

From Symmetric Functions to Civic Participation and Health Governance in Community Health Care Services after the Devolution to Provincial Administrative Organizations

Weerasak Krueathep

Faculty of Political Science,
Chulalongkorn University, Thailand

Preeda Taearak

National Health Commission of Thailand

Pranom Aosan

Academic Supports, National Health Commission
Office, Thailand

Abstract

The devolution of community health center (CHC) from Ministry of Public Health to provincial administrative organizations (PAOs) has significantly embarked on a new ecosystem for community health services. PAOs now have more autonomy and discretion to provide primary health care that better fits constituency needs and health conditions. This research attempts to examine whether the changing milieu helps stimulate civic participation and community health governance in desirable ways. Twelve CHCs from six PAOs around the country are selected and provided guidelines in designing their own management sandboxes. Findings show that the devolution contexts provide new legal and management platforms that help to develop civic engagement and innovations in primary health services. Communal residents are now widely and actively involved in the new governance model of CHCs; for example, analyzing community's health situation, setting health service priorities, designing new service schemes, and engaging in monitoring processes. This research suggests that the devolution of CHCs brings about better health outcomes attributable to the careful, asymmetrical designs of health services to fit varying needs. Thus, government and relevant agencies shall advance the community health devolution policy into a wider scale and help eradicate legal and management obstacles for the PAOs.

Keywords

community health center, the devolution of CHC, health governance, asymmetric devolution, provincial administrative organization

CORRESPONDING AUTHOR

Weerasak Krueathep, Department of Public Administration, Faculty of Political Science, Chulalongkorn University, 46 Henri-Dunant Road, Wangmai, Patumwan District, Bangkok, 10330, Thailand. Email: weerasak.k@chulal.ac.th
© College of Local Administration, Khon Kaen University. All rights reserved.

จากรูปแบบเหมาโหลสู่การมีส่วนร่วม ของชุมชนและกลไกอภิบาลสุขภาพ ในการจัดบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนภารกิจ ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

วีระศักดิ์ เครือเทพ

ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปรีดา เต๋ออารักษ์

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ปรานอม ไอสาร

ศูนย์วิชาการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริบทเชิงสถาบันและระบบจัดการสุขภาพชุมชนครั้งสำคัญของไทย จากการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้มาตรฐานเดียวกันในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่หลากหลายตามความต้องการของประชาชนและสถานการณ์ด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ การวิจัยชิ้นนี้จึงต้องการวิเคราะห์ว่า บริบทเชิงสถาบันที่เปลี่ยนไปของ รพ.สต. สามารถส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลสุขภาพชุมชนหรือไม่อย่างไร การวิจัยนี้ดำเนินการทดลองพัฒนาระบบจัดการสุขภาพ (Management Sandbox) ใน รพ.สต. จำนวน 12 แห่ง ซึ่งอยู่ในสังกัด อบจ. 6 แห่ง ผลการทดลองพบว่าบริบทการกระจายอำนาจทำให้เกิดนวัตกรรมบริการสุขภาพที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ ภาคประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการอภิบาลสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ การกำหนดประเด็นสำคัญที่ต้องการแก้ไข การออกแบบระบบปฏิบัติการใหม่ด้านสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมในการติดตามผล การศึกษานี้บ่งชี้ว่าการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เนื่องจากสามารถจัดระบบการให้บริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ได้ยืดหยุ่นกว่าเดิม ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมผลักดันให้การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ขยายตัวในวงกว้างต่อไป

คำสำคัญ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การถ่ายโอน รพ.สต., การอภิบาลสุขภาพชุมชน, การจัดบริการสาธารณะแบบเหมาโหล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

บทนำ

ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์ และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2564 ทำให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งได้กำหนดให้ อบจ. มีหน้าที่ป้องกันและบำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพอนามัย ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และคุ้มครองผู้บริโภค ประกาศดังกล่าวยังกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายกำกับดูแลและพัฒนางานด้านสาธารณสุขของ อบจ. และกำหนดให้ อบจ. จัดตั้งสำนักหรือกองสาธารณสุข เพื่อจัดทำแผนงานและการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับปัญหาทางด้านสุขภาพและความต้องการของประชาชน

การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ดังกล่าวทำให้เกิดการถ่ายโอน รพ.สต./สอน. จำนวนรวม 4,196 แห่ง ไปสังกัด อบจ. 63 แห่ง จำแนกเป็นการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 3,263 แห่ง และปี 2567 จำนวน 933 แห่ง ส่วนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในช่วงปี 2551 – 2564 มีจำนวน 86 แห่ง รวมจำนวนการถ่ายโอน รพ.สต./สอน. ทั้งหมด 4,282 แห่ง (Department of Local Administration, 2024) จากจำนวน รพ.สต./สอน. ที่มีอยู่ 9,836 แห่ง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ รพ.สต. ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 43.5 ของทั้งระบบในปัจจุบัน (ข้อมูลปีงบประมาณ 2567)

ภารกิจใหม่นี้สร้างความท้าทายสำหรับ อบจ. และต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งการแก้ไขปัญหาข้อจำกัดที่เกิดจากกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ และการเร่งพัฒนาศักยภาพของ อบจ. และ รพ.สต. ในการดูแลระบบสุขภาพปฐมภูมิ การบริหารงานบุคคล การจัดการทรัพยากรการเงินการคลัง อาคาร สถานที่ การจัดหาอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ การพัฒนากลไกประสานงานและการมีส่วนร่วมของประชาชนภายใต้สังกัดใหม่ และการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพและการบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมของจังหวัด (Kamnualsilpa et al., 2022; Rongmuang et al., 2022; Somketrin, et al., 2023)

โจทย์การศึกษาที่สำคัญ คือ บริบทการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่แต่เดิมดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข สามารถปรับตัวจากการทำงานภายใต้มาตรฐานกลาง ไปสู่การจัดบริการสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบและอภิบาลระบบสุขภาพชุมชน (Health governance) ร่วมกับ รพ.สต. ภายใต้สังกัด อบจ. หรือไม่ และสามารถสร้างความแตกต่างในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพชุมชนเพียงใด การศึกษานี้จึงมุ่งตอบคำถามดังกล่าวผ่านการวิจัยเชิงทดลอง (Sandbox) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบนิเวศใหม่ร่วมกับ อบจ. จำนวน 6 แห่ง และคัดเลือก รพ.สต./สอน. เป็นพื้นที่นำร่องจำนวน 12 แห่ง จากนั้น ผู้เขียนจึงพัฒนากระบวนการปรึกษาหารือและขับเคลื่อนการพัฒนาบริการสุขภาพชุมชนที่สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการของพื้นที่ และติดตามประเมินผลการให้บริการด้านสุขภาพและการบริหารจัดการ ของ รพ.สต. เพื่อถอดเป็นบทเรียนสำหรับพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และจัดการระบบสุขภาพชุมชนโดย อบจ. ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อวิจัยและทดลองพัฒนาระบบปฏิบัติการหรือการให้บริการด้านสุขภาพชุมชนรูปแบบใหม่ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมสำหรับโรงพยาบาลสุขภาพตำบลหรือสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

2) เพื่อถอดบทเรียนแนวทางการพัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพชุมชนที่บริหารจัดการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดสำหรับพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในอนาคต

การทบทวนวรรณกรรม

กรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องและแนวคิดการอภิบาลสุขภาพชุมชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 250 บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่ง อปท. สามารถดำเนินการเอง ดำเนินการร่วมกับ อปท. อื่น หรือมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานของรัฐดำเนินการได้ ต่อมา คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ประกาศหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 19 ตุลาคม 2564 และกำหนดให้ อบจ. ที่รับการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. มีอำนาจหน้าที่ (1) ป้องกันและบำบัดโรค (2) ส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน (3) รักษาพยาบาลอย่างง่าย (4) ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และ (5) คุ้มครองผู้บริโภค

บริบทการเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายดังกล่าวทำให้เกิดโจทย์ใหม่สำหรับ อบจ. ที่จะต้องเร่งพัฒนาศักยภาพในการบริหารระบบสุขภาพและการกำกับดูแล รพ.สต. ให้สามารถบริการประชาชนได้ต่อเนื่อง และเนื่องด้วยความเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การถ่ายโอน รพ.สต. นี้จึงเปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่สามารถเข้ามีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของภารกิจการให้บริการสุขภาพได้โดยตรง นับตั้งแต่การวางแผนงาน การร่วมลงมือปฏิบัติ ติดตามประเมินผล และการกำกับดูแล หลักการดังกล่าวสะท้อนถึงแนวคิดที่สำคัญในการจัดการภาครัฐแบบธรรมาภิบาลความร่วมมือ (Collaborative governance) (Ansell & Gash, 2008; Agranoff & McGuire, 2003) ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ จะนำไปสู่การสร้างควมไว้วางใจและเป็นเจ้าร่วมกันจากทุกภาคส่วน (Trust & Coownership) และคาดว่าจะช่วยให้เกิดการบริการที่ครอบคลุม (Inclusive) ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Krueathep et al., 2010)

ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลสุขภาพชุมชน (Health governance) จะต้องผลักดันให้เกิดระบบจัดการสุขภาพชุมชนโดย อปท. และเครือข่ายที่มุ่งการจัดบริการที่ตอบสนองต่อประชาชน และบริบทของพื้นที่ที่มีความหลากหลาย การอภิบาลสุขภาพชุมชนภายใต้การดูแลของ อบจ. ครั้งนี้จึงก่อให้เกิดความท้าทายเพิ่มขึ้นหลายประการ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่าง ๆ ในการกำหนดวิสัยทัศน์การให้บริการด้านสุขภาพ เป้าหมายการทำงานของ รพ.สต. และร่วมสนับสนุนการดำเนินงานหลังจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ซึ่งครอบคลุมการบริการทางการแพทย์และเวชศาสตร์ชุมชน การบริหารบุคลากรและทรัพยากรการเงินการคลัง การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพและกลไก

สนับสนุนต่าง ๆ ที่เกื้อหนุนต่อการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ความท้าทายเหล่านี้ทำให้เกิดประเด็นคำถามว่า รพ.สต. ในสังกัดใหม่ของ อบจ. และกลไกอภิบาลสุขภาพในชุมชนสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นในบริบทการกระจายอำนาจได้หรือไม่ ควรจะมีรูปแบบการบริหารจัดการเช่นใด และจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่อย่างไร

ประสบการณ์ของต่างประเทศและของไทยเกี่ยวกับบทบาทของท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพชุมชน

รัฐบาลในหลายประเทศให้ความสำคัญกับ อปท. โดยกำหนดหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพมากพอสมควร (World Health Organization, 2010) ยกตัวอย่างเช่นประเทศญี่ปุ่น กำหนดให้ อปท. ทุกระดับให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างรอบด้าน จังหวัด (Prefecture) จะดูแลการวางแผนสุขภาพในภาพรวมของจังหวัด ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางหรือระดับตติยภูมิ (Tertiary) มีโรงเรียนแพทย์และพยาบาลในสังกัดตนเอง และจะทำหน้าที่กำกับดูแลการบริการทางการแพทย์และระบบสุขภาพของเมืองและเทศบาลให้สอดคล้องกัน โดยอยู่ภายใต้มาตรฐานและการสนับสนุนด้านงบประมาณที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง ส่วนเมือง (City) จะให้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิร่วมกับชุมชนและภาคเอกชน และดูแลการส่งเสริมสุขภาพชุมชนร่วมกับจังหวัด โดยมีภาคส่วนต่าง ๆ ดูแลและให้การสนับสนุนศูนย์สุขภาพระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน ส่วนประเทศเนเธอร์แลนด์ให้ความสำคัญกับท้องถิ่นเช่นกัน โดยจะทำหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพปฐมภูมิ สุขภาพจิต บริการที่จำเป็นสำหรับเด็กและผู้ด้อยโอกาส และดูแลด้านกายภาพที่จำเป็นสำหรับการสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนในประเทศไทย นับแต่การกระจายอำนาจหลังปี พ.ศ. 2542 อปท. ได้ปรับตัวในการบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งรวมถึงภารกิจด้านสาธารณสุข และสามารถดำเนินภารกิจสถานีนอามัยถ่ายโอน (ชื่อเดิม) ได้ค่อนข้างดีในช่วงที่ผ่านมา มีการปรับตัวของคณะผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากร หน่วยสถานีนอามัย และภาคประชาชนพึงพอใจค่อนข้างสูงต่อการบริการของสถานีนอามัย การดูแลเอาใจใส่ และประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารสถานีนอามัยได้ใกล้ชิดขึ้น แม้ว่าในช่วงแรกของการถ่ายโอนสถานีนอามัยจะมีข้อจำกัดในด้านความเพียงพอของยาและเวชภัณฑ์ และความพร้อมของเครื่องมือและบุคลากรทางการแพทย์อยู่บ้างก็ตาม (Krueathep et al. , 2020; Puang-ngam et al., 2014; Decentralization Plan and Policy Division, 2008, 2019)

แต่สำหรับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ช่วงที่ผ่านมา ยังคงประสบปัญหาข้อจำกัดหลายประการ และควรได้รับการปรับปรุงต่อไป เพื่อให้ อบจ. มีขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ต่อเนื่อง และสามารถบริหารจัดการกลไกต่าง ๆ ผ่านการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนได้โดยไม่ขาดตอน อาทิ ปัญหาข้อจำกัดในเชิงระเบียบปฏิบัติเรื่องการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของ รพ.สต. จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเนื่องด้วยเป็นหน่วยงานที่อยู่ต่างสังกัด การจัดการด้านอาคารสถานที่ที่ขาดความชัดเจนเรื่องกรรมสิทธิ์หรือการขออนุญาตก่อสร้าง การส่งมอบยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัญหาการถ่ายโอนบุคลากร การสรรหา การพัฒนาศักยภาพ และการดูแลขวัญและกำลังใจบุคลากร การพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและการจัดการระบบสุขภาพ ในระดับพื้นที่ และการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพชุมชน เป็นต้น (Kamnualsilpa et al., 2022; Rongmuang et al., 2022; Sornketrin, et al., 2023)

สังเคราะห์กรอบคิดหลักในการวิจัย

จากบริบทด้านกฎหมายและประสบการณ์ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนโดย อบต. และ อบจ. ดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนจึงพัฒนาโจทย์วิจัยเพื่อมุ่งประเมินว่า ภายใต้บริบทใหม่นั้นเราสามารถพัฒนาให้กลไกอภิบาลสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมกับ อบจ. และ รพ.สต. ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้หรือไม่ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ประการใด ดังมีกรอบคิดหลักใน Figure 1 ในงานนี้ ผู้เขียนทดลองผลักดันให้เกิดระบบการจัดบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ที่แตกต่างจากเดิม (Management sandbox) สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเป็นรูปแบบที่มาจากความต้องการของประชาชนและภาคีเครือข่าย อาทิ อสม. ผู้นำชุมชน สมัชชาสุขภาพ ภาควิชาการ และมุ่งพัฒนาให้เกิดความร่วมมือของ อบต. ทั้ง 2 ระดับ

