



การศึกษาวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ ของเขตสุขภาพในประเทศไทย ช่วงปีงบประมาณ 2555-2559

The Analysis Study of Primary Health Care Development Plan for Leading the Operations of the Health Region of Thailand during the Budget Year 2012-2016

เกวลิน ชื่นเจริญสุข

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในระยะ 5 ปี โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการพัฒนาบริการปฐมภูมิ การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้านปัจจัย การกำหนดกลไกการขับเคลื่อน กระบวนการขับเคลื่อน ทิศทาง และแนวโน้มของแผนการพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านการบริการปฐมภูมิ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดในการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) 2) การกำหนดทางเลือก ยุทธศาสตร์ (Strategic Choice) 3) การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Strategic Implementation) และเพิ่มเติมด้วยวิธีการคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีจุดเด่นคือการบูรณาการความคิดเชิงระบบ เน้นการสร้างเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของและส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยมีความคาดหวังให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความเข้มแข็งสามารถเป็นหน่วยบริการที่ประชาชนเชื่อมั่นและยอมไปใช้บริการ มีระบบสนับสนุนการสร้างกระบวนการเรียนรู้ และการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ แต่ในการนำไปสู่การปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัด ในประเด็นความไม่ชัดเจนของกรอบระยะเวลา ทำให้ขาดความต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ การมีนโยบายจากหลายภาคส่วนที่ส่งผ่านไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ กฎระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเชิงรุก ข้อเสนอคือต้องมีระบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันในระดับเครือข่ายเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ทั้งด้านกำลังคน องค์ความรู้ เครื่องมือที่เอื้อในการทำงานเชิงรุก กำหนดโครงสร้างการทำงานที่สามารถผสมผสานงานทุกอย่างในระดับพื้นที่ได้ การสนับสนุนความเข้มแข็งของทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : การนำสู่การปฏิบัติ, เขตสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



Abstract

The Ministry of Public Health did the Service Plan in five years aiming at the important strategy, the Development in Primary Care System. The objective of this study was to analyze the environmental factors and impose the propelling mechanism, the movement processes, directions and tendencies of the Development of the Service Plan in Primary Care. The analysis of the concerning content used the management of strategic framework divided into 3 steps: 1. Strategic Analysis 2. Strategic Choice 3. Strategic Implementation, and fulfilled with quality methods from focus group interviews. The result of the studies exposed that the Development of the Service Plan in Primary Care gained prominent point in integration of system thinking emphasizing the connection with every network associate to create the ownership and participate in the management. It also expected the strength of the Primary Health Care Service that would be the service units the citizens felt confident and accepted the service whilst having the creation in learning process and working conforming to the context of the different areas in each health region. Nevertheless, there were limitations in practice, the issue of vagueness of the period of time frame leading to the lack of the continuation and the inadequacy in the number of the personnel, various policies from several sectors to Primary Health Care Service Unit and sets of regulations discommoding to the proactive work. Suggestions are having supporting system in working of each network associate to develop Primary Health Care Service substantially and continually in manpower, knowledge, tools supporting to the proactive work, determining working structures enabling to blend every task in each area and the reinforcement of the strength of each sector to sustainably develop of the health system.

Key words : Leading the Operation, Health Region, Primary Health Care System, Service Plan



บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ หากระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็งย่อมจะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมมากขึ้นและโรงพยาบาลมีความแออัดลดลง จากบทเรียนการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพทั่วโลกพบว่าประเทศที่ให้ความสำคัญและจัดให้มีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่า (เดชา แซทลี, 2557) ระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งคือระบบสุขภาพที่เน้นการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (WHO, 1987) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีระยะ 5 ปี โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการเจริญเติบโตของชุมชนเมืองและประชากรวัยสูงอายุซึ่งจะมีภาระของการดูแลโรคเรื้อรัง (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2555) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพจากข้อมูลการใช้บริการระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 153.61 ล้านครั้งในปีงบประมาณ 2557 อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้ง/คน/ปี ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 3.17 ครั้ง/คน/ปี ในปีงบประมาณ 2557 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้บริการ พบว่าผู้ป่วยนอกไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย มากที่สุด จากร้อยละ 33.24 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 46.49 ในปี 2547 รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน ร้อยละ 32.00, 17.56 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 35.19, 13.26 ในปี 2557 ตามลำดับ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555) ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบทพบว่า สถานบริการแห่งแรกที่ประชาชนในชุมชนไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยคือ สถานีนอนามัย ประเภทของการบริการในสถานีนอนามัย ได้แก่การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การวางแผนครอบครัว บริการส่งเสริมสุขภาพและบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2531) การหาแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมสร้าง

