

การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตเมืองของประเทศไทย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3

ภูติท เตชาติวัฒน์^{*+*}

วินัย สีสมิตร[‡]

พัชรินทร์ สิริสุนทร[#]

ไพฑูรย์ อ่อนฤกษ์^{**}

สมย่นลิน ทองหล่อ[†]

กวีศักดิ์ นพเกษร[§]

อภิชาติ วิสิทธิ์วงษ์[¶]

ผู้รับผิดชอบบทความ: ภูติท เตชาติวัฒน์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3 โดยศึกษาเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ของอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และของอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสาร การศึกษาจากกรณีศึกษา การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยเน้นความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองจำนวน 260 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปประเด็น

ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 พื้นที่มีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลเป็นแกนหลักในการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและท้องถิ่นจัดบริการภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และพบว่า ในปัจจุบันนั้น คุณภาพการรักษาพยาบาลดีขึ้น แต่มาตรฐานยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และยังไม่สามารถสร้างความเป็นเจ้าของระบบฯ ให้แก่ภาคีเครือข่ายได้ ปัญหาท้าทายที่สำคัญคือ ปริมาณการใช้บริการเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการไม่สามารถนำงบประมาณไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงยังขาดการสื่อสารเชิงนโยบายในการให้ความสำคัญกับเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพเขตเมือง

การสังเคราะห์ทางเลือกการพัฒนาบริการสุขภาพเขตเมืองพบ 3 รูปแบบสำคัญ ได้แก่ (1) รูปแบบที่มีภาวะการนำหลักโดยกระทรวงสาธารณสุข (รูปแบบปัจจุบัน) (2) รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ (3) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยพบว่ารูปแบบปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบในอุดมคติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีความเข้าใจบริบทปัญหาสุขภาพของพื้นที่มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ยังขาดความชัดเจนเชิงนโยบายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจ รวมถึงความพร้อมในเชิงมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพ และภาวะผู้นำของผู้บริหาร งานวิจัยนี้เสนอว่า รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการ พชอ. เป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดในระยะเปลี่ยนผ่านของการกระจายอำนาจ เพราะน่าจะสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบฯ มีความเข้าใจในบทบาทของแต่ละภาคส่วนมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน และการส่งมอบภารกิจสู่ อปท. ในอนาคต

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ เขตเมือง บริการปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 3

* สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

† คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

‡ นักวิชาการอิสระ

§ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

+ วิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

‡ โรงพยาบาลคลองขลุง จ.กำแพงเพชร

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

Options for Urban Health Services System Development in Thailand: A Case Study of Health Region 3

Phudit Tetjativaddhana^{*†}, Romnalin Thonglor[†], Vinai Leesmidt[‡], Tawesak Nopkesorn[§], Patcharin Sirasoonthorn[#], Apichart Wisitwong[¶], Paitoon Ongate^{**}

^{*}ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, [†]College of Health Systems Management, Naresuan University, [‡]Faculty of Public Health, Naresuan University, [§]Khlong Khlung Hospital, Kamphaeng Phet, [§]Freelance Academic, [#]Faculty of Social Sciences, Naresuan University, [¶]Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan, ^{**}Kamphaengphet Hospital, Kamphaeng Phet

Corresponding author: Phudit Tetjativaddhana, phuteja@gmail.com

Abstract

This qualitative study aimed to propose options to develop urban health services system in Health Region 3. The study's scope involved only primary care systems in urban areas of Nakhon Sawan and Kamphaeng Phet provinces. Literature review, case studies, in-depth interviews, and focus group discussions were administered to collect the data, which focused on 260 participant's recommendations and collaborative decision-making. The data were analyzed by thematic and content analysis.

The Social Medicine Departments of the Regional and Provincial Hospitals were the major organizations responsible for management of primary care services delivery in urban areas. Though public, private, and local government sectors also provided these services. However, under the primary care cluster policy, primary care service planning was done mainly by those under the management of the Ministry of Public Health (MOPH). At present, despite the improvement of curative service quality, it cannot cover all areas nor create a sense of ownership for those in other sectors. The major challenge both at present and in the future is the increasing service demand due to the increase in the number of aging population and patients with non-communicable diseases. Also, there is a problem of not being able to use the budget to effectively promote health and disease prevention because of incomprehensible understanding between the service units and the Office of the Auditor General and the lack of policy communication focused on the development of urban health services.

The result showed that there could be three major options for urban health services system development: (1) Management through single leadership of the MOPH (the current model), (2) Management by collaboration between sectors through District Health Board (DHB), and (3) Management through transfer of health mission to the local government. The assessment of the options showed that the current model may not be able to respond to the challenge effectively. The ideal option proposed by the key informants is management through the transfer of health mission to the local government, mainly because they are close to the people and can understand the context of the area well, and encourage the people to take responsibility for their health effectively. However, limitations were identified as: the unclear government policy to transfer health services mission from the MOPH to the local government; the lack of local administration and personnel capacity to manage health services; and the leadership of local government executives.

The present study proposes that a model of collaboration between sectors through DHB is the best option to move forward. This option can encourage all sectors to become involved in the development of the primary care system in an urban setting. It can encourage all related sectors, including the people, to have a better understanding of the roles and responsibilities of each sector and lead to better self-management of the people in the future.

Keywords: health services system, urban, primary care, district health board, Health Region 3

บทคัดย่อและเหตุผล

การเข้าสู่สังคมเมือง ถือเป็นสิ่งท้าทายที่สำคัญต่อการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีประชากรอยู่อาศัย

ในเขตเมืองมากถึงร้อยละ 60 ของประชากรโลกทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ภายในปี ค.ศ. 2050⁽¹⁾ ความเป็นสังคมเมืองส่งผลต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพ การเติบโตของเมืองอย่างรวดเร็วโดยปราศจากการวางแผนก่อให้เกิด



ปัญหาหลายด้าน เช่น ความไม่เป็นธรรม ความไม่เท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการของรัฐ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ การขาดแคลนที่อยู่อาศัยและน้ำสะอาด ปัญหาสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความรุนแรงและอุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคระบาด ปัญหาการจราจร พฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แรงงานข้ามชาติ รวมถึงภาวะเครียด^(2,3)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁽⁴⁾ ได้รายงานสถานการณ์สังคมเมืองของประเทศไทยว่า กลางปี พ.ศ. 2559 มีอัตราส่วนประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองร้อยละ 48.40 ของประชากรทั้งประเทศ และในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับบน (upper-middle income country) ที่มีแนวโน้มพัฒนาสู่ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลต่อปัญหาท้าทายทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2558 คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ ได้ระบุว่า การจัดบริการสุขภาพเขตเมืองจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ สามารถรองรับความต้องการของประชาชนอย่างสอดคล้องตามแต่ละบริบทของพื้นที่ได้ ดังนั้น ภาระการดูแลสุขภาพพื้นฐานย่อมมากกว่าเดิม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง เพื่อตอบสนองต่อปัญหาท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความท้าทายด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนนั้นขึ้นอยู่กับผลลัพธ์การจัดการระบบสุขภาพ ซึ่งระบบบริการสุขภาพนั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่ง อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบปัญหาท้าทายมากมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ⁽⁶⁾ และปัญหาอย่างหนึ่งเกิดจากรูปแบบบริการปฐมภูมิที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

การจัดระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในประเทศไทย ได้มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ โดยใน พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้มีนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพเขตเมือง คือ นโยบายคลินิกหมอ

ครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ด้วยการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวดูแลประชากรตามกลุ่มวัยและทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชน⁽⁸⁾ และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนปฏิรูปด้านระบบบริการสุขภาพกำลังจัดทำร่างพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. โดยเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 และ มาตรา 258 เพื่อเป็นกฎหมายที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข⁽⁹⁾ นอกจากนี้ สธ. ได้ผลักดันให้เกิดการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยร่วมกับกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการยกระดับการจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมีกระบวนการทำงานที่มุ่งสู่การแก้ปัญหาาร่วมกันแบบบูรณาการของทุกภาคส่วน ซึ่งมีพื้นที่นำร่อง 73 แห่งทั่วประเทศ⁽¹⁰⁾ ต่อมาขยายเป็น 200 พื้นที่และคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามระเบียบนี้⁽¹¹⁾ ซึ่งจะทำการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการ พชอ. ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยนโยบายดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน (integrated care) เพื่อเป้าหมายในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

กรอบการดำเนินงานของแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน (integrated care) ที่เสนอแนะโดย WHO ระบุว่า “ประชาชนควรเข้าถึงบริการปฐมภูมิตั้งแต่ครอบครัวและชุมชนที่ดีขึ้นกว่าเดิม ด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนระบบสุขภาพที่มีความยืดหยุ่น”⁽⁶⁾ เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อโดยเกิดจากมุมมองและความคาดหวังของ

ผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ในระบบสุขภาพ มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีกระบวนการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา⁽¹²⁾ แนวคิดดังกล่าวจะเป็นวิธีการสำคัญในการสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ในการปฏิรูประบบสุขภาพ หลายประเทศทั่วโลกได้มีการใช้กลไกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยมีพื้นฐานความคิดว่าองค์กรขนาดเล็กกว่าย่อมมีโครงสร้างการกำหนดทิศทางที่เหมาะสม มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และในสังคมประชาธิปไตย การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรับผิดชอบต่อชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้รวดเร็วและตรงจุดมากขึ้น ตรวจสอบได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนด้วย ทั้งนี้ ประเทศไทยได้ผลักดันแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจผ่าน พ.ร.บ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้จัดทำแผนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2543⁽¹³⁾ ปัจจุบันมีการถ่ายโอน รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปอยู่ภายใต้การกำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 52 แห่งจากทั่วทั้งประเทศที่มีสถานีนอมาลัยและ รพ.สต. รวมกันประมาณ 9,800 แห่ง⁽¹⁴⁾

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ตั้งอยู่บริเวณภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีความหนาแน่นของประชากร 94.33 คนต่อตารางกิโลเมตร เป็นกลุ่มจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมมาจากภาคอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ สัดส่วนมากกว่าผลิตภัณฑ์จากภาคเกษตรกรรม⁽¹⁵⁾ จึงเป็นดัชนีที่สามารถบอกได้ว่า พื้นที่ในเขตนี้เริ่มเข้าสู่ความเป็นเมือง ปัญหาสุขภาพของประชากรจังหวัดต่างๆ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 มีสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกคล้ายคลึงกัน คือ โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเบาหวาน ซึ่งโรคกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ประชากรเสียชีวิตด้วย

โรคมะเร็งสูงที่สุด รองลงมาคือสาเหตุจากโรคติดเชื้อและปรสิต และโรคหลอดเลือด ตามลำดับ โดยพบว่า จังหวัดนครสวรรค์เป็นจังหวัดที่มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงที่สุด⁽¹⁶⁾

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในพื้นที่ดังกล่าว ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสังคมเมือง ซึ่งการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจร่วมผ่านหลากหลายภาคส่วนเป็นองค์ประกอบที่นำไปสู่แนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสมในการบริหารจัดการ⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพที่เหมาะสมนั้น นอกจากการวิเคราะห์ความต้องการจากมุมมองของผู้บริหารและผู้จัดบริการสุขภาพแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงความต้องการของประชาชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการรับบริการสุขภาพ⁽¹⁸⁾ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อกำหนดทางเลือกของแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3 ผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนเอกสารร่วมกับการศึกษากรณีศึกษา การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี ระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

กลุ่มเป้าหมาย

การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยคัดเลือกตัวแทนของพื้นที่เขตเมืองครอบคลุมอำเภอเมืองที่เป็นเขตเทศบาลนคร (อ.เมือง จ.นครสวรรค์)

และอำเภอเมืองที่เป็นเขตเทศบาลเมือง (อ.เมือง จ.กำแพงเพชร) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มของการกลายเป็นเมือง ทั้งทางด้านขนาด ความหนาแน่น และความหลากหลายของประชากร และเป็นพื้นที่นาร่องในการดำเนินนโยบาย PCC และ นโยบายคณะกรรมการ พชอ.

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมือง (พชอ.) ผู้บริหารนโยบายสาธารณสุขระดับเขตและจังหวัด ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพภาค รัฐทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และภาคท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชนและชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิระดับชาติ เขต จังหวัด และพื้นที่ จำนวน 260 คน การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ร่วมกับการใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบ snowball sampling

การดำเนินงาน

แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยประยุกต์แนวทางการดำเนินงานจากงานวิจัยการสังเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย⁽¹⁹⁾

1. **ระยะเตรียมการ** (1) จัดประชุมร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อกำหนดคณะทำงาน หลังจากนั้นจัดประชุมคณะทำงานครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงและทบทวนวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด วิธีการดำเนินงาน และกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ เพื่อให้ข้อมูลและข้อคิดเห็น (2) จัดเวทีเสวนาเพื่อศึกษาจากกรณีศึกษาโดยครอบคลุมรูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคท้องถิ่น) การจัดการกำลังคน และการจัดการการเงิน เพื่อทบทวนปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความล้มเหลว (3) จัดประชุมคณะทำงานครั้งที่ 2 เพื่อเตรียมชุดคำถามสำหรับแลกเปลี่ยนกับผู้ให้ข้อมูล (4) นำเสนอบทเรียนจากกรณีศึกษารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 และเขตสุขภาพใกล้เคียง เพื่อแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนข้อมูลและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญในเวทีคณะกรรมการ พชอ. ของทั้ง 2 จังหวัด

2. **ระยะสังเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะ** (1) จัดประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิของ สวรส. เพื่อสะท้อนผลการศึกษาเบื้องต้น (2) สังเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะทางเลือกการจัดระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองซึ่งครอบคลุมการจัดบริการ การจัดการกำลังคน การจัดการการเงิน โดยผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (3) นำเสนอผลการสังเคราะห์ทางเลือกแต่ละทางเลือกแก่คณะกรรมการ พชอ. ทั้ง 2 จังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. เลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับพื้นที่และเสนอแนวทางการดำเนินงานเบื้องต้นของทางเลือกที่ได้รับเลือก (4) วิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปผลการศึกษา พร้อมเสนอข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย และเชิงการจัดการ

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview guideline) ที่ครอบคลุมประเด็นตามวัตถุประสงค์การศึกษาและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทางด้านระบบบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ (credibility) ของข้อมูล การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการทบทวนเอกสาร (literature review) การศึกษาจากกรณีศึกษา (case study) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการสรุปประเด็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และกรณีศึกษา ถูกลำมาถอดเทป รวบรวม เพื่อวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปประเด็น (thematic analysis) โดยคณะนักวิจัยได้ร่วมกันตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ (dependability) ความถูกต้อง

ของการถอดเทป (confirmability) การให้รหัสข้อมูล (credibility) ความสอดคล้องของการให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (axial coding) และการถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการประชุมกับคณะทำงาน รวมถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบประเด็นและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (confirmability)

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0110/60 ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองในปัจจุบัน

1) การจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง (ก่อนการมีนโยบาย PCC)

จังหวัดนครสวรรค์ มีการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เป็นแกนหลัก ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ มีการให้บริการจาก รพ.สวรรค์ประชารักษ์และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) 5 แห่ง มีโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่งเป็น contractor unit for primary care (CUP) ให้บริการประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม และมีการทำงานประสานกับศูนย์บริการ



*หมายเหตุ แสดงความร่วมมือในการจัดบริการ

ภาพที่ 1 การจัดระบบบริการปฐมภูมิก่อนมีนโยบาย PCC ใน อ.เมือง จ.นครสวรรค์

สาธารณสุขของเทศบาลนคร (ศบส.) ในขณะที่ส่วนนอกเขตเทศบาลนคร มี รพ.สุวรรณศรีประชารักษ์ให้บริการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โดยมี รพ.ค่ายจिरประวัติ เป็น CUP อีก 1 แห่ง (ภาพที่ 1)

จังหวัดกำแพงเพชร มีการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองโดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของ รพ.กำแพงเพชร เป็นแกนหลัก ในเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร มีการให้บริการจาก รพ.กำแพงเพชร และ ศสม. 2 แห่ง โดยมี ศบส.เทศบาลเมืองเป็น sub-contractor 1 แห่ง ร่วมให้บริการโดยมีแพทย์เกษียณอายุปฏิบัติงานประจำ ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ไม่มีสถานบริการภาคเอกชนเข้าร่วมให้บริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการประกันสังคม ในขณะที่นอกเขตเทศบาลเมืองมีการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.กำแพงเพชร กับ รพ.สต. และ สสอ.เมือง โดยมี ศบส. ของเทศบาลตำบล 2 แห่งร่วม

ดำเนินการภายใต้ CUP รพ.กำแพงเพชร และมีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งและ รพ.สต. 1 แห่ง ร่วมเป็น CUP อีก 1 แห่ง (ภาพที่ 2)

2) การวางแผนการจัดบริการสุขภาพตามแนวนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (PCC)

จังหวัดนครสวรรค์ มีการวางแผนการจัดบริการสุขภาพภายใต้นโยบาย PCC โดยจะมีการจัดตั้ง 8 PCC ซึ่งจะอยู่ในเขตเทศบาลนคร 3 PCC และอยู่นอกเขตเทศบาลนคร จำนวน 5 PCC ภายใต้การบริหารของ CUP รพ.สุวรรณศรีประชารักษ์ โดยวางแผนว่าจะบูรณาการการจัดบริการปฐมภูมิเข้ากับคณะกรรมการ พชอ. และจัดตั้งคณะอนุกรรมการเป็นผู้นำกับการดำเนินงาน (ปัจจุบันยังไม่ได้ดำเนินการ) โดยในปัจจุบันมีการดำเนินงานตามนโยบาย PCC จำนวน 1 cluster ดูแลประชากร 28,144 คน ภายใต้ CUP รพ.สุวรรณศรีประชารักษ์ ประกอบด้วย ศสม.วัดไทรใต้ ศสม.วัดช่อง และชุมชนวัดพุทธมงคลนิมิตร