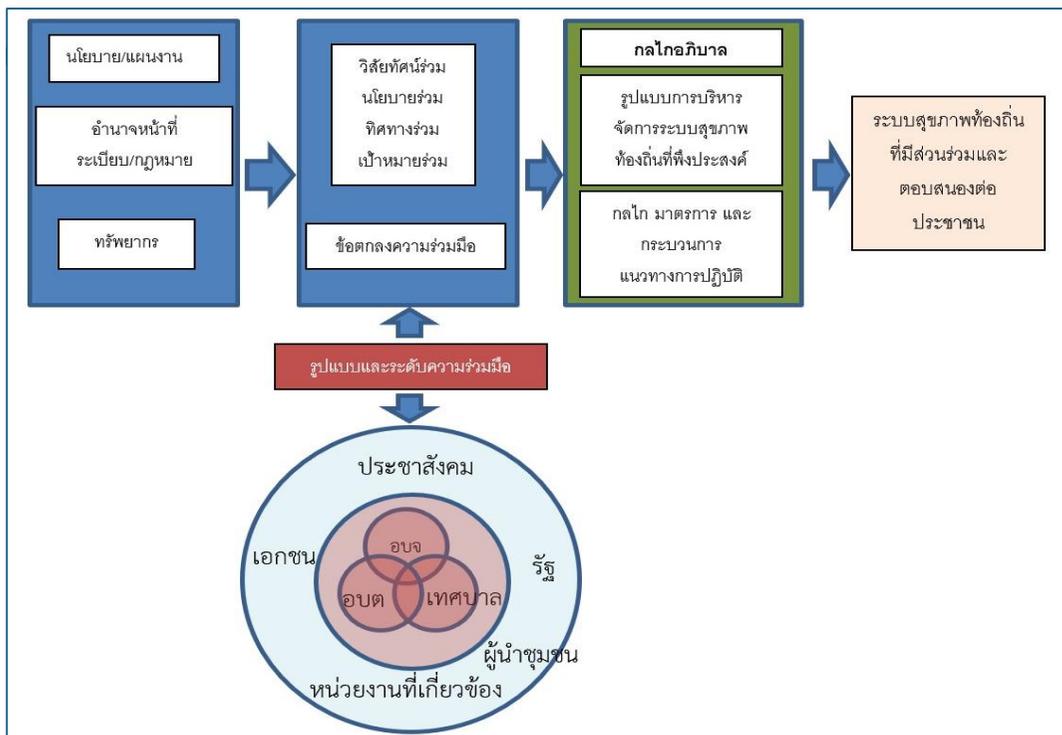


Figure 1. Conceptual Research Framework

Source: Reviewed by the Author

ทั้งหมดนี้เป็นการทดลองพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนภายใต้บริบทการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการอภิบาลสุขภาพชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และทิศทางการถ่ายโอน รพ.สต. ที่ผ่านมา และเป็นประเด็นที่ยังไม่มีงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาระบบเช่นนี้มากนัก หากการวิจัยนี้พบว่าเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต. ที่มีความเป็นไปได้ย่อมเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนำไปกำหนดนโยบาย (Evidence-based policy) เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในความรับผิดชอบของชุมชนท้องถิ่นในอนาคตได้ต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีผสมผสาน (Mixed methods) ทั้งวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ และดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยจะวิเคราะห์ผลลัพธ์ก่อนและหลังจากการใช้มาตรการพัฒนาด้านสุขภาพปฐมภูมิ (Sandbox intervention) ชนิดไม่มีกลุ่มควบคุม และเลือกทำการทดลองในองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 6 แห่งกระจายในภูมิภาคต่าง ๆ ได้แก่ อบจ.เชียงใหม่ อบจ.ขอนแก่น อบจ.นครราชสีมา อบจ.ปทุมธานี อบจ.สงขลา และ อบจ.ภูเก็ต และกำหนดให้แต่ละ อบจ. คัดเลือก รพ.สต./สอ.น. ถ่ายโอนจังหวัดละ 2 แห่งที่มีบริบทด้านสุขภาพแตกต่างกัน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 รพ.สต./สอ.น. ทั้งนี้ข้อมูลต่าง ๆ ประกอบไปด้วยข้อมูลสถิติด้านสุขภาพ ข้อมูลการบริหารจัดการของ รพ.สต. และ อบจ. และข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนและผลลัพธ์จากการวิจัยเชิงทดลอง ดังข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง และมาตรการเชิงทดลองดังนี้

Table 1. Sample and the Summary of Innovative Interventions

PAO	Community Health Center	Basic Information			Key Features of Health Governance Sandbox			
		No. of Personnel	Settings	Health Issues	Participation	Health Data	CUP Split	Specialized services
1. Chiang Mai	Banromklao	4	Rural	Diabetes & Hypertension	✓	✓		
	Maekah	8	Rural	Aging, Long-term Care	✓	✓		
2. Khon Kaen	Muangpia	7	Semi-Rural	Stroke & NCDs	✓	✓		✓
	Banmuang mai	9	Rural	NCDs	✓	✓		
3. Nakorn Ratchasima	Tanod	17	Urban	Diabetes, Hypertension & Aging	✓	✓		
	Taladkae	20	Semi-Rural	Shortage of Health Personnel	✓	✓	✓	✓
4. Patum-thani	Bow-ngean	3	Rural	Diabetes, Hypertension, and Childcare	✓	✓		✓
	Bangkayang	14	Semi-Rural	Long-term Care	✓	✓		
5. Songkhla	Pakad	7	Semi-Rural	Health records	✓	✓		
	Kuanso	8	Rural	Health records	✓	✓		
6. Phuket	Bankoh-Mapraw	2	Rual, Island	EMS	✓	✓		✓
	Rawai	7	Urban	Dental care	✓	✓		✓

Source: Compiled by the authors

การวิจัยกึ่งการทดลองครั้งนี้ประกอบไปด้วยขั้นตอนที่สำคัญดังต่อไปนี้ ผู้เขียนเริ่มต้นจากการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานระดับนโยบาย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ อบจ. ทั้ง 6 แห่ง เพื่อกำหนดพื้นที่นำร่อง ต่อมาเป็นการทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพและบริบทของพื้นที่ ปัญหาข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ต่อจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดสนทนากลุ่มกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ขอบเขตการดำเนินงาน ออกแบบกลไกอภิบาลระบบสุขภาพและแนวปฏิบัติใหม่ที่เป็นนวัตกรรมด้านการบริหารหรือการจัดบริการสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมผ่านการจัดทำข้อตกลง (MOU) ร่วมกับทุกภาคส่วน การดำเนินการส่วนนี้ใช้เวลาประมาณ 4 เดือนระหว่างเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม 2566

กิจกรรมวิจัยส่วนต่อมาเกิดขึ้นเดือนสิงหาคม 2566 ถึงเมษายน 2567 หรือประมาณ 9 เดือน ได้แก่ การทดลองปฏิบัติการตัวอย่างง่ายในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนตามที่กำหนดร่วมกับภาคีเครือข่าย กำกับ/ติดตามผลการดำเนินการเป็นระยะ ๆ และประเมินผลการดำเนินการด้วยแบบ Sandbox พร้อมถอดบทเรียนผลสำเร็จ ปัญหาและข้อจำกัด และโอกาสในการขยายผลในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการของ อบจ. และสิ้นสุดท้ายเป็นการสรุปผลการศึกษา สังเคราะห์และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งใช้เวลาราว 3 เดือนในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2567

ทั้งนี้ ผู้เขียนใช้ความหมายนวัตกรรมระบบจัดการด้านสุขภาพชุมชน หรือ Management Sandbox อย่างกว้างตามแนวทางของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Decentralization Plan and Policy Division, 2008, 2019) ซึ่งเห็นว่า นวัตกรรม หมายถึงการริเริ่มใหม่หรือวิธีการใหม่เพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้ผลสำเร็จที่ดีขึ้น โดยอาจเป็นแนวคิดจากที่อื่นหรือเคยนำไปใช้ที่อื่น แต่สามารถนำมาใช้ในบริบทใหม่ได้ในสถานการณ์นี้ ผู้เขียนได้ทบทวนสภาวะด้านสุขภาพในพื้นที่วิจัย และปรึกษาหารือร่วมกับภาคประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญในการทดลองพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพ และดำเนินการติดตามผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยกึ่งทดลองใน รพ.สต./สอ. ถ่ายโอนทั้ง 12 แห่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. รพ.สต.บ้านร่มเกล้า จังหวัดเชียงใหม่ เลือก “ขับเคลื่อนการอภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่น” โดยพัฒนาเครือข่ายการอภิบาลสุขภาพและกลไกการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และสนับสนุนให้เกิดฐานข้อมูลสุขภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยเร่งพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร อสม. และแกนนำชุมชนในการดูแลการใช้ยาอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลใกล้ชิดและรับยาต่อเนื่องมีเพียง 82 คน หรือร้อยละ 28 เท่านั้น การทดลองนี้มุ่งพัฒนาให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ใช้ยาอย่างถูกต้อง (กินยาไม่ต้องหักครึ่ง) จัดตารางงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวน 60 คน และมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียงอย่างใกล้ชิด กิจกรรมดังกล่าวยังไม่เคยเกิดขึ้นก่อนการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ.เชียงใหม่ งานนี้สามารถจัดการให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องทุกคน หรือคิดเป็นร้อยละ 100