ความมั่นใจแก่ประชาชนในการมาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้จะเป็นการลดความแออัดในสถานบริการขนาดใหญ่ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของประชาชนและเป็นการสร้างความภาคภูมิใจแก่ผู้ปฏิบัติงานอีกทางหนึ่ง (ประพนธ์ ปิยะรัตน์, 2532) ในขณะที่บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระดับตำบลปฏิบัติงานด้านบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพให้แก่ประชาชนตลอดจนการบริการต่างๆ และยังพบว่า การจัดแบ่งภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในระดับตำบลค่อนข้างสับสนไม่มีความชัดเจนเนื่องจากมีสาเหตุสำคัญคือ 1) ปริมาณงานที่รับผิดชอบมีมากเกินไป 2) มีการกำหนดระดับความคาดหวังไว้สูงเกินไป 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีข้อบกพร่อง คือ ขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2554) การขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบโจทย์ระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนให้สอดคล้องในแต่ละพื้นที่ จึงควรทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปสู่การปฏิบัติเพื่อกำหนดกลไกการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2555 - 2559) จึงเกิดคำถามทางการวิจัยว่าสถานการณ์จากสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เกิดผลกระทบต่อภาพรวมการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างไร จะต้องพัฒนาคุณภาพบริการและการบริหารจัดการที่เหมาะสมได้อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ
2. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2555- 2559) ที่มีผลกระทบต่อการนำไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ



3. เพื่อวิเคราะห์การกำหนดกลไกการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2555-2559) ที่มีผลกระทบต่อการนำไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ

4. เพื่อวิเคราะห์ทิศทางและแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนในอนาคตและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับต้นในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษา ทบทวนและวิเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Content Analysis) โดยใช้กรอบแนวคิดในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) 2) การกำหนดทางเลือกยุทธศาสตร์ (Strategic Choice) และ 3) การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Strategic Implementation) และนำข้อมูลที่ได้จากส่วนแรกนำเข้ามาเป็นข้อมูลส่วนที่สองในการประชุมกลุ่ม (Focus Group) ผู้เกี่ยวข้องจำนวน 26 คน ได้แก่ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา ระบบบริการปฐมภูมิระดับเขตสุขภาพ 12 คน ผู้แทนตัวแทนผู้ปฏิบัติงานด้านระบบบริการปฐมภูมิ 12 คน ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิส่วนกลาง 1 คน เพื่อเสนอเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อเสนอเชิงนโยบาย

เครื่องมือวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ จากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุขและของเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสู่สุขภาพชุมชน นโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ข้อเสนอโครงการ ทศวรรษการพัฒนาบริการปฐมภูมิ รายงานการประชุม

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยนำมาจัดหมวดหมู่ในด้าน การบริหารจัดการ การจัดการ โครงสร้างกำลังคน และกำหนดทางเลือกโดยการ SWOT Analysis ภายใต้การวิเคราะห์แบบ TOWS Matrix แล้วนำข้อมูลส่วนแรกมาประชุมกลุ่ม (Focus Group) โดยมีแนวคำถามในการประชุมกลุ่มประกอบด้วย 1) การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และประชาชนเข้าถึงคุณภาพได้อย่างไร 2) การบริหารจัดการและการสนับสนุนชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ 3) การบริหารทรัพยากรบุคคล 4) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเอกสารวิเคราะห์ข้อมูล รายงานการประชุมและการบันทึกเทป

ผลการศึกษา

1. จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีผลกระทบต่อ การนำไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ พบว่าสภาพแวดล้อมภายนอกในส่วนของโอกาสนั้น คือ การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายวิชาชีพ การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพตามคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) ที่เน้นการพัฒนาเชื่อมโยงทั้งระบบและประเมินร่วมเป็นเครือข่าย โดยกำหนดแผนพัฒนาเป็นลำดับขั้นอย่างชัดเจน พัฒนาระบบการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS : District Health System) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาปฐมภูมิ รวมถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการดูแลต่อเนื่อง และเพิ่มสัดส่วนในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 เพื่อบริการใกล้บ้านใกล้ใจ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เช่น ระบบการส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง การให้คำปรึกษา ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการควบคุมการติดเชื้อ (IC) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) เป็นต้น

