

บทที่ 3

การวิเคราะห์ปัจจัยระบบสุขภาพชุมชน

การวิจัย เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อความมั่นคงของชาติ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Method) เพื่อวิเคราะห์และอธิบาย ศักยภาพ การมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน และปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อกระบวนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อการจัดทำข้อเสนอ พัฒนายุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืนที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของชุมชน ในทุกระดับของการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง 4 จังหวัดในทุกภูมิภาค ที่เป็นพื้นที่มีกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นเป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข แต่ละจังหวัดเลือก 2 ตำบล โดยศึกษากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดึงศักยภาพภายในชุมชน และภายนอกชุมชนจากพหุภาคี ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน เพื่อเป็นแนวทางไปสู่การมีส่วนร่วม และพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน มีเกณฑ์พิจารณาการคัดเลือกตำบล เพื่อให้เห็นกระบวนการ ผลการดำเนินการ การมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ตำบลที่มีผลการดำเนินงานผ่านการประเมินตามเกณฑ์เบื้องต้น มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ และจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากพหุภาคี มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ เป็นตำบลต้นแบบในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน โดยศึกษาจากพื้นที่ดังนี้

ภาคเหนือ ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

ภาคกลาง ตำบลดงมะรุ้ม อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

ภาคใต้ ตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

2. ตำบลที่เริ่มเข้าสู่กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม มีการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ มีกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน และเริ่มมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมในชุมชน โดยศึกษาจากพื้นที่ดังนี้

ภาคเหนือ ตำบลจันเสน อำเภอตากถ้ำ จังหวัดนครสวรรค์

ภาคกลาง ตำบลสระโบสถ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

ภาคใต้ศึกษา ตำบลท่าซอม อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตำบลวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง

ได้กำหนดบุคคลผู้ให้ข่าวสำคัญ (Key-informant) ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ให้ครอบคลุมเป้าหมายประชากรทุกส่วนของชุมชน ได้แก่

1. ระดับพื้นที่ชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำท้องถิ่น กลุ่มแกนนำด้านสุขภาพต่างๆ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ในแต่ละชุมชนประมาณ 15-20 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังต่อไปนี้

1. ผู้นำอย่างเป็นทางการของชุมชน ตามกรรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 3-4 คน

2. ผู้นำกลุ่ม/องค์กรทางอาชีพที่เป็นผู้นำในการประกอบอาชีพหรือกระบวนการอบรมความรู้ เป็นผู้ใช้หลักการ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน ครู โรงเรียนชาวนา เยาวชน และผู้สูงอายุ ประมาณ 3-5 คน

3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประมาณ 3-5 คน

4. ผู้รู้ในท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้านที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสภาพในชุมชน ประมาณ 1-3 คน

5. ผู้นำโดยตำแหน่งของสถาบันหลักในชุมชน ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน เกษตรตำบล พัฒนากร ปลัด อบต. เจ้าอาวาสวัด ประมาณ 3-5 คน

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาในชุมชนที่ชาวบ้านระบุชื่อซ้ำกันมาก จำนวน 1-2 คน

7. ผู้รับบริการ ผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่าย ที่ได้รับการดูแลในมิติต่างๆ จำนวน 3-5 คน

8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน และงานพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน ระดับ จังหวัด อำเภอ และตำบล ประมาณ 3-5 คน

2. ระดับนโยบาย ได้แก่ ผู้บริหารในระดับกระทรวง ได้แก่ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาทระดับนโยบาย ด้านพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภาพประเทศ จำนวน 2-3 ท่าน

2. ผู้รับผิดชอบระดับกรม ในการดูแลงานพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน
3. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน ประจำภูมิภาค 4 ภาค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ทางสังคมและอธิบายศักยภาพของชุมชนทางในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน อันจะก่อให้เกิด ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเชิงยุทธศาสตร์ในการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเข้าไปสังเกต/ บันทึกความสำเร็จ ปัจจัยเงื่อนไข/ อุปสรรค จึงอาศัยเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. การสังเกต ได้แก่การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจลักษณะธรรมชาติของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ศักยภาพ ทางเลือก การเรียนรู้ การมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพตนเอง และจัดการระบบสุขภาพของชุมชน

2. การสัมภาษณ์ ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview: IDI) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ฯลฯ เป็นการสนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูล เกี่ยวกับ ศักยภาพ ทางเลือก การเรียนรู้ การมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพตนเอง และจัดการระบบสุขภาพของชุมชน ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้ จะช่วยอธิบายสิ่งที่พบเห็น หรือสังเกต ให้เข้าใจยิ่งขึ้น

สำหรับการสัมภาษณ์ จำเป็นต้องมีโครงสร้างคำถาม เพื่อควบคุมทิศทางเนื้อหาของ การวิจัย จึงกำหนดแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guide) ไว้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ที่อยู่ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานะบทบาทในชุมชน เพื่อให้วิเคราะห์ภาพรวม และทำข้อมูลรักษาเป็นความลับ (Lock Book)
2. ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน ประกอบด้วย ความเป็นมาของหมู่บ้าน ลักษณะสภาพการประกอบอาชีพ การทำกิน การดูแลรักษาสุขภาพ การใช้บริการ สภาพและความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชน ความเชื่อ ศาสนา สังคมวัฒนธรรม ฯลฯ

ส่วนที่ 2 ศักยภาพ กระบวนการการมีส่วนร่วม และปัจจัยเงื่อนไขในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน

1. กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ในการดูแลสุขภาพ ในเรื่อง สถานะของสุขภาพ ความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ทางเลือก ประสิทธิภาพ การใช้บริการ ศักยภาพ ความพร้อม ในการดูแลสุขภาพ การเรียนรู้ การปรับตัว ในการดูแลสุขภาพ
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการมีส่วนร่วม และการจัดการระบบสุขภาพชุมชน ในเรื่อง ความคิดและบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน การสร้างความร่วมมือระหว่างพหุภาคี ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน และการสร้างเป้าหมายและความปรารถนาสู่ความสำเร็จร่วมกันของชุมชน บทเรียนความสำเร็จ และอุปสรรค ที่เรียนรู้ร่วมกัน
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการระบบสุขภาพของชุมชน ในเรื่องระบบการให้บริการกำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบการเงิน การคลัง และการอภิบาลระบบสุขภาพ ความคาดหวัง ความพึงพอใจต่อการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน และของภาครัฐ ข้อเสนอในการพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนและวิธีการ

1. ทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการทบทวนเอกสาร (Document Review) งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ บทความ รายงาน ยุทธศาสตร์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง กระบวนการเรียนรู้ชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน การดูแลสุขภาพชุมชน บริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ในระดับบริการต่างๆ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิ ขั้นสูง ของบริการสุขภาพภาครัฐ ความมั่นคงด้านสุขภาพ และความมั่นคงทางสังคมของชาติ ฯลฯ
2. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนพื้นที่เป้าหมาย เพื่อทำความเข้าใจบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน การมีส่วนร่วมชุมชน การจัดการระบบสุขภาพของชุมชน โดยอาศัยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
3. ทำความเข้าใจถึงศักยภาพ การมีส่วนร่วม ปัจจัยเงื่อนไขในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน และการเรียนรู้ ทางเลือก ของชาวบ้าน และพหุภาคี ด้านสุขภาพ ทั้งจากภายในชุมชน และนอกชุมชนที่มีผลต่อการพัฒนาด้านสุขภาพในชุมชน โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม
4. ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพ การมีส่วนร่วม ปัจจัยเงื่อนไขในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน ข้อเสนอแนะการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่ต้องเข้าไปศึกษาในพื้นที่ชุมชน เพื่อความไว้วางใจ ผู้วิจัยได้ประสานงานล่วงหน้าในหลายระดับ ทั้งระดับบริหารจัดการระดับภาค ได้แก่ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมสุขภาพภาคประชาชน ระดับสาธารณสุขจังหวัด ระดับสาธารณสุขอำเภอ และระดับชุมชน เพื่อนำไปสู่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานดังกล่าว ทั้งเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เพื่อให้การลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้รับความไว้วางใจจากแหล่งข้อมูล ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล ทั้ง 4 จังหวัด

ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมในการให้ข้อมูล จึงไม่ขอใช้นามจริงในการนำเสนอผลการศึกษาในส่วนของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

วิธีการทดสอบความแม่นยำและ ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

การทดสอบความน่าเชื่อถือได้และความถูกต้องของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์โดยดูว่าคำตอบที่ได้มาสอดคล้องกับบริบททางสังคมของชุมชนนั้นๆ สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ สอดคล้องกับข้อสังเกตของผู้วิจัย การทดสอบกับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ จะชี้ให้เห็นว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้หรือไม่ กรณีที่คิดว่าคำตอบหรือข้อมูลนั้นไม่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ ที่มีอยู่ทั้งทางตรง และทางอ้อม การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) นั้น เป็นการเก็บข้อมูลด้วยหลายวิธี เพื่อให้ปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้นมีความหมาย ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลบุคคลที่ต่างกัน สถานที่ต่างกัน และเวลาต่างกัน รวมทั้งการตรวจสอบข้อมูลกับเจ้าของข้อมูลภายหลังการบันทึกข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) จำแนกหมวดหมู่ของข้อมูลให้เป็นระบบโดยจัดลำดับความสำคัญให้เกิดความเข้าใจในความหมายและความสัมพันธ์ของข้อมูลในบริบทของชุมชนและการศึกษาเชิงระบบ การทำหน้าที่ที่สัมพันธ์กันภาพรวมของระบบในชุมชน โดยเน้นที่จะศึกษาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการ การเรียนรู้ ศักยภาพ การมีส่วนร่วม และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพของชุมชน จึงประมวลข้อมูล จัดทำเป็นข้อสรุปที่มีลักษณะเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์