2. รพ.สต.แม่ข่า จังหวัดเชียงใหม่ จัดการพัฒนาระบบ “ตำบลแม่ข่า ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” เพื่อดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง และกลุ่มเปราะบาง โดยหลักการ “บ ว ร ส + ค” แบบมีส่วนร่วม ในการระดมความคิด ออกแบบ วางแผนงาน และวางฐานรากการพัฒนา โดยการสนับสนุนจากบ้าน วัด

โรงเรียน สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพทั้งภายในและภายนอก โดยมีผู้สูงอายุเป็นพลังสำคัญ ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน มีการจัดตารางทำงานร่วมกับ รพ.สต.แม่ข้า เทศบาลตำบลแม่ ข้า และแกนนำสุขภาพในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยเรื้อรังแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งมีจำนวน 17 คนในตำบล ทีมงานนี้จะทำหน้าที่ประเมินสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว และสภาพที่อยู่อาศัย ให้คำแนะนำ และช่วยนวดให้ตามความเหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ได้มากขึ้น กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย ครบทุกราย หรือคิดเป็นร้อยละ 100.0

3. รพ.สต. เมืองเพ็ญ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการจัดตั้ง “ศูนย์โฮมฮักรักสุขภาพเพื่อให้ความรู้ และดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน” ซึ่งในตำบลมีผู้ป่วยจำนวน 25 คน ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ สะดวกในการเดินทางมารับการดูแลที่ รพ.สต. มากนัก การทดลองนี้ได้จัดตั้งศูนย์โฮมฮักรักสุขภาพใน ชุมชนบริเวณบ้านของ อสม. จำนวน 2 แห่ง มีอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เครื่องวัดความดัน รถเข็น และอุปกรณ์ อื่น ๆ และมีการอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้รู้จักวิธีการป้องกันและดูแลตนเอง เพื่อให้ สามารถดูแลผู้ป่วยหลังจากกลับมาพักรักษาตัวที่บ้านได้ นอกจากนี้ ยังมุ่งพัฒนาศักยภาพ อสม. และ กลไกเครือข่ายให้เป็น “อสม.พลัส” เพื่อให้สามารถดูแลและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ มาตรการทดลองนี้ ครอบคลุมผู้ป่วย 25 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 25 คน และ Caregiver หรือ อสม.พลัส 27 คน รวมทั้งสิ้น 77 คน สามารถดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปรับการรักษาพยาบาล 22 คน สามารถให้บริการเยี่ยม กายอุปกรณ์ 30 คน และสามารถให้บริการตรวจคัดกรองประชาชนในตำบลที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปได้ จำนวน 176 คน ตรวจพบผู้เสี่ยงปานกลาง 49 คน และผู้เสี่ยงสูง 16 คนในระหว่างที่ดำเนินการวิจัย มาตรการ Sandbox นี้

4. สอน.บ้านเมืองใหม่ จังหวัดขอนแก่น พัฒนา “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Community Health Station” ซึ่งมุ่งส่งเสริมบทบาทของชุมชนทั้ง 15 หมู่บ้านให้ทำหน้าที่ดูแลและสร้าง ความตื่นตัวกับประชาชนในด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-communicable diseases (NCDs) โดยการ ให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy จำนวน 13 ขั้นตอน และสร้างข้อความกระตุ้นความ ตื่นตัวของประชาชน (Nudge message) เช่น “ถ้าชอบกินหวาน มัน เค็ม ชีวิตจะเต็มไปด้วยยา” เป็นต้น มี การจัดเตรียมกล่องเครื่องมือและอุปกรณ์พื้นฐานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และพัฒนาให้อสม. สามารถให้ ความรู้ป้องกันปัญหาสุขภาพ (Preventive health) ได้เอง เช่น การตรวจคัดกรอง การให้ความรู้เกี่ยวกับ อาหาร พฤติกรรมการบริโภค ทั้งหมดนี้ช่วยขยายขอบเขตการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ได้มากขึ้น โดยครอบคลุมประชากร 8,931 คน ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 213 คน และผู้ป่วยโรค ความดัน 419 คนในพื้นที่ทั้ง 15 หมู่บ้าน

5. รพ.สต.โตนด จังหวัดนครราชสีมา พัฒนาระบบ “ช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านของ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” เนื่องจากในพื้นที่มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 417 คน ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ แต่มีความยากลำบากในการเข้าถึง บริการสาธารณสุข การทดลองนี้จึงมุ่งพัฒนากลไกการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care: LTC) ใน กิจกรรมนี้ ได้จัดตั้ง “ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน” อบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่บ้านให้แก่ อสม. และ วางแผนการดำเนินการออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลพื้นฐาน และ อบจ.นครราชสีมา สนับสนุนการบรรจุนักกายภาพบำบัด เพื่อดูแลรับผิดชอบด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและผู้พิการ

มาตรการนี้ทำให้คนกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างถูกต้องจากนักกายภาพบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะ ซึ่งระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - เมษายน 2567 ครอบคลุมผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 30 รายจาก จำนวน 94 ราย หรือร้อยละ 31.9 และผู้พิการได้รับการดูแลจำนวน 311 ราย หรือครบทั้งร้อยละ 100.0

6. รพ.สต.ตลادแค จังหวัดนครราชสีมา มุ่งพัฒนา “เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP Split)” เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีความรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีจำนวน 2,291 ราย แต่ทว่าขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ให้ดูแลอย่างเพียงพอ การขึ้นทะเบียนเป็น CUP Split จึงเป็นการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับ รพ.สต.อื่นอีก 3 แห่ง โดยมีระบบสารสนเทศ เพื่อจัดการข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างเป็นระบบ และผ่านการประเมินเป็น หน่วยบริการประจำ (CUP Split) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 (ประกาศฉบับที่ 2189) และทำให้ รพ.สต. จ้างบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขแบบเต็มเวลา (Full time) ด้วยเงินรายได้ของ รพ.สต.ตลادแค รวม 5 อัตรา ได้แก่ แพทย์ 2 อัตรา ทันตแพทย์ 2 อัตรา และเภสัชกร 1 อัตรา และกำหนดตารางเวลาให้บริการหมุนเวียนในเครือข่าย สุขภาพ ดังนี้

Table 2. Schedule for Medical Services in Taladkae CUP Split

Day	8.30 a.m. – 12.00 p.m.	13.00 – 16.30 p.m.
Monday	Medical consult at Taladkae Health Center	Community Visit at Taladkae Health Center
Tuesday	Medical consult at Donchompu Health Center	Community Visit at Donchompu Health Center
Wednesday	Medical consult at Taladkae Health Center	Community Visit at Taladkae Health Center
Thursday	Medical consult at Lumkao Health Center	Community Visit at Lumkao Health Center
Fridays	Medical consult at Takratum Health Center	Community Visit at Takratum Health Center
Saturday/Sunday	Medical consult at Taladkae Health Center	Community Visit at Taladkae Health Center

Source: Compiled by the authors

Table 3. Schedule for Dental Services in Taladkae CUP Split

Day	8.30 a.m. – 12.00 p.m.	13.00 – 16.30 p.m.
Monday	Dental services at Taladkae Health Center	Services for non-complication Taladkae Health Center
Tuesday	Dental services at Donchompu Health Center	Services for non-complication Donchompu Health Center
Wednesday	Dental services at Lumkao Health Center	Services for non-complication Lumkao Health Center
Thursday	Dental services at Takratum Health Center	Services for non-complication Takratum Health Center
Friday	Dental services at Taladkae Health Center	Services for non-complication Taladkae Health Center
Saturday/Sunday	Closed	Closed

Source: Compiled by the authors

Table 4. Schedule for Pharmacist in Taladkae CUP Split

Day	8.30 a.m. – 12.00 p.m.	13.00 – 16.30 p.m.
Monday	Prescription and consult service at Taladkae Health Center	Prescription and consult service at Taladkae Health Center
Tuesday	Prescription and consult service at Taladkae Health Center	Prescription and consult service at Taladkae Health Center
Wednesday	Prescription and consult service at Taladkae Health Center	Prescription and consult service at Taladkae Health Center
Thursday	Prescription and consult service at Taladkae Health Center	Prescription and consult service at Taladkae Health Center
Friday	Prescription and consult service at Taladkae Health Center	Prescription and consult service at Taladkae Health Center
Saturday/Sunday	ไม่เปิดให้บริการ	ไม่เปิดให้บริการ

