงทำให้เกิดปัญหาในส่วนนี้ จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจความจำเป็นหรือความต้องการครุภัณฑ์เพื่อจัดทำแผนรองรับและดำเนินการจัดหาตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด ส่วนเวชภัณฑ์ยาในระยะแรกอาจให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้สรรหา ในระยะยาวอาจจะให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการต่อ ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดควรที่จะต้องมีการจัดหาจัดซื้อครุภัณฑ์ที่จำเป็นที่มีมูลค่าสูงสนับสนุนแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามแผนงานตามกรอบที่ได้รับการจัดสรร ตามลำดับความสำคัญของแต่ละพื้นที่ ส่วนครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าไม่เกินอำนาจที่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับมอบหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจัดซื้อได้ตามแผนและตามความจำเป็น ซึ่งครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นควรได้รับจัดสรรอย่างเพียงพอ ครอบคลุมตามความจำเป็น ตามความเหมาะสม เครื่องมือต้องมีมาตรฐาน มีคุณภาพ และทันสมัย พร้อมให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ที่มารับบริการ ครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องการในการดูแลผู้ป่วยตัวอย่างเช่น เครื่องนึ่งอบ เครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะสำหรับผู้ป่วย คลังยา แล็บ เป็นต้น หากมีอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ในการทำงานที่มีคุณภาพก็จะเกิดประโยชน์กับประชาชนในแต่ละพื้นที่มากยิ่งขึ้น

5. ด้านภารกิจในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรมีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU)

ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายถึงขอบเขตภารกิจที่ต้องดำเนินการร่วมกันและควรเป็นการบริการตามศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของประชาชนมากกว่านโยบาย โดยให้การดำเนินงานเป็นไปตามกรอบพัฒนา คน เงิน ของ และมีภาระงานไม่ควรเกินกรอบงานที่ได้รับ จัดทำกรอบแนวทางการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้หน่วยบริการทุกแห่งมีแนวทางการพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินงานทุกภารกิจในการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้จุดแข็งในแต่ละพื้นที่ในการดำเนินงานปฐมภูมิ พัฒนาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิให้เท่าเทียมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรประสานร่วมมือกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และอยากให้มีทีมสหวิชาชีพที่เป็นบุคลากรของ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมาร่วมให้บริการในอำเภอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนไปเรียบร้อยแล้ว ให้บริการครบทั้ง 4 ด้าน (รักษา ป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟู) โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่ารักษา เน้นงานเชิงรุกในการสร้างสุขภาพที่ดี และให้ครบ 3 มิติ ทั้งบุคคล ครอบครัวและสังคม 5 กลุ่มวัย การดำเนินงานจะต้องปรับเปลี่ยนภารกิจให้เหมาะสมโดยประสานงานกับ CUP แบบไร้รอยต่อและไม่มีผลกระทบต่อประชาชน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการ เน้นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ให้บริการ

ปฐมนิยามอย่างจริงจัง และมีเครือข่ายชัดเจนในหน้าที่การจัดการ ซึ่งจะต้องเน้นการให้บริการอย่างเต็มรูปแบบโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยคงการจัดบริการตามก่อนถ่ายโอน เช่น การเปิดบริการนอกเวลาราชการ

6. ด้านการให้บริการสุขภาพและการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ควรจัดบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานด้านการแพทย์ตามนโยบาย โดยใช้ชุมชนเป็นฐานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้วยการออกแบบการให้บริการตามปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ตรงกับความต้องการของประชาชนและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมและความยั่งยืนเพื่อตอบสนองปัญหาสาธารณสุขและความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนในพื้นที่ โดยให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล (โรคทั่วไป / โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง / อุบัติเหตุและฉุกเฉิน) การส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 กลุ่มวัย 4 ด้าน คือ การป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ การฟื้นฟูสุขภาพ งานคุ้มครองผู้บริโภค จัดด้านบริการแบบองค์รวมให้มีการบริการที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านกาย จิต สังคมมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการให้สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยทุกด้าน ทั้งในสถานบริการและในชุมชนด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้หลักใกล้บ้าน ใกล้ใจ รวดเร็วทันใจของประชาชน สิ่งจำเป็นในการให้บริการแก่ประชาชน คือ ควรจัดการให้บริการแบบเครือข่าย มีระบบส่งต่อที่ชัดเจนกรณีเกินขีดความสามารถ มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างมีระบบตลอด 24 ชั่วโมง มีทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาทางไกลให้ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับผู้รับบริการ ควรมีทีมแพทย์ประจำหน่วยปฐมภูมิให้บริการประจำให้บริการประชาชน และทีมแพทย์ออกตรวจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

7. ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต จัดทำยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และจัดทำแผนพัฒนาร่วมกันในทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ชุมชน เพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ เช่น สังคมเมืองหรือสังคมชนบท และสอดคล้องกันทั้งระดับนโยบายและเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ทำให้เกิดความร่วมมือกันทุกฝ่าย โดยการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มวัยทุกภาคส่วนร่วมกันและต้องสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ โดยการใช้กระบวนการของ พชจ., พชอ., พชต., พชม., องค์การบริหารส่วนตำบล ในการออกแบบบริการสุขภาพ กำหนดกรอบแนวทางพัฒนาให้ชัดเจนมุ่งการมีคุณภาพชีวิตทุกมิติ รวมทั้งพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทของพื้นที่และชุมชนแบบยั่งยืน มีการจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ เช่น แผน 5 ปี มีแผนระยะสั้นและระยะยาว และควรขับเคลื่อนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน มีการบูรณาการในทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ ได้เข้าถึงบริการ ตระหนักถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของตนเองได้อย่างถูกต้อง สิ่งที่ต้องส่งเสริมให้มีคือ การจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา

สุขภาพตามลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบในพื้นที่ กิจกรรมในผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้ เป็นต้น

8. ด้านบทบาทของผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในบางพื้นที่ มีความรู้ความสามารถในการขับเคลื่อนสุขภาพ ซึ่งในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุจึงควรที่จะส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพิ่มบทบาทผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และควรพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองและขับเคลื่อนให้เป็นชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี เสริมสร้างศักยภาพ บทบาทของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มีพลังในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และทันสมัย อีกทั้งยังสมควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด องค์กรบริหารส่วนตำบล หน่วยงานราชการ หรือหน่วยงานเอกชนอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัดที่เข้มแข็ง และยังสามารถดึงผู้สูงอายุในชุมชนที่ติดบ้านและมีความต้องการเข้าสังคม เป็นปราชญ์ชาวบ้าน ข้าราชการเกษียณ มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการในแต่ละอำเภอ เพื่อเป็นเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตได้ โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนเป็นพี่เลี้ยง ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุ และส่งเสริมให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคซึมเศร้า สร้างอาชีพ หรือจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพทุกหมู่บ้าน เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เช่น การทำดอกไม้จันทน์ การทำพรมเช็ดเท้า ฯลฯ



6

ออกแบบทางเลือกใหม่

ความท้าทายและความเป็นไปได้

ความฝัน ที่ทุกบริการสุขภาพ “เรา” เข้าถึงได้
ความหวัง ที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ใกล้เคียงบ้าน
บทเรียน ที่นำมาพัฒนาและปรับปรุง
กับประสบการณ์ที่ท้องถิ่นและคนในท้องถิ่น
ร่วมกันออกแบบบริการสุขภาพของเขาเอง



ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ “sw.สต.” กับสิ่งที่เป็นอยู่

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หนึ่งในกลไกสำคัญที่เป็นด่านแรกในระดับบริการสุขภาพของไทย ทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน และส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน (Preventive Care) ผ่านกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ สร้างสังคมสุขภาพดี เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนยาว ปัจจุบันรัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4,194 แห่ง ไปยัง 62 องค์กรบริหารส่วนจังหวัด แต่ในทางปฏิบัติ ยังคงประสบปัญหาในกระบวนการถ่ายโอนและส่งมอบภารกิจระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรบริหารส่วนจังหวัด รวมถึงแนวทางการบริหารจัดการและการดำเนินงานที่มีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ในบทนี้จึงอธิบายสภาพจริงกับสิ่งที่เป็นอยู่ที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ โดยใช้กรอบการวิเคราะห์ในการประเมินศักยภาพด้านสาธารณสุข¹⁴ ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระดับบริการสุขภาพที่สำคัญในการป้องกัน และลดการเจ็บป่วยของประชาชน

กรอบการวิเคราะห์ในการประเมินศักยภาพด้านสาธารณสุข เพื่อวางกรอบในการศึกษา การจัดรูปแบบหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีขอบข่ายการวิเคราะห์ตามกรอบการวิเคราะห์ในการประเมินศักยภาพด้านสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 มิติ ดังนี้