*หมายเหตุ แสดงความร่วมมือในการจัดบริการ

ภาพที่ 2 การจัดระบบบริการปฐมภูมิก่อนมีนโยบาย PCC ใน อ.เมือง จ.กำแพงเพชร

การวางแผนจัดตั้ง 7 PCC ในอนาคตภายใต้ สสอ. เมืองนครสวรรค์ มีการวางแผนโดยในปี พ.ศ. 2561 จะจัดตั้ง cluster ที่ 4 ดูแลประชากร 28,208 คน และจัดตั้ง cluster ที่ 5 ดูแลประชากร 34,926 คน ในปี พ.ศ. 2562 จะจัดตั้ง cluster ที่ 2 ดูแลประชากร 30,205 คน และ cluster ที่ 6 ดูแลประชากร 33,107 คน ในปี พ.ศ. 2563 จัดตั้ง cluster ที่ 7 ดูแลประชากร 29,201 คน และในปี พ.ศ. 2564 จะจัดตั้ง cluster ที่ 3 ดูแลประชากร 31,101 คน และ cluster ที่ 8 ดูแลประชากร 26,169 คน (ภาพที่ 3)

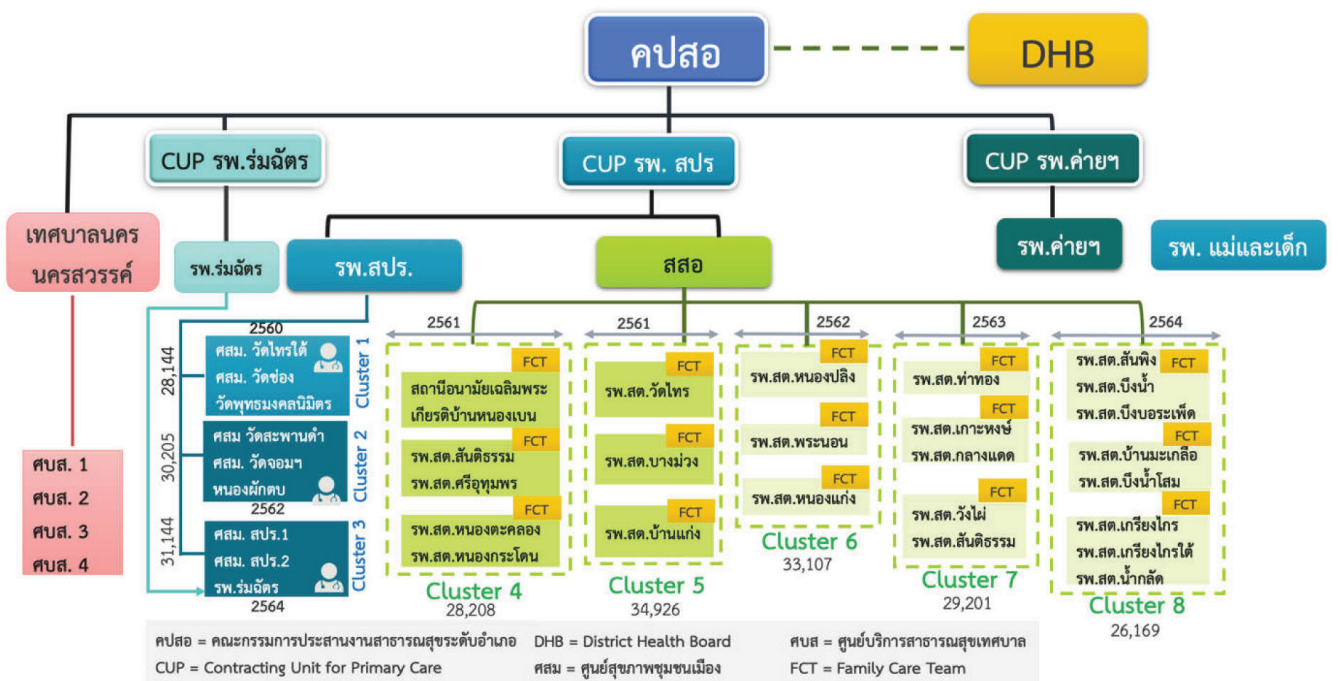
จังหวัดกำแพงเพชร มีการวางแผนการจัดบริการสุขภาพตามนโยบาย PCC ทั้งสิ้น 5 PCC โดยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง 1 cluster (จัดตั้งในปี พ.ศ. 2559) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของ รพ.กำแพงเพชร ศสม.ของโรงพยาบาล และ ศบส.เมืองกำแพงเพชร ดูแลประชากร 37,008 คน ประกอบด้วย ศสม.เมืองกำแพงฯ ศสม.ชาบก้งราว ศบส.นครชุม และ ศบส.

เมืองกำแพงฯ และมีการจัดตั้ง PCC นอกเขตเทศบาลเมือง อีก 4 PCC

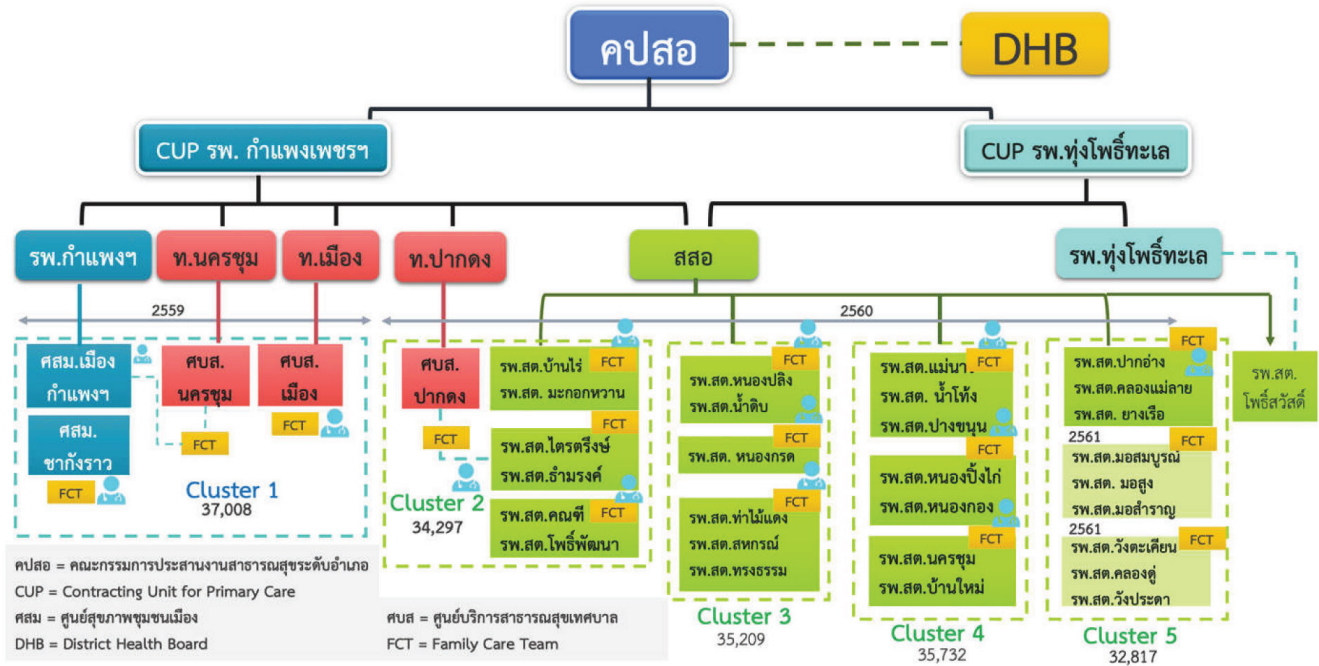
โดยในปี พ.ศ. 2560 จัดตั้งเพิ่มเติม 4 cluster ภายใต้ สสอ.เมือง ได้แก่ cluster ที่ 2 ดูแลประชากร 34,297 คน (เป็นความร่วมมือระหว่างเทศบาลปากดงและ สสอ.เมือง) cluster ที่ 3 ดูแลประชากร 35,209 คน cluster ที่ 4 ดูแลประชากร 35,732 คน และ cluster ที่ 5 ดูแลประชากร 34,926 คน และมีการวางแผนเพิ่มเติมอีก 2 cluster ในปี พ.ศ. 2561 ภายใต้ CUP รพ.กำแพงเพชร (ส่วนของ สสอ.เมือง) และภายใต้ CUP รพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล (ภาพที่ 4)

3) จุดแข็ง ข้อจำกัด ผลลัพธ์ ปัญหาท้าทาย และ ภาพฝันของการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง

จุดแข็งของการจัดบริการฯ ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นตรงกันว่าบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศสม. รพ.สต. และ ศบส.เทศบาล ที่มีแพทย์) มีคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม มีการกระจายกำลังแพทย์ลงไปปฏิบัติงานตามเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการ



ภาพที่ 3 การจัดการระบบบริการปฐมภูมิตามนโยบาย PCC อ.เมือง จ.นครสวรรค์



ภาพที่ 4 การจัดการระบบบริการปฐมภูมิตามนโยบาย PCC อ.เมือง จ.กำแพงเพชร

จากบุคคลากรสุขภาพโดยเฉพาะจากผู้ให้บริการที่ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว รวมถึงมีความเชื่อถือและไว้วางใจพยาบาลเวชปฏิบัติในกรณีที่ไม่มีแพทย์หรือแพทย์ไม่สามารถให้บริการได้ การมีนโยบาย PCC สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปได้ มีการจัดสรรงบประมาณให้เครือข่ายหน่วยบริการอย่างเพียงพอและกลไกการสั่งการนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ทำได้อย่างรวดเร็ว

“ศูนย์แพทย์วัดช่อง บริการไว สะดวก พยาบาลน่ารัก มาเร็ว สื่อสารกับคนไข้ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย” (ประชาชน นครสวรรค์)

“รพ.สต.สทกรณ์ให้บริการดีมาก ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ คนไข้ติดเตียง อสม.จะเข้าไปดูลูกน้ำยุงลาย เวลามีเคลงใหม่ๆ เข้ามาก็จะปูพรมออกพื้นที่ การเยี่ยมบ้านจะเป็นหมอนอนามัยไปกับหมอของ รพ.กำแพง มีหมอประจำอาทิตย์ละครั้ง ส่วนมากจะไปวันพุธ ฟังพอใจมาก” (ประชาชน กำแพงเพชร)

“ด้วยจำนวน work load ที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกัน

คนเท่าเดิม หรืออาจจะลดลงด้วยซ้ำ... แต่ด้านการรักษา เราทำได้ดีมีคุณภาพกว่าเมื่อก่อน” (ผู้ให้บริการ, FG03)

“หมอที่นี่เป็นหมอครอบครัว ผ่านการอบรมหมอ [เวชศาสตร์] ครอบครั้ว หมอเป็นคนน่ารัก ชอบคุย เอาใจ ใส่ผู้ที่มีมารับบริการ” (ประชาชน นครสวรรค์)

“ศูนย์ชุมชนสามารถลดความแออัดของ รพ. ใหญ่ได้ เพราะเขาแบ่งคนไข้ให้มารักษาที่นี่ ส่วนใหญ่เป็นคนไข้เรื้อรัง” (ประชาชน นครสวรรค์)

ข้อจำกัดของการจัดบริการฯ ผลการสัมภาษณ์พบว่า คุณภาพและมาตรฐานบริการตามนโยบาย PCC ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ลักษณะของการให้บริการยังเป็นแบบการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกแบบเดิมเป็นส่วนใหญ่ มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกค่อนข้างน้อย ประชาชนไม่ค่อยพึงพอใจกับบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) จำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

“แต่ตรงนี้อ่าว่ามัน [นโยบาย PCC] ตอบโจทย์ปัญหา ในอนาคตไหม ผมว่ามันไม่ เพราะว่าดู PCC เขาไปเน้นเรื่อง การรักษามากไป คือแบบว่าตอนบ่ายเป็นเยี่ยมบ้าน แต่ถามว่าเวลาไหนที่เขาจะเอาไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เรื่องของ กลุ่มเสี่ยงอะไรอย่างนี้...มันก็เลยเป็นทำงานแบบ extend- ed OPD เหมือนเดิม” (ผู้บริหารระดับเขต, 02)

“การจัดบริการสุขภาพ...กลไกการจัดบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่สามารถเข้าถึงประชาชนทุก กลุ่มวัย...แม้ว่าปัจจุบัน รพ.XXX ได้กระจายการให้บริการ สุขภาพไปยังนอกโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ยังเป็นการจัด รับมากกว่าการให้บริการเชิงรุก...” (ผู้บริหารระดับเขต, 01)

“ปัญหาหลักของเราเลยคือแพทย์เวชศาสตร์ [ครอบครัว] เรายังหาไม่ทันเลย ก็คิดว่าจะพึ่งพวกแพทย์ เกษียณ แต่ของเราความจริงก็มีนะ แต่เขาเกษียณแล้ว เขาก็ไม่ยอมมาทำงานตรงนี้แล้ว อยู่บ้านหรือไปทำอย่างอื่นดี กว่า” (ผู้บริหารระดับพื้นที่ FGDHB01)

ส่วนปัญหาหลักด้านการเงินคือไม่สามารถนำงบประมาณที่มีอยู่ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจาก ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับหน่วยงานตรวจสอบงบประมาณ นอกจากนี้การสั่งการนโยบายและการกำกับโดยผ่านตัวชี้ วัดจากส่วนกลางไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ ได้ ระบบข้อมูลสารสนเทศและการใช้ข้อมูลเพื่อการบริหาร ร่วมกันยังคงเป็นปัญหาท้าทายที่สำคัญ และปัจจุบันยังไม่ สามารถสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการภาคเอกชน และ อปท. ในการกำหนดยุทธศาสตร์และการจัดบริการ ปฐมภูมิเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงยังขาดการสื่อสาร เชิงนโยบายในการมุ่งเน้นเรื่องการบริการสุขภาพเขตเมือง

“ส่วนใหญ่เราก็จะคิดว่าทางสาธารณสุขจะให้ทำอะไร ซึ่งบางอย่างมันเป็นเรื่องของกระทรวงเขานะ ไม่เห็นตรงกับงานที่เราทำเลย ความจริงควรจะต้องมานั่งคุยกันและ ทำแผนยุทธศาสตร์ของพื้นที่นะ” (ผู้บริหารระดับพื้นที่ ทอง ถิ่น, 04)

“เมื่อก่อนมีการพูดถึงการพัฒนาาระบบบริการเขต เมือง เช่น โรงพยาบาลเมือง...แต่ปัจจุบันไม่ค่อยมีการพูด

ถึงนะ อย่างในการประชุมระดับเขตหรือระดับจังหวัด ก็ไม่ได้พูดถึงเรื่องระบบบริการสุขภาพเขตเมืองเลย ตอนนั้นก็ตาม กันแต่เรื่อง PCC, DHS, DHB ประมาณนี้ และก็ service plan” (ผู้บริหารระดับเขต, 03)

ผลลัพธ์ของการจัดบริการฯ งานวิจัยนี้พบว่า สถานการณ์การมารับบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งในระดับ จังหวัด เขตอำเภอเมือง และเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจากจำนวน 4,253,320 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 5,120,475 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2559 โดยในปี พ.ศ. 2559 อัตราส่วนของจำนวนครั้งการมารับบริการต่อ จำนวนคนที่เข้ารับบริการในระดับจังหวัด อำเภอเมือง และ เทศบาลนครเป็น 4.00, 3.00 และ 2.87 ครั้งต่อคน ตาม ลำดับ และเมื่อคิดเป็นจำนวนครั้งต่อจำนวนประชากรที่ลง ทะเบียนในจังหวัด อำเภอ และเขตเทศบาลนครเป็น 4.80, 4.30 และ 7.34 ครั้งต่อคน ในขณะที่เขตจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าการมารับบริการมีแนวโน้มคงที่ในระดับจังหวัดและ เขตอำเภอเมือง อย่างไรก็ตาม ในเขตเทศบาลเมืองมีแนวโน้มการมารับบริการสูงขึ้นจากจำนวน 458,130 ครั้ง ใน ปี พ.ศ. 2557 เป็น 505,737 ครั้งในปี พ.ศ. 2559 โดยในปี พ.ศ. 2559 อัตราส่วนของจำนวนครั้งการมารับบริการ ต่อจำนวนคนที่เข้ารับบริการเป็น 3.90, 3.71 และ 3.19 ในระดับจังหวัด อำเภอ และเทศบาลเมืองตามลำดับ และ เมื่อคิดเป็นอัตราส่วนของจำนวนครั้งต่อจำนวนประชากร ที่ลงทะเบียนในจังหวัด อำเภอ และเขตเทศบาลนคร เป็น 4.51, 4.82 และ 20.27 ครั้งต่อคน⁽²⁰⁾

ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการในรูปแบบปัจจุบันของเขตพื้นที่ดังกล่าวนี้ พบว่า อัตราตายสูงสุด มาจากโรคมะเร็ง คือ 119.26 ต่อแสนประชากรในจังหวัด นครสวรรค์ (พ.ศ. 2558) และ 112.44 ต่อแสนประชากรใน จังหวัดกำแพงเพชร (พ.ศ. 2559) และประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ส่วนใหญ่คือโรคในระบบ ไหลเวียนโลหิต โรคในระบบทางหายใจ และโรคเบาหวาน⁽¹⁶⁾

ปัญหาท้าทายของการจัดบริการฯ งานวิจัยนี้พบว่า ปัญหาท้าทายที่สำคัญต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิเขต



เมือง คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การย้ายที่อยู่อาศัยของประชากรเข้าสู่เขตเมืองมากขึ้น พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตเมืองที่ยังขาดการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบเมืองซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

“ผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น อีก 1-2 ปีเขาก็จะประกาศแล้วว่า เป็นปีของผู้สูงอายุของประเทศไทยเต็ม 100% อันนี้เป็นสิ่งที่ท้าทายที่ทุกคนต้องเจอ อย่างบ้านที่ 4-5 คนนี้เจอแน่เพราะทุกวันนี้ก็เจออยู่” (ประชาชน, นครสวรรค์)

นอกจากนี้ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากกว่าเดิม มีความสะดวก รวดเร็ว และต้องการรับบริการจากแพทย์เฉพาะทาง โดยบางส่วนเข้ารับบริการมากเกินไปจนความจำเป็น

“คนในเมืองเป็นอะไรขึ้นมาก็อยากไปหาหมอที่เก่งที่สุด ไปหาหมอเฉพาะทาง บางคนไปโน่นเข้าไปกรุงเทพฯ เลย เขามีเงินจ่ายใจ แต่พวกไม่มีเงินจ่ายบางที่รู้มาก ก็จะไปหาที่ รพ. XXX เลย บางคนเจ็บตานิคิดเดียวก็อยากไปหาหมอต่า มันเลยทำให้ รพ. แน่นมาก...” (ประชาชน, นครสวรรค์)

“เราเห็นว่าเป็นจุดที่คนไทยยังไม่เข้าใจในเรื่องของบริการสุขภาพ...เราพบว่าคนไข้มาตรวจที่ OPD เฉลี่ย 1,490 รายต่อวัน แล้วส่วนใหญ่ 5 อันดับโรคแรกเป็น URI ท้องเสีย เวียนศีรษะ มันเป็นโรคที่ไม่จำเป็น แม้กระทั่งคลินิกเอกชน รพ. เอกชนก็ตาม คนไข้ไปพบ specialist โดยตรง ทั้งๆ ที่เป็นแค่ไข้หวัด เวียนหัว...” (ผู้บริหารระดับเขต, 03)

อย่างไรก็ตาม ประชาชนเขตเมืองบางส่วน ต้องการให้มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่เข้มข้นมากกว่าเดิม และมีความต้องการได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นกว่าเดิม

“เราควรใช้วิธีการส่งเสริม ป้องกัน เพื่อให้เขาไม่เกิดโรค ควรจะมีหน่วยงานที่ส่งเสริมเรื่องงบประมาณในด้านนี้ งบประมาณที่ไปทุ่มตรงการรักษามันเป็นการแก้ปัญหาก็หลายเหตุมากเกินไป” (ประชาชน นครสวรรค์)

ภาพฝันของการจัดบริการฯ งานวิจัยนี้ได้สังเคราะห์

ภาพฝันของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์และปัญหาท้าทายดังกล่าว โดยทั้ง 2 จังหวัดร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ดังนี้

“ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่นที่มีการประสานงานกันอย่างไร้รอยต่อ สนับสนุนให้ชุมชนและประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพและสามารถจัดการสุขภาพตนเอง โดยมีการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ประชาชนมีความเชื่อถือไว้วางใจว่าผู้ให้บริการจะให้การดูแลและเคารพผู้รับบริการในฐานะเป็นบุคคลหนึ่งที่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีคุณค่าต่อสังคม”

2. ทางเลือกของแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

ในการที่จะตอบสนองต่อปัญหาท้าทายและภาพฝันของระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อมูลและพบ 3 รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ได้แก่ 1) รูปแบบที่มีภาวะการนำหลักโดย สธ. (รูปแบบปัจจุบัน) 2) รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการ พชอ. และ 3) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท.

1) รูปแบบที่มีภาวะการนำหลักโดย สธ. (รูปแบบปัจจุบัน)

ในรูปแบบนี้มีการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง โดยมีภาวะการนำเดี่ยวตามการสั่งการนโยบายจาก สธ. ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพของ สธ. ข้อดีคือสามารถนำนโยบายต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติได้รวดเร็วผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการ CUP Board ทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลดีขึ้น ปัจจุบันมีการแต่งตั้งคณะกรรมการจากภาคส่วนอื่น เช่น หน่วยบริการภาครัฐนอก สธ. หน่วยบริการภาคเอกชน อปท. และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบบริการฯ

แต่พบว่ายังไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบร่วมกันของภาคีเครือข่าย เช่น ในกรณีของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว พบว่าในการวางแผนการจัดตั้งดำเนินการโดยเครือข่ายของหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก หน่วยบริการสุขภาพของภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดบริการค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังขาดการจัดทำยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการต่างสังกัดและต่างภาคส่วน รวมถึงภาคีเครือข่ายสำคัญในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

“ถ้าถามว่ามีแผนยุทธศาสตร์ใหม่ ก็คงไม่มีนะ เพราะปกติก็ทำงานตามที่สั่งการกันมา หรือเรียกประชุมในการทำงาน เป็นงานปีต่อปีมากกว่า” (ผู้ให้บริการ, FGDHBO1)

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาที่สำคัญคือ การดำเนินงานตามนโยบายที่สั่งการมาจาก สธ. มีตัวชี้วัดและเป้าหมายการทำงานซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนและผู้ให้บริการในพื้นที่ ผู้ให้บริการสุขภาพในสังกัดอื่นๆ รู้สึกว่าไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน แม้จะมีผู้บริหารของ สธ. รับผิดชอบในการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ แต่ภาคีเครือข่ายไม่มั่นใจว่าหน่วยงานหรือบุคคลใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งทำให้เกิดข้อกังวลเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันแบบต่อเนื่องในระยะยาวได้

“นโยบายเนี่ยะ มันเป็นนโยบายภาพรวม บางพื้นที่ปัญหานี้ไม่ใช่ปัญหา แต่ก็ต้องทำด้วย เพราะฉะนั้นก็เลยเป็นการไปเพิ่มงานให้เขา ไม่ได้ไปช่วยแก้ปัญหา” (ผู้ให้บริการ, FG03)

“พี่ก็ไม่รู้ว่าจะใครเป็นผู้จัดการระบบบริการเขตเมือง ถ้าถามก็คงหมอ...มั้ง เพราะแกเป็นตัวหลัก แต่แกก็ไม่ได้มีตำแหน่งนี่นะ” (ผู้ให้บริการ, FG01)

2) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ในรูปแบบนี้ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง รวมถึงการจัดการกำลังคน และการจัดการการเงินการคลังสุขภาพ จะอยู่ภายใต้การดำเนินงานและการบริหาร

งานของ อปท. ซึ่งจะต้องมีการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดการบริการสุขภาพให้แก่ อปท. ภายใต้การควบคุมกำกับมาตรฐานการทำงานโดย สธ. โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งมีแนวทางแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ 1) การถ่ายโอนภารกิจในทุกด้าน ทั้งเรื่องการรักษาพยาบาลระดับสูง และการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) การถ่ายโอนเฉพาะภารกิจด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบนี้น่าจะเป็นรูปแบบในอุดมคติที่สามารถตอบสนองต่อบริบทปัญหาสุขภาพของประชาชนได้มากที่สุด เนื่องจาก อปท. มีความใกล้ชิดกับประชาชน ทราบบริบทและปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่ สามารถที่จะจัดสรรทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว

“ถ้าให้ท้องถิ่นทำ [ถ่ายโอนภารกิจด้านการบริการสุขภาพ] มันก็เข้ากรอบ [เหมือนกับกรดำเนินการดำเนินงานของ] ต่างประเทศที่จะโอนอะไรทั้งหลายมาให้ มันก็ทำได้นะ แต่ต้องใช้เวลา และน่าจะดีกว่าเดิม เรามองไปว่าต้องให้ประชาชนเขาตระหนักว่าทุกอย่างมันเป็นของเขา ใครจะมารู้ปัญหาทั้งหลายเท่าตัวเรา ผมเห็นด้วยนะว่าประชาชนในท้องถิ่นต้องมีส่วนได้ส่วนเสีย มีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง ถึงแม้มันจะยาก แต่ว่ามันจะพัฒนาเอง” (ผู้บริหารระดับเขต, 08)

อย่างไรก็ตาม อาจมีข้อจำกัด คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่แน่ใจถึงการดำเนินการในทางปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่มั่นใจในคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการปฐมภูมิที่ดำเนินการโดย อปท. โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาพยาบาล และการขาดประสบการณ์ในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีความไม่มั่นใจเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รวมถึงการบริหารจัดการงบประมาณ

“คุณไปดูเขาซะก่อน การบริหารจัดการ ณ ตอนนี้อย่างไร ใครเข้าไปใช้ เทศบาลแต่ละแห่งยังจัดการระเบียบของเขา