Source: Compiled by the authors

7. รพ.สต.บ่อเงิน จังหวัดปทุมธานี ภาศีสุขภาพในพื้นที่ต้องการพัฒนา “ระบบส่งต่อผู้ป่วย” เนื่องจากที่ตั้งของตำบลบ่อเงินเป็นชายขอบของจังหวัดและเป็นพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลจากเขตเมือง ประชาชนส่วนใหญ่เผชิญกับความลำบากในการเดินทางไปรักษาในตัวเมืองหรือการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Follow up) ในช่วงที่ผ่านมา ระบบ 1669 ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลประชาชน อาทิ เจ้าหน้าที่ซักถามละเอียด แต่ชาวบ้านไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ จึงมักทำให้การประเมินอาการผิดพลาด และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจากการรอรพพยาบาล 1669 ระบบส่งต่อผู้ป่วยของ รพ.สต.บ่อเงินจะทำให้เกิดความยืดหยุ่น และรวดเร็วในการดูแลประชาชนมากขึ้น ในกิจกรรม Sandbox นี้มีการพัฒนาระบบงานส่งต่อผู้ป่วย การอบรม First Responder (FR) พัฒนาระบบ Line OA ในการสื่อสารและการนัดหมายรับส่งผู้ป่วย การพัฒนาระบบจิตอาสาโดยจัดอบรมให้ความรู้การส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพ อสม. และมีกลไก

ประสานงานกับระบบ 1669 เดิม กิจกรรมนี้ทำให้สามารถพัฒนาจิตอาสาได้จำนวน 40 คน และในช่วงทดลองเดือนกุมภาพันธ์ 2567 สามารถดูแลและส่งต่อผู้ป่วยได้ 14 ราย

8. รพ.สต.บางชะแยง จังหวัดปทุมธานี มุ่งพัฒนา “ระบบสุขภาพชุมชนตำบลบางชะแยง” ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุกในการป้องกันปัญหาสุขภาพร่วมกับคนในชุมชนเมือง โดยพัฒนาจำนวนและศักยภาพของ Caregiver ร่วมกับจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนตำบลบางชะแยง จำนวน 40 คน ประกอบด้วย พระสงฆ์ หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน สมัชชาสุขภาพจังหวัด หน่วยงาน พม. อบจ.ปทุมธานี และ สสอ./สสจ. และมีการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในหลักสูตรที่ฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งรายเดิมและรายใหม่ การพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ดัดเตียง และจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพชุมชนตำบลบางชะแยง” เพื่อเป็นกรอบการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกันในตำบล มาตรการเชิงทดลองนี้ทำให้มี Long-term Care/Caregiver จำนวน 39 คน จากแต่เดิมมี จำนวน 4 คน หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่าตัว มีระบบสำรวจผู้ป่วยติดเตียงและระบบการตรวจเยี่ยมบ้านที่ทั่วถึง และมีระบบสื่อสาร Line OA ในเครือข่ายภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน หรือติดเตียง

9. รพ.สต.ป่าขาด และ รพ.สต.ควนไส จังหวัดสงขลา ทั้ง 2 ชุมชนนี้เลือกทดลองแบบเดียวกัน คือการจัดทำ “แผนสุขภาพรายบุคคลและธรรมนูญสุขภาพตำบล ภายใต้เครือข่ายเต็มสุขโมเดล” เน้นการทำงานประสานกันของทุกหน่วยงานทั้ง 3 ระดับได้แก่ จังหวัด อำเภอ และตำบล พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการประมวลผลข้อมูลสุขภาพรายบุคคลและในภาพรวมของพื้นที่ให้กับเครือข่ายการทำงาน เพื่อนำไปกำหนดแนวทางการจัดทำแผนสุขภาพรายบุคคล กำหนดกรอบธรรมนูญสุขภาพตำบล ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ มีการวางระบบเก็บข้อมูลสุขภาพรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชัน iMed@home มีระบบวางแผนและบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน การเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ การวัดสัญญาณชีพ การวัด ADL การถ่ายภาพ และการสำรวจความต้องการ และการทำแบบคัดกรองสุขภาพรายบุคคล เป็นต้น

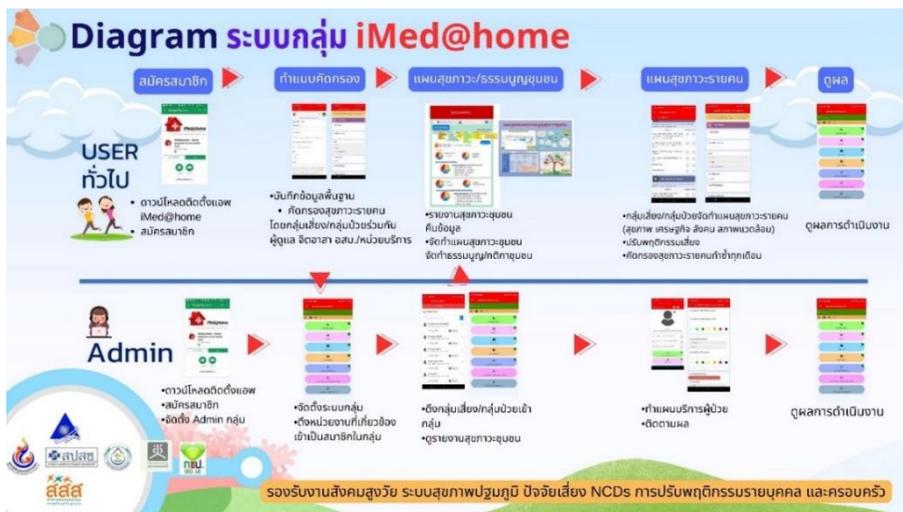


Figure 2. Diagram of iMed@home, Songkhla Provincial Administrative Organization

Source: Taarak, P. et al. (2024, p.196)

ระบบดังกล่าวช่วยลดภาระในการจัดทำแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มที่ รพ.สต. ต้องดำเนินการอยู่แต่เดิม และช่วยให้เกิดคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center: HDC) ของ รพ.สต. และ อบจ. ที่มีข้อมูลเป็นเอกภาพและใช้งานวางแผนติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนได้ตามจริง (Real time) ในช่วงที่ทำการทดลอง ระบบนี้สามารถตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลป่าขาดได้ 230 คน และในตำบลควนโสนจำนวน 431 คน และได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จัดเก็บเป็นระบบในการวางแผนการรักษาและดูแลสุขภาพชุมชนได้ดีขึ้น

10. รพ.สต.บ้านเกาะมะพร้าว จังหวัดภูเก็ต เลือกดำเนินการ “แผนการจัดความเสี่ยงสุขภาพภัยพิบัติในชุมชน และพัฒนาระบบเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินจากเกาะมะพร้าวส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย” เนื่องจากบริบทของพื้นที่เป็นชุมชนห่างไกล (พื้นที่เกาะ) เดินทางลำบาก จึงมักมีปัญหาการขนย้ายผู้ป่วย เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ค่อนข้างมาก ในกิจกรรมนี้ ภาควิชาสุขภาพและ อปท. ในจังหวัดได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและสำรวจข้อมูลชุมชน-ข้อมูลจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่จำนวน 6 จุดที่สำคัญ ดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความเสี่ยง และวิเคราะห์เส้นทางเดินทางและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินจากเกาะมะพร้าวส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และพัฒนาศักยภาพของ อสม. บ้านเกาะมะพร้าวให้มีความรู้ในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) เป็นต้น ดังแผนภาพขั้นตอนการปฏิบัติต่อไปนี้



Figure 3. Newly Reformed Workflow of EMS Transporting System

Source: Taearak, P. et al. (2024, p.181)

11. รพ.สต.ราไวย์ จังหวัดภูเก็ต มุ่งจัดทำ “แผนทันตกรรมระดับพื้นที่ตำบลราไวย์ กิจกรรมการส่งเสริมความรู้การดูแลด้านทันตกรรมและคลินิกทันตกรรมนอกเวลา (Dental by Heart)” เนื่องจากเป็นชุมชนขนาดใหญ่ที่มีจำนวนประชากร 22,318 คน ประชาชนและเด็กนักเรียนจำนวนมากมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก แต่ไม่สะดวกที่จะไปเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด กิจกรรม Sandbox ของ