¹⁴ บทที่ 6 ออกแบบทางเลือกใหม่ ความท้าทายและความเป็นไปได้ ผู้เขียนใช้กรอบการวิเคราะห์ในการประเมินศักยภาพด้านสาธารณสุข ซึ่งดัดแปลงจากกรอบการวิเคราะห์ขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development) ที่ใช้ในการศึกษาบริการสุขภาพของญี่ปุ่น โดยมีการกำหนดกรอบและประเด็นสำคัญไว้ ผู้เขียนจึงปรับกรอบดังกล่าวมาใช้ในการอธิบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งในมิติสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มิติของความท้าทาย และมิติของการออกแบบข้อเสนอแนะ เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นไปอย่างมีแบบแผนและแสดงให้เห็นขอบข่ายของประเด็นที่ชัดเจน เพื่อช่วยในการพัฒนา กำหนดทิศทางของนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในอนาคตของไทย ศึกษาเพิ่มเติมได้ใน “OECD Reviews of Public Health: Japan: A Healthier Tomorrow” (OECD, 2019)

มิตินี้ 1 องค์ประกอบเชิงสถาบันและการออกแบบโครงสร้างองค์กร เป็นการวิเคราะห์ถึงศักยภาพในเชิงสถาบัน กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง การออกแบบโครงสร้างองค์กร ระบบกลไกขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงขอบข่ายภารกิจของหน่วยงาน การบริหารงานบุคคล งบประมาณ และการบริหารจัดการทรัพยากร

มิตินี้ 2 การจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับรูปแบบและแนวทางในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการส่งมอบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจฯ ขอบข่ายของการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

มิตินี้ 3 กลไกความร่วมมือและการมีส่วนร่วม กลไกความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับการศึกษาถึงกลไกความร่วมมือ การออกแบบหรือสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขปฐมภูมิกับหน่วยบริการสุขภาพในระดับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงภาคส่วนอื่น ๆ ของสังคมที่เข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินภารกิจด้านบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ในส่วนนี้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนบทบาทของผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

มิตินี้ 4 ภาวะผู้นำและบทบาทของผู้บริหารในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้ความสำคัญกับภาวะผู้นำ บทบาทในการบริหารจัดการ การวางกรอบทิศทางการพัฒนา วิสัยทัศน์ในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์การจัดการบริการสุขภาพ หรือบทบาทอื่น ๆ ของผู้บริหารที่ส่งผลต่อการสร้างความร่วมมือให้ได้รับการสนับสนุนในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ

มิตินี้ 5 การจัดการองค์ความรู้และการบริหารจัดการข้อมูล ให้ความสำคัญกับการจัดการองค์ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ ออกแบบระบบ สนับสนุนการดำเนินภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือเพื่อจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงแนวทางในการส่งเสริมการวิจัยและการติดตามประเมินผล

ประเด็นสำคัญทั้ง 5 มิติดังกล่าวนั้น เป็นกรอบสำคัญในการศึกษาและทำความเข้าใจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทย และการเชื่อมต่อของระบบบริการสุขภาพโดยรวม ซึ่งสะท้อนให้เห็นปมประเด็นปัญหา สภาพจริงที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ รวมทั้งเป็นกรอบที่ช่วยในการวางกรอบ การพัฒนาข้อเสนอบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปรากฏดังภาพที่ 12

กรอบการพัฒนาข้อเสนอบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เงื่อนไขและข้อกำหนดเชิงสถาบัน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560

พระราชบัญญัติแผนและ
ขั้นตอนการกระจายอำนาจ
พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติองค์การ
บริหารส่วนจังหวัด
พ.ศ.2542

พระราชบัญญัติหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติระบบ
บริการสุขภาพปฐมภูมิ
พ.ศ.2562

กฎหมายและระเบียบ
อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศคณะกรรมการ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

คู่มือ/แนวทางที่เกี่ยวข้อง
กับการจัดบริการสุขภาพ
ปฐมภูมิ

มาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เกณฑ์ SW.สต.ติดดาว

มาตรฐานบริการ
สุขภาพปฐมภูมิ

มาตรฐานสถานพยาบาล
- มาตรฐานวิชาชีพ

มาตรฐาน
หน่วยบริการปฐมภูมิ

นโยบายที่เกี่ยวข้อง

- นโยบายกระทรวง
สาธารณสุข
- นโยบายที่เกี่ยวข้อง
กับการพัฒนาบริการ
สุขภาพปฐมภูมิ
- นโยบายองค์การ
บริหารส่วนจังหวัด

โครงสร้างองค์กร

- จัดตั้งฝ่าย SW.สต.
หรือกำหนดโครงสร้าง
งานในกอง/สำนัก
สาธารณสุข องค์การ
บริหารส่วนจังหวัด
รับผิดชอบดำเนินการ
ถ่ายโอนและบริหาร
จัดการภารกิจ

กลไกในการขับเคลื่อน

- กลไกระดับชาติ กลไก
ระบบสุขภาพของกระทรวง
สาธารณสุข
และองค์กรที่จัดตั้งขึ้น
ตามพระราชบัญญัติ
เฉพาะ
- กลไกระดับเขตพื้นที่
(เขตสุขภาพ, สสจ., สสอ.)
- กลไกระดับท้องถิ่น

ทรัพยากร

- ปรับปรุงแผนพัฒนาที่
ท้องถิ่น 3 ปี และแผนพัฒนา
สุขภาพระดับพื้นที่
ครอบคลุมการปรับ
โครงสร้างองค์กร
การบริหารงานบุคคล
งบประมาณ และปรับ
โครงสร้างองค์กร
ให้รองรับภารกิจ

ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม

- ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง
- ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วม เช่น หมอ/
พยาบาลเกษียณอายุราชการ อาสา
สมัคร คนสูงวัย
- ความร่วมมือทางวิชาการ
- รูปแบบความร่วมมือ

 - MOU
 - อาสาสมัคร/เครือข่าย/ชมรม

ภาวะผู้นำและบทบาท ของผู้บริหารในการขับเคลื่อน บริการสุขภาพปฐมภูมิ

- กำหนดวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์
หรือนโยบายสุขภาพท้องถิ่น
- บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่น
ในฐานะผู้กำหนดนโยบายและ
กำกับผลการดำเนินงาน

การบริหารจัดการองค์ความรู้ และการบริหารจัดการข้อมูล

- การจัดการข้อมูลสุขภาพประชาชน
 - เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
 - แพลตฟอร์มบริการสุขภาพ
- การบริหารจัดการองค์ความรู้-วิจัย
 - Digital Health Information
- การนำเทคโนโลยีมาใช้สนับสนุน
บริการสุขภาพ
 - PCC on Cloud
 - Telemedicine
- การติดตามและประเมินผล
 - การติดตามและตรวจติดตาม

การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

- ขอบข่ายการให้บริการ
 - ส่งเสริมสุขภาพ
 - ควบคุมและป้องกันโรค
 - รักษาพยาบาล
 - ฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - คุ้มครองผู้บริโภค
- รูปแบบ/แนวทางในการจัดบริการ
 - หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)
 - เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)
 - รูปแบบการจัดบริการแบบ หน่วยบริการ
คู่สัญญาเพื่อบริการปฐมภูมิ (CUP)
 - คลินิกหมอครอบครัว (PCC)
- ศักยภาพของหน่วยบริการ/บริการสุขภาพ
 - พัฒนาศักยภาพและยกระดับการให้
บริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
 - Vaccination Program
 - Mental Health Service
 - Health Zoning

ยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

สังคมสุขภาพดี

บริการสุขภาพ
ครอบคลุม ทั้งถึง

ส่งต่ออย่างเป็นระบบ

มุ่งเน้นดูแลสุขภาพ
เชิงป้องกัน

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับความท้าทาย

ระบบบริการสุขภาพของไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายสำคัญ เริ่มตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่ในปัจจุบัน ไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในวันที่โครงสร้างพื้นฐานโดยรวมของประเทศยังไม่พร้อมรองรับกับสังคมที่มีคนสูงวัยจำนวนมาก อีกทั้งประชากรส่วนใหญ่ที่สูงวัย ประสบปัญหาด้านสุขภาพและบางส่วนขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม ทำให้ประเทศไทย กำลังเป็นประเทศที่คนสูงวัย สุขภาพไม่ดี โครงสร้างพื้นฐานไม่พร้อม ในด้านหนึ่งประชากรส่วนหนึ่งของประเทศ กว่า 20 ล้านคน มีปัญหาสุขภาพจาก 298 กลุ่มโรค โดย 1 ใน 3 ของจำนวนนี้ป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่สามารถป้องกันได้