2. จากการวิเคราะห์กระบวนการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติ



ในเขตสุขภาพ ที่มีผลกระทบต่อ การนำ ไปสู่การปฏิบัติ ในเขตสุขภาพ พบว่า จากการวิเคราะห์กลยุทธ์ได้นำมา กำหนดเป็นทางเลือก โดยใช้เทคนิค TOWS Matrix ผลจากการวิเคราะห์ ดังนี้ คือ 1) ด้านการเข้าถึงบริการ ควรจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัวครอบคลุมประชากรในเขตเมืองตามมาตรฐานที่กำหนดและกำหนดให้การจัดบริการในผู้ป่วยนอกที่สามารถดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัว 2) กำหนดให้ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ พัฒนาหน่วยบริการทุกแห่ง ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ คือ ระดับโรงพยาบาลกำหนดให้ ผ่านเกณฑ์ HA และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัว กำหนดให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCA) หรือ รพ.สต.ติดดาว 3) การผลักดันเป็นรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่กฎหมาย โดยการกำหนดเป็นนโยบายหรือแผนแม่บทงานบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับพื้นฐาน พัฒนาหน่วยบริการทุกแห่งให้สามารถบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคระดับพื้นฐาน (Basic PP Services) เป็นไปตาม เกณฑ์ชี้วัด 4) การขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพบริการปฐมภูมิในภาคสังคม การสนับสนุนความเข้มแข็งไตรภาคีโดยการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน เป็นการสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างๆ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5) การสร้างนโยบายสาธารณะเป็นทางเลือกเชิงนโยบาย ที่นำไปสู่การพิจารณาให้ความเห็นชอบร่วมกัน และการปฏิบัติ ที่เป็นจริงที่เกิดประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ เช่น ทีมหมอครอบครัว

3. จากการวิเคราะห์การกำหนดกลไกการขับเคลื่อน แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติ ในเขตสุขภาพ ที่มีผลกระทบต่อ การนำไปสู่การปฏิบัติ ในเขตสุขภาพ พบว่าการกำหนดมาตรการที่สำคัญ 1) พัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับ อำเภอ (District Health System : DHS) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอในการจัดการ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 2) เสริมกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากร

ให้มีทักษะและองค์ความรู้ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน 4) จัดการให้ประชาชนในพื้นที่ติดต่อหมอใกล้บ้านใกล้ใจ ได้ตลอดเวลา 5) จัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างทีม หมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัวกับ แพทย์พี่เลี้ยงที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 6) พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ 7) พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัว ให้ผ่าน เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด 8) พัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้าน คุณภาพ 9) จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม 10) จัดกิจกรรมบริการตามมาตรการ หรือมาตรฐาน การให้บริการแต่ละกลุ่มเป้าหมาย 11) สนับสนุนการพัฒนา นวัตกรรมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

4. จากการวิเคราะห์ทิศทางและแนวโน้มเกี่ยวข้องกับ ด้านแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนในอนาคตและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับต้น ในอนาคต พบว่า 1) กำลังคนด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณา ในระบบบริการสาธารณสุขสุขภาพรวมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับ ประชาชนในระดับชุมชน จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในปัจจุบันขาดแคลน และมีภาระงานที่เป็นงานเพิ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการมาก 2) การกระจายอำนาจ การวางแผนกำลังคนลงในระดับจังหวัดมีความเห็นสอดคล้อง กันว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสม 3) คุณภาพและศักยภาพ ของกำลังด้านสุขภาพขาดการประเมินความสอดคล้อง ระหว่างตำแหน่ง ความรู้ ความสามารถกับผลการปฏิบัติงาน ว่ามีผลเกี่ยวข้องกันอย่างไร การส่งเสริมให้ผู้ที่พัฒนาตนเอง ได้มีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นยังติดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขที่ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาอยู่หลายประการทำให้เกิด ช่องว่างระหว่างตำแหน่งสายงานบริหารและสายงานวิชาการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4) ขวัญกำลังใจและการพัฒนา สายงาน ได้แก่ ค่าตอบแทนกรณีผู้ปฏิบัติงานในเขตชายแดน หรือพื้นที่ห่างไกล ให้สิ่งตอบแทนที่มีใช้เงิน เช่น การยอมรับ การให้ความสำคัญ การสร้างความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และการเลื่อนตำแหน่งตามความรู้ ความสามารถให้สูงขึ้นภายหลัง ที่พัฒนาตนเองให้คุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน



ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ SWOT Analysis

S จุดแข็ง	W จุดอ่อน
<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างชัดเจน มีบทบาทในด้านการส่งเสริมและควบคุมป้องกันโรคได้มากกว่าหน่วยงานระดับอื่น 2. กระจายครอบคลุมในทุกพื้นที่และเป็นหน่วยงานที่เชื่อมโยงบริการกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ และหน่วยงานที่อยู่ในชุมชน 3. ศักยภาพและบทบาทในการดูแลต่อเนื่องเป็นจุดแข็ง เนื่องจากมีผลงานการดูแลเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง คนพิการ ร่วมกับโรงพยาบาลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนเพิ่มมากขึ้น 4. แนวโน้มการเพิ่มของบุคลากรหลากหลายที่เข้ามาร่วมงานเป็นทีมมากขึ้น เช่น แพทย์ พยาบาลแพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด ทันตบุคลากร 5. มีการจัดเครือข่ายการเรียนรู้จากการทำงานในสถานการณ์พื้นที่ ในรูปแบบ Context based learning, District Health Management Learning กระจายครอบคลุมพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านมายังไม่ได้นำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการ 2. ไม่มีแผนการพัฒนาระยะยาวที่ชัดเจนเนื่องจากขาดนโยบายและแนวทางการจัดการระบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมในระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัดรวมทั้งระดับอำเภอ 3. ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ชัดเจน (เน้นการส่งเสริมสุขภาพหรือการรักษา) ความคาดหวังยังมีความแตกต่างกันของผู้บริหารในแต่ละระดับและแต่ละกลุ่ม 4. การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนมีข้อจำกัดทางด้านคุณภาพจากการที่เจ้าหน้าที่มีภาระงานและขาดความชำนาญงาน 5. อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เพียงพอกับภาระงานและประชาชนที่รับผิดชอบโดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปเป็นวิถีเมืองเพิ่มมากขึ้น
O โอกาส	T อุปสรรค
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพในมิติที่ดูแลดีมากขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดบริการปฐมภูมิ 2. ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้มีความต้องการดูแลสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องในระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น 3. นโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพทำให้ประชาชนสนใจสุขภาพมากขึ้น ส่งผลต่อภารกิจในการพัฒนาด้านส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ 4. พรบ. สุขภาพและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการปฏิรูปสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ 5. พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่กว้างขวางและหลายรูปแบบมากขึ้น 6. การรวมกลุ่มเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลต่อการลงทุน ทำให้เศรษฐกิจของประเทศมีแนวโน้มเติบโตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีทรัพยากรในการพัฒนาระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น 7. เทคโนโลยีการสื่อสารดีขึ้น ทำให้การสื่อสารด้านสุขภาพต่าง ๆ ทำได้ง่ายขึ้น และเชื่อมต่อบริบทข้อมูลได้ดีขึ้น แหล่งข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของประชาชนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพตนเองมีเพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมิช่องทางเลือกการดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้น 8. กระแสการใช้เทคโนโลยีที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน ของพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาสุขภาพเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สอดคล้องกับแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ เอื้อต่อภารกิจบริการปฐมภูมิ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวโน้มปัญหาสุขภาพ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และสภาวะสังคมแบบเมือง ได้แก่ โรคเรื้อรัง การเสพติด การตั้งครกก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อแบบแผนของระบบบริการที่ต้องปรับตัวในการพัฒนาให้สอดคล้องมากขึ้น 2. กระแสบริโภคนิยม มุ่งเน้นความเชี่ยวชาญแพทย์เฉพาะทางทำให้ประชาชนมีความต้องการรักษากับแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น ส่งผลต่อระบบบริการปฐมภูมิที่จำเป็นต้องแสดงเอกลักษณ์คุณภาพของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ทั้งที่เป็นการดูแลแบบองค์รวมและสร้างความชัดเจนในบทบาทการส่งเสริมและการป้องกัน การดูแลสุขภาพตนเอง 3. ประชาชนยังมีการรับรู้เฉพาะส่วนการรักษา ส่งผลต่อภารกิจในการให้ความรู้ และสื่อสารกับประชาชนให้ทราบสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกันโรค 4. นโยบายการจำกัดการเพิ่มกำลังคน ส่งผลต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระบบบริการปฐมภูมิ 5. การรวมกลุ่มประชาคมอาเซียน จะเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน อาจก่อผลกระทบเชิงลบต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ การไหลออกของบุคลากร การเกิดโรคระบาด ภาวะการดูแลผู้ป่วยแรงงานต่างด้าว 6. สารสนเทศที่สื่อสารมวลชนและสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นการโฆษณาชวนเชื่อทั้งรูปแบบการโฆษณาโดยตรง และโฆษณาแฝง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ส่งผลต่อการกระตุ้นบริโภคเกินความจำเป็น การบริโภคที่ไม่ถูกต้องลักษณะทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพตนเอง



ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ทางเลือกกลยุทธ์ในตาราง TOWS Matrix

ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก	จุดแข็ง (Strengths = S)	จุดอ่อน (Weakness = W)
โอกาส (Opportunities = O)	SO Strategies กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในทิศทางสร้างนำซ่อมและมองเรื่องสุขภาพในมิติกว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข (Evidence-based health services)	WO Strategies ระบบบริการปฐมภูมิในอีก 10 ปีข้างหน้าได้รับกระแสแรงกดดันทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ขาดกลยุทธ์การจัดการ ส่งผลให้ประสิทธิภาพด้อย
ข้อจำกัด (Threat = T)	ST Strategies โครงสร้างในอนาคตจะต้องมีส่วนระหว่างบริการที่สนองความจำเป็น หรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชน (Need or Demand Driven) กับบริการที่ถูกขับเคลื่อน ด้วยเทคโนโลยีที่สร้างขึ้นและเข้าสู่สังคมไทยตลอดเวลา (Technology Driven) ในลักษณะที่สอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับสถานะความเป็นจริงทางเศรษฐกิจ สังคม	WT Strategies แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านการบริการปฐมภูมิเป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจภาคประชาชนและการเคลื่อนไหวทางสังคมผ่านการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกันในระดับชุมชนท้องถิ่นและระดับชาติผลักดันเป็นนโยบายหรือแผนแม่บทแห่งชาติ (Master plan)

ยุทธศาสตร์ร่วม : การสนับสนุนความเข้มแข็ง

ตารางที่ 3 แสดงยุทธศาสตร์ มาตรการนำไปปฏิบัติในเขตสุขภาพ

ยุทธศาสตร์	มาตรการนำไปปฏิบัติในเขตสุขภาพ	ข้อดี / ข้อจำกัด
1. กลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ	มาตรการสำคัญ 1. พัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) 2. เสริมกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย 4. จัดการให้ประชาชนในพื้นที่ติดต่อหมอใกล้บ้านใกล้ใจได้ตลอดเวลา 5. จัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างทีมหมอครอบครัวที่หน่วยบริการปฐมภูมิกับแพทย์ที่เลี้ยงที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ 7. พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัว ให้ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด 8. พัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านคุณภาพ 9. จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม 10. จัดกิจกรรมบริการตามมาตรการ หรือมาตรฐานการให้บริการแต่ละกลุ่มเป้าหมาย 11. สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย	ข้อดี 1. เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมกับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ 2. สร้างระบบการทำงานที่มีความเชื่อมโยงกับภาคส่วนต่างๆ ข้อจำกัด 1. กลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพจะดำเนินงานเมื่อใด 2. ไม่มีมาตรการที่ต่อเนื่องรองรับกลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ



ตารางที่ 3 แสดงยุทธศาสตร์ มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ	ข้อดี / ข้อจำกัด
2. กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิบัติในเขตสุขภาพ	<p>มาตรการสำคัญ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่น ให้มีขีดความสามารถรองรับการเจริญเติบโตของชุมชนเมืองและประชากรสูงอายุ 2. การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง 5 สาขา ได้แก่ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ มะเร็ง ทารกแรกเกิด ปฐมพยาบาลวัยชรา เพื่อรองรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย 3. การพัฒนาโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้เป็นระบบเครือข่ายบริการที่สามารถสนับสนุนช่วยเหลือกันอย่างเป็นระบบ 	<p>ข้อดี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างการยอมรับให้กับกลุ่มที่มีความเห็นแย้งได้มากขึ้น ขยายขอบเขตและกลุ่มคนให้เกิดการยอมรับ ได้กว้างกว่าเดิม 2. ทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น ลดการแย่งชิงทรัพยากร <p>ข้อจำกัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบการสนับสนุนให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดยังไม่ชัดเจน 2. ไม่มีการประกาศเป็นนโยบายที่ชัดเจน อาจจะไม่ต่อเนื่อง
3. กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบนโยบายระดับชาติหรือแผนแม่บทที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป	<p>มาตรการสำคัญ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดมความคิดเห็นในการปรับปรุงเกี่ยวกับองค์กรและกลไก ในด้านความรับผิดชอบและองค์ประกอบของหน่วยงานที่จะผลักดันแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ต่อไป 2. ศึกษาวิเคราะห์ถึงแนวทางในการผลักดันองค์กร/กลไกใน แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 3. สร้างกลไกการดำเนินการที่เชื่อมโยงบูรณาการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ 	<p>ข้อดี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจนในการดำเนินการ 2. เกิดความยั่งยืนในทางปฏิบัติมากกว่าการดำเนินการโดยรูปแบบแผนงานหรือโครงการ <p>ข้อจำกัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในรูปแบบนโยบายระดับชาติหรือแผนแม่บทยังไม่ชัดเจน 2. มีองค์กรในกฎหมายอื่น ในระดับกรม กองที่สามารถทำหน้าที่เช่นเดียวกัน 3. การรวมเอาระบบการแพทย์ที่หลากหลายเข้ามาในแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ แม้เป้าหมายใหญ่จะเป็นการปรับเปลี่ยนระบบวิธีคิดแต่กระบวนการเคลื่อนไหวยังขาดการขับเคลื่อนด้วยจากการสร้างความรู้ของภาควิชาการและภาคประชาสังคม
4. การขับเคลื่อนภาคสังคมยุทธศาสตร์สนับสนุนความเข้มแข็งไตรภาคีโดยการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน	<p>มาตรการสำคัญ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนการศึกษาวิจัยและเสนอแนะให้มีการปรับปรุงสนับสนุนความเข้มแข็งไตรภาคีโดยการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน 2. สร้างเสริมบุคคลหรือหน่วยงานที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพ 3. เข้าถึงกลุ่มผู้นำทางความคิดเพื่อเป็นผู้ช่วยผลักดันในด้านสุขภาพ 4. มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งรวบรวมองค์ความรู้ อาทิเช่น การแพทย์สมัยใหม่ที่ค้นพบจากการวิจัยและภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน 	<p>ข้อดี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เกิดกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ทำให้มีการบูรณาการทางความคิดจากทุกภาคส่วน 2. ทำให้มีการจัดการทรัพยากรความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ทำให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ <p>ข้อจำกัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องมีผู้สนับสนุนทางทรัพยากรให้เป็นตัวกลางสามารถทำหน้าที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันได้อย่างยั่งยืน



ตารางที่ 3 แสดงยุทธศาสตร์ มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ	ข้อดี / ข้อจำกัด
	5. การเชื่อมโยงระหว่างภาคประชาชนกับภาคการเมือง ได้แก่ (1) กำหนดกิจกรรมให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับภาคราชการ (2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมดำเนินการและตรวจสอบ ติดตามผลร่วมกับหน่วยงานระดับท้องถิ่นในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ	2. ตัวกลางที่มีศักยภาพในการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนยังมีเพียงส่วนน้อย
	6. จัดตั้งทีมงานวิชาการเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพ และเสนอแนะวิธีการจัดการด้านสุขภาพ ต่อภาครัฐ	3. การจัดการประสานประโยชน์ของตัวกลางกับทุกภาคส่วนไม่สามารถคาดคะเนถึงความสำเร็จได้

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพสามารถสรุปตามประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ได้ดังนี้

1. กลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ พบว่ามีมาตรการที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดกลไกการขับเคลื่อน ได้แก่ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ การกำหนดเกณฑ์บุคลากรที่เหมาะสม แต่ทั้งนี้มีข้อจำกัดและความไม่ชัดเจนของกรอบระยะเวลาว่าจะดำเนินงานเมื่อใดและมีกรอบระยะเวลาดำเนินการให้แล้วเสร็จเมื่อใดเพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่มีการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวทางการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ในการร่วมวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอุไร หัตถกิจและคณะ (2544) ในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้ กล่าวถึงเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รัฐต้องกำหนดกรอบ และขอบเขตของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน และมีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่กำหนดเงื่อนไข และการบริหารจัดการที่ครอบคลุม จำนวนของผู้ให้บริการระดับวิชาชีพ

มีเพียงพอที่สามารถปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิตามขอบเขตของการบริการสุขภาพที่ได้กำหนดไว้

2. กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิบัติในเขตสุขภาพ พบว่าสร้างการยอมรับให้กับกลุ่มที่มีความเห็นที่ไม่ตรงกันได้และมีรูปแบบการทำงานเป็นทีมในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน ในด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านวิชาการสร้างกระบวนการเรียนรู้และทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งตรงกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เสนอกระบวนการสำคัญของระบบสุขภาพคือการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน และส่วนสอดคล้องกับการวิจัยของ ปรานค์ จักรไชยและคณะ (2560) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค่าจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. การขับเคลื่อนที่สนับสนุนความเข้มแข็งไตรภาคี โดยการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน พบว่ากลไกการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอ และนโยบายทีมหมอครอบครัว



เกิดกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม การจัดการทรัพยากร ความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีการบูรณาการทางความคิด จากทุกภาคส่วน เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ แต่มีข้อจำกัดของ หน่วยงานหลักของไตรภาคีในการประสานประโยชน์ กับทุกภาคส่วน ทั้งนี้ กฤษดา แสงดีและคณะ (2559) ได้ศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบ สุขภาพอำเภอ พบว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจาก การปฏิบัติ มีการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้ ด้วยตนเอง และการทำงานในรูปของเครือข่ายโดยใช้บริบท เป็นฐาน เมื่อผ่านกระบวนการเรียนรู้จะเกิดการพัฒนา ใน 3 ด้าน คือ การพัฒนาคน การพัฒนางาน และการพัฒนา เครือข่ายหรือทีมงาน ดังนั้นในการสร้างความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพอำเภอ จำเป็นต้องพัฒนาทีมให้มีความทำงาน แบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาแนวคิด การพัฒนา

4. ทิศทางและแนวโน้มที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนา ที่ยั่งยืน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีแนวโน้ม ในการพัฒนาที่นำไปสู่ความยั่งยืนและต่อเนื่องในอนาคต ได้แก่ นโยบายรัฐบาลในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้น การป้องกันโรค แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่เน้น การพัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิ การปฏิรูปประเทศด้าน สาธารณสุขในประเด็นระบบบริการปฐมภูมิ พระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ กำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับข้อเสนอ แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2559-2569 ที่ระบุไว้ว่าประชาชนเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสภาพ ของบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง

สรุปผล

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกถ่ายทอดให้ไปสู่การปฏิบัติ

ในเขตสุขภาพ โดยมีปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน ในเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องในหลายประเด็น ทั้งในด้าน นโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วย การยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ การขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งนี้ในการศึกษาวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพช่วงปีงบประมาณ 2555-2529 ในภาพรวมพบว่ามีจุดเด่นคือการบูรณาการ ความคิดเชิงระบบ เน้นความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การสร้างความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายด้วยระบบสุขภาพ อำเภอ (DHS) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อ ความรู้สึกการเป็นเจ้าของและส่วนร่วมในการดำเนินการ เป็นนโยบายควบคู่ไปกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทำให้เกิดการบูรณาการในระดับ นโยบายที่เน้นการให้บริการด้านการสร้างสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในทุกสาขาด้วยกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับ พื้นที่ที่มีความแตกต่างกันตามบริบท นโยบายที่หมอบ ครอบคลุมเป็นการสร้างการยอมรับการทำงานของแต่ละ วิชาชีพที่มีความหลากหลาย มีรูปแบบการทำงานเป็นทีม ในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และระหว่างหน่วยบริการกับ ประชาชน สร้างกระบวนการเรียนรู้และทำงานให้สอดคล้อง กับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้รู้ปัญหาสุขภาพทุกครอบครัว และมีระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่ให้เกิดปัญหาแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยง ป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น เพื่อลด จำนวนผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีความคาดหวัง ให้บริการปฐมภูมิ เป็นระบบที่มีความเข้มแข็ง สามารถเป็นหน่วยบริการ ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และเป็นหน่วยบริการด่านแรก ที่ประชาชนเชื่อมั่น ยอมไปใช้บริการ แต่ทั้งนี้ในการนำ