ทั้งนี้ การวิเคราะห์โดยใช้กรอบหลักการระบบสุขภาพภาคประชาชน 4 ประเด็นคือ 1) การปรับความคิดและบทบาท 2) ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี 3) ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน 4) การสร้างเป้าหมายและความปรารถนาสู่ความสำเร็จร่วมกันของชุมชน เพื่ออธิบายศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน ความมั่นคงทางสังคม และใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO: Health System Framework) 6 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ระบบการให้บริการ (Health Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพ (Health Information) 4) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Essential health Technologic) 5.ระบบการเงินการคลัง (Health Financing) 6) การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health system governance) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อกระบวนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน ในด้าน ระบบบริการสุขภาพชุมชน และการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน ความมั่นคงทางสุขภาพ และสังคม ที่มีผลต่อความมั่นคงของชาติ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. ศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน
2. ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อกระบวนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน
3. ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืนที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของชุมชน ดังนี้

ศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ภาพรวมการจัดการสุขภาพชุมชน มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสาธารณสุขมูลฐาน มีระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ต่อยอดแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพที่ประชาชนดำเนินการเอง และมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย จากการเก็บข้อมูลในทุกพื้นที่พบว่า ชุมชนใช้หลักการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาในชุมชนซึ่งรวมไปถึง การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ดังนี้

1. ศักยภาพการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษาศักยภาพการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน พบว่า ไม่ได้แยกออกจากกันชัดเจนในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผสานกันไปกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งเรื่อง การปรับความคิดและบทบาทความร่วมมือระหว่างพหุภาคีความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน รวมทั้ง การสร้างเป้าหมายและความปรารถนาสู่ความสำเร็จร่วมกันของชุมชน เป็นการดำเนินกิจกรรมในชุมชนที่ผสมผสานกันไป บางแห่งเริ่มจากการสังเกตว่าชุมชนของตนเองมีปัญหา และค้นหาปัญหาของตนเอง โดยกระบวนการใดกระบวนการหนึ่ง แล้วอาจนำเข้าสู่เวทีประชาคมชุมชน การแจ้งข้อมูลให้กับผู้นำ หรือ อสม.เป็นแกนนำในการกำหนดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ เป็นต้น แต่พบว่าภาพรวมของกิจกรรม ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพ มีดังนี้

1.1 กิจกรรมด้านสุขภาพในการจัดการสุขภาพของชุมชน

1. การเฝ้าระวัง ป้องกันโรค และควบคุมโรคติดต่อ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน การสร้างนวัตกรรมการกำจัดลูกน้ำยุง และแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ทั้งในครอบครัว ในโรงเรียน ในชุมชน ประยุกต์ใช้วัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น ภาคใต้ใช้การแสดง หนังตะลุงเป็นสื่อในประชาสัมพันธ์ จัดตั้งแกนนำในกลุ่มอายุต่างๆ เช่น เด็กในโรงเรียน อาสาสมัครในวัด และกองทุนปลาหางนกยูง ฯลฯ

2. การส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่เพื่อแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังโดยการใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่าง อสม.รพสต.อบต. ทำการประชาคม และคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่อาจเกิดโรค เบาหวาน ความดันโลหิต ภาวะน้ำหนักเกิน การส่งเสริมให้บริโภคอาหารปลอดภัย การส่งเสริมการจัดการขยะที่ถูกต้องของชุมชน และมีมาตรการทางสังคม นำมาใช้ในการสร้างแรงจูงใจ การประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์ และนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เองในชุมชน เช่น ลูกประคบนวดเท้า การจัดการใช้ยาลูกกลอนในชุมชน เป็นต้น

3. การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน พบว่ามีการจัดระบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การดำเนินการในการดูแลผู้มีภาวะเครียด โรคซึมเศร้า เยาวชนเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด พบการจัดตั้งกลุ่มมิตรภาพบำบัด เป็นเครือข่ายการดูแลระดับหมู่บ้าน มีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ออกเยี่ยมบ้านผู้มีภาวะเสี่ยง มีการสร้างกลุ่มแกนนำรุ่นจิ๋ว ให้เป็นที่ปรึกษาแก่กลุ่มวัยรุ่น รวมไปถึงการดูแลสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน ฯลฯ

4. การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน พบการทำงานของชุมชนในการค้นหาพูดคุยกับกลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นหาและช่วยเหลือ มีกิจกรรมการป้องกันโดยการรวมกลุ่ม เยาวชน การให้ความรู้ รวมพลคนระวังยาเสพติดในชุมชน มีการจัดทำระเบียบข้อบังคับ ควบคุมไปกับการจัดการเฝ้าระวังภัยในชุมชน มีการดำเนินการกิจกรรมในชุมชน ในเรื่อง

To Be Number One และมีการดำเนินการคลินิกสีขาว โดยประสานความร่วมมือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน ตำรวจ ผู้นำชุมชน ฯลฯ การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด เป็นการทำงานร่วมกันหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน

5. การบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสมช.) การจัดบริการใน ศสมช.เป็นกิจกรรมที่เป็นพื้นฐานการจัดบริการดูแลสุขภาพเบื้องต้น โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล โดยคัดแปลงสถานที่ พื้นที่ในชุมชน แห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นที่ตั้งในการดำเนินการ มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อมาให้บริการสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การจัดทำสมุดบันทึกประจำตัว อสม.เพื่อบันทึกฐานข้อมูลสุขภาพของชุมชน ผลงาน การประเมินผลงาน และพบว่า การดำเนินงานของ ศสมช.จะเป็นแกนนำในการออกกำลังกาย ให้ความรู้เรื่องสุขภาพ เยี่ยมบ้าน บางแห่งจัดให้เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับ อสม. และทำงานร่วมกับกิจกรรมอื่นๆในชุมชน ฯลฯ.

6. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคถือเป็นการกิจหนึ่งของการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข แต่จากการศึกษาพบว่า เครือข่ายการทำงานคุ้มครองของผู้บริโภคภาคประชาชน มีการดำเนินการต่อยอด ในหลายๆกลุ่ม เช่น การพัฒนา อย.น้อยในโรงเรียน การพัฒนาเครือข่าย สื่อสร้างสรรค์คุ้มครองผู้บริโภค จัดทำโครงการสุขภาพดีเริ่มที่อาหารปลอดภัย ณรงค์การเลือกซื้อสินค้า และการจัดการตลาดนัดคุณภาพ รวมไปถึงการเฝ้าระวังร้านค้า และร้านชำคุณภาพและปลอดภัย อาหารและสินค้าไม่หมดอายุ โดยร่วมมือกันภายในองค์กร หลายภาคส่วน เช่น เกษตร โรงเรียน พัฒนาการ ผู้นำชุมชน อบต. สาธารณสุข ฯลฯ

7. การส่งเสริมภูมิปัญญาด้านสุขภาพในท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการดูแลตนเองในชุมชนที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาช้านาน ปัจจุบัน พบการฟื้นฟูแหล่งเรียนรู้ในชุมชนเรื่องสมุนไพรทั้งการใช้เพื่อการรักษาโรคเบื้องต้น โรคเรื้อรัง เช่น เกลวลิยเปรียง กำแพงเจ็ดชั้น ตะขบป่า ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ฯลฯหรือการใช้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพในท้องถิ่น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งกลุ่มหญิงหลังคลอดด้วยสมุนไพร ผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพ เช่นการใช้เมล็ดขางพารากระตุ้นการไหลเวียนของเลือดบริเวณปลายนิ้วเป็นต้น พบการจัดตั้งเครือข่ายหมอสมุนไพรพื้นบ้าน และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในท้องถิ่น ฯลฯ

8. การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และพฤติกรรมวัยรุ่นในชุมชน การดำเนินการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเอดส์ในชุมชน พบกลุ่มเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในชุมชน การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการช่วยเหลือทั้งการรักษาพยาบาล และการดูแลเชิงสังคม เน้นช่องทางการให้คำปรึกษาและประสานเครือข่ายการดูแลของหน่วยบริการของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความรู้กับกลุ่มนักเรียน และเยาวชน เกี่ยวกับทัศนคติ และ

ความรู้ในการป้องกันตนเอง พบการรวมกลุ่มของเยาวชน และแกนนำชุมชนในการดำเนินการในชุมชน ฯลฯ

9. การจัดการสุขภาพชุมชน การจัดการสุขภาพชุมชน มีการจัดการในหลายรูปแบบ จัดเวทีประชาคมเพื่อค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญ มีการเลือกใช้เครื่องมือในกระบวนการหลายแบบ เช่น การประชุมกลุ่ม การจัดเวทีชาวบ้าน การถอดบทเรียน การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยมีการทำงานในระดับนโยบาย แกนนำจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน และระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ทั้งนี้ มีผู้นำและคณะกรรมการในชุมชนเป็นแกนหลักในการประสานการทำงาน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต.เกษตร. สาธารณสุข เป็นต้น รูปธรรมของการจัดการสุขภาพของชุมชน จะออกมาในรูปแบบการจัดทำแผนชุมชนร่วมกัน และจัดทำโครงการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในชุมชน ทั้งนี้มีองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชนเป็นพี่เลี้ยงในการสนับสนุน ให้คำปรึกษา

10. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สายใยรักแห่งครอบครัว พบการดำเนินงานสายใยรักครอบครัว สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน มีการจัดตั้งชมรม นมแม่ การเยี่ยมแม่หลังคลอด โดยร่วมมือกับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่ข่ายในการให้คำแนะนำ ฯลฯ ทั้งนี้กิจกรรมนี้ได้รับการส่งเสริมในชุมชน โดยผ่านนโยบายของการทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการปฏิบัติราชการ

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่ประชาชนมีส่วนร่วมและสามารถจัดกิจกรรมได้เองเป็นการจัดการระบบสุขภาพของตนเองนั้น เป็นกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลอย่างง่าย การคุ้มครองผู้บริโภค จะเห็นว่ากิจกรรมที่ชุมชนได้ดำเนินการเกี่ยวกับด้านสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็ง และความมั่นคงให้ชุมชน ในทุกระดับ ทั้งปัจเจก ครอบครัว และชุมชน ดังคำกล่าวของคนในชุมชนที่ว่า

“ถ้าเราไม่ช่วยกันจัดการเรื่องของเราเอง ในบ้านเราเอง ค่าใช้จ่ายมันมาก ทั้งกินอยู่ ค่ารักษาพยาบาล เดี่ยวนี้มันมีประกันสุขภาพก็จริง แต่ถ้าเจ็บป่วย ค่ากินอยู่ ค่าเฝ้าไข้ ค่าเดินทางมันมาก แล้วก็เสียเวลา ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่อยากไปโรงพยาบาล ดูแลตัวเอง ในบ้านเราดีกว่า เจ็บป่วยนิดหน่อย ก็รักษาเองได้ ไม่ไหวจริงๆค่อยไป.....ส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องที่เราทำกันมาแล้วทั้งนั้น แต่บางทีทิ้งไป หรือไม่เอามาพูดกัน ระยะหลังมาปัญหาคนป่วยเยอะ เบาหวาน เป็นนาน มะเร็งก็มาก ก็ต้องหันกลับมาดูเรื่องอยู่ เรื่องกิน เรื่องสิ่งแวดล้อมของเรานี้แหละ ”

และคำกล่าวของผู้บริหารท่านหนึ่งกล่าวว่า

“คนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าชุมชนคือจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาประเทศ ระบบการศึกษา การพัฒนาที่ผ่านมา ทำให้คนไม่รู้จักชุมชน คิดอะไรอยู่ข้างบน ถ้าคนข้างบน เห็นความสำคัญคนข้างล่างหรือชุมชน การพัฒนาจะได้ผล ชุมชนเข้มแข็งได้ ความมั่นคงก็เกิดได้”

1.2 เครื่องมือในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

เครื่องมือที่ประชาชนใช้ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน ใช้ค้นหาปัญหา เพื่อให้ได้ปัญหาและแนวทางการพัฒนาในชุมชน มีหลายอย่าง ได้แก่

1. การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map :SRM) และนวัตกรรมกระบวนการเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นเครื่องมือเพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง เสริมสร้างพลังชุมชนในการตัดสินใจกำหนดเป้าประสงค์ จุดหมายปลายทางและกำหนดวิถีทางที่จะให้บรรลุผลได้ด้วยตนเอง เชื่อมประสานกิจกรรมการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่เดียวกัน

กระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ที่ชุมชนร่วมกันดำเนินการ มีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)
2. การกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination Statement)
3. การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการตรวจสอบยุทธศาสตร์กับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map Construction : SRM)
4. การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction: SLM)
5. การอธิบายการทำงานหรือการนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและมาตรการทางสังคม (Strategic Objective Definition))

6. การสร้างแผนปฏิบัติการ(Action Plan / Mini - SLM) และ

7. การเปิดงานและติดตามผล (Launching)

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ถูกนำมาใช้ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน และเป็นเครื่องมือในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม และการแก้ไขปัญหา โดยชุมชน ดังคำกล่าวของ ผู้นำชุมชน และ อสม ที่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือที่ว่า

“การลดปัญหาโรคเรื้อรังของคนในหมู่บ้าน ตั้งแต่ปี ห้า
สอง ห้าสาม คนส่วนใหญ่ป่วยเบาหวาน ความดัน มีรอบเอวเกิน จึง
ชวนกัน อสม และส่วนต่างๆในบ้านนี้ใช้แผนที่ทางเดิน
ยุทธศาสตร์ “ลดสารพิษ พืชอ้วน มุ่งสู่สุขภาพดี” ได้งบประมาณจาก
สปสช.คนหนัก 76 กิโล เหลือ 64 กิโลก็มีนะ”

“การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต.อสม.แกนนำกลุ่มในตำบล...
โดยการมีส่วนร่วมทำด้วยกัน ตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้
โครงการป้องกันไข้เลือดออก โครงการดูแลผู้ป่วยครบวงจร เพราะ
“หมอที่ดีที่สุดคือตัวเราเอง” ดูแลตัวเองให้ปลอดภัยจากโรคเรื้อรัง”

2. การจัดเวทีประชาคม ประชาคมเป็นกระบวนการ ที่ประชาชนเข้ามารวมกัน เพื่อพูดคุย ปรึกษาหารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในรูปของกลุ่ม หรือเครือข่าย ในประเด็นใด ประเด็นหนึ่งโดยมีจุดมุ่งหมายที่แก้ปัญหานั้นๆ ให้คล่อง หรือพัฒนาประเด็นนั้นๆ ร่วมกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งความคิดเห็นที่หลากหลาย ข้อเสนอแนะ หรือข้อสรุป ของประชาชนหรือคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ว่ามีความรู้สึก หรือมีความคิดต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเขาทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างไร และมีแนวทางที่จะแก้ปัญหา หรือผลักดันในประเด็นนั้นๆ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ประชาชนมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของการพัฒนานั้น ดังคำกล่าวของ ประชาชนที่ว่า

“อสม เป็นแกนหลักในการร่วมกับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข วิเคราะห์ปัญหา พบว่า สาเหตุการระบาดไข้เลือดออก
มาจากชาวบ้านคิดว่า การป้องกันโรค เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ และ
อสม จึงร่วมกันเปิดเวทีประชาคมแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก อย่าง

“การใช้เวทีประชาคมขององค์กรผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ อบต เกษตรตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม เอง และ ผู้นำในชุมชน ส่วนใหญ่เราจะได้ปัญหามาจากการทำประชาคม อย่างพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน อัมพฤกษ์ มะเร็งตับ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง แล้วยังพบว่ามีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ สังคม ต้องแก้ไขด้วยกัน ได้นำเอา ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาให้ แก้ปัญหา เพราะเชื่อว่า คนเราถ้ากินดี อยู่ดี ชาวบ้านก็มีความสุขไปด้วย”

“...เราเริ่มจัดการสุขภาพของชุมชนเรา เริ่มจากเวทีประชาคม เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ จากการพูดคุย “โสเหล่” ตั้งแต่คณะกรรมการจัดทำแผน ท้องถิ่น อสม ภาศิเครือข่ายต่างๆ....โดยอาศัยทุกภาคส่วน ทั้งท้องถิ่น ชุมชน อสม ภาศิเครือข่ายต่างๆ...”

“โครงการงานบุญปลอดเหล้า ได้มาจากการที่ทำแผนสุขภาพชุมชน ทำศูนย์การเรียนรู้เกษตรอินทรีย์ของชุมชน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มันเสี่ยง พวกนี้เราได้แผนมาจากการที่เราทำประชาคมร่วมกัน”

3. การสรุปถอดบทเรียนโครงการใดโครงการหนึ่ง ที่ดำเนินการไปแล้ว และขยายผลไปยังหมู่บ้าน หรือชุมชนอื่นๆ ในการดำเนินกิจกรรมเป็นชุมชนต้นแบบ หรือหมู่บ้าน

จัดการสุขภาพ ต้นแบบ หรือ ดำเนินจัดการสุขภาพต้นแบบ การถอดบทเรียนเป็น“เครื่องมือ”ในการพัฒนากระบวนการทำงานของกลุ่ม/องค์กร/ชุมชน ค้นหาความรู้จากการปฏิบัติสร้างความรู้จากการปฏิบัติใช้ความรู้จากการปฏิบัติครั้งก่อนเพื่อการปฏิบัติซ้ำปรับปรุงพัฒนาความรู้ เพื่อการปฏิบัติครั้งต่อไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบการถอดบทเรียน ใน 3 ระยะ โดยมีหน่วยงานองค์กรต่างๆ เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดกระบวนการ คือ

1. เมื่อเริ่มต้นกิจกรรม/โครงการ ถอดบทเรียนเพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า ใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเพื่อนร่วมงานเพื่อนช่วยเพื่อน ประชุมปรึกษาหารือคณะทำงาน ผู้สนับสนุน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ บทเรียนจากผู้รู้ ประเมินปัจจัยนำเข้า ค้นหาวิธีการทำงาน และสรุปแนวทางการทำงาน จัดทำข้อตกลงร่วมกัน

2. ระหว่างดำเนินกิจกรรม/โครงการ ถอดบทเรียนเพื่อสะท้อนการทำงาน และสร้างความเข้มแข็งในกิจกรรมต่อไปใช้วิธีทบทวนสะท้อนกลับ (After Action Review) คณะทำงานทุกระดับ เปิดใจและมุ่งมั่นที่จะเรียนรู้ร่วมกัน มากกว่าการวิพากษ์วิจารณ์ ไม่ใช้การประเมินผลการปฏิบัติงาน แต่เป็นการค้นหาความรู้เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงาน ประเด็นการทบทวน เช่น เป้าหมายคืออะไร ทำได้แค่ไหน/บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ กระบวนการตอนไหนที่ไม่เป็นไปตามแผนหรือที่คาดหวัง/การปฏิบัติที่ผ่านมามีติดขัดตรงไหน/แล้วจะทำกันอย่างไรต่อไป/ข้อเสนอที่จะนำไปปฏิบัติได้