ความท้าทายในกระบวนการผลักดันให้เกิดการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด คือ มีจุดเริ่มต้นมาจากลักษณะของการกระจายอำนาจที่ มิใช่มาตรการเชิงบังคับ (non-mandatory measures) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั่วประเทศรับการถ่ายโอน แต่ใช้รูปแบบการให้ความสมัครใจ (voluntary) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่นั้น ๆ เป็นหลัก ก่อให้เกิดจุดคานงัด (leverage point) ที่ส่งผลให้การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายการถ่ายโอนภารกิจ ปรากฏบนพื้นที่ต่าง ๆ มีทั้งผู้สนับสนุน ผู้คัดค้าน และเพิกเฉยต่อข้อเสนอของรัฐในนโยบายดังกล่าวแตกต่างกัน ตามความเข้าใจ มุมมอง ทศนคติ ประสบการณ์ การประเมินผลลัพธ์ในเชิงผลประโยชน์ระดับปัจเจกบุคคล องค์กร และประชาชนในพื้นที่จะได้รับเพิ่มขึ้นหรือสูญเสียไป นำมาซึ่งปฏิกิริยาแสดงออก เพื่อสนับสนุนและคัดค้านแตกต่างกันออกไป โดยผลลัพธ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ชัดเจน ถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เกิดความคลุมเครือหรือไม่มั่นใจต่อฝ่ายต่าง ๆ มากที่สุด โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. มุมมองที่มีต่อผลลัพธ์จากการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ไม่แน่นอน เป็นผลสืบเนื่องมาจากมาตรการกระจายอำนาจในลักษณะที่ให้ความสมัครใจต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อให้เกิดการคาดการณ์ที่แตกต่างกัน และการต่อสู้ทางความคิดในทุกระดับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

ทั้งผู้ที่มีหน้าที่เชิงกำกับดูแล (regulator) ผู้ทำหน้าที่เชิงสนับสนุน (support) ผู้ปฏิบัติงาน (practitioner) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับบริการ (customer) และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เฝ้ามองปรากฏการณ์ จนนำไปสู่การต่อสู้ในกระบวนการทางนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายในขั้นตอนการตัดสินใจ (decision-making forum) จากกลุ่มคนที่มีชุดความเชื่อร่วมกัน (core belief) แตกกันอย่างน้อย 2 กลุ่มหลัก ประกอบด้วย กลุ่มสนับสนุน และกลุ่มคัดค้าน

2. ประสิทธิภาพของมาตรการจูงใจ (motive measure) เพื่อการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ผ่านมารัฐได้กำหนดมาตรการจูงใจใน โดยการให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดสรรเงินอุดหนุนเพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัดสินใจรับการถ่ายโอนภารกิจตามขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ขนาดเล็ก (S) ขนาดกลาง (M) และขนาดใหญ่ (L) ในวงเงิน 1 ล้านบาท 1.5 ล้านบาท และ 2 ล้านบาท ตามลำดับ รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดสรรงบประมาณให้แก่ผู้ป่วยนอกรายหัวอีกจำนวน 14 บาท/ราย มาตรการจูงใจแรก พบว่า ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถจัดสรรงบประมาณได้เต็มจำนวน เนื่องจากภาครัฐติดข้อจำกัดด้านการจัดหารายได้ ขณะที่การจัดสรรงบประมาณรายหัวเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยนอก ไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการในการให้บริการที่สอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงบทเรียนจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่ง ได้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งอื่น ๆ ส่งผลให้ความเชื่อของฝ่ายคัดค้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

3. กระบวนการถ่ายโอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น ยังขาดมาตรการรองรับและกลไกกำกับดูแลมาตรฐาน ที่เชื่อมโยงที่มีลักษณะการทำงานระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ก่อให้เกิดช่องว่าง (gap) ของหน่วยปฏิบัติและกำกับดูแลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในสังกัดขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ปัญหาดังกล่าวเกิดจากแนวคิดการถ่ายโอนที่เน้นความสมัครใจและถ่ายโอนโรงพยาบาลส่วนตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพียงบางส่วน หรืออาจเรียกว่าเป็น “การกระจายอำนาจแบบตัดท่อน” ตามความสมัครใจเป็นหลัก

ออกแบบอนาคต ของบริการสุขภาพปฐมภูมิ

อนาคตของบริการสุขภาพปฐมภูมิ จุดเริ่มต้นของสุขภาพที่ดีของทุกคน ประเทศไทยกำหนดทิศทางของการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้วิสัยทัศน์ “สุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย” โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และการแพทย์ปฐมภูมิ ทั้งนี้ การกำหนดทิศทางของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในอนาคต จำเป็นที่ต้องออกแบบระบบ กลไกให้ระบบบริการสุขภาพโดยรวมของไทยมีความพร้อมที่จะรองรับกับภัยคุกคามสุขภาพ วิกฤตการณ์ทางสาธารณสุข ตลอดจนภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพของไทยมีความสามารถในการคืนสภาพได้อย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันสุขภาพของคนไทย พร้อมทั้งการพัฒนาเพื่อตอบโจทย์สุขภาพในอนาคต ลดผู้ป่วย ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างสังคมสุขภาพดี ประชาชนแข็งแรง ระบบบริการสุขภาพเข้าถึงได้ ผ่านเกณฑ์สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ภัยคุกคามสุขภาพ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ 3) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และ 4) ความเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์

อนาคตของบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากการเปิดเผยแนวโน้มบริการสุขภาพปฐมภูมิในปี พ.ศ.2567 โดย Forbes (Bernard, 2023) และ Results for Development (Fanny, et al., 2023) ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งกำลังเป็นความท้าทายและหมุดหมายสำคัญของการพัฒนาหลังจากนี้ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ความท้าทายด้านสุขภาพระดับโลก (Global Health Challenges) ให้ความสำคัญกับการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพระดับโลกที่เกิดขึ้นทั้งจากโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อผ่านระบบเส้นใยที่แข็งแกร่งและความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมไปถึงการบริการสุขภาพเชิงป้องกันด้วยการฉีดวัคซีนในกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้ (vaccination programs)

2. นโยบายการดูแลสุขภาพและการปฏิรูปเงินทุนด้านสาธารณสุข เสนอให้มีการจัดตั้งกองทุนรองรับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืนและเสมอภาค การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการกำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพและพัฒนาด้านสาธารณสุข

3. การดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน (Preventative Healthcare) ส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน ป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วย และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง โดยให้ความสำคัญกับแผนการรักษาและการแพทย์เฉพาะบุคคล สนับสนุนรูปการณ์ดูแลสุขภาพด้วยการปรับวิถีการใช้ชีวิต หรือเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์แนวใหม่ในการดูแลสุขภาพ

4. การบูรณาการด้านสุขภาพชุมชนเป็นส่วนหนึ่งกับการดูแลสุขภาพ (Greater integration of community health into primary health care) ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน และการดูแลสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การทำงานร่วมกันกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบของการดูแลสุขภาพแบบทีม (Team Based Care)

5. การบริการสุขภาพโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centric Approaches) เพิ่มขีดความสามารถในการให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการให้ความรู้ รวมไปถึงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

6. การบริการสุขภาพจิต (Mental Health Service) ด้วยการพัฒนารูปแบบการให้บริการและทำให้การดูแลสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผ่านบริการการปรึกษาหรือบริการคัดกรองในการตรวจสุขภาพจิต ตลอดจนการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิต

7. ความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ในการออกแบบและพัฒนาการบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และรองรับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ

8. การดูแลสุขภาพที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (Data Driven Health Care) โดยนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ในการจัดการสุขภาพของประชาชน การคาดการณ์เพื่อระบุและแก้ไขปัญหาสุขภาพ รวมไปถึงการพัฒนาระบบในการวิเคราะห์เชิงคาดการณ์ (Predictive Analysis)

9. การใช้ประโยชน์ข้อมูลดิจิทัลด้านสุขภาพ (Digital Health Integration) ด้วยการสนับสนุนการนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) การติดตามผลระยะไกล (remote monitoring) การพัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพสำหรับการให้คำปรึกษา (digital health platform for consultations) การใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงบันทึกสุขภาพแบบออนไลน์ในการปรับปรุงและแบ่งปันข้อมูลและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ

แนวโน้มบริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำลังไปข้างหน้า นั้น เป็นกุญแจสำคัญในการกำหนดรูปแบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพ และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งเป็นประเด็นสำคัญในการออกแบบนโยบายและทิศทางการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิในอนาคตของประเทศไทย เพื่อให้สอดคล้องกับจุดหมายของการพัฒนาในระดับโลก และเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ออกแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับท้องถิ่น ประเด็นแรกของการสร้างสังคมสุขภาพดี

ความท้าทายที่เกิดขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน ทั้งจากภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ความต้องการในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นอันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงของประชากรจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย และคนสูงวัยส่วนหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงความท้าทายจากโรคอุบัติใหม่และโรคระบาดที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ที่นำไปสู่ความพยายามผลักดันให้เป็นวาระสำคัญสร้างความสนใจในทางการเมืองและความตระหนักรู้ของสังคม โดยในช่วงที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้รับความสนใจและถูกให้ความสำคัญอีกครั้งทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศ ภายใต้วิธีคิดแบบ “Health for All”¹⁵