รพ.สต. จึงมุ่งพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่ การจัดทำแผนทันตกรรมในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และการตรวจฟันเด็กนักเรียน การส่งเสริมความรู้ด้านทันตกรรมให้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และ อสม. และการจัดตั้งคลินิกทันตกรรมนอกเวลาให้บริการในวันเสาร์-อาทิตย์ เวลา 8.30 – 16.30 น. และในช่วงที่ได้ทดลอง 6 สัปดาห์ พบว่า มีคนไข้ 28 คน แบ่งเป็นผู้หญิง 20 คน (ร้อยละ 71.42) และผู้ชาย 8 คน (ร้อยละ 28.58)

กล่าวโดยสรุป ผู้เขียนพบว่าการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต./สอน. ไปสังกัด อบจ. ในครั้งนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริบทการบริหารจัดการและระบบนิเวศใหม่ที่เปิดโอกาสให้ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามีส่วนร่วมและมีบทบาทเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพชุมชนมากขึ้น เปิดโอกาสในการคิดนวัตกรรมบริการสุขภาพใหม่ที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ และเปิดโอกาสให้มีการทดลองมาตรการใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหรือศักยภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนได้มากขึ้น ผลการทดลองพบว่ามาตรการ Sandbox ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นงานที่สามารถลงมือทำได้โดยไม่ลำบากนัก ส่งผลดีต่อการยกระดับการให้บริการสุขภาพของ รพ.สต./สอน. หลังจากการถ่ายโอนอย่างชัดเจน หลายกรณีช่วยเติมเต็มช่องว่างของระบบบริการด้านสุขภาพชุมชนในปัจจุบัน หรือเชื่อมรอยต่ออันเกิดจากการเปลี่ยนผ่านเชิงโครงสร้างสถาบัน เป็นนวัตกรรมที่มีความหลากหลายของรูปแบบตามบริบทและสถานการณ์ด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ส่วนรายจ่ายในการ Sandbox ต่อแห่งอยู่ระหว่าง 55,931 บาท (ค่าต่ำสุด) ถึง 224,502 บาท (ค่าสูงสุด) โดยจะนับเฉพาะรายจ่ายทางตรง และไม่รวมการลงทุนและค่าตอบแทนบุคลากรวิจัย

ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญ คือ การดูแลกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมกว่าเดิม เช่น การดูแลด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย NCDs อย่างใกล้ชิดจำนวน 17 คนใน รพ.สต.แม่ข่า จังหวัดเชียงใหม่ ไปจนถึงการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 578 คนใน รพ.สต.ควนโสมและ รพ.สต.ป่าขาด จังหวัดสงขลา หรือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 25 คนใน รพ.สต.เมืองเพีย จังหวัดขอนแก่น การรับส่งผู้ป่วยจากพื้นที่ทุรกันดาร รพ.สต.บ่อเงิน จังหวัดปทุมธานี จำนวน 14 คน ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น ผลผลิตจากมาตรการทดลองทั้งหมดนี้ สะท้อนถึงศักยภาพที่เพิ่มขึ้นของ รพ.สต. และเครือข่ายอภิบาลสุขภาพในชุมชนได้อย่างชัดเจน ผู้เขียนเห็นว่าจึงควรวิเคราะห์และถอดบทเรียนเพื่อผลักดันการขยายผลในวงกว้างต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นทดลองว่าบริบทใหม่ของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. นั้น เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้นหรือไม่ เปิดโอกาสให้ภาคชุมชนและภาคีสุขภาพเข้ามีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการบริการสุขภาพของ รพ.สต. เพียงใด และจะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างจากเดิมหรือไม่อย่างไร การทดลองนี้คัดเลือก รพ.สต. หรือ สอน. ถ่ายโอนจำนวน 12 แห่ง ใน อบจ. จำนวน 6 แห่ง สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อทดลองพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ หรือ Health Governance Sandbox ภายในกรอบเวลาไม่เกิน 1 ปี

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Coownership) และอยากมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ รพ.สต. มากขึ้น ทำให้เกิดรูปแบบบริการสุขภาพที่หลากหลายขึ้นกว่าเดิม สามารถตอบสนองต่อโจทย์ด้านสุขภาพของพื้นที่หรือความต้องการ

ของประชาชนตามหลักการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นอย่างดี และให้บทเรียนสำหรับการผลักดันการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ต่อไปในอนาคตดังนี้

1. ลำดับแรก ผู้เขียนพบว่า เมื่อภาคชุมชนและตัวแสดงต่าง ๆ ในพื้นที่มีส่วนร่วมและรู้สึกเป็นเจ้าของ รพ.สต. ร่วมกับ อบจ. แล้ว จะทำให้เกิดความต้องการเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของ รพ.สต./ สอน. ถ่ายโอน ผู้เขียนเรียกปรากฏการณ์นี้ว่าเป็น “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ” และได้รับการยืนยันแล้วจากผลการทดลองทั้ง 12 รพ.สต. ว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้หากมีออกแบบวิธีบริหารจัดการให้เหมาะสมผ่านการปรึกษาหารือ แนวทางเช่นนี้เกิดขึ้นไม่บ่อยครั้งนักก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. ข้อเท็จจริงจากการวิจัยนี้สะท้อนว่า หากเราคาดหวังคุณภาพของ รพ.สต. ในการดูแลสุขภาพประชาชนที่ดีขึ้น สถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. นี้ น่าจะเป็นบทพิสูจน์ว่าไทยเราเดินทางนโยบายเรื่องนี้มาถูกทาง และควรสนับสนุนให้เดินทางอย่างเข้มข้นต่อไป

2. พึงสังเกตุว่ากลไก Sandbox เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพข้างต้นมีจุดเน้น (Focus) แตกต่างกัน ซึ่งสามารถจำแนกได้ 3 กลุ่มที่สำคัญ ได้แก่ (1) กลไกพัฒนาเชิงการจัดการ (Management oriented) (2) กลไกพัฒนาระบบบริการใหม่ให้ครอบคลุมมากขึ้น (New health services oriented) และ (3) กลไกสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพ (Health supports oriented) กลไกแต่ละด้านมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) Management Model หรือกลไกเชิงระบบบริหารจัดการ คือ การพัฒนาระบบจัดการผ่านเครือข่ายอภิบาลสุขภาพในระดับชุมชน เพื่อให้นำไปสู่ขีดความสามารถของ รพ.สต. ในการดูแลบริการสุขภาพได้ดีขึ้น ดังเช่น Sandbox บูรณาการด้านการดูแลอภิบาลสุขภาพชุมชน รพ.สต. บ้านร่มเกล้า และ รพ.สต.แม่ข่า จ.เชียงใหม่ สอน.บ้านเมืองใหม่ จ.ขอนแก่น และ รพ.สต.บางชะแยง จ.ปทุมธานี ข้างต้น

2.2) Health Service Model หรือกลไกพัฒนาระบบบริการใหม่ คือ การพัฒนาขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยวิธีเพิ่มขอบเขตการให้บริการทางการแพทย์ปฐมภูมิใน รพ.สต. ตัวแบบการพัฒนาระบบบริการใหม่ทางแพทย์รูปแบบนี้ อาจจัดแบ่งได้ 2 กลุ่มย่อย คือ

- o Direct service คือ การขยายขอบเขตการให้บริการทางการแพทย์ที่ดำเนินการโดย รพ.สต. ดังเช่น การให้บริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลา รพ.สต.ราไวย์ จ.ภูเก็ต เป็นต้น
- o Devolved to community เป็นการพัฒนาให้เกิดระบบปฏิบัติการใหม่ในชุมชน เสมือนเป็นการมอบอำนาจในการดูแลด้านสุขภาพไปยังชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลได้ทั่วถึงขึ้น เช่น การตั้งศูนย์โฮมฮักสุขภาพ รพ.สต.เมืองเพ็ญ จ.ขอนแก่น และยกระดับ อสม. หรือผู้นำชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs

2.3) Health Support Model หรือกลไกสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพ คือ การมุ่งพัฒนาระบบสนับสนุนด้านสุขภาพ โดยสร้างกลไกช่วยเหลือในเชิงสังคม เศรษฐกิจ ประชากร เทคโนโลยี หรือการคมนาคม เช่น Sandbox ในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนัดพบแพทย์ของ รพ.สต.บ่อเงิน จ.ปทุมธานี และ รพ.สต.บ้านเกาะมะพร้าว จ.ภูเก็ต การจัดการพื้นที่เสี่ยงอุบัติเหตุใน รพ.สต.บ้านเกาะมะพร้าว หรือการพัฒนาระบบฐานข้อมูล Application ด้านสุขภาพใน

ระบบ iMed@home ของ รพ.สต.ป้าขาดและ รพ.สต.ควนไส จ.สงขลา เพื่อให้ประชาชนติดตามดูแลสุขภาพของตนเองได้ และเพื่อให้ อบจ.สงขลา สามารถติดตามสถานะด้านสุขภาพในภาพรวมของชุมชน (Community's health status dashboard) ได้เช่นกัน

จากตัวแบบ Sandbox ที่มีคุณลักษณะสำคัญทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว ผู้เขียนเห็นว่า สามารถนำไปสู่การออกแบบ “เส้นทางเดิน (Reform pathway) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพของ อบจ. ร่วมกับอปท. อันในการจัดการสุขภาพชุมชนในจังหวัดอย่างเป็นองค์รวม” ดัง Figure 4 การปฏิรูปขั้นต้นแรกสามารถเริ่มจากการพัฒนาระบบจัดการโดยใช้ทุนทางสังคม (Social capital) โดยใช้ชุมชนและ อสม. ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ และควรมอบภารกิจเหล่านี้ให้อยู่ในความรับผิดชอบของ อปท. ระดับล่างหรือเทศบาล/อบต. ดูแลโดยตรง

ลำดับต่อมา เมื่อต้องการการปฏิรูประบบบริการ รพ.สต. ที่เข้มข้น สามารถกำหนดความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง อบจ. และเทศบาล/อบต. เพื่อพัฒนาบริการใหม่ ๆ ที่ซับซ้อนขึ้นหรือเป็นงานเฉพาะทางด้านบริการสุขภาพ สามารถผนวกเข้ากับภาคชุมชนในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและการบริหารการเงินการคลังให้เกิดความเข้มข้นขึ้น และปรับเปลี่ยนกลไกบริหารต่าง ๆ เพื่อจัดการบริการสุขภาพใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ และขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นการพัฒนาเชิงระบบหรือกลไกเชิงสถาบันใหม่ (New institution) เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลาและ/หรือความพยายามพัฒนาระบบที่เข้มข้นสูงขึ้น (More efforts) แต่ทว่าเป็นแนวทางที่มีโอกาสจะดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนได้สูงกว่าเดิม ลักษณะการพัฒนาดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะมอบหมายให้อยู่ในความรับผิดชอบของ อบจ. และทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ

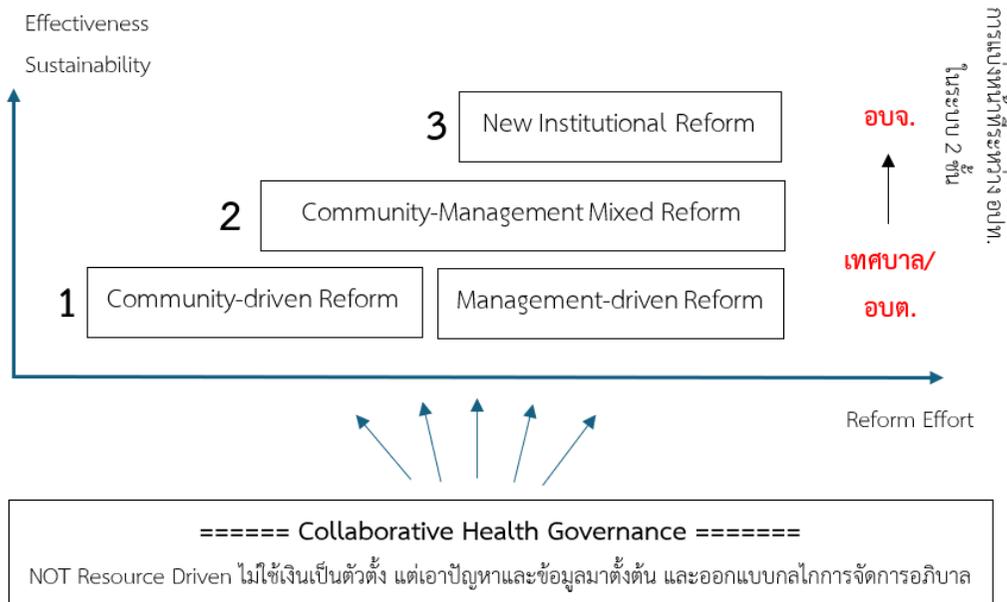


Figure 4. Community Health Reform Pathway and Health Service Coordination among Two-tier Local Governments

Source: Conceptualized by the authors

3. บทเรียนสำคัญประการสุดท้าย การวิจัยครั้งนี้นำไปสู่การสังเคราะห์กรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่นระดับจังหวัดได้ดัง Figure 5 เพื่อบ่งชี้การจัดโครงสร้างความสัมพันธ์ใหม่และองค์ประกอบของกลไกเชิงโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในระบบสุขภาพชุมชนซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด Six Building Block ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) โดยจะเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับประเทศถึงระดับชุมชน และมีองค์ประกอบสนับสนุนการอภิบาลสุขภาพชุมชน คือ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่นและกระบวนการประชาธิปไตยระดับท้องถิ่น

ในกลไกภายในของระบบสุขภาพจะมีกลไกการอภิบาลระบบที่ประกอบด้วยส่วนที่เป็นโครงสร้าง คือ โครงสร้างหลายระดับ และ โครงสร้างการประสาน 3 กลไก (กลไกรัฐ กลไกเครือข่าย กลไกตลาด) และส่วนที่เป็นกระบวนการ คือ การกำกับทิศทางทำงาน (วงจรการชี้เป้า ปรับระบบ และวัดผล) และการมีส่วนร่วม (ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ) โดยจะมีส่วนที่เชื่อมโยงกลไกการอภิบาลระบบกับองค์ประกอบอื่น ๆ ของระบบสุขภาพคือ ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เป็นแกนหลักในการเชื่อมโยงกลไกทุกระดับทุกภาคส่วน ในการนี้ รพ.สต./สอ. จะปรับเปลี่ยนบทบาทจากกลไกปฏิบัติการในระบบบริการสุขภาพ เป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ หรือทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมประสานกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในงานทั่วไปและงานเฉพาะทางด้านการแพทย์

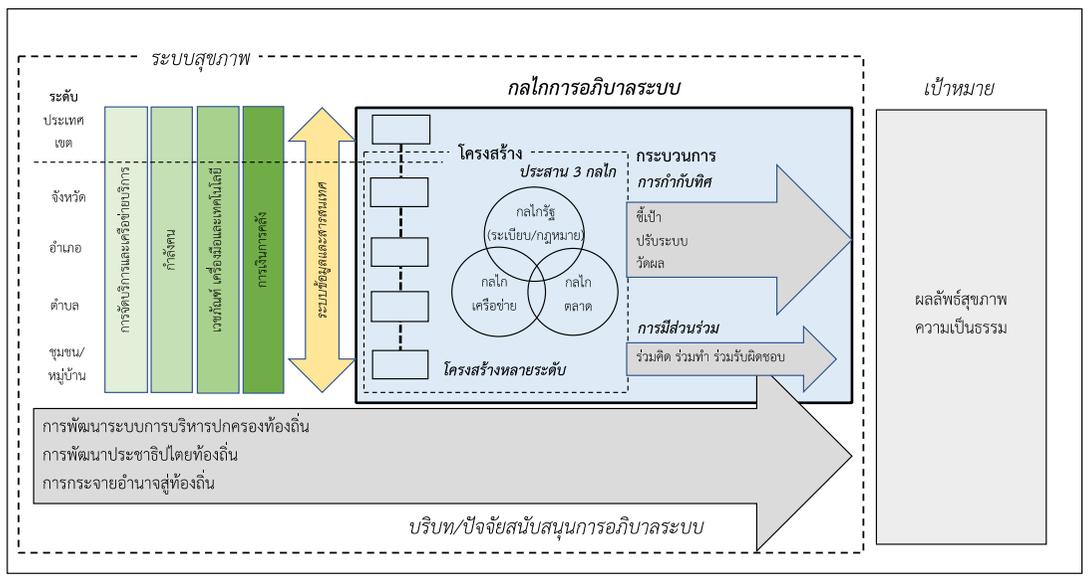


Figure 5. Multi-Level Health Governance Framework

Source: Conceptualized by the authors

ส่วน อบต./เทศบาล ที่เป็นกลไกการบริหารจัดการโดยรัฐในพื้นที่ที่มีพื้นที่รับผิดชอบและงบประมาณของตัวเองก็ต้องเชื่อมประสานกับ อบจ. เพื่อให้มีขีดความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพเฉพาะของประชาชนสูงขึ้น จากระดับชุมชนหรืออำเภอไปสู่ในระดับจังหวัดที่มี อบจ. เป็นแกนกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก อบต. หรือเทศบาลเพียงลำพังอาจเกินกำลังทางด้านงานประสานงานหรือทรัพยากรการเงินการคลังในการจัดการระบบอภิบาลสุขภาพในภาพรวมของจังหวัด กรอบแนวคิด