ยังลำบากอยู่เลย ทั้งระบบขยะ สาธารณูปโภค เขายังทำไม่ได้มาก แล้วคุณยังกล้าเอาสาธารณสุขไปให้เขาอีกเหรอ แล้วหน่วยงานสาธารณสุขปัจจุบันเขาทำอะไร เขามีความรับผิดชอบอยู่แค่ไหน ประชาชนไม่เคยรู้เลย เราไม่เคยใช้เลย เราไปแต่ รพ.ใหญ่ กับศูนย์ชุมชน” (ประชาชน จังหวัด XXX)

“ [รพ.สต.] บางแห่งที่ขึ้นกับท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ก็ขอย้ายกลับมา มันเหมือนมันไม่ได้คิดภาพใหญ่ว่าจะไปทางไหน.” (ผู้บริหารระดับเขต, 05)

“คือ [อปท.] บางแห่ง ถ้าเขาเข้าใจงานสาธารณสุขดีก็โอเค แต่บางแห่งเขาไม่เข้าใจ เหมือนงบกองทุนตำบลเคยเจอบางแห่งเอาไปซื้อเก้าอี้หวดให้ อบต. อย่าลืมนักการเมืองพวกนายก อบต. เขามาจากชาวบ้าน เขาอาจจะยังไม่ไปสู่ตรงนั้น [การพัฒนาด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพระยะยาวของประชาชน]” (ผู้บริหารระดับเขต, 05)

3) รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนผ่านโครงสร้างคณะกรรมการ พขอ.

ในรูปแบบนี้ มีการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมถึงภาคประชาชน โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ. หรือ DHB) เป็นกลไกในการขับเคลื่อน โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้ 1) สร้างความร่วมมือกับ อปท. หรือภาครัฐอื่นๆ ในพื้นที่เพื่อร่วมจัดการปัญหาสุขภาพตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ รวมถึงร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ 2) สร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน เช่น ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการปฐมภูมิในทุกมิติโดยมี สปสช. จ่ายค่ารักษาพยาบาลรายหัว และ/หรือประชาชนร่วมจ่ายในบางส่วน หรือการให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการปฐมภูมิเฉพาะการรักษาพยาบาล โดยมี สปสช. จ่ายค่ารักษาพยาบาลรายหัว และ/หรือประชาชนร่วมจ่ายในบางส่วน แต่ต้องมีการทำความร่วมมือกับ อปท. ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้อาจสร้างความร่วมมือกับสถาบันส่งเสริมสุขภาพต่างๆ (เช่น

สถานทีออกกำลังกาย โภชนาการ) โดยให้ประชาชนใช้บริการได้ด้วยงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยภายใต้รูปแบบการจัดการแบบนี้ สธ. ยังคงเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อน แต่จะมีการสร้างพันธมิตรสัญญากับองค์กรภาคีเครือข่ายอื่นๆ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบนี้จะเป็นเครื่องมือที่นำไปสู่อนาคตที่ดีของระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพิ่มความหลากหลาย ครอบคลุม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างภาคส่วนโดยผ่านการวางยุทธศาสตร์ร่วมกัน สามารถก่อให้เกิดการวางรากฐานด้านการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ทำให้ภาคส่วนอื่น รวมถึงภาคประชาชน มีความเข้าใจในบทบาทของตนเองและบทบาทความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนมากยิ่งขึ้น

“District Health Board, PCC นี่มันเป็นเครื่องมือไปสู่อนาคต แต่ถามว่ามันคืออนาคตใหม่? ผมก็ว่ายังไม่ใช่ ผมว่ามันยังมีอะไร beyond กว่านี้อีก แต่ ณ วันนั้นมันคือทางที่ดีที่สุดที่จะไปอนาคตแล้ว เพราะมันคือการทำงานแบบมีส่วนร่วม และที่สำคัญกว่านั้น มันกำลังผลักดันบทบาทของการดูแลคนในเรื่องสุขภาพจากหมอไปสู่คนอื่น ซึ่งที่ผ่านมาเราไม่ยอมผลัดออกเลยนะ” (ผู้ทรงคุณวุฒิระดับนโยบาย, 02)

“ถ้าใช้เวทีการประชุมของ DHB ในการตกลงกันนะว่าจะจัดบริการตรงไหน ใครจะเป็นคนให้บริการ คือมาทำแผนจัดบริการร่วมกัน ผมคิดว่าตรงนี้จะทำให้เกิดการบริการที่ครอบคลุม และประชาชนก็สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก ส่วนคนให้บริการก็ไม่เหนื่อยเพราะรู้ว่าตัวเองอยู่ตรงส่วนไหน” (ผู้บริหารระดับพื้นที่, 01)

อย่างไรก็ตาม การทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนอาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการทำงาน และภายใต้การบริหารแบบนี้ยังมีความไม่ชัดเจนด้านการจัดการการเงิน และอำนาจของคณะกรรมการ พขอ.

“ทีนี้เมื่อมันมีหลายหน่วยงาน การคุยกันแต่ละภาคส่วนก็จะยาก...จะมาเจอกันแต่ครั้งมันก็ยาก...ทำงานกันหลายๆ คน ต่างคนก็ต่างความคิด การสื่อสารภายในเครือข่าย

“ช่วยให้ทุกคนเข้าใจก็จะทำได้ยาก” (ผู้ให้บริการ, FG03)

“ตอนนี้มัน [DHB] รองรับได้ไม่ดีหรอก เพราะว่ามันยังไม่มีความชัดเจนในรูปแบบที่จะไปรองรับว่าจะทำอะไร” (ผู้บริหารระดับเขต, 07)

วิจารณ์

ในการตอบสนองต่อปัญหาท้าทายจากความเป็นสังคมเมือง การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อให้บรรลุภาพฝันของทั้งสองพื้นที่นั้น ถึงแม้ผู้รับบริการจะรู้สึกว่ามีคุณภาพพึงพอใจในบริการปฐมภูมิเขตเมืองที่ได้รับ แต่รูปแบบการจัดการระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองของทั้งสองจังหวัดในปัจจุบันก็ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวเป็นรูปแบบที่เน้นการรักษาพยาบาล มีการสร้างเสริมสุขภาพแต่ยังเป็นลักษณะการตั้งรับ ซึ่งคุณภาพของบริการปฐมภูมินั้น นอกจากความพึงพอใจแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาคุณลักษณะของระบบบริการปฐมภูมิตามที่ WHO ได้ให้คำแนะนำ ได้แก่ ความต้องการด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน การดูแลอย่างต่อเนื่องและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มากไปกว่านั้น บริการปฐมภูมิจะต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชนและแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงเปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นหุ้นส่วนในการกำหนดสถานะสุขภาพของชุมชนนั้นๆ ด้วย⁽²¹⁾ นอกจากนี้ การรวมศูนย์การสั่งการโดย สธ. เป็นหลักทำให้มีการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ยังไม่อาจสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)⁽²¹⁾ รูปแบบในปัจจุบันนี้อาจจะสามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพในระยะสั้นหรืองานที่เป็นลักษณะงานประจำวันต่อวันได้ แต่ในการทำงานระยะยาวไม่น่าจะสามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ของปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังผลลัพธ์ในการจัดการบริการที่พบว่าแนวโน้มการเข้ารับบริการการรักษายาบาลเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในเขตเทศบาล และอัตราป่วยรวมถึงอัตราตายของประชาชนล้วนแต่มีสาเหตุหลักมาจากโรคเรื้อรังซึ่งสามารถป้องกันได้ แสดงให้เห็นถึงภาวะพึ่งพาระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ สธ. จำเป็นต้องเติมทรัพยากรทั้งในด้านบุคลากรและงบประมาณอย่างมากเข้ามาในระบบ รวมถึงยังไม่สามารถนำไปสู่การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งนับว่าเป็นข้อจำกัดอย่างยิ่ง โดยระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ควรจะมีระบบบริการที่มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ประชาชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽²²⁾ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการทำงานระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

การศึกษานี้ได้เสนอทางเลือกในอุดมคติตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. จากการทบทวนผลลัพธ์จากการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพสู่ อปท. ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาพบว่ามีความได้มากกว่าผลเสีย⁽²³⁾ โดยการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. ทำให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ได้ตรงสอดคล้องกับบริบท และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว การจัดสรรและใช้จ่ายงบประมาณจึงทำได้อย่างรวดเร็วและนำไปใช้ในด้านพัฒนาสุขภาพได้มากขึ้นกว่าเดิม การดำเนินการดังกล่าวจะนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจในการบริการสุขภาพ⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ วินัย ลีสมิทธิ และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย⁽²³⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่า การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น สามารถทำให้ อปท. เห็นความสำคัญของงานด้านสุขภาพและระบบสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการเยี่ยมบ้านมากขึ้น เนื่องจากนักการเมืองท้องถิ่นต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนเพราะ



อาศัยประชาชนเป็นฐานเสียง อย่างไรก็ตาม ขึ้นอยู่กับว่าผู้บริหาร อปท. นั้นๆ จะเห็นความสำคัญด้านสุขภาพมากเพียงใด เพราะการลงทุนด้านสุขภาพต้องใช้เวลาอันจึงจะเห็นผลลัพธ์ แตกต่างจากการลงทุนด้านอื่น