กว่าสี่ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ปรับปรุงและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นจากการขยายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งในระดับชุมชน ระดับตำบล รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิรูปแบบอื่น ๆ เพื่อให้บริการเป็นไปอย่างทั่วถึงครอบคลุม และประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ จนกระทั่งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดทศวรรษ 2540 ที่นำไปสู่ความพยายามในการปรับโครงสร้างและการกระจายอำนาจของระบบสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านการทดลองจัดรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่นำร่อง และการออกแบบหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใกล้บ้านที่ประชาชนมั่นใจและพึงพอใจในการเข้าใช้บริการ ตลอดจนการพัฒนาการจัดการจัดบริการสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามา มีบทบาทและมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

¹⁵ “Health for All” วาระสำคัญด้านสุขภาพที่มีการกล่าวถึง ครั้งแรกในปี พ.ศ.2521 โดย Dr.Mahler T. Halfdan ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก (WHO) ผู้ผลักดันนโยบาย Health for All ในปฏิญญาอัลมา อตา (Alma Ata Declaration 1978) ต่อมาในปี พ.ศ.2551 Health for All ถูกกล่าวถึงอีกครั้งในฐานะวาระสำคัญด้านสุขภาพของโลก และในปี พ.ศ.2566 กระทรวงสาธารณสุขของไทย ได้นำแนวคิด “Health for All” สุขภาพดีถ้วนหน้า มาใช้เป็นแนวคิดสำคัญของขับเคลื่อนบริการสุขภาพ เนื่องในวันอนามัยโลกปีที่ 75 เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมไปถึงการขับเคลื่อนเป้าหมายด้านสาธารณสุขระดับโลก เช่น กาส์สร้างระบบสาธารณสุขมูลฐาน ความร่วมมือด้านการกำจัดโรค การเป็นต้นแบบในการรับมือกับโรคไม่ติดต่อและโรคอุบัติใหม่พร้อมกันนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นประเด็นโรคไม่ติดต่อ สุขภาพแรงงานข้ามชาติ ความปลอดภัยบนท้องถนน ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แพลตฟอร์มดิจิทัลกับระบบข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการยกระดับความเป็นผู้นำด้านสุขภาพโลกของไทย (Hfocus, 5 เมษายน 2566)

ความเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการที่ดำเนินมาตลอดสี่ทศวรรษที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิและพัฒนาการด้านสาธารณสุขของไทย โดยมีการออกแบบกลไกและการบริหารจัดการด้านสุขภาพในรูปแบบการบริหารจัดการแบบเครือข่าย (Network Governance) ซึ่งปรากฏอย่างเด่นชัดในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้พระราชบัญญัติระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 และระบบการส่งต่อผู้ป่วย ขณะเดียวกันในภาพรวมของสาธารณสุขไทย มีกลไกการเชื่อมประสานและเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพ โดยในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนากลไกและรูปแบบความร่วมมือ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมในการออกแบบและจัดบริการสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มหมอเกษียณหรืออาสาสมัคร การจ้างเหมาบริการบุคลากรแพทย์ การจัดรูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (NPCU) เป็นต้น ปัจจุบันได้มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพ 4,274 แห่ง จากทั้งหมด 9,872 แห่ง ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด 62 แห่ง นับเป็นหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่รัฐเปิดโอกาสให้ “ท้องถิ่น” เข้ามาเป็นผู้ร่วมจัดและให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและปัญหาภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นนั้น ๆ

ในส่วนของการออกแบบข้อเสนอบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้เขียนได้วางกรอบและพัฒนาข้อเสนอบนฐานคิดของการร่วมผลิต (Co-production)¹⁶ และใช้กรอบการวิเคราะห์ในการประเมินศักยภาพด้านสาธารณสุข (OECD, 2019) เป็นกรอบหลักในการเสนอแนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ท้องถิ่นกำลังมีบทบาทในการเป็นผู้ร่วมจัดทำและให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของพื้นที่ แนวคิดการร่วมผลิต เป็นหนึ่งในแนวคิดของการออกแบบบริการสุขภาพในกลุ่มประเทศยุโรป โดยเฉพาะสหราชอาณาจักรที่นำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ NHS เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมกันออกแบบบริการสุขภาพที่ทุกคนเข้าถึงได้ และเป็นบริการสุขภาพของทุกคน (Espinosa-González, et al., 2019)

¹⁶ แนวคิดการร่วมผลิต (Co-production) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้ประชาชน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นผู้ใช้บริการ มาร่วมในการออกแบบบริการหรือร่วมในการจัดทำบริการ ซึ่งมุ่งเน้นความสัมพันธ์ในรูปแบบผู้จัดทำกับผู้ใช้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถออกแบบ ร่วมแก้ไขปัญหาและจัดทำบริการตามความต้องการและความคาดหวัง ปัจจุบันแนวคิดนี้ได้มีการขยายขอบข่ายและการให้คำจำกัดความใหม่ที่หมายรวมถึง หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม หรือภาคส่วนอื่น ๆ มาร่วมในการเป็นผู้จัดทำและให้บริการ เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ทรัพยากร ลดต้นทุนการบริหารจัดการ และเพิ่มขีดความสามารถในการจัดทำบริการสาธารณะ

การร่วมผลิต (Co-production) เป็นวิธีการหรือแนวทางในการทำงานที่ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการเข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ข้อมูล แบ่งปันบทเรียน และประสบการณ์ความสำเร็จและความล้มเหลว รวมถึงการแก้ไขปัญหาและความท้าทายในการบริหารจัดการ และการจัดบริการสาธารณะของภาครัฐ เพื่อนำไปสู่การออกแบบและจัดทำบริการต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของผู้ให้บริการในการกำหนดรูปแบบ ออกแบบ และพัฒนาการบริการ (McGeown, 2023, pp.1896-1897) โดยมีเป้าหมายเดียวกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และร่วมกันตัดสินใจ ภายใต้การทำงานแบบยืดหยุ่นที่สามารถปรับตัวให้พร้อมรับกับความเปลี่ยนแปลง และสามารถปรับปรุงบริการได้อย่างต่อเนื่อง (Louise, 2019, pp.3-11)

การจัดบริการสุขภาพมีการใช้แนวคิดการร่วมผลิตมาขับเคลื่อนการปฏิรูปนโยบายด้านสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาและความท้าทายในการบริหารจัดการ และลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล การปรับปรุงคุณภาพของบริการ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการร่วมผลิต เช่น บทบาทในการร่วมผลิตและส่งมอบบริการ (co-production) ทำหน้าที่ในการออกแบบ จัดทำและส่งมอบบริการสุขภาพ การจัดการร่วมกัน (co-management) และบทบาทในการกำกับดูแล (co-governance) ซึ่งเป็นปรับวิธีการทำงานใหม่ที่ต่างไปจากเดิม เพื่อให้การส่งมอบบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนของกรอบการร่วมผลิต ซึ่งสามารถจัดรูปแบบของการร่วมผลิตได้หลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ หรือเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ กล่าวคือ 1) การร่วมออกแบบ (Co-design) เป็นการออกแบบและวางแผนบริการ 2) การร่วมตัดสินใจ (Co-decision making) จัดสรรหรือสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นร่วมกัน วางแผนการบริหารโดยผ่านกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน 3) การส่งมอบบริการร่วมกัน (Co-delivery of service) และ 4) การประเมินผลบริการร่วมกัน (Co-evaluation of the service) ซึ่งท้ายที่สุดแล้วนำไปสู่การจัดทำบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ

ความพยายามในการปรับโครงสร้างและกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยเริ่มต้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทย หากพิจารณาจากแนวคิดการร่วมผลิตจึงเปรียบเสมือนการเปลี่ยนวิธีการทำงานจากเดิมที่การทำงานอยู่ในลักษณะต่างคนต่างทำ ทั้ง ๆ ที่ในบางภารกิจนั้นดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ให้บริการประชาชนกลุ่มเดียวกัน ในพื้นที่เดียวกันต่างกันตรงที่ชื่อและขอบเขตอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่ยึดโยงอยู่กับทรัพยากรในการบริหารจัดการ โดยในอนาคตวิธีการแบบเก่าจำเป็นที่ต้องค่อย ๆ ลดลง และหันมาร่วมมือกันในการออกแบบบริการร่วมกันที่ยึดเป้าหมายเดียวกัน แลกเปลี่ยนความรู้ แลกเปลี่ยนทรัพยากรร่วมกัน รวมไปถึงการทำลายขอบเขตอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เป็นตัวแบ่งกั้นการทำงาน

และสร้างความรู้สึกที่ไม่ใช่ “เรา” เพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นการออกแบบโดยยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง (Patient Centric) หรือการส่งมอบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ให้ความสำคัญกับการดูแล สุขภาพของประชาชน

หากพิจารณาจากการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นการกระจายอำนาจภายใต้หลักการโอนอำนาจ (devolution) โดยใช้มาตรการจูงใจ (motivate measure) ผ่านการใช้งบประมาณขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในลักษณะทุนประเดิม และค่าใช้จ่ายรายหัวเพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดความสนใจในระยะเริ่มต้น แต่ในทางปฏิบัติยังคงปรากฏ “ความไม่สมดุล (unbalance)” ระหว่างภารกิจที่องค์การบริหาร ส่วนจังหวัดอาจต้องแบกรับ กับงบประมาณและทรัพยากรต่าง ๆ ที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐ ซึ่งในระยะยาวหากยังไม่มีมาตรการจัดการรายได้อื่น ๆ ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด อาจก่อให้เกิดภาวะทางการเงินคลั่งแก่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้

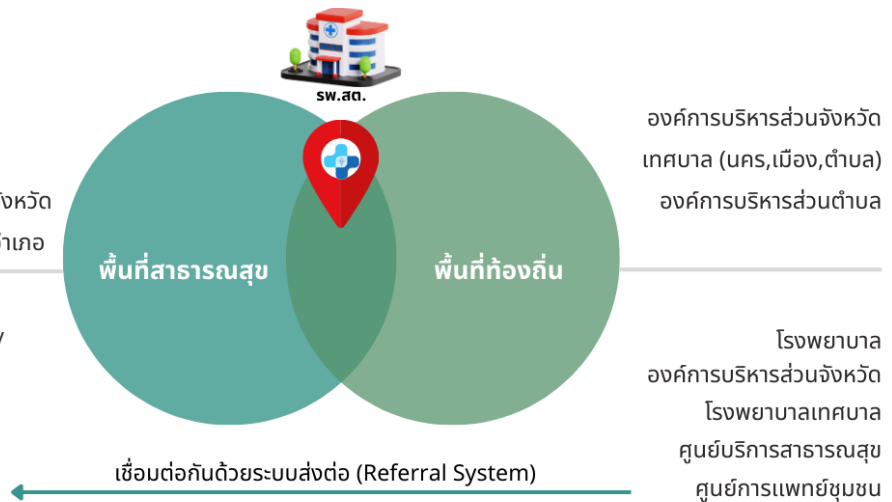
การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ เป็นการผนวกระหว่าง พื้นที่สาธารณสุขกับพื้นที่ของท้องถิ่นเข้าด้วยกัน โดยมีสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นจุดเชื่อมโยงกลไกและบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ ในอนาคตอันใกล้หลังการถ่ายโอน ภารกิจ กลไกการขับเคลื่อนบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ไม่สามารถแยกขาดกันได้ หากแต่จำเป็น ที่จะต้องออกแบบบริการสุขภาพในพื้นที่ร่วมกัน โดยนำปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ เป็นตัวตั้ง โดยที่กลไกสาธารณสุขยังคงทำหน้าที่ในการกำกับมาตรฐานและควบคุมคุณภาพบริการ พร้อมทั้งสนับสนุนการส่งมอบบริการสุขภาพของท้องถิ่น ในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ในฐานะผู้จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นที่ ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพระดับพื้นที่ ที่ตอบโจทย์ต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชนในท้องถิ่น เพื่อสร้างสังคมสุขภาพดี โดยหน่วยบริการในพื้นที่มีการเชื่อมต่อด้วยระบบการรับส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้บริการ สุขภาพมีความคลุ่มทุกระดับ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ในส่วนของกลไกของระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่หลังการถ่ายโอนภารกิจ ปรากฏดังภาพที่ 13

หน่วยบริหาร และกำกับมาตรฐาน

กระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 1-12
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

หน่วยบริการ

โรงพยาบาลเฉพาะทาง/
สถาบันเฉพาะโรค
โรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลชุมชน



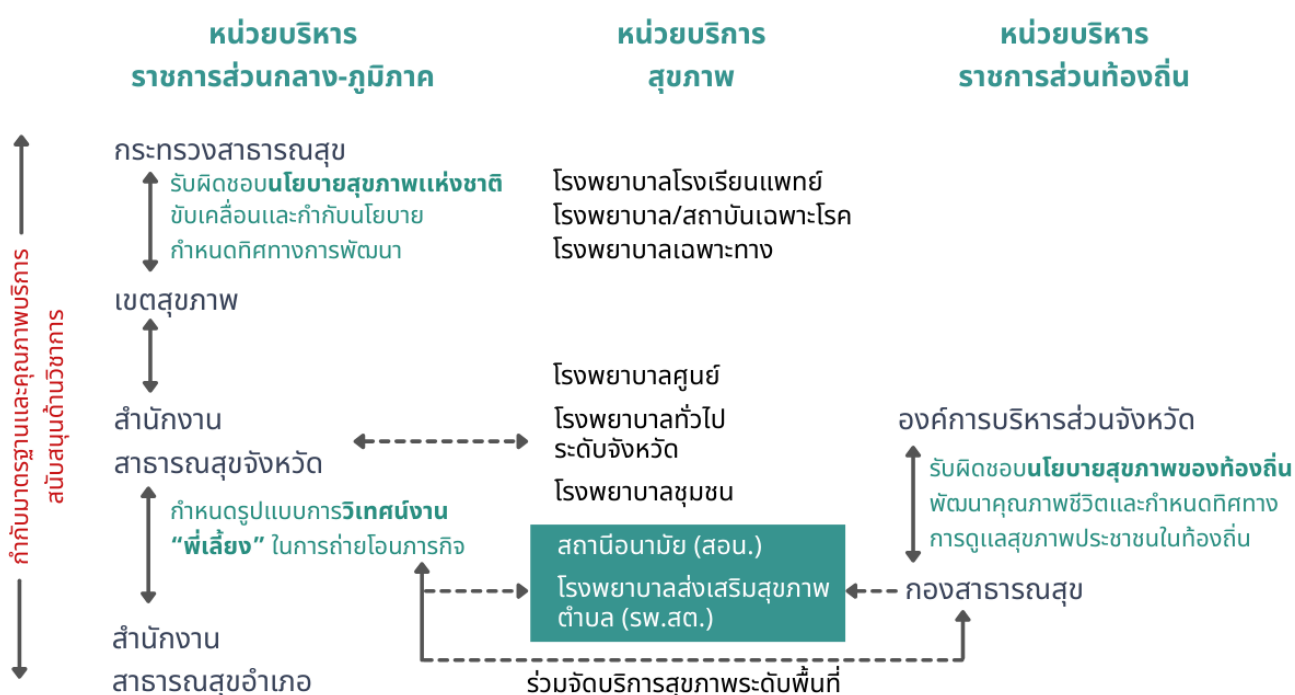
ภาพที่ 13 กลไกของระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่หลังการถ่ายโอนภารกิจ

สำหรับการออกแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในอนาคต ภายใต้แนวคิดการร่วมผลิต หลังการถ่ายโอนภารกิจ จึงควรมุ่งเน้นไปที่การดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อสร้างสังคมสุขภาพดี โดยคำนึงถึงบริบทของท้องถิ่นนั้น ๆ ในส่วนของข้อเสนอแนะ ผู้เขียนได้วางกรอบการพัฒนาข้อเสนอ โดยจัดกลุ่มประเด็นตามกรอบการวิเคราะห์ในการประเมินศักยภาพด้านสาธารณสุข (OECD, 2019) โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อเสนอประเด็นที่ 1 มิติองค์ประกอบเชิงสถาบันและการออกแบบโครงสร้างองค์กร

1. ให้มีการกำหนดบทบาทและปรับเปลี่ยนบทบาทในการขับเคลื่อนภารกิจด้านสุขภาพ ของกลไกการสาธารณสุขของระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ กล่าวคือ 1) ในส่วนหน่วยบริหาร ของส่วนราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในระดับพื้นที่ ที่อยู่ในโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้มีการกำหนดบทบาท อำนาจหน้าที่ในการเป็นผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำกับติดตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ในการปฏิบัติในพื้นที่ และทำหน้าที่เป็นหน่วยกำกับมาตรฐานและคุณภาพบริการ รวมถึงสนับสนุน ด้านวิชาการให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด และทำหน้าที่เป็น “พีเลี่ยม” หรือเป็นนักประสาน (connector) เพื่อให้บริการสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นผู้รับผิดชอบนโยบายสุขภาพของท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสังคมสุขภาพดี พัฒนาคุณภาพชีวิตและกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น โดยจัดตั้งหน่วยงานรองรับตามคู่มือฯ ที่กำหนด คือ กองสาธารณสุข โดยให้มีการพัฒนาโครงสร้าง ระบบกลไกการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน และกำกับดูแลในรูปแบบคณะกรรมการร่วม วางกรอบมาตรฐาน และระบบติดตามประเมินผล สรุปดังภาพที่ 14