ดังกล่าวสามารถนำไปขยายผลในการออกแบบโครงสร้างการจัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ในเครือข่ายสุขภาพของจังหวัด เพื่อผลักดันการพัฒนาบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในวงกว้างได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติการ

ผู้เขียนเห็นว่าการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพของ รพ.สต. นั้น ภาคส่วนต่าง ๆ ควรพัฒนากระบวนการจัดความสัมพันธ์ใหม่ในพื้นที่ โดยใช้กลไกการอภิบาลสุขภาพใน 3 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ส่วนที่ 1 กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเชิงนโยบายระดับจังหวัด ซึ่งอาจประกอบด้วย (1) การสร้างความเข้าใจผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเชิงนโยบาย และ (2) การจัดเวทีสาธารณะสร้างความร่วมมือเชิงนโยบาย ส่วนที่ 2 กระบวนการกำกับทิศทางการพัฒนา ซึ่งเป็นการกำหนดประเด็นร่วมในการพัฒนากลไกสุขภาพ มุ่งการออกแบบและปรับระบบ วิธีการขับเคลื่อนการทำงานที่ยอมรับร่วมกัน และวิธีการวัดผลที่เป็นรูปธรรมในด้านสุขภาพ และส่วนที่ 3 การขับเคลื่อนการพัฒนา Sandbox ในพื้นที่ ซึ่งมีประกอบด้วย (1) การกำหนดทางเลือกในการขับเคลื่อนการพัฒนา (2) การแสวงหาทรัพยากรในการขับเคลื่อน (3) การทดลองดำเนินการ Sandbox ที่ภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมกันกำหนดขึ้น และ (4) การติดตามและประเมินผลการดำเนินมาตรการ Sandbox อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. กลไกการเมืองการปกครองท้องถิ่น (Local democracy and governance) มีบทบาทสำคัญที่ช่วยกระตุ้นการพัฒนาบริการด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีรูปแบบการดำเนินการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ดังนั้น รัฐจึงควรสนับสนุนทิศทางเชิงนโยบายด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องและเข้มข้นมากขึ้นต่อไป ในการนี้ อาจกำหนดระยะเวลา 1-3 ปีจากนี้ในการปลดล็อกอุปสรรคหรือข้อจำกัดทางกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ เพื่อให้ อบจ. สามารถบริหารจัดการ รพ.สต. ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือวางมาตรฐานใหม่เพื่อกระตุ้นให้ อบจ. เร่งพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานต่อเนื่อง เช่น รางวัลจูงใจ

2. รัฐจะต้องสนับสนุนให้ภาคชุมชนและท้องถิ่นดูแลรับผิดชอบด้านระบบสุขภาพชุมชนต่อไป และให้ความไว้วางใจแก่ชุมชนท้องถิ่นในการเป็นเจ้าของ “เป้าหมายและมาตรฐานบริการด้านสุขภาพชุมชน” เพื่อลดการควบคุมจากส่วนกลาง และปรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจเพื่อให้ภาคชุมชนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เป็นเจ้าภาพกำหนดทิศทาง ตัวชี้วัด เป้าหมาย และวิธีดำเนินการด้านการอภิบาลสุขภาพของตนเอง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง จะช่วยให้คุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพชุมชนสูงขึ้น

3. การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. มายัง อบจ. ทำให้เกิดการปรับตัวและสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ และเกิดระบบนิเวศใหม่ในการทำงานด้านสุขภาพชุมชนมากขึ้นอย่างชัดเจน ดังนั้น คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อบจ. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ควรร่วมกันขับเคลื่อนและสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ตามแผนงานต่อไป เพราะเป็นแนวนโยบายที่ทำได้จริงและเกิดคุณค่ากับชุมชนท้องถิ่นอย่างแท้จริง ในการนี้ รัฐอาจกำหนดให้มี “เวทีประกวดรางวัลนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชน” ขึ้นเฉพาะให้แก่ อบจ. และ รพ.สต./สอ. ถ่ายโอน เพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกให้แก่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องปรับปรุงพัฒนาการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นเวที

กลางในการถ่ายทอดความรู้ (KM) ระหว่าง อบจ./อปท. และ รพ.สต. ด้วยกันให้เกิดการต่อยอดแนวคิดและการบริหารจัดการในวงกว้างต่อไป

4. การเร่งพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมีความสำคัญยิ่ง การดำเนินการเรื่องนี้ครอบคลุมตั้งแต่การจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพในระดับจังหวัด การเร่งพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัลโดยอาศัยเครือข่ายสุขภาพ มีการเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสังกัดของ อบจ. ให้มีทักษะวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ ประมวลผลข้อมูลสุขภาพของจังหวัดหรือ Provincial Health Dashboard เพื่อนำมาจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินการเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น ซึ่ง อบจ. ควรเร่งลงมือดำเนินการ ทั้งนี้ การศึกษาจากบทเรียน Best Practices จาก อบจ. ด้วยกันย่อมมีประโยชน์อย่างยิ่ง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 66-162 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เลขที่ใบรับรอง COA No. IHRP2023152 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2566 ผู้เขียนต้องขอขอบคุณมาอย่างสูงในโอกาสนี้

References

- Agranoff, R., & McGuire, M. (2003). *Collaborative public management: New strategies for local governments*. Georgetown University Press.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
<https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Decentralization Plan and Policy Division. (2008). *The review of decentralization progress of the 2008 fiscal year*. Decentralization Plan and Policy Division, Office of the Decentralization Committee. (In Thai)
- Decentralization Plan and Policy Division. (2019). *The review of decentralization progress of the 2019 fiscal year*. Decentralization Plan and Policy Division, Office of the Decentralization Committee. (In Thai)
- Department of Local Administration. (2024). *Guidelines for the transfer of sub-district health promotion center to local administrative organizations*. Department of Local Administration, Ministry of Interior. (In Thai)
- Kamnuansilpa, P. et al. (2022). *Final research report: Cooperative movement and civic participation in primary health care services of provincial administrative organization: A case of Khon-Kaen*. Health Systems Research Institute. (In Thai)
- Krueathep, W. et al. (2020). *Final Research Report: Enhancing Capabilities of Local Revenue Administration in Thailand*. Thailand Science Research and Innovation. (In Thai)

- Krueathep, W., Riccuccu, N. M., & Suwanmala, C. (2010). Why Do Agencies Work Together? The Determinants of Network Formation at the Subnational Level of Government in Thailand. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(1), 157–185.
- Puang-ngam, K. et al. (2014). An Analysis of health services of local government. *Veridian E-Journal in Humanities, Social Science, and Arts*, 7(3), 440-453. (In Thai)
- Rongmuang, D. et al. (2022). *Final research report: Health service standards and primary health accreditation of sub-district health promotion center of provincial administrative organization*. Health Systems Research Institute. (In Thai)
- Sornketrin, A. et al. (2023). *Final research report: Policy recommendation for health personnel management during the transfer of sub-district health promotion to provincial administrative organization*. Health Systems Research Institute. (In Thai)
- Taearak, P. et al. (2024). *Final research report: The study of local cooperation for health governance in the transfer of sub-district health promotion center to provincial administrative organization*. Health Systems Research Institute. (In Thai)
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO Document Production Services.