ไปสู่การปฏิบัติยังมีข้อจำกัด ในประเด็นความไม่ชัดเจนของกรอบระยะเวลาว่าจะดำเนินงานเมื่อใดและมีกรอบระยะเวลาดำเนินการให้แล้วเสร็จเมื่อใด เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอรวมทั้งมีภาระงานที่นอกเหนือจากงานบริการการมีนโยบายจากหลายภาคส่วนที่ส่งผ่านไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ กฎระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเชิงรุก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการจะต้องมีระบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันในระดับเครือข่ายเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ทั้งด้านกำลังคน องค์ความรู้ เครื่องมือที่เอื้อในการทำงานเชิงรุก และควรมีการบูรณาการนโยบายกับภาคส่วนอื่น ๆ ตั้งแต่ระดับกระทรวงเพื่อให้เกิดความชัดเจน และเอื้อต่อผู้ปฏิบัติงานให้สามารถทำงานได้สะดวกมากขึ้น การกำหนดโครงสร้างการทำงานที่สามารถผสมผสานงานทุกอย่างในระดับพื้นที่ได้ การสนับสนุนความเข้มแข็งของไทรภาคีเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับเขตสุขภาพ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม เป้าหมายสำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ สร้างความเท่าเทียมในการจัดสรรทรัพยากร
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เน้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมสร้างและผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพ เน้นการขับเคลื่อนสุขภาพะทุกมิติให้สามารถดำเนินต่อเนื่อง
3. ระดับกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำแผนกำลังคนด้านการบริการปฐมภูมิ การกระจายบุคลากรที่เหมาะสมรวมทั้งการให้ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ การงานอย่างเหมาะสมตามหน้าที่ความรับผิดชอบและกำหนดโครงสร้างการทำงานที่สามารถผสมผสานงานทุกอย่างในระดับพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพปฐมภูมิกับมิติความสัมพันธ์ของไทรภาคี

2. การศึกษาความเชื่อมโยงแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิกับแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาอื่นๆ เพื่อหาประเด็นในการบูรณาการในการดำเนินและเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้จากการบูรณาการแผน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้แทนผู้บริหารและทีมงานด้านระบบบริการปฐมภูมิระดับเขตสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่กรุณาสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Archananuparb, Surakiat. (2011). *Viewpoint and Experience in Primary Care Development: First Century of National Health Insurance Policy*. Bangkok: Moh-Chao-Ban Publishing House. (in Thai)
- Bureau of Health Administration. (2012). *Health Service System (Service Plan)*. Nondhaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Hatakit, Urai. and staff. (2001). *Report of Research and Primary Health Care Model Development in Community: Case study in Community of the South*. Nondhaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Juckchai, Prang. (2017) Factors Affecting the Performance of Village Health Volunteers (VHVs) of Family Care Teams, Pathuthani Province. *Journal of Public Health Nursing*. 31(1): 16-28. (in Thai)
- Leoprapai, Bunlert. and staff. (1988). *Status in Health Sanitation and Public Health Service of People in the Countryside*. Bangkok: Institute for Population and Social Research. (in Thai)



- Piyaratana, Praon. (1989). *Role and Duty of District Public Health Officers*. Bangkok: Institute for Population and Social Research. (in Thai)
- Saelhee, Decha. Editor. (2014). *Primary Care Value Added with DHS*. Nondhaburi: Rural Medical Foundation. (in Thai)
- Sawaengdee, Krisada. and staff. (2016). A study on the District Health System Management Capacity Building Project. *Journal of Health Science*. 25(5): 854-864 (in Thai)
- Sriwanichakorn, Supattra, and staff. (2012). *Primary Care System Situation in Thailand 2004 - 2015*. Bangkok: Office of Community Based Health Care Research and Development. (in Thai)
- World Health Organization. (1987). *Declaration on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care*. Proceedings of the Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems; 1987 Aug 3-7; Harare, Zimbabwe. Geneva: World Health Organization.