ภาพที่ 14 ข้อเสนอกลไกระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่และการเชื่อมประสานหลังการถ่ายโอนภารกิจ

2. พัฒนาระบบการบริหารงานบุคคล ได้แก่ การพัฒนารอบอัตรากำลัง การกำหนดตำแหน่ง กรอบสมรรถนะ แผนเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ ระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ระบบการให้รางวัล และกลไกมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลที่โปร่งใสหลายภาคส่วน

3. ปรับปรุงแผนพัฒนาท้องถิ่น 3 ปี และแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ครอบคลุมการปรับโครงสร้างองค์กร การบริหารงานบุคคล งบประมาณ และปรับโครงสร้างองค์การให้รองรับภารกิจ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางสนับสนุนทรัพยากรและการพัฒนาศักยภาพ

ข้อเสนอประเด็นที่ 2 มิติการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

1. สํารวจสถานการณ์สุขภาพรายพื้นที่ วิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการพัฒนาสมรรถนะ เพื่อจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และภาคประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วม

2. ออกแบบบริการตรวจสุขภาพทุกกลุ่มวัย สร้างสังคมสุขภาพดี เพื่อตรวจคัดกรองและส่งเสริมการตรวจสุขภาพเชิงป้องกัน รวมไปถึงการฉีดวัคซีน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนวิธีคิดจากการรอคัดกรอง ตรวจพบโรค และรักษา เปลี่ยนเป็นการส่งเสริมด้วยการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยการตรวจในเชิงป้องกัน สามารถเข้ารับบริการได้โดยที่ไม่ป่วย ซึ่งการดำเนินการในส่วนนี้ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนในเชิงนโยบายและการปฏิบัติ ในลักษณะเช่นเดียวกันกับที่เคยเกิดขึ้นกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งจากเดิมนั้น ระบบการรักษาจะเกิดเมื่อพบอาการเจ็บป่วย แต่ด้วยพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน และจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรคหลักเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องเกิดการทบทวนและปรับในเชิงนโยบายที่เน้นบริการสุขภาพในเชิงป้องกัน เพื่อคัดกรองและมุ่งหวังที่จะลดจำนวนผู้ป่วยในอนาคต

3. จัดวางระบบและแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด

4. กำหนดให้ รพ.สต. และ NPCU ทุกแห่ง เตรียมความพร้อมและจัดทำแผนงานการยกระดับการให้บริการปฐมภูมิ เช่น Intermediate Care, Long-term Care, การใช้ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย/ทางเลือก หน่วยบริการเคลื่อนที่ อาสาสมัครครอบครัว และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติอื่น ๆ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอประเด็นที่ 3 มิติกลไกความร่วมมือและการมีส่วนร่วม

1. สร้างชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และจัดตั้งหน่วยงานภายในที่ทำหน้าที่ในการฝึกอบรมและพัฒนาภายในองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. ส่งเสริมให้เกิดการจัดทำบันทึกความตกลง (MOU) ในการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่

3. สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและการรับสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

4. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอประเด็นที่ 4 มิติภาวะผู้นำและบทบาทของผู้บริหารในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1. กำหนดให้มีการจัดทำแผนงานยุทธศาสตร์และแผนงานของ รพ.สต. เฉพาะหน่วยบริการและ NPCU ในภาพรวมและรายพื้นที่ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอ ดำเนินการทบทวน พัฒนา บูรณาการและส่งมอบระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์และการรักษา ได้แก่ HOSxP, JHCIS, PCC รวมทั้งจัดฝึกอบรมวิธีการใช้งาน เงื่อนไขข้อห้าม การรักษาความลับ และมาตรการอื่น ๆ ที่จำเป็น
2. กำหนดนโยบายสุขภาพท้องถิ่นให้มีความชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการให้บริการสุขภาพเชิงป้องกันในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การสร้างสังคมสุขภาพดี

ข้อเสนอประเด็นที่ 5 การจัดการองค์ความรู้และการบริหารจัดการข้อมูล

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมการให้บริการใหม่ ๆ ด้านบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่มีความท้าทายมากยิ่งขึ้น โดยมีระบบ Sandbox ในการทดลองจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับพื้นที่และภาวะสุขภาพของประชาชน
2. การจัดการข้อมูลสุขภาพของประชาชน โดยเสนอให้มีการจัดทำเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเชื่อมโยงการให้บริการในทุกหน่วยบริการทั่วประเทศ โดยประเด็นนี้ควรดำเนินการในระดับภาพรวมของประเทศ เพื่อให้เป็นระบบเดียวกันและพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการในทุกสถานพยาบาล โดยมีเวชระเบียนที่เชื่อมต่อกัน และควรทำให้เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ
3. นำเทคโนโลยีมาใช้ในการสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ เช่น Telemedicine แพลตฟอร์มบริการสุขภาพ หรือ PCC on Cloud เป็นต้น
4. การนำข้อมูลแนวโน้มสุขภาพของประชาชน และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยหรือการศึกษา มาวิเคราะห์ผลในเชิงคาดการณ์ (Predictive Analysis) โดยนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ ออกแบบเพื่อนำมากำหนดทิศทางหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านสุขภาพของประชาชน

ชีวิตของคนสูงวัย กับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ท่ามกลางโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน จากการเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ของประเทศไทย ทำให้วันนี้เรามีประชากรสูงวัยกว่า 12 ล้านคน ในจำนวนนี้มีทั้งคนสูงวัยที่สุขภาพดี และคนสูงวัยอีกจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพ ทว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรในประเทศไทยบางส่วนนั้น ยังขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม และส่วนใหญ่ล้วนเข้ารับบริการสุขภาพด้วยอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ กลายเป็นผู้ป่วยที่รอรับการรักษา สะท้อนให้เห็นว่าผู้คนส่วนใหญ่เน้นยังคงเน้นการเข้ารับบริการสุขภาพแบบ “รักษา” ในฐานะผู้ป่วย มากกว่าการเป็นผู้ดูแลสุขภาพของตนเองในเชิงป้องกัน เอกสารเล่มนี้จึงชวนสำรวจบทบาทของคนสูงวัยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ที่ควรเป็นผู้ดูแลสุขภาพของตนเองในเชิงป้องกัน รวมถึงการส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อสร้างสังคมสุขภาพดีถ้วนหน้า

แม้ข้อค้นพบสำคัญที่ได้จากการศึกษาในพื้นที่จังหวัดลำปาง ซึ่งผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ “ไม่ต้องการ” เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดบริการหรือทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในหลายด้าน รวมทั้งยินดีสนับสนุนทางการเงิน มีบทบาทเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนงานบริการและพัฒนาโมเดลในการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ของตนเองอยู่ในระดับ “น้อย” มีเพียงความต้องการมีบทบาทในการให้กำลังใจผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ “ปานกลาง” เท่านั้น แต่หากพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนตามสภาพข้อเท็จจริงในพื้นที่ชุมชน กลับพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนจำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่ม ซึ่งสามารถเข้ามามีบทบาทในการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งได้ ตามแนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive aging) ดังนี้

บทบาทของการเป็น “เจ้าของสุขภาพ”

บทบาทของการเป็น “เจ้าของสุขภาพ” ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิน้อย อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ หรือขาดความพร้อมทางเศรษฐกิจ หรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมกับงานอาสาสมัครในชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุดที่สุดในชุมชน บทบาทในการปฏิสัมพันธ์หรือเข้ามามีส่วนร่วมมีค่อนข้างจำกัดและมักมองบทบาทของตนเองเป็นผู้รับบริการ (Customer) จากภาครัฐเป็นหลัก

บทบาทของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างน้อยควรทำหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุด หรือบทบาทของการเป็นเจ้าของสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องเน้นการทำงานเชิงรุก (Proactive) ในการส่งเสริมองค์ความรู้ สร้างความตระหนักในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ผ่านช่องทางการสื่อสารทั้งช่องทางการสื่อสารของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกในครอบครัว เช่น การจัดทำ “โครงการจัดโปรแกรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล” โดยมีการจัดตารางกิจวัตรประจำวันที่แนะนำข้อมูลด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ หรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในวาระต่าง ๆ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีกระบวนการติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องผ่านอาสาสมัครต่าง ๆ หรือมีแกนนำผู้สูงอายุระดับ “คุ้ม” หรือ “โฮน” พื้นที่ขนาดเล็ก เป็นผู้ดูแลติดตาม

บทบาทของการเป็น “ผู้ถ่ายทอด” องค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ

บทบาทของการเป็น “ผู้ถ่ายทอด” องค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีองค์ความรู้และภูมิปัญญาที่เป็นประโยชน์ อาทิ ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการแพทย์สมุนไพร และการรักษาโรค ภูมิปัญญาด้านการประกอบอาชีพ (เช่น เกษตรกรรม งานฝีมือ หัตถกรรม ศิลปกรรม งานช่าง ฯลฯ) ภูมิปัญญาด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ภูมิปัญญาด้านการจัดสวัสดิการในชุมชน (เช่น เคยมีประสบการณ์ด้านกองทุนการออมหรือสงเคราะห์ประเภทต่าง ๆ) ภูมิปัญญาเหล่านี้ ถือเป็น “ทุนทางสังคม (Social Capital)” ที่มีคุณค่าในตัวเอง หากนำมาผ่านกระบวนการสกัด พัฒนา จัดระบบองค์ความรู้ และใช้ประโยชน์ จะสามารถสร้าง “คุณค่า (Value)” ให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี เป็นการส่งเสริมกำลังใจและสุขภาพจิตที่ดี เป็นโอกาสที่จะดึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้เข้ามาปฏิสัมพันธ์กับชุมชนมากยิ่งขึ้นได้ทางหนึ่ง

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น กองการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม) หรือ/และ สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด เพื่อจัดทำ “แผนการส่งเสริมการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุในชุมชน” โดยมีกระบวนการสำรวจภูมิปัญญาที่ฝังอยู่ในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งโดยปกติผู้สูงอายุมักมีร่องรอยประสบการณ์อยู่ด้วย (เช่น บันทึกลง ตำรา ปฏิทิน เอกสาร ฯลฯ) เมื่อดำเนินการสำรวจภูมิปัญญาเรียบร้อยแล้ว ควรมีการจัดกลุ่มหรือจำแนกประเภทภูมิปัญญาให้ชัดเจน จากนั้นจึงระดมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนในการนำข้อมูลที่ค้นพบมาวางแผนเพื่อพัฒนา ต่อยอด ประยุกต์ใช้ หรือถ่ายทอดต่อไป ซึ่งผลผลิตที่ได้จากการนำทุนภูมิปัญญาในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ สามารถนำไปวางแผนเป็นโครงการหรือกิจกรรมต่อเนื่องได้หลากหลายรูปแบบ อาทิ การรวมกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มวิสาหกิจชุมชน การรวมกลุ่มทำกิจกรรมด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในชุมชนร่วมกับเด็กและเยาวชน การออกแบบกิจกรรม

ส่งเสริมการเรียนรู้นอกห้องเรียนของเด็กและเยาวชนของโรงเรียนในพื้นที่ และการจัดศูนย์การเรียนรู้ ภูมิปัญญาในชุมชน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ข้อควรตระหนักที่สำคัญคือการนำภูมิปัญญาของผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความชัดเจน อย่างน้อยควรนำไปบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาท้องถิ่น และ/หรือ แผนงานของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัด สำนักงานส่งเสริมและพัฒนากิจการพื้นที่ สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่น ๆ ระดับอำเภอ เป็นต้น

บทบาทของการเป็นส่วนหนึ่งของ “กลไกสุขภาพปฐมภูมิ”

บทบาทของการเป็นส่วนหนึ่งของ “กลไกสุขภาพปฐมภูมิ” กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพร้อมสูงในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ แม้จะเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย แต่ถือเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและขีดความสามารถมากที่สุดในการร่วมเข้ามาขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในชุมชน โดยทั่วไปคนกลุ่มนี้มักเป็นผู้สูงอายุที่เกษียณอายุ มีเงินเก็บเงินออม หรือมีรายได้ต่อเนื่อง เช่น ข้าราชการบำนาญ ผู้ประกอบการในชุมชน มีการศึกษาที่ดี ในบางกรณีเป็นผู้สูงอายุที่สมาชิกฐานครอบครัวมีฐานะที่ดี จึงมีความพร้อมต่อการทำงานอาสาสมัคร หรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนค่อนข้างสูง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรระดมความร่วมมือเป็นกลุ่มแรก และมอบหมายบทบาทสำคัญ เช่น ชักชวนให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือมอบหมายให้เป็นแกนนำกำกับดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนที่ได้มีการแบ่งโซนพื้นที่ต่าง ๆ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางท่านอาจมีองค์ความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญด้านการดูแล พื้นฟู และรักษาสุขภาพโดยตรง เป็นประโยชน์ต่อการมอบหมายบทบาทสำคัญ เช่น ที่ปรึกษา วิทยากรพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและอาสาสมัครต่าง ๆ เป็นต้น

จากการจัดกลุ่มบทบาทของผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) บทบาทของการเป็นเจ้าของสุขภาพ 2) บทบาทของการเป็นผู้ถ่ายทอด และ 3) บทบาทของการเป็นส่วนหนึ่งของ “กลไกสุขภาพปฐมภูมิ” โดยบทบาทเหล่านี้ ถือเป็นการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในการเข้ามาช่วยขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับรูปแบบในการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น ผู้สูงอายุที่ยังคงประโยชน์ (Productive aging) และสนใจในการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลไกสุขภาพปฐมภูมิ บทบาทนี้มีส่วนสำคัญและเป็นเสมือนด่านแรกของการดูแลสุขภาพของคนชุมชนด้วยคนในชุมชนเอง โดยบทบาทนี้ คือ อสม. หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือ

เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีโครงข่ายการดูแลเชื่อมต่อกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ หรือการเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญา สามารถเกิดขึ้นได้จากผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและมีองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การทำอาหารให้เป็นยา การออกกำลังกายแบบส่วงวัย ภูมิปัญญาด้านสมุนไพร การแพทย์แผนไทยต่าง ๆ โดยผู้สูงอายุในกลุ่มนี้สามารถร่วมถ่ายทอดองค์ความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพให้กับคนอื่น ๆ ในชุมชน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ปีงบประมาณ พ.ศ.2559.
- กุลลดา เกษบุญชู มีดี. (2562). ระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ วิวัฒนาการรัฐไทย. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ฟ้าเดียวกัน.
- ไชยันต์ รัชชกุล. (2560). อาณานิคมสมบูรณาญาสิทธิราชย์: การก่อรัฐไทยสมัยใหม่จากคักดินา นิยมรอบนอก. กรุงเทพฯ: อ่าน.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2561). เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: หจก.ภาพพิมพ์.
- ธเนศวร์ เจริญเมือง. (2542). 100 ปีการปกครองท้องถิ่นไทย 2440-2550. กรุงเทพฯ: สนับสนุนโดยโครงการจัดพิมพ์คอปไฟและมูลนิธิเพื่อการศึกษาประชาธิปไตยและการพัฒนา.
- มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2563-2564 และการประมาณการรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ.2565-2567.
- วรรณฯ ศรีวิริยานุภาพ. (2542). การกระจายอำนาจคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. ใน The KPI CONGRESS3 ระบบและกระบวนการการกระจายอำนาจในประเทศไทย การกระจายอำนาจด้านการศึกษา การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการจัดการสิ่งแวดล้อม และทรัพยากร การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบการดำเนินงาน ประสพการณ์นานาชาติ. กรุงเทพมหานคร :สถาบันพระปกเกล้า.
- ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์. (2563). ผู้นำปัญญาเชิงปฏิบัติ: หมอสงวน ผู้วางรากฐานระบบสุขภาพถ้วนหน้าของไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข 2564*.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข 2564*.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท บอรรนทูปี้ พับลิชชิง จำกัด.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2551). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

บทความวารสาร

- จิรบูรณ์ โตสงวน, และคณะ. (2553). “กระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ”. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 4, ฉบับที่ 1, มกราคม – มีนาคม 2553. หน้า 89 - 100.
- นันทินารี คงยืน. (2560). “ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา”. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. ปีที่ 3, ฉบับที่ 3, กันยายน – ธันวาคม 2560. หน้า 374 - 387.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2552). “เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษสู่การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 1)”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ปีที่ 1, ฉบับที่ 1, พฤศจิกายน 2551 – กุมภาพันธ์ 2552. หน้า 56 - 66.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2552). “เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษสู่การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 2)”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ปีที่ 1, ฉบับที่ 2, มีนาคม 2552 – มิถุนายน 2552. หน้า 62 - 69.

ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์. (2556). “สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังนโยบายยกระดับสถานีนอมนาย้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก. ปีที่ 1, ฉบับที่ 1, ตุลาคม 2555 – มีนาคม 2556. หน้า 25 - 35.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2552). “สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ปีที่ 1, ฉบับที่ 1, พฤศจิกายน 2551 – กุมภาพันธ์ 2552. หน้า 11 - 15.

สุภาภรณ์ นิภานันท์. (2552). “เปิดใจ นพ.อมร นนทสุด การพัฒนาบริการปฐมภูมิ “ท้องถิ่นคือกุญแจสำคัญในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่”. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ปีที่ 1, ฉบับที่ 1, พฤศจิกายน 2551 – กุมภาพันธ์ 2552. หน้า 17 - 20.