แม้ว่าประเทศไทยจะมี พ.ร.บ.กำหนดแผนชั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 และ สธ. ได้ปรับปรุงแผนปฏิบัติการสำหรับขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแล้วก็ตาม แต่การจัดการภายใต้รูปแบบนี้ยังขาดความชัดเจนจากรัฐบาลว่าจะมีทิศทางการดำเนินการอย่างไรในเชิงรูปธรรม และยังคงขาดความชัดเจนเรื่องบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่าง สธ. และ อปท. ว่าใครควรแสดงบทบาทอะไร มากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการที่จะมอบภารกิจดังกล่าวให้ อปท. จำเป็นจะต้องคำนึงถึงศักยภาพและความพร้อมของ อปท. ด้วย และสิ่งสำคัญก็คือต้องพิจารณาว่าจะแบ่งปันหรือแบ่งบทบาทภารกิจกันอย่างไร^(23,25) ทั้งนี้ผู้บริหาร กลุ่มวิชาชีพต่างๆ รวมถึงประชาชนยังไม่มั่นใจถึงความสามารถและมาตรฐานในการจัดบริการสุขภาพของอปท. และมีความกังวลเรื่องความก้าวหน้าและความมั่นคงของบุคลากรที่จะไปทำงานภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ^(23,26) นอกจากนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ ความเข้าใจและความตั้งใจของนักการเมืองท้องถิ่นในด้านการพัฒนาสุขภาพ โดยบทเรียนในบางประเทศแสดงให้เห็นว่า อปท. นำงบประมาณด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างสิ่งปลูกสร้างจนทำให้เกิดความเสียหายในด้านการควบคุมป้องกันโรค⁽²³⁻²⁸⁾ และอาจพบปัญหาในการบริหารจัดการระบบฯ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า อปท. ขนาดเล็กหลายแห่งประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการและการจัดการการเงิน รวมถึงการนำงบประมาณกว่าครึ่งไปใช้เป็นการจ่ายบุคลากร ทำให้งบประมาณด้านการพัฒนาสุขภาพไม่เพียงพอ จึงมองเห็นได้ชัดว่าในปัจจุบันนั้น อปท. ส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมในการจัดการบริการสุขภาพฯ โดยเรื่องสุขภาพมักเป็น

เรื่องสุดท้ายที่ อปท. ให้ความสำคัญ⁽²³⁾ งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าทางเลือกนี้จะได้รับความเห็นจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นรูปแบบในอุดมคติที่เหมาะสมในการสร้างความยั่งยืนให้กับระบบบริการปฐมภูมิและทำให้ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพและสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่น่าจะเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในอนาคตอันไกล เนื่องจากปัญหาในเรื่องของความไม่ชัดเจนของทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังไม่มีความมั่นใจในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของ อปท. ดังที่นำเสนอข้างต้น

การศึกษานี้เสนอว่าแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองคือรูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ผ่านคณะกรรมการ พชอ. เพื่อที่จะสามารถจัดการปัญหาสุขภาพเขตเมืองที่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพและสังคมเมืองที่มีความซับซ้อนและเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันได้ โดยแนวทางการสร้างภาคีเครือข่ายนี้เป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตามแนวทางของ WHO ซึ่งจะเพิ่มความตระหนักสร้างการมีผลประโยชน์ร่วมกันจากการมีประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ^(21,29) และทางเลือกนี้จะสามารถก่อให้เกิดการวางรากฐานด้านการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่จะทำให้ภาคส่วนอื่นทั้ง อปท. ภาคเอกชน ภาครัฐอื่น ๆ รวมถึงภาคประชาชนมีความเข้าใจบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนมากยิ่งขึ้น⁽³⁰⁾ โดยภายใต้รูปแบบการจัดการแบบนี้ สธ. จะยังคงเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อน แต่จะมีการสร้างพันธมิตรสุขภาพกับองค์กรภาคีเครือข่ายอื่นๆ เพื่อผลักดันไปสู่การจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนในอนาคต โดยเป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่น่าจะสามารถพัฒนาเพื่อนำไปสู่การรองรับการทำงานในลักษณะการกระจายอำนาจไปสู่ อปท. ในอนาคตได้ด้วย โดยการทำงานภายใต้รูปแบบการจัดการนี้ ถูกคาดหวังว่าจะเป็นรูปแบบที่สามารถก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนในการร่วมวางแผนและร่วมจัดบริการสุขภาพ รวมถึงประสานแผนงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

และระบบข้อมูลสารสนเทศที่จะใช้ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการการอภิบาลระบบสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงการบูรณาการการทำงานและการเรียนรู้ข้ามสาขา ข้ามภาคส่วน ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา รวมถึงการกระจายทรัพยากรให้ภาคส่วนอื่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารมากขึ้น โดยที่รัฐบาลส่วนกลางเป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น⁽³¹⁾ และสอดคล้องกับหลักการการสาธารณสุขมูลฐาน ในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (intersectoral collaboration) ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักการสำคัญในการทำให้เกิดความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน⁽³²⁾ รวมถึงแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานที่เป็นมาตรฐานการให้บริการของกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการปฐมภูมิ⁽⁶⁾

นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีแรงเสริมจากรัฐบาลในการสร้างความชัดเจนให้แก่การทำงานของคณะกรรมการ พขอ. โดยมีการประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งมีหลักการสำคัญคือการมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่⁽¹¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแผนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ตามนโยบายการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. 2561 ที่ต้องการเปลี่ยนฐานของระบบบริการจาก “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เป็น “พื้นที่เป็นฐาน” โดยกำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่อำเภอ (district/local health board)” เน้นระบบการพัฒนาเครือข่ายที่มีทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ (matrix team) และบริการ เป็นกลไกขับเคลื่อนหลัก มีกลไกการเงินที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะพื้นที่ และพัฒนาระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงกันทั้งระบบ⁽³³⁾

อย่างไรก็ตาม ในการทำงานภายใต้รูปแบบนี้ พบว่าผู้เกี่ยวข้องยังมีความไม่มั่นใจเกี่ยวกับความชัดเจนในเรื่องอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการใช้งบประมาณและระเบียบปฏิบัติว่าจะให้

ดำเนินการตามระเบียบของกระทรวงใด เนื่องจากมีการทำงานระหว่างหน่วยงานซึ่งต่างสังกัดกัน และมีวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกัน โดย Anaf J et al.⁽³⁰⁾ ชี้ให้เห็นว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลต่อความล่าช้าในการทำงาน นอกจากนี้การทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนนี้จำเป็นต้องจะต้องกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน สร้างความตระหนักและความชัดเจนในบทบาทของแต่ละภาคส่วน พัฒนาการใช้ข้อมูลร่วมกัน พัฒนาศักยภาพทีมงานรวมถึงการทำงานร่วมกันของภาคี วางแผนการใช้งบประมาณและตรวจสอบการทำงานในระยะยาว^(26,34)

ข้อยุติ

ผลการสังเคราะห์ทั้ง 3 ทางเลือกชี้ให้เห็นว่ารูปแบบปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบในอุดมคติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. เนื่องจาก อปท. ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีความเข้าใจปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ตรงบริบท อย่างไรก็ตามยังขาดความชัดเจนเชิงนโยบายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจ รวมถึงความพร้อมในเชิงความรู้และการบริหารจัดการ งานวิจัยนี้จึงสรุปว่า รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนผ่านโครงสร้างคณะกรรมการ พขอ. เป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดในระยะเปลี่ยนผ่านของการกระจายอำนาจ เพราะสามารถสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ทำให้มีความเข้าใจในบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนมากยิ่งขึ้นและเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน และการส่งมอบภารกิจสู่ อปท. ในอนาคต

การศึกษานี้พบข้อจำกัดในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัยซึ่งเป็นไปโดยความสมัครใจภายใต้การแนะนำของผู้ร่วมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งอาจจะส่งผลต่อจำนวนและประเภทของผู้ให้ข้อมูลที่อาจจะไม่สามารถสะท้อนผลการศึกษาไปสู่ประชากรทั่วไปได้ นอกจากนี้ขอบเขตของการ



ศึกษานี้เน้นการพิจารณาทางเลือกการจัดการระบบฯ ตามข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งยังขาดการสังเคราะห์นโยบายที่สามารถเชื่อมโยงไปถึงสถานะสุขภาพของประชาชน และมีข้อจำกัดในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ คือมีความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลระหว่างฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น ฐานข้อมูลคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ (management information system) รายงานประจำปีของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยพยายามใช้แนวทางการมีส่วนร่วมและการยืนยันข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากนักวิจัย

เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองบรรลุภาพฝันดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น คณะนักวิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1) สธ. ควรเร่งรัดให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการปฐมภูมิในเขตเมืองภายใต้นโยบาย PCC (effective urban PCC) โดยเร่งพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่มีการบูรณาการทักษะด้านเวชศาสตร์ป้องกัน (preventive medicine) และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนให้ได้ตามมาตรฐาน

โดย สธ. ควรเร่งพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) ให้สามารถให้บริการตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เขตเมือง (โดยมีประเภทและจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนประชากรและภาระงาน) ไม่ใช่การให้บริการปฐมภูมิในลักษณะ extended OPD แบบเดิมนอกจากนี้ สธ. ควรเร่งการผลิตและพัฒนาพยาบาลปฐมภูมิ (primary care nurse) และพัฒนาให้เป็น case manager ในการให้บริการปฐมภูมิเขตเมืองโดยมุ่งเน้นการตอบสนองต่อปัญหาโรคเรื้อรังและรองรับปัญหาสุขภาพของสังคมผู้สูงอายุในเขตเมือง

2) สธ. ควรสนับสนุนให้เกิดการจัดการระบบบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดให้พื้นที่เขต

เมืองดำเนินการจัดตั้งกลไกอภิบาลระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง (commissioning governance) แบบมีส่วนร่วม ทำหน้าที่ในการกำหนดให้ (commission) หน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ โดยใช้แนวทางของกลไกภาครัฐ โดยมีภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ อปท. และประชาชน โดยให้ฝ่ายเวชกรรมสังคมของ รพศ. หรือ รพท. และ อปท. เป็นเลขานุการร่วมเป็นกลไกที่รับผิดชอบด้านการเงินการคลังสุขภาพของเขตเมือง ร่วมทำงานควบคู่ไปกับคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งจะเป็นกลไกในเชิงนโยบาย (policy body)

3) สธ. ควรเร่งสร้างความชัดเจนในเรื่องบทบาทของ สธ. และ อปท. ที่อยู่ในเขตเมือง และแผนการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานของ สธ. และ อปท. เขตเมือง เพื่อเตรียมการรองรับการกระจายอำนาจและภารกิจสู่ อปท. ในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงการจัดการจากนักวิจัย

1) สธ. ควรเร่งดำเนินการให้พื้นที่เขตเมืองมีการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของสังคมผู้สูงอายุ (aging society) และการตอบสนองต่อปัญหาโรคเรื้อรัง (NCDs) และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2) ด้านการพัฒนากำลังคน อปท. ซึ่งจะเป็นผู้รับถ่ายโอนภารกิจในอนาคตควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ มีการปฏิบัติร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

3) ด้านการจัดการงบประมาณ พบว่ามีความเข้าใจในเกณฑ์การใช้งบประมาณที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ตรวจสอบงบประมาณ จึงควรมีการพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการใช้จ่ายงบประมาณ โดยเฉพาะงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ

4) การจัดการของ อปท. ที่ผ่านมานั้น ให้ความ

สำคัญต่อการสาธารณสุขเป็นเรื่องรอง ดังนั้น จึงควรมีการเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขเพื่อการจัดการกระจายทรัพยากรได้ตรงตามเป้าประสงค์ โดย สธ. สปสช. และ สสส. ควรสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตเมืองบริหารโดยภาคีซึ่งมีลักษณะการทำงานในลักษณะของหุ้นส่วน (partnership)

ข้อเสนอแนะในการกำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงการดำเนินงานตามรูปแบบในอุดมคติในพื้นที่ที่มีการพัฒนาสูงเพื่อเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นๆ
- 2) ควรมีการสังเคราะห์นโยบายและเชื่อมโยงกับสถานะสุขภาพของประชาชนนอกเหนือจากการวิเคราะห์จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติในการพิจารณาทางเลือกของการจัดการฯ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะสำคัญเกี่ยวกับงานวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คณะวิทยากร คณะกรรมการ พชอ. อ.เมือง จ.นครสวรรค์ และ จ.กำแพงเพชร ผู้บริหารนโยบายระดับชาติ ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 3 และผู้บริหารในพื้นที่ ผู้อำนวยการ และผู้ประสานงานจาก รพ.สวรรค์ประชารักษ์ และ รพ.กำแพงเพชร ประธานหอการค้าจังหวัดนครสวรรค์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานวิจัยที่เป็นประโยชน์

References

1. World Health Organization. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings Switzerland: World Health Organization; 2010. 126 p.
2. World Health Organization. Urbanization and health. Bulletin of the World Health Organization 2010;88:241-320.
3. Moore M, Gould P, Keary BS. Global urbanization and impact on health. International Journal of Hygiene and Environmental Health 2003;206(4-5):269-78.
4. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thailand population in 2016. Mahidol Population Gazette 2016; 25. (in Thai)
5. Thailand National Health Commission Office. 8th National Health Assembly: urban health system: participatory development of health service systems 2015. Section 3. p. 1-3. [Internet] 2018 [cited 15 June 2018]. Available from: <https://www.samatcha.org/.../files/document/0803-Res-8-3.pdf>. (in Thai)
6. Grone O, Garcia-Barbero. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International J Integr Care 2001;1:e21.
7. Vasan A, Ellner A, Lawn SD, Gove S, Anatole M, Gupta N, et al. Integrated care as a means to improve primary care delivery for adults and adolescents in the developing world: a critical analysis of Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI). BMC medicine 2014;12:6.
8. Office of the Permanent Secretary for Public Health. Primary Care Cluster practice guideline for health care units. Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2016. (in Thai)
9. Ministry of Digital Economy and Society. (Draft) Primary Care System Act year.... [Internet] 2017 [cited 15 January 2017]. Available from: <http://www.lawamendment.go.th/index.php/laws-department/item/1115-2017-08-08-02-54-41>. (in Thai)
10. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (Draft) District Health Board. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2017. (in Thai)
11. Prime Minister's Office. Regulations of the Office of the Prime Minister on Improving the Quality of Life at Local Level 2018 In: Government Gazette 2018;135(54): p. 1-7. (in Thai)
12. World Health Organization. Integrated care model: an overview: World Health Organization Europe; 2016.42. p. 3-4
13. Leesmidt V, Chunharas S. The Appropriate roles of the Ministry of Public Health within health care decentralization. (Report). Nonthaburi: Health Systems Research Institute. 2010. (in Thai)
14. Thai PBS News. The worrying of transferring health centers to local governments. [Internet]. 2018 [cited 15 June



- 2018]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/272584>. (in Thai)
15. Mueang Nakhon Sawan District Health Board. Quality of life and health system development plan (2017-2018). 2017.
 16. Health Region 3. Basic Health Status Indicators [Internet] 2017 [cited 15 December 2018]. Available from: <http://203.157.114.24/region3.mis/index.php>. (in Thai)
 17. Sharma V, Stranieri A, Burstein F, Warren J, Daly S, Patterson L, et al. Group decision making in health care: a case study of multidisciplinary meetings. *Journal of Decision Systems* 2016;25(sup1):476-85.
 18. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014;16(1):e12454.
 19. Sriratanaban J, Leerapan B, Talungchit P, Laoitti P, Chuayruang K. The analysis of options for health screening system in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai)
 20. Thailand Health Data Center. The use of health service. [Internet]. 2016 [cited 15 January 2017]. Available from: https://hdc_service.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (in Thai)
 21. World Health Organization. The world health report 2007: primary health care now more than ever. Geneva, Switzerland: WHO; 2007. 148. p. 22.
 22. Yamabhai I, Kumluang S, Kumdee C, Youngkong S, Pilasant S, Werayingyong P, et al. Thailand Future Health System in 2033. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(3):201-14.
 23. Leesmidt V, Pannarunothai S. Appropriate Roles and Options of the Ministry of Public Health After 10 Years of Health Care Decentralization. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(3):262-76.
 24. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Decentralization in health care strategic and outcomes. United Kingdom: Bell & Bain Ltd, Glasgow; 2007. 326 p.
 25. Collins C, Araujo J, Barbosa J. Decentralizing the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000;52:113-27.
 26. Vargas I, Mogollon-Perez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vazquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning* 2016;31(6):736-48.
 27. Bossert T, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning* 2002;17(1):14-31.
 28. Lariosa TR, Mantala MJ, Lorenzo ME. The effect of devolution on the national Tuberculosis control program: Philippine case studies. Manila: University of Philippines; 1999.
 29. World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO framework for action. Geneva, Switzerland: WHO; 2007. 56 p.
 30. Anaf J, Baum F, Freeman T, Labonte R, Javanparast S, Jolley G, et al. Factors shaping intersectoral action in primary health care services. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2014;38(6):553-9.
 31. The National Health Commission Office. The constitution on national health system under the National Health Act In: *Gazette Government*, editor. 2016;133(284): p. 11-79. (in Thai)
 32. World Health Organization. The Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care; Alma-Ata*, 1978.
 33. Prime Minister's Office. Regulations of the Office of the Prime Minister on Thailand Public Health Reform 2018 In: *Government Gazette* 2018;135(24): p. 1-157. (in Thai)
 34. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health* 2015;37(4):716-27.