3. หลังสิ้นสุดโครงการ ถอดบทเรียนเพื่อการสังเคราะห์ความรู้ ค้นหาปัจจัยและกระบวนการหนุนเสริมที่ดี (Best Practice) ใช้วิธีเรียนรู้หลังการดำเนินงาน (Retrospect) หลังการดำเนินการ เพื่อหาความรู้ที่เป็นบทเรียน นำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานในโครงการต่อไปให้ดีขึ้น

2.ปัจจัยเอื้อศักยภาพการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

2.1 การปรับความคิดและบทบาท พบว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่มีความ

เข้มแข็งเพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาวะของประชาชน มีการปรับวิถีคิดและบทบาทในการดำเนินงาน โดยภาคประชาชนดำเนินการด้วยตัวเองเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะกระบวนการวางแผน การคิด การตัดสินใจ รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินและตรวจสอบ สำหรับประชาชนในพื้นที่ศึกษาที่เป็นต้นแบบการพัฒนาสุขภาพชุมชน ที่มีกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นตัวอย่างการพัฒนาให้พื้นที่อื่นพบว่าประชาชนเป็นผู้สร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้วยตนเอง เปลี่ยนจากผู้รับมาเป็นผู้ลุกขึ้นกระทำกระบวนการ ลดการพึ่งพาและพึ่งพิงผู้อื่น มีกระบวนการทำงานร่วมกัน วิจัย สำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลชุมชนตนเอง สร้างองค์ความรู้และภูมิปัญญา และใช้ข้อมูลในการทำแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง

สำหรับพื้นที่ตำบลที่อยู่ในช่วงเริ่มสร้างกิจกรรมสร้างสุขภาพและเรียนรู้เทคโนโลยีสุขภาพ พบว่าการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และกลุ่มแกนนำในการสร้างเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือข้อสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นวิธีการสำคัญในการ กระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันคิดร่วมกันทำพูดคุยกันบ่อยๆ เพื่อจะได้ปรับแนวคิดและบทบาทตนเองมากขึ้น

ในส่วนบทบาทของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ พบว่าพื้นที่ ที่มีการจัดการสุขภาพชุมชนเป็นต้นแบบ ที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการปรับแนวคิดและบทบาทจากผู้ปฏิบัติ ผู้สั่งการหรือคิดตัดสินใจ ทำแทนประชาชน ควบคุม ตรวจสอบและประเมินผล เพื่อสนองงานหรือความต้องการของหน่วยงาน มาเป็นผู้สนับสนุนและสร้างกลไกปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นหุ้นส่วนการทำงานซึ่งกันและกัน เป็นพี่เลี้ยงเคียงข้างประชาชน ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน ไม่สร้างความขัดแย้งในการทำงาน สร้างความร่วมมือทุกระดับ สร้างความพร้อมและความสามารถในการทำงานให้แก่ทีมงาน สร้างพลังปัญญาให้แก่ประชาชน เป็นผู้กระตุ้นให้มีการใช้ทุนทางสังคมของท้องถิ่น ทำงานเป็นเครือข่าย เจ้าหน้าที่ที่เป็นเพียงผู้แนะนำการวางแผนอย่างง่าย การจัดอันดับความสำคัญของปัญหา การเตรียมวิธีแก้ปัญหาง่ายๆ โดยกระบวนการส่วนใหญ่ประชาชน เป็นผู้คิด ตัดสินใจทำด้วยตนเอง ตามวิธีการของประชาชนเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้สนับสนุนด้าน วิชาการ และการฝึกอบรม และพัฒนาศักยภาพเช่นการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ เป็นต้น

2.2 ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี พบว่า การทำงานระบบสุขภาพภาค

ประชาชนในพื้นที่ศึกษาทุกพื้นที่ มีรูปแบบการทำงานเป็นประชาคม มีภาคีอื่นเข้าร่วมด้วยเช่น ภาคเกษตร องค์กรพัฒนาชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคการศึกษา ภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมแต่ลักษณะการมีส่วนร่วมของพหุภาคี แตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ ในการเลือกประเด็นปัญหาโดยกระบวนการประชาคม เช่นปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาการจัดการโรคเริ่ร้งเบาหวาน ความดัน ปัญหาการใช้สารเคมีและการพัฒนาเกษตรปลอดภัย การพัฒนาโรงเรียน อสม.

โรงเรียนชานา การปลูกป่าเฉลิมพระเกียรติถวายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อตกลงของชุมชนที่จัดทำแผนทำร่วมกัน เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุที่เกี่ยวข้องกัน ดังนั้นในการแก้ปัญหาจำเป็นต้องทำพร้อมกันหลายด้าน ในการทำงานพหุภาคีในพื้นที่โดยใช้ประชาชนและชุมชนเป็นตัวตั้ง ยึดแนวอุดมการณ์เพื่อส่วนรวม กำหนดวิธีการวัดความสำเร็จในการวินิจฉัยปัญหาร่วมกัน บูรณาการ และพุ่งเป้าของการพัฒนาไปที่ประชาชนครอบคลุมเดียวกันในชุมชน พบว่าการเริ่มเตรียมการดำเนินงานทุกครั้ง จะจัดเวทีพูดคุย ปรึกษาหารือกันถึงวิธีการทำงาน โดยร่วมกันคิดแล้วแยกกันทำ จะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ทุกหน่วยได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

2.3 ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน พบว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชน การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นการดำเนินกิจกรรมภายใต้การตัดสินใจและความต้องการของประชาชนและชุมชนตามศักยภาพของท้องถิ่น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกัน มีการนำเครื่องมือในการวิเคราะห์ชุมชน เข้ามาใช้ เช่นการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) กำหนดจุดหมายปลายทางที่ต้องการของชุมชน การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ด้วยวิธีที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ร่วมกันแก้ปัญหของชุมชน มีกองทุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการ โดยคณะกรรมการระดับพื้นที่ที่ได้มาจากการเลือกตั้งและท้องถิ่นยอมรับ รวมทั้งสร้างแกนนำการเปลี่ยนแปลงในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัวในชุมชน ช่วยกันปลุกกระดมให้ประชาชนหันมามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน รับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เจ็บป่วย เพื่อจะได้มีโอกาสในการทำงานที่มากกว่าวันเวลาป่วยเจ็บ

2.4 การสร้างเป้าหมายและความปรารถนาสู่ความสำเร็จร่วมกันของชุมชน พบว่า ประชาชนในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ภาครัฐและองค์กรเอกชน มีจุดหมายร่วมกันจากกระบวนการประชาคม บทบาทหลักในการจัดกระบวนการประชาคม ส่วนใหญ่พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาชุมชน เป็นหลัก โดยเชิญหน่วยงาน ภาคสาธารณสุข ภาคการศึกษา และกลุ่มแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วม แล้วแปลงความปรารถนาหรือความต้องการของชุมชน เป็นแผนปฏิบัติ มีการวัดและประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลร่วมกัน คิดร่วมกันแล้วแบ่งแยกกันไปทำตามความถนัด ตามศักยภาพ ตามบทบาทหน้าที่ แล้วกลับมาพูดคุย ซักถาม ทบทวนกระบวนการ และวิธีการที่จะสู่ความสำเร็จ ร่วมกันอีกครั้ง ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ภายใต้หลักการและกติกาเดียวกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พบว่าระบบสุขภาพของประชาชน ที่ระดมทรัพยากรภายในท้องถิ่นเป็นหลัก มีงบประมาณหลักมาจากงบพัฒนาสาธารณสุข 10,000 บาทต่อหมู่บ้านต่อปี และงบกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดย สปสช. ให้การสนับสนุนงบประมาณ ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากผลการศึกษาในพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด จำนวน 8 ตำบล โดย 4 ตำบลที่มีผลการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากพหุภาคี มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ เป็นตำบลต้นแบบในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน และอีก 4 ตำบล ที่เริ่มเข้าสู่กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม มีการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ มีกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน และเริ่มมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมในชุมชน สรุปพบว่ามีกระบวนการที่เป็นปัจจัยความสำเร็จร่วมและระดับความสำเร็จที่แตกต่างกันคือ

1. ด้านกระบวนการการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน และกำหนดกลุ่มผู้สนใจในการดำเนินการชัดเจน มีการจัดทำแผนสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นขั้นตอน และแผนได้รับการยอมรับจากประชาชนในการนำสู่การปฏิบัติร่วมกัน มีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันมีรูปแบบการสื่อสารและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมของคนในชุมชน ส่วนใหญ่พบว่า มีวิทยากรกระบวนการในชุมชน เช่นวิทยากรกระบวนการโรงเรียนชาวนา วิทยากรกระบวนการโรงเรียน อสม. เป็นต้น

3. ด้านการดำเนินกิจกรรมบูรณาการความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการถ่ายทอดแผนสุขภาพชุมชนลงสู่การปฏิบัติ ชุมชนให้ความร่วมมือสนับสนุนกิจกรรม มีกิจกรรมการบูรณาการความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดำเนินงาน และมีการกำกับติดตามประเมินผลกิจกรรม

4. ด้านความเข้มแข็งของสถาบันในชุมชน บทบาทของผู้นำกลุ่มองค์กรสถาบันในชุมชน การสร้างกฎกติกาด้านสุขภาพ มาตรการทางสังคม กระบวนการร่วมพลังสมาชิกในชุมชน รวมทั้งการสร้างภาคีเครือข่ายสนับสนุนจากภายนอก

5. ด้านการบริหารงบประมาณ มีการจัดทำแผนงบประมาณแบบมีส่วนร่วม และใช้งบประมาณที่ได้รับตามวัตถุประสงค์ของงานและกิจกรรม มีการตรวจสอบการและบริหารการใช้งบประมาณ

6. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น การสร้างและยอมรับนวัตกรรมที่ส่งเสริมการจัดสุขภาพชุมชน เช่นกลุ่มรักษสุขภาพ กลุ่มรักษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

สรุปภาพรวมศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน ในทุกพื้นที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่อง คน ทุน และองค์ความรู้ในชุมชน หากใช้หลักการระบบสุขภาพภาคประชาชน คือในเรื่องการปรับความคิดและบทบาท ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน การสร้างความปรารถนาและสร้างสะพานสู่ความปรารถนาาร่วมกันของชุมชน โดยนำกระบวนการ ทั้ง 6 ประการ ที่กล่าวมาแล้วคือ ด้านกระบวนการการมีส่วนร่วม และการจัดทำแผนของชุมชน ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ด้านการดำเนินกิจกรรมบูรณาการความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น การกำกับติดตาม ด้านความเข้มแข็งของสถาบันในชุมชนและ

บทบาทของผู้นำ กฎกติกา มาตรการทางสังคม การสร้างภาคีเครือข่ายสนับสนุนจากภายนอก ด้านการบริหารงบประมาณ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างและยอมรับนวัตกรรมสุขภาพ จะส่งผลต่อปัจจัยและระดับความสำเร็จของการพัฒนาด้านระบบสุขภาพของชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพและความมั่นคงของชาติต่อไป

ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อกระบวนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

การศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อกระบวนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน ผลการศึกษาตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO: Health System Framework) ใน 6 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1.ระบบการให้บริการ (Health Service Delivery) 2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3.ระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพ (Health Information) 4.เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Essential Health Technologic) 5.ระบบการเงินการคลัง (Health Financing) 6.การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์ที่ทำให้ประชาชนมีสุขดีขึ้นแล้ว ยังต้องมีประสิทธิภาพ สร้างเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการศึกษามีดังนี้

1 ระบบการให้บริการ(Health Service Delivery) พบว่า โครงสร้างระบบสุขภาพชุมชน มีหน่วยบริการครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิซึ่งรวมถึง บริการเฉพาะทาง และระบบส่งต่อ มีการบริหารจัดการและสนับสนุนในเรื่อง ระบบการให้บริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบการเงินการคลัง จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พัฒนามาจากสถานีอนามัยเดิม เป็นหน่วยบริการหลักในชุมชน ใช้ระบบการส่งต่อเชื่อมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับสูงขึ้นไปในระดับทุติยภูมิคือโรงพยาบาลชุมชน และระดับตติยภูมิ รวมถึงตติยภูมิขั้นสูงในโรงพยาบาลจังหวัด พบว่าเริ่มมีการนำระบบการให้คำปรึกษาทางไกล (Telemedicine) จากโรงพยาบาลแม่ข่าย กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ ที่อยู่ในโครงการพัฒนานำร่องในปี 2555 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ไม่ได้อยู่ในโครงการแต่มีความพร้อมในการดำเนินการ โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่พบว่ามีปัญหาในด้านทัศนคติทักษะของผู้ใช้งาน รวมทั้งระบบ IT รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร และมาตรฐานการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนและสังคม

การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าแม้ในหลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิจะประกอบด้วยมิติด้านรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรค และด้านบริการฟื้นฟูสภาพ แต่พบว่า มิติการดำเนินการบางเรื่องยังไม่ครบถ้วน เช่นภาระงานด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้นจากการกระจายบริการโรคเรื้อรัง และการขยายความสามารถในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ความต้องการของชุมชนที่ต้องการแพทย์และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ และมาตรฐานการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนให้มีแพทย์เวียนมาตรวจให้บริการประชาชน ส่งพยาบาลวิชาชีพออกมาประจำ ทำให้การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ เพราะข้อจำกัดเรื่องบุคลากร งบประมาณ และเวลา ไม่เพียงพอ รวมทั้งบริการด้านการฟื้นฟูสภาพด้วยเช่นกัน จะเห็นได้จากแนวโน้มสถานการณ์สุขภาพในเรื่อง สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยทำงานเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ ในทิศทางเดียวกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังมีสุขภาพดีช่วยเหลือตนเองได้ แต่มากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังประจำตัวและต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ แม้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่มี ความจำเป็นที่ต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ แต่อาจมีภาวะพึ่งพาที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นอยู่ แต่พบว่าการเตรียมความพร้อมในเรื่องดังกล่าวยังไม่มีความชัดเจนในทุกระดับทั้งนโยบายภาพรวมของประเทศ การกำกับดูแลในระดับพื้นที่และการเตรียมความพร้อมของระดับชุมชน

ข้อเด่นของการให้บริการปฐมภูมิ พบว่าเป็นการให้บริการแบบองค์รวม ใกล้ชิดประชาชน ขอบเขตการให้บริการครอบคลุมมากกว่าการรักษาพยาบาล รวมไปถึงการดูแลสุขภาพของชุมชน ประกอบกับในช่วงปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา มีหน่วยงานต่างๆ เข้ามาร่วมจัดการระบบสุขภาพจำนวนมาก เช่นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) นอกจากนี้หากขยายความหมายของสุขภาพในมิติที่กว้างและครอบคลุมขึ้น คือ การมี“สุขภาพะ” ด้านกาย จิต สังคม และปัญญา มีหน่วยงานที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องขยายออกไปอย่างกว้างขวาง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน การทำงานด้านสุขภาพในบริบทใหม่จึงเป็นการทำงานร่วมกันของ “พหุภาคี” ที่ต้องอาศัยระบบการจัดการใหม่ๆ มาใช้ในการดำเนินงาน พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความสำเร็จส่วนมากเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริหารจัดการ และสามารถจัดทำแผนงานภายใต้การริเริ่มด้วยตนเอง โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายให้การสนับสนุน และสามารถดึงศักยภาพพหุภาคีมาร่วมดำเนินการด้วย

สถานการณ์การเจ็บป่วยในชุมชนภาพรวมห้าอันดับแรกเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง การบาดเจ็บ และโรคไม่ติดต่ออื่นๆ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในเรื่อง ความดันโลหิตสูงการมีดัชนีมวลกายสูง การมีระดับโคเลสเตอรอลสูง และการบริโภคผักและผลไม้ น้อยทำให้มีความสูญเสียสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปต้องอาศัยการทำงานเชิงบูรณาการ แต่พบว่าโครงสร้างระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ยังไม่สามารถรับมือได้ โดยเฉพาะระบบ บริการปฐมภูมิที่ยังแยกส่วน มีบางเรื่องที่มีแผนระดับชาติ แต่การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติระดับ พื้นที่ชุมชนขาดการทำงานแบบบูรณาการ เช่น ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ยุทธศาสตร์คนไทยไร้พุง แต่การสนับสนุนงบประมาณ และทิศทางการปฏิบัติยังไม่ตรงกัน ไม่ครบถ้วนและต่อเนื่อง บทบาทการสนับสนุนด้านวิชาการ กับหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่มีช่องว่าง ซึ่งยังขาดกลไกบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม ในเรื่อง

1. การขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชนอย่างแท้จริง พัฒนาในเรื่องคุณภาพ และความเชื่อมั่นของบริการปฐมภูมิเพื่อให้ลดความแออัด โรงพยาบาลใหญ่ และพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนครุภัณฑ์ที่มีความจำเป็น

2. สร้างการยอมรับคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ ให้สามารถตอบสนองความต้องการระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และชุมชนยอมรับ

2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) การสนับสนุนกำลังคนด้าน สาธารณสุข พบว่าใช้เกณฑ์การจัดสรรบุคลากรตามความรับผิดชอบประชากร และขนาดของหน่วย บริการ แต่พบว่าการพัฒนากำลังคนเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิไม่ทันกับจำนวนประชากร และความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในระยะสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดหลัก คือ เรื่องกำลังคนที่ไม่กระจายไปได้ในทุกระดับของระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการ ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ตัวอย่างเช่น ผู้ให้บริการ หลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิคือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ (เต็มเวลาหรือเป็นช่วงเวลา) เพียงร้อยละ 0.34 เท่านั้นส่วนใหญ่เป็นหน่วย บริการของโรงพยาบาลใหญ่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) หรือเอกชน บริการด้าน รักษาพยาบาลจึงเป็นจุดอ่อนในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิโดยเฉพาะสถานีนอมนัย ปัญหา สำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันคือ ปัญหาการมี บุคลากรไม่เพียงพอ หน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ประชากร 1,250 คนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความต้องการบริการด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพนอกจากนี้ยังมีปัญหาการกระจาย การผลิตบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่จำเป็น

พบว่าปัญหาการขาดแคลนบุคลากรส่วนหนึ่งเกิดจากการวางแผนแม่บทสุขภาพ (Service Plan) ขาดหน่วยงานกลาง และกลไกจัดการที่เป็นเอกภาพและมองในภาพรวม (Primary Care Unit) ปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ยังอาจจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญใหม่ๆ เพิ่มเติม เช่น ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุและเด็ก ทั้งนี้พบว่า การพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เป็นจุดแข็งในการดำเนินการระบบสุขภาพชุมชน ที่เป็นพลังกำลังคนเสริมในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขในทุกพื้นที่ พบว่ายังขาดกลไกภาพรวมในปรับปรุงในเรื่องดังนี้

1. การบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากร การติดตามกำกับ และการพัฒนาแผนแม่บทสุขภาพ

2. ปรับปรุงระบบผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรระบบปฐมภูมิ

3 ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information) การศึกษาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พบว่าก่อนมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บุคลากรในระบบสุขภาพต้องใช้เวลายาวนานมากในการบันทึกและจัดทำรายงานขึ้นเพื่อส่งให้หน่วยงานส่วนกลาง แม้ว่าจะมีความพยายามปรับปรุงระบบข้อมูลหลายครั้ง แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ พบว่าหลังมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พร้อมๆ กับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ แทนที่ภาระงานเกี่ยวกับระบบรายงานต่างๆ จะลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้น เนื่องจากการใช้ข้อมูลจำนวนมากเพื่อใช้บริหารระบบค่าตอบแทนตามผลการดำเนินงานความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการบริหารระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบปัญหาเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานและระบบที่เกี่ยวข้อง อาทิ เช่น มาตรฐานระบบข้อมูล ซึ่งปัจจุบันแต่ละส่วนยังมีพัฒนาการที่แตกต่างกัน

จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โครงสร้างตามสายบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ออกนิเทศติดตามผลกิจกรรมตามตัวชี้วัดที่กำหนดโดยส่วนกลางหรือตามนโยบายของจังหวัด ในขณะที่ข้อมูลบริการและงบประมาณบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งในระดับเขตและระดับชาติ ทำให้การใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินและพัฒนาบริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างแยกส่วน ไม่สะท้อนภาพการให้บริการและไม่ได้ใช้เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง

ในด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประชาชน การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ ยังมีปัญหาค่อนข้างมาก เพราะขาดกลไกควบคุม กำกับ และการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การตัดสินใจจำนวนมากของประชาชน อยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่ขาดความชัดเจนและไม่น่าเชื่อถือเพียงพอ ข้อมูลสุขภาพที่ประชาชนได้รับ เป็นการได้รับผ่านสื่อประชาสัมพันธ์

ทางโทรศัพท์ วิทย์ และการประกาศของเสียงกระจายข่าวภายในชุมชน และพบว่า การได้รับอิทธิพลการโฆษณาอาหารเสริม อาหารบำรุงต่างๆ มีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคระบาด โรคเรื้อรัง และภัยพิบัติ ธรรมชาติ การใช้เทคโนโลยีชุมชนในการป้องกันภัยพิบัติยังไม่มีระบบ และขาดความชัดเจน

4 เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Essential Health Technologies) พบว่า เทคโนโลยีด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก และมีอิทธิพลต่อการออกแบบรูปแบบบริการ และกระทบต่อค่าใช้จ่าย ทั้งในเชิงคุ้มค่าและไม่คุ้มค่าหรือเกินจำเป็น ในระยะที่ผ่านมา รวมทั้งศักยภาพและการลงทุนเพื่อพัฒนาศักยภาพระบบวิจัยสุขภาพยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ทั้งยังขาดกลไกการดูภาพรวมระบบวิจัยสุขภาพ ทำให้การพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพขาดทิศทางและการกำกับติดตามให้มีการพัฒนาไปตามทิศทางดังกล่าว ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยต่างๆ นอกจากนี้ยังพบเรื่องขาดการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพชุมชน เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติ การเกิดโรคอุบัติใหม่ อีกด้วย

5 ระบบการเงินการคลัง (Health Financing) การเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังอันเนื่องมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจัดตั้ง สปสช. ขึ้นในปี 2545 ทำให้เกิดการแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน (Purchaser provider split) มีการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวตามความรับผิดชอบประชากร แหล่งเงินหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) นั้นมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ในขณะที่สิทธิด้านการรักษาพยาบาลอื่นๆ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย งบประมาณรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจาก 1,202 บาทในปี 2546 เป็น 1,396 1,659 1,900 และ 2,100 บาทในปี 2548, 2549, 2550 และ 2551 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปีในช่วงเวลาดังกล่าว จำแนกตามรายการ เช่น บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค อุบัติเหตุฉุกเฉิน ค่าใช้จ่ายสูง ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้รายการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิคือ งบส่งเสริมป้องกัน (PP) และงบผู้ป่วยนอก (OP) ส่วนหนึ่ง โดยงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นเป็นภารกิจโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่งบบริการผู้ป่วยนอกส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ไปสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกส่วนหนึ่งไปสนับสนุนบริการทุติยภูมิของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ทั้งนี้เมื่อพิจารณางบประมาณรายหัวแยกประเภทบริการจะพบว่า งบประมาณรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในมีอัตราการเพิ่มสูงสุด เฉลี่ยประมาณร้อยละ 25 ต่อปีระหว่างปี 2546 – 2551 ในขณะที่อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3 ต่อปีและร้อยละ 8

สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่วงเวลาเดียวกันนโยบายรัฐอีกประการที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ คือ นโยบายด้านการกระจายอำนาจ และการสนับสนุนให้มีกองทุนสุขภาพตำบล แหล่งเงินจากท้องถิ่นและชุมชนเป็นอีกแหล่งของการคลังสุขภาพที่มีบทบาทสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น การมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีงบประมาณตนเองในการพัฒนาท้องถิ่น มีผลบวกต่อหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ และการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน มีงบประมาณของตนเองที่สามารถเข้าถึงและใช้ในการแก้ปัญหาของชุมชนได้สะดวกขึ้น มี อปท. หลายแห่งสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในการจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหากความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำ อปท. เป็นไปด้วยดี สอดคล้องกับข้อมูลรายงานสุขภาพแห่งชาติที่พบว่าแหล่งเงินจาก อปท. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะยังคงมีขนาดเล็กก็ตาม ในขณะที่กองทุนสุขภาพตำบล ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยโอนงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน (PP community) 37.5 บาท แก่ท้องถิ่นสำหรับท้องถิ่นที่พร้อมและสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยท้องถิ่นต้องสมทบงบประมาณในสัดส่วนที่กำหนด ตั้งแต่ร้อยละ 10 - 50 ตามขนาดขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และให้มีคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมาบริหารจัดการ ถือเป็นการแย่งงบประมาณออกจากการบริหารจัดการของโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีเงินสมทบจากท้องถิ่น

นอกเหนือจากนี้ ยังมีงบประมาณเพื่อการทดแทนการเสื่อมราคาหรือ Depreciation cost ส่วนหนึ่งซึ่ง สปสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงบลงทุนให้พิจารณาจัดสรรงบดังกล่าวเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและบริการทุติยภูมิในรูปแบบต่างๆ เช่น จัดสรรให้หน่วยบริการคู่สัญญาตามรายหัวที่ขึ้นทะเบียน จัดสรรให้เป็นครุภัณฑ์ การพัฒนาบุคลากร และแรงจูงใจในการให้บริการ ฯลฯ เป็นต้น ในการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว และงบบริการส่งเสริมป้องกันนั้น สปสช.จ่ายตรงตามจำนวนประชากรขึ้นทะเบียน ภายใต้ความเห็นชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยจังหวัดจำนวนหนึ่งกันเงินส่วนหนึ่งไว้เพื่อใช้จัดสรรแก่หน่วยบริการประจำคู่สัญญาที่มีประชาชนขึ้นทะเบียนน้อย สำหรับการส่งต่อ และกันไว้สำหรับกิจกรรมที่จังหวัดเห็นว่ามี ความสำคัญ เช่น เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ทั้งนี้พบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ในหลักเกณฑ์การจัดสรรและสนับสนุนภายในเครือข่ายคู่สัญญาหลักระหว่างจังหวัดหรือแม้แต่ว่าระหว่างเครือข่ายภายในจังหวัดเดียวกัน ทั้งนี้บริบทด้านการเงินของแม่ข่าย และความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยเป็นปัจจัยกำหนดการสนับสนุนภายในเครือข่าย

โดยสรุป ระบบการเงินการคลังพบว่า ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากที่มี

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2545 - 2547 พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานีนอนมัย ส่วนใหญ่ มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น สำหรับจัดการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นและชุมชนตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้นและร่วมมือกันมากขึ้นในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน

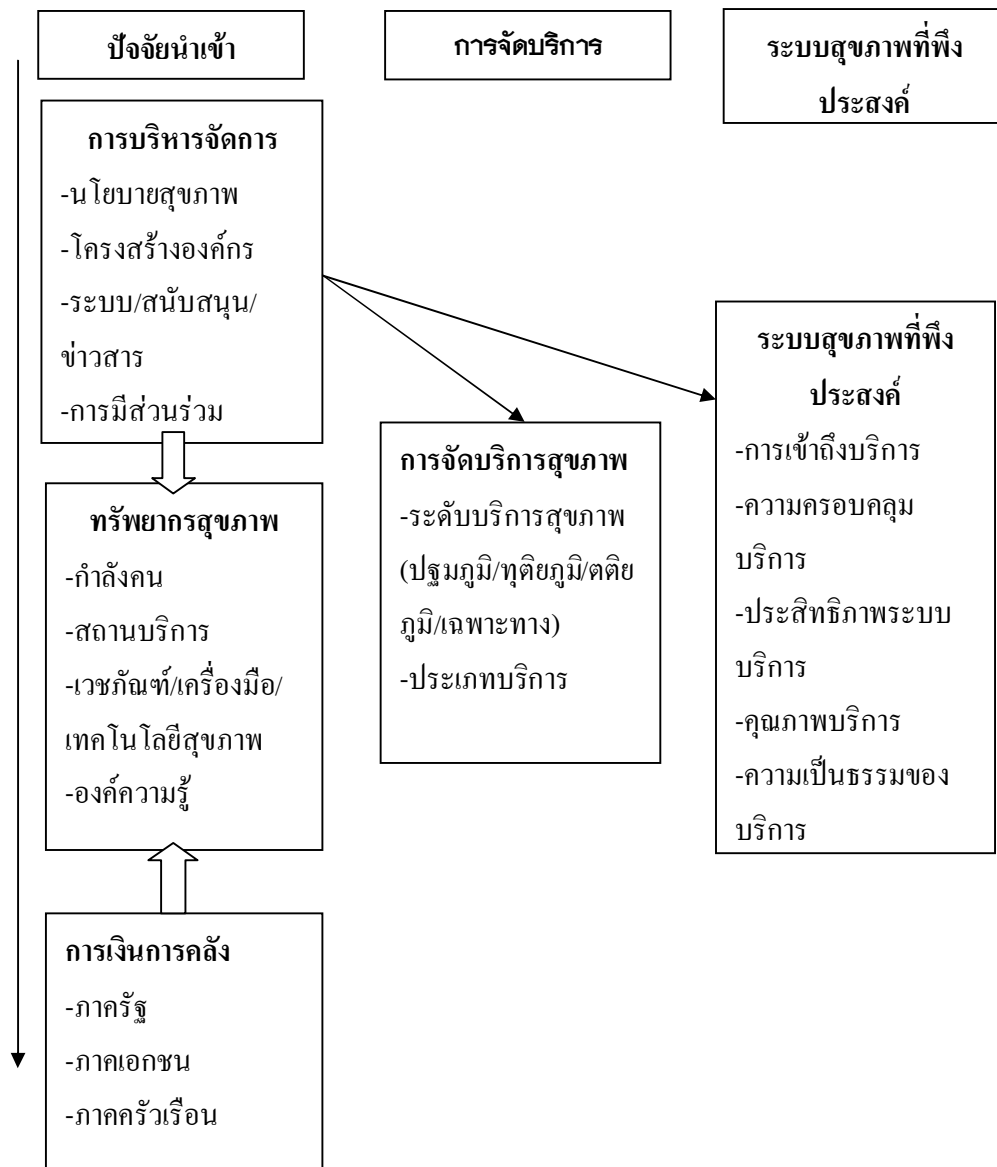
6 การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) บทบาทสำคัญของภาครัฐ คือ การอภิบาลระบบ ซึ่งมีหน้าที่สำคัญอย่างน้อย 6 ประการ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบาย (Policy guidance) 2) การสังเคราะห์ความรู้และการดูภาพรวม 3) การประสานงานและสร้างความร่วมมือ ทั้งในและนอกภาครัฐ ให้เกิดการดำเนินการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนการสร้างระบบสนับสนุนนโยบายสาธารณะ และการรักษาการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ 4) การกำกับดูแล ความเป็นธรรมในการควบคุมและสร้างแรงจูงใจ 5) การออกแบบระบบ ให้เกิดความสอดคล้องระหว่างยุทธศาสตร์และโครงสร้างต่างๆ ในระบบสุขภาพ รวมถึงการลดความซ้ำซ้อน และลดความแตกแยกของระบบ 6 ความรับผิดชอบ ในระบบสุขภาพทั้งหมดมีความสำนึกรับผิดชอบ มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้โดยสาธารณะชน

บทบาทกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันครอบคลุมมิติที่กว้างขวาง ตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งนำมาใช้ในการจัดทำยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อความมั่นคงของชาติ การพัฒนาระบบสุขภาพที่ครอบคลุมระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพ พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการให้มีคุณภาพมาตรฐาน กำหนดนโยบายวิจัยและบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งการส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคม ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรทำหน้าที่เป็น National Health Authority ที่ดูแลภาพรวมของระบบสุขภาพของประเทศ และประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานของหน่วยงานและกลไกอื่นๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยสรุปคือ การทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพ มีองค์ประกอบของการพัฒนา 3 ส่วนคือ 1) ปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ 2) การจัดบริการสุขภาพ และ 3) สมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย กลไกบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ ละการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้งนี้ สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุม คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ ซึ่งอธิบายดังภาพที่ ดังนี้

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า การจัดบริการ และระบบสุขภาพที่พึงประสงค์





ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

การพัฒนาข้อเสนอการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืนที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของชุมชน จากการข้อค้นพบดังกล่าว ทำให้เกิดข้อเสนอในการปรับภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข และการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โดยใช้พลังการมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้งในระดับชาติ และระดับชุมชนเป็นการวางแผนระยะปี 2556-2560 ซึ่งถือเป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพของประเทศ ที่มีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นคงทางสังคมของประเทศชาติต่อไป บทบาทการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ควรจำกัดเฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างกว้างขวาง เช่น การเฝ้าระวังและดูแลกรณีที่มีการระบาดของโรคอย่างกว้างขวาง (Pandemic) ให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพ ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืนที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของชุมชน ควรมีดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป็นการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานในทุกระดับตอบสนองปัญหาสุขภาพและพัฒนาระบบการส่งต่อ ให้ความสำคัญกับการกำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทุกระดับ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน กระจายทรัพยากรและใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ให้ครอบคลุมตามความจำเป็น ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้

จากการศึกษาพบว่าปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประสบกับปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ความแออัดของผู้รับบริการในสถาน บริการระดับสูง สะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับบทบาทของสถานพยาบาลในการให้บริการ มีการแข่งขันขายบริการ และเกิดการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยขาดการวางแผนการจัดระบบบริการที่ดี ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการพัฒนาและการเข้าถึงบริการของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ ต้องดำเนินการให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี (2555-2559) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และเป็นเครือข่ายระดับประเทศ อีกทั้งสมควรดำเนินการจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ของบริการแต่ละระดับ และส่งเสริมสนับสนุนให้ดำเนินการพัฒนาตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการที่เป็นที่ยอมรับ

การกำหนดกรอบนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกรอบพื้นฐานความคิดทั้งแนวคิดพื้นฐาน มุมมองต่อปัญหา และแนวปฏิบัติ เพื่อสามารถตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วทั้งที่ อาทิเช่น การขยายสถานบริการปฐมภูมิที่มีขีดความสามารถในเขตเมือง ควบคู่กับการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติครอบครัว การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่สำคัญ การพัฒนาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ระดับสูงในระดับภาค เป็นต้น

ทั้งนี้ในปี 2553-2554 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง โดยเชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ถึงระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมสถานบริการ ภายใน 4-8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน เป็น 1 เครือข่าย รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย พัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ ซึ่งรวมถึงความเชี่ยวชาญระดับสูง ซึ่งเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และเป็นเครือข่ายระดับประเทศ เพื่อใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีจำกัด ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ขจัดสภาพการแข่งขันพบว่า

1.1 กรอบแนวคิดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพใช้หลักการ

1.เป็นเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ที่สามารถเชื่อมโยงบริการทั้ง 3 ระดับเข้าด้วยกัน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสภาพข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครองหรือการแบ่งเขตตรวจราชการ เป็นตัวขวางกั้น

2.แต่ละจังหวัดจะต้องมีเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network) ที่สามารถรองรับการส่งต่อตามมาตรฐานระดับจังหวัดได้อย่างสมบูรณ์ (Self-containment for Referral Provincial Network) อย่างน้อย ๑ เครือข่าย โดยเครือข่ายจะต้องพัฒนาประสิทธิภาพในการให้บริการของเครือข่ายให้สูงขึ้นตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบด้วย

โรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในระดับมาตรฐานเป็นแม่ข่าย และรับผิดชอบการจัดบริการของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) เครือข่ายอาจส่งต่อผู้ป่วยไปนอกเครือข่ายเท่าที่จำเป็นหรือในรายที่เกินขีดความสามารถเท่านั้น ทั้งนี้การบริหารเครือข่ายให้ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ

3.ให้มีการจัด ระดับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อใช้ทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน และจัดสภาพการแข่งขันกันทิศทางการพัฒนาระบบบริการในแผน 5 ปีจะให้ความสำคัญในเชิงยุทธศาสตร์ 3 ประเด็น (Key Strategic Areas) ดังนี้

1.การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่น (ทั้งเขตเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัด และเขตเมืองอื่นๆ) ให้มีขีดความสามารถระดับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อรองรับการเติบโตของชุมชนเมืองและประชากรวัยสูงอายุ ซึ่งจะมีการระดมของการดูแลโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย และสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นมา

2.การพัฒนาโรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือข่ายบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเติบโตอย่างมีทิศทาง มีการกึ่งหน้าที่ชัดเจน มีจังหวะก้าว และเกี่ยวพันซึ่งกันและกันภายในเครือข่าย

3.การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง 4 สาขา ดังนี้ ทารกแรกเกิด มะเร็ง อุบัติเหตุ หัวใจ เพื่อรองรับระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีระดับสูงและราคาแพง แบ่งขีดความสามารถในการให้บริการเป็น 3 ระดับ โดยกระจายครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศอย่างทั่วถึง

1.2 โครงสร้างใหม่ตามภารกิจของสถานบริการภายในเครือข่าย

ในด้านโครงสร้างใหม่ตามภารกิจของสถานบริการภายในเครือข่าย จาก Key Strategic Areas ทั้ง 3 ประเด็น จะนำไปสู่การจัดโครงสร้างของสถานบริการต่างๆ ตามภารกิจที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีจุดเด่นอยู่ที่การขยายหรือยกระดับสถานบริการให้สูงขึ้นในพื้นที่จำเป็น ตลอดจนการพัฒนาปรับปรุงขีดความสามารถของสถานบริการให้เป็นไปตามแผนพัฒนาเครือข่ายบริการ ดังนี้

1.การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนเมือง / หนาแน่น จัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง” ที่สามารถดูแลประชากรในเขตเมืองขนาดไม่เกินแห่งละ 30,000 คน ได้อย่าง

ต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวม โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย และให้ท้องถิ่น/เอกชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

2.พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ที่รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ 8,000 คนขึ้นไป

3.ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินการบริการปฐมภูมิ แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับแม่ข่าย พัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรายงานผล Online ระบบปรึกษาทางไกล

5.สนับสนุนงบประมาณให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ แห่งและ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