รายงานวิจัย

คณะกรรมการการปกครองท้องถิ่น สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. (2560). รายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่อง การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

ฉัชนเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, และคณะ. (2565). การพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและแนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี และองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2544). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. (2555). การประเมินผลท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบสุขภาพในบริบทการกระจายอำนาจ: การสังเคราะห์บทเรียน และข้อเสนอเชิงนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ. (2557). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ “การสังเคราะห์ตัวแบบเชิงทฤษฎีและการบริหารจากผลการดำเนินโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากลไกความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาร่วมกันของคนในพื้นที่”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อสั่งการ หนังสือราชการและหนังสือคำสั่งของทางราชการ

กฎหมาย ระเบียบ ข้อบัญญัติ

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (17 พฤศจิกายน, 2542). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 166 ตอนที่ 144 ก.
 คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2566).
 สรุปผลการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบต.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

Hfocus. (2556). กำเนิดสถานีอนามัย และพัฒนาการสู่รพ.สต.. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2013/08/4328>

Hfocus. (2566). สธ. – WHO หนุนคนไทย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ตามแนวคิด “Health for All”. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2023/04/27428>

Hfocus. (2564). เผยคนไทย 38 ล้านคนอยู่ในพื้นที่ฝุ่นพิษเกินมาตรฐาน ต้นเหตุป่วยฟุ้ง! สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23451>.

Thaksin Official. (2564). หมดยุค “คนไข้อนาถา”. สืบค้นจาก <https://www.thaksinofficial.com/the-end-of-the-era-of-miserable-pat/>

กรมการปกครอง. (2564). ระบบสถิติทางการทะเบียน.

กรมประชาสัมพันธ์. (2565). จ.ลำปาง Kick Off “2566 ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย จัดบริการดูแลสุขภาพเป็นของขวัญปีใหม่ผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG230128161057439>.

กรรณิการ์ กิจดิเวชกุล. (2563). บทสัมภาษณ์ นพ.อมร นนทสุต ครูใหญ่แห่งระบบสาธารณสุขเพื่อชุมชน คนเบื้องหลัง อสม. และ ผสส.. สืบค้นจาก <https://www.salika.co/2020/04/18/thai-public-health-strategy-dr-amorn-nontasut-interviewing/>

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คนและงานใน รพ.สต. (face sheet). จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ประชากรกลางปี เดือน กรกฎาคม 2566: จังหวัดลำปาง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://www.lpho.go.th/?page_id=1571.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566b). *KPI จังหวัดร้อยละการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ*. สืบค้นจาก https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=4ff86c66762cf5a37e04c12c8ab08752#.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566c). *สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2566*. ข้อมูล ณ วันที่ 17 สิงหาคม 2566. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566d). *สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2566*. ข้อมูล ณ วันที่ 17 สิงหาคม 2566. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง. (2567). *ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สืบค้นจาก https://health.lppao.go.th/DOPH/doph_system/main/pages/health_promoting_hospital.php
- จรรยาพร ศรีศศลักษณ์. (2560). *สรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4798/research-health-center%20-Jaruyaporn.pdf?sequence=1> [10 กรกฎาคม 2565]
- ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์. (2566). *กระบวนการสร้างทีม 3 หมอให้เข้มแข็งสู่การมี Health Literacy ที่ยั่งยืน NPCU วังเสื่อไฟ อำเภอมแม่ทะ จังหวัดลำปาง. (fact sheet) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านนาควาง (วังเสื่อไฟ) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอมแม่ทะ*.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2561). *โครงการวิจัยการศึกษาภาระงานและผลสัมฤทธิ์กำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)*. สืบค้นจาก www.hrdo.org
- สมาคมศิษย์แพทย์ตึกแต่งแห่งประเทศไทย. (2566). *ประวัติสาขาวิชาศัลยศาสตร์ตึกแต่ง และสมาคมศิษย์แพทย์ตึกแต่งแห่งประเทศไทย* สืบค้นจาก <https://www.thprs.org/thprs>.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *การสนับสนุนงบประมาณส่วนภูมิภาคสังกัด สป. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข* สืบค้นจาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/budgetlist>.

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). จำนวนบุคลากรสาธารณสุขจากแฟ้ม PROVIDER จำแนกตาม PROVIDERTYPE จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2566. ข้อมูล ณ วันที่ 17 สิงหาคม 2566, รวบรวมโดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=c11dad88f80061c70cd1ae96b500d017&id=680c8ce3c9c0f0bd6d9734664ad4eb13)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). สถิติรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน. สืบค้นจาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/08.aspx>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). จำนวนประชากรจากการทะเบียน ชาย หญิง เนื้อที่ ความหนาแน่น และบ้าน จำแนกเป็นรายภาค และจังหวัด พ.ศ. 2555-2565. สืบค้นจาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2567). ข้อมูลด้านสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. สืบค้นจาก https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format_area.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=b79d2503134f09e13681be97491753cf

ภาษาอังกฤษ

Book and Book Articles

- A. Wilson. (2019). United Kingdom. In Dionne S. K., Wienke G.W. Boerma, Allen H., and Richard B. S. (2019). *Building primary care in a changing Europe Case studies*, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Copenhagen (Denmark).
- Alba, R., Louise, M. W. (2019). *What is co-production?*, The Health Foundation, Publishing, London.
- NHS England. (2023). *Delivery plan for recovering access to primary care*. Publishing, London.
- OECD. (2019). *OECD Reviews of Public Health: Japan: A Healthier Tomorrow*, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264311602-en>.
- Royal College of General Practitioners. (2023). *Fit for the Future*. Publishing, London.

Articles

Akiteru T., Kenya I. & Yousuke T. (2015). Overcoming challenges in primary care education: a trial of a longitudinal integrated clerkship in a rural community hospital setting in Japan, *Education for Primary Care*, 26(2), 122-126, DOI: 10.1080/14739879.2015.11494326

Espinosa-González, A.B., Delaney, B.C., Marti, J. et al. *The impact of governance in primary health care delivery: a systems thinking approach with a European panel*. *Health Res Policy Sys* 17, 65 (2019). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0456-8>

Fusco, F., Marsilio, M. & Guglielmetti, C. *Co-production in health policy and management: a comprehensive bibliometric review*. *BMC Health Serv Res* 20, 504 (2020). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05241-2>

International Conference on Primary Health Care. (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO chronicle*, 32(11), 428–430.

Kato, D., Ryu, H., Matsumoto, T., Abe, K., Kaneko, M., Ko, M., Irving, G., Ramsay, R., & Kondo, M. (2019). *Building primary care in Japan: Literature review*. *Journal of general and family medicine*, 20(5), 170–179. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/jgf2.252>

McGeown, H., Potter, L., Stone, T., Swede, J., Cramer, H., Bridging Gaps Group, Horwood, J., Carvalho, M., Connell, F., Feder, G., & Farr, M. (2023). *Trauma-informed co-production: Collaborating and combining expertise to improve access to primary care with women with complex needs*. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 26(5), 1895–1914. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/hex.13795>

Electronic Media

- Bernard, M. (2023). *The 10 Biggest Trends Revolutionizing Healthcare In 2024*. Forbes. Retrieved January 12, 2024, Retrieved from <https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2023/10/03/the-10-biggest-trends-revolutionizing-healthcare-in-2024/?sh=27a8622e1d13>
- Cecilia, L. (2024). *Top 5 health threats in 2024*. Retrieved January 23, 2024, Retrieved from <https://www.medicalteams.org/blog/global-health-threats-2024/>
- Claire Wardle. (2023). *Co-production in health and social care – why it is important*. Retrieved January 30, 2024, Retrieved from <https://www.theaccessgroup.com/engb/blog/hsc-co-production-in-health-and-social-care-why-it-is-important/>
- Fanny, Y. B., Djatougbe, D., Lior, M., Umar, K. I., Linda, A. V. (2023). *8 trends we are seeing in community health right now*. Results for Development. Retrieved January 12, 2024, Retrieved from <https://r4d.org/blog/8-trends-were-seeing-in-community-health-right-now/>
- World Health Organization. (2023). *Primary health care*. World Health Organization (WHO). Retrieved January 19, 2024, Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

ทำไมที่ผ่านมาการกระจายอำนาจ
ด้านสุขภาพถึงไม่ประสบความสำเร็จ?

“ท้องถิ่นเป็นกุญแจสำคัญ
ในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่

แต่ปัจจุบันก็ยังชักเย่อกันอยู่ ส่วนกลางไม่ยอมปล่อย
แต่เวลานี้ไม่ใช่เวลาที่จะมาแย่งกัน จุดสำคัญคือการร่วมสร้าง
ความสามารถของท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเอง
เมื่อเขาเข้มแข็งแล้ว ส่วนกลางจะมอบหรือไม่มอบก็มีค่าเท่ากัน
เพราะงานไปอยู่ตรงพื้นที่หมดแล้ว

ศ.นพ.อมร นนทสุต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้วางรากฐานการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

SUBSIDIARITY