6.การพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการ ในทุกระดับ

7.จัดตั้งศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงภายใน รพศ./รพท. 4 สาขา ได้แก่ หัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด สาขาละ 3 ระดับ กระจายทั่วทุกภาค เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนในจังหวัดมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการพื้นฐาน

1.3 การบริหารจัดการเครือข่ายบริการในส่วนภูมิภาค

การบริหารจัดการเครือข่ายบริการในส่วนภูมิภาค ดำเนินการในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยเชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับตติยภูมิถึงระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมสถานบริการภายใน 4-8 จังหวัด ครอบคลุมประชากรประมาณ 5 ล้านคน เป็น 1 เครือข่าย รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย โดยมีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการ ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการ การเงินการคลังและการส่งต่อภายในเครือข่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพระบบหลักประกันสุขภาพ ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งถึง เป็นธรรม และสร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ การจัดหา

1.4 กรอบการจัดระดับสถานบริการสุขภาพ

1. การพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้ปรับปรุงอาคารสถานที่จากสถานอนามัยเดิม และมีความพร้อมตามเกณฑ์ที่กำหนด มีแพทย์หมุนเวียนปฏิบัติงานชั่วคราวหรือเป็นการประจำหรือไม่ ก็ตาม แต่จะต้องมีพยาบาลวิชาชีพ

2. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ โดยมีคุณสมบัติตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมืองหรือพื้นที่เติบโตของเมือง ทั้งเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัด และ เมืองอื่นๆ โดยมีประชากรในความรับผิดชอบไม่เกิน 30,000 คนต่อแห่ง/มีขีดความสามารถด้านเวชปฏิบัติทั่วไป ทันตกรรม เภสัชกรรม ชันสูตรโรค กายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด และการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล มีงานบริการเวชปฏิบัติครอบคลุม และงานพัฒนาสุขภาพชุมชน ด้วยการมี “แพทย์ประจำครอบครัว” ดูแลในมิติของสุขภาพองค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญ มีบุคลากรประจำศูนย์ที่มีความพร้อม ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติหรือเวชปฏิบัติครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

3. การพัฒนาระบบบริการระดับทุติยภูมิ ระบบบริการทุติยภูมิ แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามขีดความสามารถจากน้อยไปมากที่สุด ดังนี้

1. โรงพยาบาลชุมชนสร้างใหม่ หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์ทั่วไปหมุนเวียนปฏิบัติงานชั่วคราวหรือเป็นการประจำเน้นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอ

2. โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 10 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1-2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีเตียงผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน ไม่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง ดูแลโดยทีมแพทย์และพยาบาลไม่มากนัก รองรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อสังเกตอาการ/ส่งต่อ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

3. โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

4. โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 60-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์ เป็น

บางสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบันรวม 3-10 คน) มีห้องผ่าตัดผู้ป่วยใน ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

5. โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ไอซียู ศัลยกรรม และ ศัลยกรรมกระดูก ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์ รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

2. การสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพ

การสร้างความเข้มแข็งภาคีสุขภาพ คือหัวใจของการพัฒนา เพราะระบบสุขภาพชุมชนเป็นจุดยุทธศาสตร์ของการแก้ปัญหาวิกฤตบริการสุขภาพที่ส่งผลถึงการพัฒนาและความมั่นคงระดับชาติ การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสนับสนุน การมีส่วนร่วมของภาคีในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนประชาชนเครือข่ายองค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพและผู้ให้บริการ เข้าร่วมในการบริหารจัดการ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด คือประชาชนทุกคนเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ ฉะนั้นการสร้างความเข้มแข็งให้ กระบวนการชุมชน เป็นข้อเสนอต่อการพัฒนาที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะการสร้างกระบวนการ ได้แก่

2.1 กระบวนการชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนเกิดจากกระบวนการร่วมคิดร่วมทำของคนในชุมชน หรือกระบวนการชุมชน ดังนี้

1. กลุ่มผู้นำชุมชนหรือสภาผู้นำชุมชนเป็นการรวมตัวกันของผู้นำในชุมชน ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิก อบต. แต่ผู้นำไม่เป็นทางการมีจำนวนมาก ได้แก่ ผู้นำกลุ่มต่างๆ กลุ่มอาชีพ กลุ่มการเงิน กลุ่มสตรี กลุ่มอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

2. การสำรวจจัดทำข้อมูลชุมชน ข้อมูลด้านสุขภาพและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพราะเป็นข้อมูลที่จะทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และเป็นเครื่องมือในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน

3. การจัดทำแผนชุมชน นำแผนที่เป็นข้อมูลชุมชน มาจัดทำแผนชุมชน

4. นำเสนอแผนต่อประชาชน เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน

5. ร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาตามแผนชุมชน

6.เกิดการบูรณาการ จะเกิดความมั่นคงที่เชื่อมโยงกันในหลายระบบย่อยในชุมชน เช่นระบบสุขภาพ ระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2.2 องค์การภาคีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในชุมชน ในหลักการ “สามเหลี่ยมเข็มนาฬิกา” ที่ว่า จะดำเนินการใดให้สำเร็จ 3 องค์ประกอบต้องเชื่อมเข้าหากัน คือ วิชาการ สังคม และอำนาจรัฐ

องค์กรวิชาการในระบบสุขภาพหมายถึง สถาบันอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรวิชาการอื่นๆ

สังคม คือ ชุมชน และกระบวนการชุมชน

อำนาจรัฐ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดการระบบสุขภาพชุมชน ต้องเสริมความเข้มแข็ง ใน 3 องค์ประกอบในระบบนี้

2.3 การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน ระบบสุขภาพชุมชนมีผู้ที่เกี่ยวข้องมาก ทั้งระดับบุคคล และองค์กร ต่างคนต่างมีพลัง ต่างความเห็น จึงต้องสร้างวิสัยทัศน์ร่วม จะทำให้เกิดการรวมพลังไปในทิศทางเดียวกัน เช่น เราจะเป็นชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งกัน เราจะเป็นชุมชนเศรษฐกิจพอเพียง เราจะดูแลรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน หรือเราจะบริหารจัดการผู้สูงอายุเป็นต้น

3. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัยสุขภาพ และการจัดการภัยพิบัติ

การเตรียมความพร้อมระบบป้องกันควบคุมโรค การเกิดโรคระบาดต่างๆ ทั้งอุบัติภัยใหม่และอุบัติซ้ำ ภัยพิบัติ สารก่ออันตรายในสิ่งแวดล้อม ในอาหาร ตลอดจนภัยสุขภาพอื่นๆ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ ภัยสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ ให้เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ดูแลระบบ ควรจัดให้มีโครงสร้างและระบบการบริหารงาน โดยมีการบริหารจัดการรูปแบบพิเศษสำหรับการดำเนินงาน บางสาขา รูปแบบพิเศษในสาขาที่ต้องการความยืดหยุ่นคล่องตัวสูงและต้องการธำรงบุคลากรที่มีศักยภาพไว้ในระบบอาจใช้การบริหารจัดการในรูปแบบ Program-Based Management “ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ (National Center for Disease Control: NCDC)” มีบทบาทในการพัฒนานโยบายร่วมกับภาคีทุกภาคส่วน โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการจัดทำนโยบาย ทั้งนี้ เมื่อจัดทำร่างนโยบายสำเร็จ ให้นำเสนอต่อ“คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ”เพื่อให้ความเห็นชอบ ศูนย์ฯ จะทำหน้าที่ในการประสานขับเคลื่อนนโยบาย รวมถึงติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานตามนโยบาย ทั้งนี้การพัฒนานโยบายสำหรับปัญหาสำคัญเฉพาะด้าน เช่น นโยบายเอดส์แห่งชาติ จัดทำนโยบายและประเมินผลนโยบาย

4. การสร้างกลไกระดับชาติในการอภิบาล และบริหารจัดการทรัพยากร

สุขภาพ

การให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพมีธรรมาภิบาล ควรจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Delivery Board) เพื่อวางระบบบริการของประเทศ กำหนดทิศทางการเงินการคลังและบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศ มีระบบข้อมูลสุขภาพ ที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ ให้เชื่อมต่อแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สร้างระบบงานให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขและเห็นคุณค่าของการทำงานในทุกระดับ คือ

4.1 ระดับเครือข่ายบริการหรือพวงบริการหลักในระดับเขต จะดูแลสุขภาพครบวงจรตามระบบบริการสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ครอบคลุมภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และครบถ้วน ตามองค์ประกอบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสาน การจัดการตอบสนอง Functional Service Plan รองรับบริการปฐมภูมิตามแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยนอกตามพื้นที่ (Satellite OP) เพื่อลดความแออัด รพ.ขนาดใหญ่ และเพิ่มการเข้าถึงบริการ

4.2 หน่วยบริหารจัดการระดับอำเภอ ต้องการการมีส่วนร่วมที่หลากหลายกว่าระดับจังหวัด ใช้กลไก คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ดูแลการจัดบริการในพื้นที่ และให้มีคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) เป็นกลไกที่ฝ่ายสาธารณสุข (คปสอ.) จะเชื่อมประสานบูรณาการกับภาคส่วนอื่นๆ นอกกรอบสาธารณสุข เชื่อมโยงสู่ท้องถิ่น

4.3 การบริหารงบประมาณจากทุกกองทุนสิทธิและแหล่งทุนอื่นๆ เพื่อจัดบริการ บูรณาการในภาพรวมเขตและจัดบริการที่สอดคล้องกับพื้นที่ โดยคำนึงถึงการลดความเหลื่อมล้ำและข้อขัดแย้งในกลุ่มผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มสิทธิ และเชื่อว่าจะสามารถให้บริการอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของค่าชดเชยบริการอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน