บทที่ 9

การสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่น

ประเทศไทยได้นำหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการก่อนที่องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกจะได้มีการประกาศปฏิญญาอัลมา อะต้า และได้มีความก้าวหน้าจนเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลกและองค์การระหว่างประเทศต่างๆว่าเป็นแบบอย่างของการดำเนินงานที่นำหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติจริงได้เป็นผลสำเร็จ โดยมีนวัตกรรมในด้านการสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่นที่ชี้ให้เห็นถึงการนำหลักการที่สำคัญประการหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยในบทนี้จะแสดงให้เห็นถึงนวัตกรรมต่างๆ ดังกล่าว ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพไทย (2) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง (3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (4) กองทุนสุขภาพตำบล (5) สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และ (6) ระบบการดูแลสุขภาพในครอบครัว (home health care)

9.1 การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพไทย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ถูกจัดตั้งขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดของการพัฒนาระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการภายในท้องถิ่น โดยมีการเลือกตั้งมาจากประชาชน ดำเนินกิจการเพื่อประชาชน และกำกับดูแลโดยประชาชน ประเทศไทยมีการปกครองในระดับท้องถิ่นมาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 โดยมีกฎหมายว่าด้วยการจัดการท้องถิ่นฉบับแรก คือ พระราชกำหนดสุขาภิบาลกรุงเทพฯ ร.ศ. 116 และมีการพัฒนาเรื่อยมาจนมีการเปลี่ยนแปลงระบอบการปกครองของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2475 ได้มีการจัดระเบียบการบริหารราชการโดยแบ่งเป็นราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยระเบียบราชการบริหารแห่งราชอาณาจักรสยาม พ.ศ. 2476 โดยในส่วนของราชการส่วนท้องถิ่นได้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2476 (ปัจจุบันใช้พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 13 พ.ศ. 2552) ต่อมามีการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลขึ้น โดยตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนจังหวัด พ.ศ. 2498 ให้เป็น อปท.ที่มีอำนาจหน้าที่ดำเนินกิจการส่วนจังหวัด ภายในเขตพื้นที่จังหวัดนอกเขตเทศบาลและเขตสุขาภิบาล นับแต่นั้นมาการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงครอบคลุมทั่วทั้งราชอาณาจักรไทย[1]

อปท. นับเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนที่อาศัยในท้องถิ่นมากที่สุด โดยมีกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นและส่วนกลางในด้านขอบเขตการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ส่วนรวมของประเทศ อีกทั้งมุ่งให้เกิดบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ มีการบริการอย่างทั่วถึง และตรงกับความต้องการของประชาชนและตามความเหมาะสมและความจำเป็นในแต่ละท้องถิ่น ทั้งนี้ตามกฎหมายได้ระบุว่าท้องถิ่นจะต้องมีอิสระในการตัดสินใจในการกำหนดทิศทางนโยบาย และการบริหารจัดการ โดยมีรัฐบาลส่วนกลาง

(ส่วนราชการ) กำกับดูแลและให้ความช่วยเหลือ[2] ปัจจุบันมี อปท. 7,852 แห่ง สามารถแบ่งประเภทของ อปท. ได้เป็น 4 ลักษณะดังนี้ 1) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 2) เทศบาล 3) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ 4) อปท. รูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ซึ่งเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีลักษณะพิเศษ[3] ประเภทและจำนวนของ อปท. ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2561) แสดงดังตารางที่ 9.1

ตารางที่ 9.1 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่ง) จำแนกตามประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2561

ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน (แห่ง)
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	76
เทศบาล	2,441
เทศบาลนคร	30
เทศบาลเมือง	178
เทศบาลตำบล	2,233
องค์การบริหารส่วนตำบล	5,333
องค์กรปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา)	2

ที่มา: กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2561

ในปัจจุบัน อปท. ที่มีอยู่หลายรูปแบบมีการเจริญเติบโตมากขึ้น ประกอบกับการอยู่อาศัยของประชากรมีลักษณะเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ปัญหาของชุมชนเมืองจึงมีความสลับซับซ้อนและหลากหลายเพิ่มขึ้นซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณะของ อปท. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งเป็น อปท. ขนาดเล็ก โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กำลังดำเนินการหาข้อสรุปเกี่ยวกับการยุบรวมหน่วยการปกครองท้องถิ่นขนาดเล็กเข้าด้วยกัน โดยมีความเห็นว่าการปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยควรคงระบบแบบสองชั้น (Two-tier system) เพื่อให้องค์กรปกครองท้องถิ่นขนาดใหญ่หรือระดับบน (Upper tier) คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้รับผิดชอบดำเนินกิจการขนาดใหญ่ในพื้นที่กว้าง ซึ่งเป็นงานที่เกินขีดความสามารถของ อปท. ขนาดเล็ก ในขณะที่ อปท. ขนาดเล็ก (Lower tier) คือ เทศบาล ให้ดูแลแก้ไขเฉพาะที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยจะยกฐานะ อบต. เป็นเทศบาลทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณะ และสร้างความเป็นธรรมในการกระจายอำนาจและงบประมาณ[4]

9.1.1. บทบาทและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสาธารณสุข

โดยทั่วไปการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามหน่วยงานรัฐส่วนกลางได้มีการกระจายอำนาจการจัดการงานที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ดังกล่าวไปสู่ อปท. นับตั้งแต่ได้มีการจัดตั้ง อปท. ขึ้น กล่าวคือ นับแต่พระราชกำหนดสุขาภิบาลกรุงเทพฯ ร.ศ. 116 ในสมัยรัชกาลที่ 5 ที่ได้กำหนดให้สุขาภิบาลกรุงเทพฯ มีหน้าที่ดำเนินการรักษาความสะอาด และป้องกันโรค ทำลายขยะมูลฝอย จัดสถานที่ถ่ายอุจจาระปัสสาวะสำหรับราษฎรทั่วไป ห้ามการปลูกสร้างหรือซ่อมแซมโรงเรือนที่จะเป็นเหตุให้เกิดโรค รวมทั้งการขนย้ายสิ่งโสโครกที่ทำความรำคาญให้กับราษฎรไปทิ้ง เป็นต้น หรือแม้แต่ปัจจุบันในการกำหนดหน้าที่ของ อปท. ขนาดต่างๆ ก็ยังคงกำหนดให้มีหน้าที่รักษาความสะอาดของถนน หรือทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่ง

ปฏิกูล ป้องกันและระงับโรคติดต่อ จัดให้มีน้ำสะอาดหรือการประปา โรงฆ่าสัตว์ ตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้าม บำรุงทางระบายน้ำ ส้วมสาธารณะ รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาอาชีพ การพัฒนาสตรี เด็ก และผู้สูงอายุ การศึกษาของชุมชน การบริการสาธารณสุข การบำรุงสถานกีฬา สถานพักผ่อนหย่อนใจ และอื่นๆ(1)

อปท. ได้เข้ามามีบทบาทในด้านสาธารณสุขครอบคลุมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีกฎหมาย นโยบายของประเทศ รวมถึงข้อตกลงสากลสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว โดยเริ่มจากปี พ.ศ. 2523 ซึ่งท้องถิ่นได้รับภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพบางส่วน มาตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แล้ว(5) นอกจากนั้นทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศไทยได้สนับสนุนให้ อปท. มีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมากขึ้น โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 วรรค 2 ได้บัญญัติว่า "การบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้"(6) หลักจากนั้นในปี พ.ศ. 2542 ได้มี พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2542 โดยมาตรา 16 กำหนดให้ อปท. มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง เช่น การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง การกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสีย การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล เป็นต้น(7)

นอกจากนี้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 โดยมาตรา 283 ได้บัญญัติว่า "องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น และย่อมมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบาย การบริหาร การจัดบริการสาธารณะ การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ โดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับการพัฒนาของจังหวัดและประเทศเป็นส่วนรวมด้วย" และในมาตรา 80 ได้บัญญัติว่า "รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันจะนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข" รวมถึง มาตรา 290 บัญญัติว่า "องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ย่อมมีอำนาจหน้าที่ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามที่กฎหมายบัญญัติ" โดยอย่างน้อยต้องมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (1) การจัดการ การบำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในเขตพื้นที่ (2) การเข้าไปมีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกเขตพื้นที่ เฉพาะกรณีที่อาจมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ของประชาชนในพื้นที่ของตน (3) การมีส่วนร่วมในการพิจารณา เพื่อริเริ่มโครงการหรือกิจกรรมใดนอกเขตพื้นที่ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ และ (4) การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น(8)

ในปัจจุบัน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้มีการตระหนักถึงการพัฒนาที่ยั่งยืนมากขึ้น โดยมาตรา 250 ได้บัญญัติว่า "องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน" ทั้งนี้ การจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะใดที่เป็นหน้าที่และอำนาจของ อปท. ควรมีการร่วมดำเนินการกับเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐหรือมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานของรัฐดำเนินการ อันจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในท้องถิ่นมากกว่าการที่ อปท. จะดำเนินการเอง(9) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงทิศทางการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาของประเทศและการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยจะต้องมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และมุ่งเน้นการกระจายอำนาจสู่ชุมชนและท้องถิ่น สนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐ เอกชน และ

ท้องถิ่น ดังนั้น อปท. ควรเป็นหน่วยงานหลักในการเป็นผู้จัดบริการสาธารณะรวมถึงภารกิจการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน การสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

9.1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับภารกิจการบริการสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ

ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น ประเทศไทยได้มีกฎหมายที่ส่งผลต่อการขยายบทบาทของ อปท. ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน คือ พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ซึ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน เช่น การรักษาความสะอาดของถนนและที่สาธารณะ รวมถึงการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลตลอดจนการป้องกันและระงับโรคติดต่อ แต่พระราชบัญญัตินี้ยังไม่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้ปรากฏคำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” อยู่ในภารกิจที่ต้องถ่ายโอน ซึ่งขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณนั้นผูกงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นไปพร้อมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและบุคลากร[5]

ทั้งนี้ อปท. ได้มีส่วนร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ยุคของการสาธารณสุขมูลฐาน ปีพ.ศ. 2523 ที่มีการผลักดันแนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามองค์ประกอบการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า “Health For All” ทำให้ในปัจจุบันบริบทต่างๆ เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุข-ภาพ ได้แก่ การกระจายอำนาจสู่ อปท. การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอื่นของระบบสุขภาพตั้งแต่อดีตจนถึงการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและทำแผนจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนมากขึ้นตามลำดับ โดยในปัจจุบันมีการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมไปพร้อมๆ กับการพัฒนาชุมชนในรูปแบบที่หลากหลายและที่เห็นรูปธรรมมากขึ้น[5] ดังตารางที่ 9.2 แสดงวิวัฒนาการการพัฒนาสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคประชาชน

ตารางที่ 9.2 วิวัฒนาการ การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย

ช่วงปี	บริบทของประเทศไทย	รัฐส่วนกลาง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	ภาคประชาชน
ก่อน 2540	พ.ศ. 2523 ปรับเปลี่ยนแนวคิดการพัฒนาด้านสาธารณสุขโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)	กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลระบบสุขภาพ	อปท. ยังคงมีบทบาทด้านสุขภาพน้อย ส่วนใหญ่เป็นด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ การจัดหาน้ำสะอาด	เกิดผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสาธารณสุขมูลฐาน

ตารางที่ 9.2 วิวัฒนาการ การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย (ต่อ)

ช่วงปี	บริบทของประเทศไทย	รัฐส่วนกลาง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	ภาคประชาชน
2540 -2549	- พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น - พ.ศ. 2542 มีการแก้ไข พ.ร.บ. สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) กำหนดให้สมาชิกสภา อบต. มาจากการเลือกตั้ง - พ.ศ. 2544 จัดตั้ง สสส. เป็นหน่วยงานอิสระภายใต้กำกับ - พ.ศ. 2545 จัดตั้ง สปสช. เป็นองค์กรอิสระภายใต้กำกับ	- ปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบ - พ.ศ. 2547 กำหนดยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง เน้นชุมชนและประชาชนเป็นศูนย์กลาง งบบริการสุขภาพ รวมทั้งงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) บริหารโดย สปสช. - สสส. มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพนอกระบบบริการสุขภาพ	- อปท. รับงบประมาณด้านบริการสาธารณะจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและรายได้ที่ท้องถิ่นจัดเก็บได้ - พ.ศ. 2545-2550 รับถ่ายโอนภารกิจ 7 เรื่อง จาก 43 เรื่องตามแผนการปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 1 - รับโอนสถานีอนามัย 22 แห่ง - พ.ศ. 2549 เกิดกองทุนสุขภาพตำบลรุ่นที่ 1 จำนวน 888 แห่ง	- ท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณให้ชุมชนแห่งละ 10,000 บาท (ข้อมูลปี พ.ศ. 2552) มีผู้แทนชุมชนในคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล - สสส.สนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ภาคประชาชนแสดงบทบาทในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ
2550-ปัจจุบัน	- พ.ศ. 2550 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จัดตั้ง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) - รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น และตรวจสอบโดยชุมชน	- มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากทศวรรษที่ผ่านมา และมีการเพิ่มบทบาทของ สช. ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆและประชาชนในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมีการบรรจุการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหัวข้อหนึ่งในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ	- กองทุนสุขภาพตำบลใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือบริหารงานชุมชน มีแผนสุขภาพตำบลบางแห่งชัดเจน - พ.ศ. 2551 ขยายกองทุนสุขภาพตำบลอีก 1,804 แห่งและเพิ่มเป็น 3,935 แห่ง ในปีพ.ศ. 2552 - มีศูนย์บริการสาธารณสุข 407 แห่ง - รับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 52 แห่ง	- มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากทศวรรษที่ผ่านมา มีกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ - มีการจัดทำแผนสุขภาพโดยภาคประชาชนเป็นจุดประสานเช่นแผนสุขภาพจังหวัดและแผนสุขภาพตำบล จ.สงขลา เป็นต้น

ที่มา: ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2553[5]

สืบเนื่องจากบทบาทหน้าที่ของ อปท. ที่มีต่อการจัดบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย และนโยบายการส่งเสริมการกระจายอำนาจการบริหารของรัฐสู่ อปท. นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดของ อปท. รวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งได้มีการถ่ายโอนภารกิจไปอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของ อปท. ซึ่งในปัจจุบันมีศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัด อปท. จำนวน 407 แห่ง (ข้อมูลปี พ.ศ. 2557) โดยเป็นศูนย์บริการสังกัด กทม. 71 แห่ง เมืองพัทยา 1 แห่ง เทศบาล 309 แห่ง และอบต. 26 แห่ง[10] ในส่วนของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปอยู่ภายใต้การกำกับของ อปท. มีจำนวน 52 แห่ง จากจำนวนของสถานีอนามัยและ รพ.สต. ทั้งหมดในประเทศ รวมกันประมาณ 9,800 แห่ง[11]

การจัดบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขภายใต้ อปท. ในปัจจุบันพบว่าถูกจัดตั้งขึ้นโดยมติของผู้บริหารอปท. การดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุขนี้มีการให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป บริการด้านทันตกรรม โดยเน้นให้บริการทันตสาธารณสุขเคลื่อนที่ในโรงเรียน งานฟื้นฟูสภาพ การติดตามผู้ป่วย การสร้างหลักประกันสุขภาพ การจัดทำข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข รวมถึงการจัดกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเป็นการทำงานในรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และมีการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะเดียวกันศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเทศบาลทำหน้าที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาล โดยการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานอื่นส่วนใหญ่เป็นการขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ และมีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ร่วมกัน โดย อปท. ในเขตเทศบาลนครนั้นมีอัตราบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขครบทั้ง 4 สายงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน รวมถึงทันตาภิบาลโดยงบประมาณหลักในการจัดตั้งศูนย์ฯ มาจาก อปท. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยโครงสร้างการดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุขของ อปท. อยู่ภายใต้โครงสร้างการบริหารของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมตามความเร่งด่วน[12]

ด้านสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อปท. นั้น เป็นประเด็นสำคัญในการจัดการสุขภาพภายในชุมชนท้องถิ่น โดยมีการถ่ายโอนภารกิจและรพ.สต. ไปสู่ท้องถิ่นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 เป็นผลให้มีการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ให้แก่ อปท. เช่นการพัฒนาด้านพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด การสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม คือ แม่และเด็ก วัยเรียน เยาวชน วัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการถ่ายโอนสำเร็จในปี พ.ศ. 2557[13] อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีแผนรองรับการกระจายอำนาจและมีการกำหนดเป้าหมายการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าปัจจุบันยังไม่คืบหน้าเท่าที่ควร[11] โดยผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีทั้งประสบความสำเร็จและล้มเหลว ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่มักเกิดจากการขาดศักยภาพในด้านการจัดการและการเงินของ อปท. [13] โดยพบว่า อปท. ขนาดเล็กไม่สามารถรองรับภารกิจสาธารณสุขได้ เนื่องจากขาดทั้งงบประมาณ และบุคลากร [11] นอกจากนี้หน่วยงานส่วนกลางยังไม่ได้มีการทำงานเชิงรุกเพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุน อปท. ให้สามารถรองรับภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง[14] อย่างไรก็ตาม อปท. ของประเทศไทยก็ได้มีการพัฒนามากขึ้น โดยเฉพาะทักษะทางการบริหารจัดการ การคลังท้องถิ่น ภาวะผู้นำท้องถิ่นและการเรียนรู้ด้านสาธารณสุขกับการจัดบริการสาธารณะ นอกจากนี้ อปท. เริ่มมีการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ด้านสุขภาพ เช่น การจัดทำข้อมูลครัวเรือนรวมถึงข้อมูลด้านสาธารณสุข[13]

ในปัจจุบัน คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ได้มีการพิจารณาทบทวนบทบาท ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อปท. โดยในคราวประชุมครั้งที่ 2/2561 ได้มีมติเห็นชอบในหลักการถ่ายโอน ซึ่งเป็นไปตามหลักการการกระจายอำนาจ และมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการฯ ไปประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงบประมาณ และ อปท. เพื่อดำเนินการต่อไป[15]

9.1.3 ประเด็นท้าทายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ

ถึงแม้ว่า อปท. กับหน่วยงานสาธารณสุขนั้นจะมีการดำเนินงานร่วมกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน และมีกฎหมาย รวมถึงนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน แต่เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของระบบสุขภาพของประเทศไทยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้ยังมีประเด็นท้าทายต่อการบริหารจัดการอยู่บ้าง ทั้งความท้าทายต่อหน่วยงานสาธารณสุขเองและความท้าทายต่อ อปท. ซึ่งนอกจากความท้าทายในด้านการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพแล้ว พบประเด็นท้าทายด้านการบริหารจัดการที่สำคัญดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นพบว่าภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหารมีผลต่อบทบาทที่แตกต่างกันด้านสาธารณสุขของผู้บริหาร โดยพบว่าผู้นำที่มีทัศนคติเชิงบวกต่องานด้านสาธารณสุขและการทำงานร่วมกันในลักษณะภาคีเครือข่ายมีโอกาสประสบผลสำเร็จในการทำงานมากกว่า[16] ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3 ที่พบว่าเงื่อนไขความสำเร็จในการบริหารระบบบริการปฐมภูมิโดย อปท. คือการเห็นความสำคัญและเข้าใจงานด้านสุขภาพของผู้บริหาร ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์ ศักยภาพในการบริหาร ความตระหนักว่าการลงทุนด้านสุขภาพเป็นการลงทุนระยะยาว และความเป็นเจ้าของพื้นที่[14]

ในด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ปัจจุบันยังพบความเหลื่อมล้ำในการจัดการการเงินการคลังของท้องถิ่น และการสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนรายโครงการ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีกระบวนการทำให้เกิดการบริหารงบประมาณที่ยั่งยืน[2,14] และการที่ไม่สามารถนำงบประมาณที่มีอยู่ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับหน่วยงานตรวจสอบงบประมาณยังคงเป็นปัญหาท้าทายหลักในการจัดการงบประมาณของ อปท.[14]

นอกจากนี้ความชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขรวมถึงการเตรียมความพร้อมให้กับ อปท. ในการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ รวมถึงความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในการตั้งหลักเกณฑ์ต่างๆ ในการมีส่วนร่วมของ อปท. ในการจัดบริการสุขภาพ[14] และการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การจัดการด้านสุขภาพของ อปท. สำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนในฐานะที่เป็นเจ้าของอำนาจที่แท้จริง เป็นปัจจัยที่สำคัญในการผลักดันให้เกิดการดำเนินภารกิจในท้องถิ่นรวมถึงการพัฒนาท้องถิ่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้นโดยการแสวงหาแนวทางสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม[2]

9.2 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง

การเข้าสู่สังคมเมือง ถือเป็นสิ่งท้าทายที่สำคัญต่อระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ในอีก 30 ปีข้างหน้าประชากรเกือบทั้งหมดจะอยู่ในสังคมเมือง จากการคาดการณ์พบว่า ปี พ.ศ. 2573 ร้อยละ 60.0 ของประชากรโลกจะอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มสูง ถึงร้อยละ 70.0[17] การพัฒนาเพื่อเข้าสู่สังคมเมืองที่มากยิ่งขึ้นส่งผลด้านดี เช่น การทำธุรกิจค้าขายเป็นไปสะดวกสบายมากขึ้น จากการที่คนอยู่กันอย่างหนาแน่น

การขนส่งสินค้ามีต้นทุนต่ำ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลมากขึ้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาความเป็นเมืองมากขึ้นอาจทำให้เกิดการย้ายถิ่นฐานของประชากรอันส่งผลทำให้ปัญหาต่างๆ ในสังคมเมืองทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นด้วย เช่น ปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมและรายได้ ปัญหาการบริการจากภาครัฐที่ไม่ทั่วถึง หรืออาจจะเป็นปัญหาจากการอพยพเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว เป็นต้น จากผลกระทบดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมการให้มีระบบต่างๆ รองรับเพื่อให้ประเทศได้ประโยชน์สูงสุดจากความเป็นเมืองที่สูงขึ้นและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงการมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อความต้องการของคนในเมือง โดยในระดับนานาชาติให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปเป็นผู้เฝ้าประตูของระบบ (Gate Keeper) เป็นด่านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือในการดูแลที่ดี ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[18]

9.2.1 สถานการณ์ สุขภาพเขตเมืองและปัญหาสุขภาพของคนในเขตเมือง ประเทศไทย

ประเทศไทยมีการพัฒนาประเทศยกระดับเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับบน (Upper-Middle Income Country) ที่มีแนวโน้มพัฒนาสู่ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้น โดยพบว่า กลางปี 2559 มีอัตราส่วนประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 48.4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก จากจำนวนประชากรเขตเมือง ปี พ.ศ. 2554 ซึ่งมีอัตราส่วนเพียงร้อยละ 36.1 และปี พ.ศ. 2556 มีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองร้อยละ 45.9[19] โดยประเทศไทยได้กำหนดนิยามเขตเมืองหมายถึง เขตเทศบาลที่มีจำนวนประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป และพื้นที่มีลักษณะของความเป็นเมือง คือ มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นั้นประกอบอาชีพที่มิใช่เกษตรกรรม โดยเทศบาลเมืองเป็นท้องถิ่นชุมนุมชนที่มีราษฎรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป ส่วนเทศบาลนคร เป็นท้องถิ่นชุมนุมชนที่มีราษฎรตั้งแต่ 50,000 คนขึ้นไป ส่วนกรุงเทพมหานครในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษมีประชากรหนาแน่น 5,986,722 คน (ตามทะเบียนราษฎร์ ปี 2560) แต่มีประชากรอยู่จริงมากกว่า 8,000,000 คน[20]

ความเป็นสังคมเมืองของประเทศไทยนั้นไม่ต่างจากประเทศอื่น โดยเฉพาะปัญหาการย้ายถิ่นจากชนบทเข้ามาในเมือง ส่งผลให้ประชากรในเมืองแออัด เกิดความยุ่งยากต่อการจัดบริการสาธารณะ สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มของโรคคนเมืองสูงขึ้น ปรากฏการณ์เหล่านี้ ล้วนแล้วแต่มากับ “การใช้ชีวิตแบบเมือง” ซึ่งจะพบได้ว่าวิถีชีวิตแบบเมืองมีความแตกต่างหลากหลายซับซ้อนและแตกต่างกับชีวิตชนบทมาก โดยวิถีชีวิตของคนเมืองต้องใช้ชีวิตที่แข่งขันกับเวลา เผชิญกับมลภาวะอยู่ทุกวัน มีค่าใช้จ่ายที่สูง กินอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่งผลให้คนเมืองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น[21] นอกจากนี้ วิวัฒนาการของเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงของบริบทด้านต่างๆ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เมืองที่พบได้อย่างชัดเจน เช่น ความไม่เป็นธรรม ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยหรือผู้ด้อยโอกาส ได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ ปัญหาด้านความรุนแรงทางสังคม ปัญหายาเสพติด การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา อาหาร หรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ปัญหาการบริการจากภาครัฐที่ไม่ทั่วถึง หรืออาจจะเป็นปัญหาจากการอพยพเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว นอกจากนั้นยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพคนเมือง เช่น ขยะมูลฝอย มลพิษในอากาศ เป็นต้น[14] เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพต่างๆของคนเขตเมืองที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบ

สุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถรองรับความต้องการของประชาชนสอดคล้องตามบริบทที่ก่อให้เกิดการดูแลขั้นพื้นฐาน ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการปฐมภูมิที่มีบุคลากรทางวิชาชีพที่มีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ

9.2.2 ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองของประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการจัดบริการในปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินการหลากหลาย ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการบริการสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดในการสนับสนุนให้มีการจัดบริการสุขภาพเขตเมืองในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

ก. คลินิกชุมชน จัดบริการตรวจรักษาแบบคลินิกเพิ่มเติม เพื่อดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยเป็นการดำเนินการของภาครัฐหรือการจ้างเหมาบริการเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงง่าย โดยมีการจัดบริการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ข. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) จัดบริการโดยมีแพทย์ออกตรวจในเวลาราชการ ตลอด 5-7 วันต่อสัปดาห์ และมีพื้นที่รับผิดชอบบริการสาธารณสุข ดูแลทั้งการแพทย์ (รักษาพยาบาล) และการสาธารณสุข (ชุมชน) โดยมีทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลักในการทำงาน

ค. โรงพยาบาลเมือง มีการสร้างหรือขยายอาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในเขตเมือง ในกรณีที่โรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีจำนวนผู้ป่วยในหนาแน่น (อัตราครองเตียงสูง) เพื่อให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีแพทย์เฉพาะทางบางสาขา แต่ไม่จำเป็นต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย มีระบบรับและส่งต่อกับสถานบริการในระดับต่ำกว่าและโรงพยาบาลแม่ข่าย

9.2.3 รูปแบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพของเขตเมือง

กระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการบริหารจัดการตามรูปแบบโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีทั้งที่ดำเนินการเองและร่วมดำเนินการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน โดยจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1) กลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ เช่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลหาดใหญ่

2) หน่วยบริการประจำมีอิสระในการบริหารจัดการ โดยโรงพยาบาลตัดโอนงบประมาณรายหัวหลังหักเงินเดือนให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำเป็นผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบลงทุนค่าเสื่อม เช่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

3) โรงพยาบาลดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการรวมกองทุนผู้ป่วยนอกใช้ร่วมกัน มีการสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ ส่วนกองทุนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ เช่น เทศบาลนครพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (ยุติการดำเนินการร่วมกันตั้งแต่ พ.ศ. 2557)

4) โรงพยาบาลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนดำเนินการเอง โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายซื้อบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชน เช่น เทศบาล คลินิกเอกชน หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น

นอกจากการดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้ว กฎหมายหลายฉบับ ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ในด้านการจัดการระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองหลายรายการ ซึ่งรวมถึง “การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล” และ “การพัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้านพฤติกรรมและสำนึกทางสุขภาพ” เป็นต้น ทั้งนี้พบว่ามีรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอีก 2 รูปแบบ คือ

ก. กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 142 แห่ง (เป็นของรัฐรวมทุกสังกัด ร้อยละ 28) มีคลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) เช่น เวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การพยาบาลและผดุงครรภ์ เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด รวมทั้งสิ้น 4,558 แห่ง ในจำนวนนี้มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 270 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ จำนวน 94 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชน จำนวน 176 แห่ง และในส่วนของกรุงเทพมหานครมีการจัดบริการระดับปฐมภูมิทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 153 แห่ง ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย จำนวน 144 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา 76 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร 9 แห่ง

ข. เมืองพัทยา มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 5 แห่ง (เมืองพัทยา 2 แห่ง และเอกชน 3 แห่ง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพัทยา จำนวน 1 แห่ง คลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) จำนวน 249 แห่ง และร้านขายยา จำนวน 484 แห่ง[20]

9.2.4 ปัญหาท้าทายของการจัดระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

ระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองมีปัญหาหลากหลาย มีประเด็นเร่งด่วนและสำคัญที่ควรดำเนินการโดยทุกภาคส่วน ทุกองค์กร ทุกวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีตัวอย่างในประเด็นต่างๆ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การให้บริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมีความซ้ำซ้อนระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขาดการบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพ ความเชื่อมโยงของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองไม่ครอบคลุม ทำให้ประชาชนเขตเมืองไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม ประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิทำให้ไปรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น การจัดบริการสุขภาพเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลและการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ประชาชนในเขตเมืองมีความเป็นปัจเจกสูง และขาดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง

ประเด็นที่ 2 การเงินการคลังสุขภาพ

ระบบการซื้อบริการสุขภาพของกองทุนภาครัฐยังไม่สามารถจูงใจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อปท. ไม่สามารถนำเงินที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไปใช้ในการจ้างบุคลากรด้านสุขภาพมาให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ เนื่องจากมีความเห็นที่แตกต่างจากหน่วยงานตรวจสอบงบประมาณแผ่นดินว่าไม่สามารถใช้ว่าจ้างบุคลากรได้ รวมถึงการใช้จ่ายเงินงบประมาณสำหรับกองทุนสุขภาพตำบล ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ กองทุนมีหลากหลายซึ่งอยู่บนฐานของการใช้ระเบียบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความลักลั่นและขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติ ความไม่เพียงพอของงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชากรต่างด้าวและประชากรแฝง ที่ย้ายถิ่นมาอาศัยหรือทำงานในพื้นที่เขตเมืองโดยไม่ได้ลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ มาตรการทางการเงินการคลังสุขภาพ ยังไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชากรในเขตเมือง

ประเด็นที่ 3 การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (ภาวะผู้นำและการอภิบาล)

การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัดกันนั้นยังมีอยู่น้อย ทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีกฎหมายรองรับการดำเนินงานที่แตกต่างกัน รวมถึงการไม่มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพร่วมกัน ทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้ในเขตที่มีพื้นที่การปกครองรูปแบบพิเศษยังขาดองค์กร

นำที่เป็นแกนกลางในการประสานงานให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง การวางแผนและการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง ยังมีน้อย ทำให้เกิดการลงทุนซ้ำซ้อนและไม่คุ้มค่าเท่าที่ควร

9.2.5 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองของประเทศไทยในปัจจุบัน

จากสภาพปัญหาท้าทายดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยลำพังดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระดับนโยบายที่สำคัญ โดยมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558[22] เรื่องสุขภาพคนเมืองเป็นมติหลักเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพเขตเมืองที่เหมาะสมและสนับสนุนให้เกิดการบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งและสอดคล้องกับทิศทางการมุ่งสู่เมืองสุขภาวะและเป็นแนวทางสำหรับประเทศเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ครอบคลุม เป็นธรรมและสามารถปกป้องการล้มละลายทางการเงินจากการเจ็บป่วย โดยปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง[23] โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ตามมติดังกล่าวได้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในระดับชาติ และระดับเขตสุขภาพ 12 เขต เขตกรุงเทพมหานคร และระดับจังหวัด ที่มีองค์ประกอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 เน้นเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการสร้างและพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองของประชาชน และครอบคลุมถึงการสนับสนุนให้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและสถาบันการศึกษาร่วมดำเนินงานการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการศึกษากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างมีประสิทธิภาพและให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนทั้งผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ และผู้รับบริการ

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนสุขภาวะเขตเมือง ได้แก่ นโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพภายใต้คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อปฏิรูปสาธารณสุขไทยให้ประชาชนได้รับการรักษาและส่งเสริมด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด ด้วยทีมหมอครอบครัวซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ และจะทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้บริการประชาชนทุกคน ทุกอย่างทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยแต่ละคลินิกหมอครอบครัวจะมีทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีม ดูแลประชาชน 10,000 คนในพื้นที่ที่รับผิดชอบชัดเจน ในหนึ่งทีมจะประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่องและให้คำปรึกษา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายว่าภายในปี พ.ศ. 2561 จะมีทีมหมอครอบครัวให้บริการประชาชน 996 ทีม โดยเพิ่มเป็น 3,250 ทีม และ 6,500 ทีม ภายในพ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2570 ตามลำดับ โดยจะมุ่งพัฒนาทีมหมอครอบครัวที่สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพครอบคลุมในเขตเมืองของแต่ละพื้นที่เป็นลำดับแรก[24]

คณะอนุกรรมการปรับปรุงยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง(20) ได้เสนอให้ความสำคัญกับการเข้าถึงและครอบคลุมของการให้บริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัวที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยมีการเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนอย่างไร้รอยต่อ โดยมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพรองรับ และพัฒนากำลังคนสุขภาพเขตเมืองที่มีการทำงานเป็นทีมและมีจิตให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ รวมถึงพัฒนาการจัดการการเงินการคลังสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม และการพัฒนาด้านงานวิจัยเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีคุณภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการอภิบาลระบบบริการสุขภาพเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งครอบคลุมถึงการพัฒนาความร่วมมือและสร้างความชัดเจนของบทบาทระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาครัฐ และภาคเอกชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ และร่วมอภิบาลระบบบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างมีประสิทธิภาพ

9.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชนซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมาก[25] ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้การจัดบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึงและเท่าเทียม[25, 26] ดังนั้นในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่มุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิหรือ primary care โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน (integrated and continuity of care) รวมทั้งการทำงานเชิงรุก สามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นจะต้องมีการปฏิรูประบบการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”[14]

9.3.1 การพัฒนาการจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาดำเนินงานโดยผ่านกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอภายใต้นโยบายการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS) ซึ่งนับเป็นกลไกสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี โดยมีจุดเด่นในการเชื่อมโยงองคาพยพที่สำคัญในระดับพื้นที่/อำเภอ ระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ และประชาชนในพื้นที่ให้สามารถแสดง “ภาวะการนำร่วม” เพื่อร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ปลูกฝังวัฒนธรรมของการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ไม่ทอดทิ้งกัน ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น รวมถึงเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ปลอดภัย สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ได้อย่างทันท่วงที สามารถปกป้องประชากรไม่ให้ล้มละลายทางการเงินจากการเจ็บป่วย รวมถึงการมีประสิทธิภาพ

ที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง พร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เพิ่มความเป็นธรรมทางสังคม สามารถยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน[27-29]

ระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน ซึ่งการพัฒนาระบบสุขภาพที่ระดับอำเภอนับเป็นจุดที่เหมาะสม เนื่องจากสามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาในระดับพื้นที่ในการตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในด้านต่างๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งสามารถบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมได้อย่างเป็นระบบ โดยไม่ได้เป็นการตอบสนองต่อการจัดการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และสามารถบูรณาการการตอบสนองความจำเป็นในด้านอื่นๆ ของประชาชนในพื้นที่เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[30]

การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพชุมชน โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมุ่งสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน (unity district health team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือเพื่อยกระดับการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (community participation) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เกิดความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย (appreciation and quality) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) และการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (essential care) ทั้งนี้ตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพรวมถึงสอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรม[29]

การพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอนับว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประชาชนระดับนานาชาติ โดยเป็นการมุ่งเน้นการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้หลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care: PHC) โดยกระจายอำนาจจากส่วนกลางมาสู่การมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของภาคส่วนและชุมชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกได้สนับสนุนให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ดังปรากฏในปฏิญญาฮาราเร่ ค.ศ. 1987 [31, 32] โดยกลยุทธ์ดังกล่าวได้รับการยืนยันจากนานาประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนาว่าเป็นกลยุทธ์ที่ยังมีความสำคัญและทันสมัยสามารถตอบสนองต่อการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนของประเทศต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[31] ซึ่งประเทศไทยได้รับการยกย่องจากนานาประเทศว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นตัวแบบของประเทศต่างๆในการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ (Health-related Millennium Development Goals) ก่อน พ.ศ. 2558 ที่กำหนดเป็นปีเป้าหมาย โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังเป็นเป้าหมายที่สำคัญอันหนึ่งของการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่ทุกประเทศทั่วโลกภายใต้การนำของสหประชาชาติได้มีพันธะสัญญาที่จะบรรลุร่วมกันภายในพ.ศ. 2573 อีกด้วย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ[26] ชี้ให้เห็นว่าหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จ คือ การมีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) ที่เข้มแข็ง มีเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ตำบล นอกจากนี้การพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinants of health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (health in all policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน[33]

โดยคณะรัฐมนตรีเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2558 มีมติเห็นชอบตามกรอบการดำเนินการวาระปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตามที่สภาปฏิรูปแห่งชาติ โดยคณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้เสนอแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ที่มีการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ ซึ่งเป็นจุดคานงัด (main lever) ของระบบ คือ การเปลี่ยนฐานระบบบริการจาก “โรงพยาบาล” เป็น “พื้นที่” โดยไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล และปรับศูนย์กลางของการให้บริการในระบบบริการจาก “โรค” เป็น “ประชาชน” และเน้นระบบการพัฒนา “เครือข่ายทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ” (matrix team) กับกลไกการขับเคลื่อนหลัก (key driver) เป็นการเชื่อมโยงจากภาครัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น โดยนำระบบสนับสนุนต่างๆ มาเป็นเครื่องมือ เช่น ระบบข้อมูล ระบบคลังความรู้ ระบบกลไกสิทธิประโยชน์จำเพาะพื้นที่ ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อเกิดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมดุล (ไม่เพียงแค่คล้อยตาม) กับการขับเคลื่อนตามแนวนโยบายหรือกิจกรรมที่ต่อเนื่องทั้งจากส่วนกลาง เขต หรือจังหวัดและจัดการปัจจัยต่างๆ จากภายนอกบนพื้นฐานของการตอบสนองตามความจำเป็นด้านสุขภาพ ตามความจำเพาะของแต่ละพื้นที่ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็ว มีทีมวิชาชีพให้บริการอย่างไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพ จนถึงมีระบบการดูแลที่บ้าน ที่ชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เหมาะสมตามความจำเป็นทางสุขภาพของแต่ละบริบท[34]

9.3.2 คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

ในการทำงานบนพื้นฐานของการมีการเชื่อมโยงกันเป็นทีมและภาคีเครือข่ายภายในระบบสุขภาพระดับอำเภอดังกล่าวข้างต้นนั้นมีพัฒนาการที่มีการเติบโตอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผ่านการขับเคลื่อนอย่างเป็นทางการจากการรวมตัวกันเองของ 21 พื้นที่ในปีพ.ศ. 2552 และต่อมาขยายเป็น 43 พื้นที่ ในปีพ.ศ. 2554 โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมีการดำเนินงานภายใต้บันทึกความร่วมมือในการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ใน 73 พื้นที่ ในปีพ.ศ. 2556 โดย DHB เป็นผลผลิตที่สำคัญของการขับเคลื่อน โดยทำหน้าที่ในการกระตุ้น สนับสนุน และเติมเต็มให้กับการพัฒนาการจัดการระบบสุขภาพอำเภอแบบมีส่วนร่วมที่ใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งมีตัวอย่างความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่[35] และต่อมามีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB)” เมื่อ 30 มีนาคม 2559 โดยในปีพ.ศ. 2559 เริ่มดำเนินการใน 73 พื้นที่ และขยายเป็น 200 พื้นที่ ในปี พ.ศ. 2560[36] ซึ่งต่อมาคณะรัฐมนตรีได้รับหลักการในเรื่องดังกล่าวและออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่

ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมส่งผลให้เกิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี[29]

ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีดังกล่าวข้างต้น ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติชื่อว่าคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ โดยมีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานคณะกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานฯ โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนา ให้การสนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน และติดตามและประเมินผลการดำนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดต่างๆ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้มีเจตนารมณ์ให้เกิดการส่งเสริมซึ่งกันและกันระหว่างความสัมพันธ์ตามอำนาจหน้าที่ในลักษณะการสั่งการจากบนลงล่างตามระบบราชการ (Top-down process) และการแสดงความต้องการที่เป็นความจำเพาะของพื้นที่ในลักษณะจากล่างขึ้นบน (Bottom-up process)[36] ในทุกจังหวัดเว้นกรุงเทพมหานคร ในแต่ละอำเภอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกิน 21 คน โดยมีนายอำเภอ เป็นประธาน โดยมีกรรมการจากภาครัฐไม่เกิน 6 คน ภาคเอกชนไม่เกิน 6 คน และภาคประชาชน ไม่เกิน 7 คน โดยมีสาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยนายอำเภอสามารถแต่งตั้งกรรมการจากภาครัฐ เอกชน และประชาชน เป็นเลขานุการร่วมได้ไม่เกิน 2 คน ซึ่งพชอ.อาจแต่งตั้งที่ปรึกษาพิเศษเพิ่มเติมได้ตามมติของพชอ.

ในกรุงเทพมหานคร ในแต่ละเขตให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชข. โดยมีปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในแต่ละเขต เป็นที่ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกิน 23 คน โดยมีผู้อำนวยการเขต เป็นประธาน มีกรรมการจากภาครัฐไม่เกิน 7 คน ภาคเอกชน ไม่เกิน 6 คน ภาคประชาชนไม่เกิน 7 คน โดยมีหัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการร่วม ทั้งนี้พชข.อาจแต่งตั้งที่ปรึกษาพิเศษเพิ่มเติมได้ตามมติของ พชข. โดยคณะกรรมการ พชอ. และ พชข. มีวาระการดำรงตำแหน่ง 2 ปี และอาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้

9.4 อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

คณะกรรมการ พชอ. และ พชข. มีอำนาจหน้าที่สำคัญพอสังเขป ดังนี้ 1) กำหนดทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานและแผนงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และติดตามกำกับและประเมินผลในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย 2) ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนเพื่อให้สามารถดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้บรรลุตามเป้าหมาย 3) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานระหว่างกันของทุกภาคส่วนโดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ 4) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของภาคส่วนต่างๆ และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เพื่อให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ 5) ประสานหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ในการส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ 6) ปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย[29]

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอถูกกำหนดให้เป็นสำนักงานเลขานุการ พชอ. รับผิดชอบในงานเลขานุการและธุรการของ พชอ. ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง

กับการดำเนินงานของ พชอ. ทำหน้าที่ดำเนินการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ อำนวยความสะดวกด้านข้อมูลและประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลการดำเนินงานของพชอ. ให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย และทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒ นาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ รวมถึงรับผิดชอบในการเบิกค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุมและค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของสำนักงานเลขานุการของพชข. ได้กำหนดให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต รับผิดชอบในงานเลขานุการและธุรการของพชข. โดยกรุงเทพมหานครจัดสรรงบประมาณสนับสนุนค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง[29]

ในการดำเนินงานของพชอ.และพชข. ให้ประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพทางการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อให้เกิด “ภาวะการนำร่วม” บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยควรมีสมรรถนะทางการบริหารจัดการอย่างมืออาชีพ ซึ่งประกอบด้วย การมีวิสัยทัศน์ร่วม การวางแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วม การนำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีมและความสามารถในการใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการอย่างมืออาชีพ เช่น กลไกการเงิน การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ การสร้างทีม การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเชื่อมโยงเครือข่าย เป็นต้น นอกจากนี้ ควรมีสมรรถนะที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อคุณลักษณะการมีชีวิตของระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ การควบคุมตนเอง การสร้างคุณค่าหรือค่านิยมร่วม การสร้างความสัมพันธ์ การสื่อสาร และความเข้าใจในการสร้างความสมดุลระหว่างอำนาจหน้าที่ (authority) และพลังอำนาจ (power)[36]

ในการพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารจัดการดังกล่าวควรเป็นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านกระบวนการทำงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่เป็นการดำเนินการร่วมกันของ พชอ. หรือ พชข. บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ โดยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากภาคส่วนและองค์ประกอบต่างๆ ภายในพื้นที่ในการเลือกประเด็นที่ยอมรับร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ พร้อมกับมีกิจกรรมการดำเนินการและขับเคลื่อนเพื่อดำเนินการตามแผนดังกล่าวร่วมกัน ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการประชุมที่ต้องดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ มีการเตรียมการประชุมและการสร้างบรรยากาศในการประชุมที่ก่อให้เกิดภาวะการนำร่วมและการมีกระบวนการขับเคลื่อนงานที่มีประสิทธิผล ได้แก่ การมีแผนยุทธศาสตร์ที่มีการบูรณาการความรับผิดชอบและหน้าที่ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การมีทีมแกนนำหรือคณะอนุกรรมการที่รับผิดชอบขับเคลื่อน รวมถึงการมีกิจกรรมในการพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการฯ และอนุกรรมการฯ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาดูงานระหว่างพื้นที่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัดหรือเขต เป็นต้น[14, 29]

การขับเคลื่อนการพัฒนาการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ของประเทศไทยดังแสดงข้างต้นนับเป็นตัวอย่างเชิงรูปธรรมที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการกระจายอำนาจเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีการบูรณาการทำงานร่วมกัน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน และนับเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดระบบสุขภาพที่เข้มแข็งนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (SDGs) ต่อไป[14]

9.5 กองทุนสุขภาพตำบล: เครื่องมือสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

9.5.1 ความเป็นมาของกองทุนสุขภาพตำบล

เมื่อ พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีเจตนารมณ์สำคัญเพื่อสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไปที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ให้สามารถเข้าถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตโดยมีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน[37] ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2549 ได้มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งใหญ่อาศัยเจตนารมณ์ของกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในมาตรา 47 จัดตั้ง "กองทุนสุขภาพตำบล" หรือที่เรียกกันอย่างเป็นทางการว่า "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่นในรูปแบบของคณะกรรมการร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน[38] ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนี้เป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทยที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมี อปท. เป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน[39] ซึ่งในระยะเริ่มต้นมีการจัดตั้งกองทุนนำร่องทุกอำเภอๆ ละ 1 แห่ง รวม 888 แห่ง

ในการจัดการกองทุนนี้กำหนดให้มี "คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละท้องถิ่นหรือพื้นที่" เป็นกลไกที่ทำหน้าที่บริหารกองทุน กลไกนี้ประกอบด้วยผู้บริหารสูงสุดของ อปท. เป็นประธานกรรมการ กรรมการประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน 2 คน สมาชิกสภา อปท. ที่สภามอบหมาย จำนวน 2 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกิน 5 คน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่ จำนวน 1 คน (ถ้ามี) ปลัด อปท. หรือเจ้าหน้าที่ที่ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. มอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการและมีผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุขที่เรียกชื่ออื่นของ อปท. หรือเจ้าหน้าที่ที่ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. มอบหมาย เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ นอกจากนั้นยังกำหนดให้สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุน[40] โดยคณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจหน้าที่ 8 ประการ คือ

(1) พิจารณาอนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน กรณีกรรมการผู้ใดในคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้เสนอและดำเนินการแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้กรรมการผู้นั้นมีสิทธิชี้แจงต่อที่ประชุม แต่ไม่มีสิทธิออกเสียงอนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมนั้น

(2) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนและระเบียบว่าด้วยค่าตอบแทนของอนุกรรมการหรือคณะทำงานหรือผู้ดำเนินงาน ทั้งนี้ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ และไม่เกินกว่าอัตราหรือหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(3) ควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(4) กำกับดูแลให้หน่วยงาน หรือกลุ่มหรือองค์กรผู้ที่ได้รับอนุมัติตามข้อ 7 ให้เป็นไปตามแผนงานโครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติและตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด

(5) สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(6) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

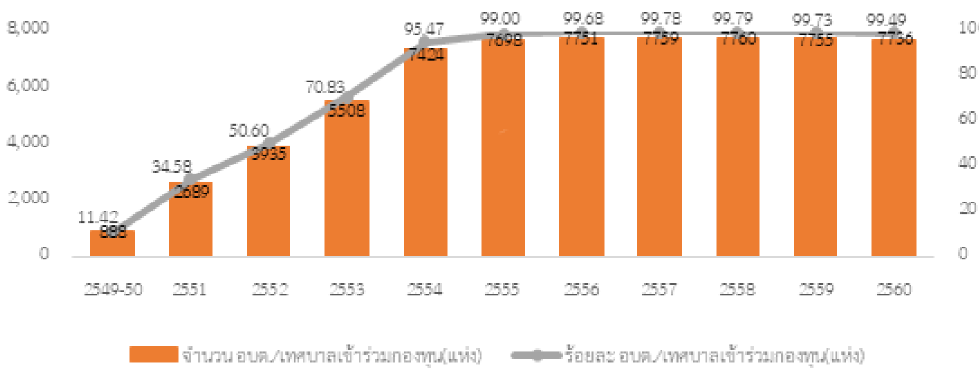
(7) พิจารณาให้ความเห็นชอบการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ให้สำนักงานสาขาจังหวัด สำนักงานเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

(8) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น และให้อนุกรรมการหรือคณะทำงานที่ได้รับแต่งตั้งได้รับค่าตอบแทนการประชุมหรือค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นในการดำเนินงานตามระเบียบคณะกรรมการกองทุน[40]

9.4.2 ผลการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลระหว่างพ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2560

จากจุดเริ่มต้นเมื่อปี 2549 ที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลตำบล เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร เข้าร่วมเพียง 888 แห่ง โดยในช่วงเริ่มต้น 5 ปีแรกของการดำเนินงาน มีอัตราเพิ่มค่อนข้างสูง จนปี 2554 มี อปท. เข้าร่วมมากกว่าร้อยละ 95.0 และรักษาระดับสัดส่วนมาจนถึงปีงบประมาณ 2560 มี อปท. เข้าร่วมกองทุนสุขภาพตำบลจำนวน 7,736 แห่ง (ร้อยละ 99.5) จากองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั้งหมดของประเทศ 7,776 แห่ง (ตามภาพที่ 9.1) เมื่อวิเคราะห์งบประมาณเพื่อดำเนินงานในปี 2560 ที่มียอดรวม 3,779 ล้านบาท (รวมดอกเบี้ย) จากงบประมาณ 3 แหล่ง คือ งบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2,515 ล้านบาท (ร้อยละ 66.5) เงินสมทบจาก อปท. 1,233 ล้านบาท (ร้อยละ 32.6) และเงินสมทบจากชุมชนและอื่นๆ 32 ล้านบาท (ร้อยละ 0.8) เพื่อใช้สนับสนุนให้ท้องถิ่น ชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยมีการเบิกจ่ายงบจากกองทุนเป็นจำนวน 3,412.65 ล้านบาท (ร้อยละ 90.3) (ตามภาพที่ 9.2) สำหรับงบประมาณเมื่อจำแนกตามกลุ่มเป้าหมายพบว่า ร้อยละ 34.5 ใช้เพื่อดำเนินงานในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง รองลงมาคือกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน ร้อยละ 14.5 กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 11.4 และกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ[41] (ตามภาพที่ 9.3)

ภาพที่ 9.1 แสดงจำนวนกองทุนสุขภาพตำบล จำแนกตามปีงบประมาณ

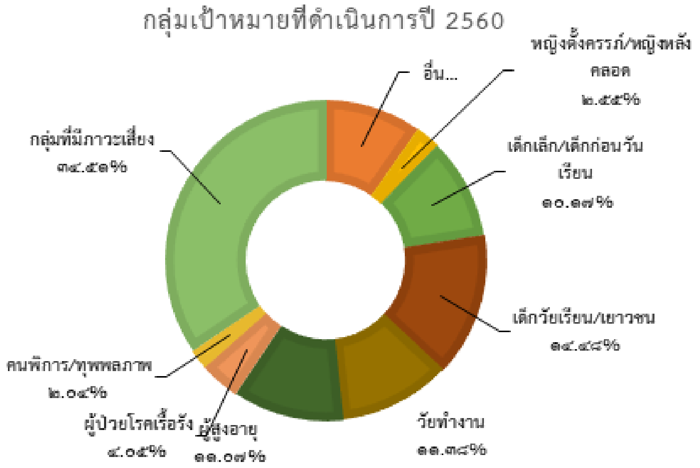


ภาพที่ 9.2 แสดงจำนวน อปท. ที่มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลและที่มาของงบประมาณ

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (อปท.)

ปี	เข้าร่วม(แห่ง)	อปท.สมทบ (ล้านบาท)	% อปท. สมทบ	เงินรวม(ล้านบาท)
๒๕๕๓	๕,๕๐๘	๖๑๕	๒๗.๙๕	๒,๒๐๐
๒๕๕๔	๗,๔๒๔	๘๑๔	๒๗.๕๒	๓,๐๕๖
๒๕๕๕	๗,๖๙๘	๙๔๙	๒๘.๖๘	๓,๓๐๙
๒๕๕๖	๗,๗๕๑	๑,๐๓๗	๓๐.๒๒	๓,๔๓๒
๒๕๕๗	๗,๗๕๙	๑,๐๗๙	๒๘.๗๖	๓,๗๕๒
๒๕๕๘	๗,๗๖๐	๑,๒๙๔	๓๓.๑๙	๕,๘๙๙
๒๕๕๙	๗,๗๕๕	๑,๒๑๔	๓๑.๗๕	๓,๘๒๔
๒๕๖๐	๗,๗๓๖	๑,๒๓๓	๓๒.๖๒	๓,๗๗๙

ภาพที่ 9.3 แสดงการใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์



9.5.3 นวัตกรรมหรือผลงานเด่น

1) ในช่วงระยะเวลาประมาณ 11 ปีที่ผ่านมา กองทุนสุขภาพตำบล ได้สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการจัดบริการปฐมภูมิเชิงรุก โดยเกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพชุมชนดีเด่นระดับจังหวัด ทั้ง 75 จังหวัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเรื่องของการรักษาดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค ไม่ใช่เป็นเรื่องเฉพาะในแวดวงการแพทย์สาธารณสุขเท่านั้น แต่ครอบคลุมหมายรวมไปถึงมิติทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและภูมิปัญญาที่ชุมชนนั้นๆ สั่งสมมาหลายชั่วอายุคน[(42)] ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมในสังคมไทยที่ช่วยสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีการทำงานแบบบูรณาการกับองค์กรและสถาบันต่างๆ ใหม่ๆ ในระดับพื้นที่ซึ่งรับเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานเกิดความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน การระดมทรัพยากร ความรู้และความคิดสร้างสรรค์จากหลายภาคส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประชาคมและผู้นำตามธรรมชาติในหมู่บ้าน เกิดบริการสาธารณะใหม่ๆ จำนวนมาก[(43)]

2) การใช้ฐานการทำงานของกองทุนสุขภาพตำบลต่อยอดเพื่อรองรับระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care: LTC) โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 โดยมีกลไกดำเนินงานคือ อนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยในปัจจุบันมี อปท. เข้าร่วมโครงการแล้วจำนวน 5,290 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.02 ของจำนวนองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั้งหมดของประเทศ โดยมีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวม 200,371 คน[(44)]

3) การขยายการจัดตั้งกองทุนสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร (กทม.) โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีออกประกาศ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561[(45)] จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครขึ้นในปี 2561 โดยกองทุนนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ประจำปี 2561 จำนวน 360 ล้านบาท เฉลี่ยคิดเป็น 45 บาทต่อหัวของประชากร และ กทม.สมทบเพิ่มร้อยละ 60 ของที่ สปสช. จัดสรรงบจำนวน 216 ล้านบาท เฉลี่ยสมทบประมาณ 27 บาทต่อหัว รวมเป็นงบทั้งสิ้น 576 ล้านบาท เฉลี่ย 72 บาทต่อหัวประชากรที่มีสิทธิในพื้นที่กรุงเทพฯ จำนวน 8 ล้านคน[(46)]

4) การเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ เพื่อยกระดับการทำงานของกองทุนสุขภาพตำบล เช่น การประสานความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเพื่อเป็นกรอบงานในการขับเคลื่อนงานกองทุนสุขภาพตำบล ดังเช่น การดำเนินงานในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 6 ที่ สปสช. เขต 6 ร่วมกับ สช. จัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล รวม 85 แห่ง[(47)] และการดำเนินงานในเขตตรวจราชาการสาธารณสุขที่ 8 สปสช. เขต 8 ร่วมกับ สช. จัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล รวม 73 แห่ง ซึ่งการดำเนินงานที่เขต 8 นี้ ได้มีการพัฒนารูปแบบจนได้รับรางวัลผลงานการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยดีเด่น (R2R) ประจำปี 2561 ประเภทการสนับสนุนบริหารและสนับสนุนบริการ[(48)] จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบและเครื่องมือประเมินผลแบบเสริมพลังการบริหารจัดการขับเคลื่อน แผนงานธรรมนูญสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนางานที่ต่อเนื่อง

9.5.4 ปัญหาและอุปสรรค

ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ผ่านมา ได้พบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น

1) คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความชัดเจนในเป้าประสงค์ที่แท้จริงของกองทุนตำบลและมโนทัศน์เกี่ยวกับทิศทางและพัฒนาการในอนาคต และพบว่าคณะกรรมการมีความรู้ไม่เพียงพอและรู้จักบทบาทหน้าที่ของตัวเองน้อย[(49)]

2) การจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่พบว่ายังมิได้มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ แม้จะมีการใช้กระบวนการประชาคมในการให้ชุมชนเสนอ

ปัญหาและความต้องการก็ตาม พบว่าความครอบคลุมการมีระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนดีขึ้นแต่ยังจำกัดอยู่ที่ข้อมูลด้านสาธารณสุขเท่านั้น นอกจากนั้นพบว่าท้องถิ่นและชุมชนยังขาดทักษะในการประยุกต์ใช้แผนงานดังกล่าวในการแก้ปัญหาในชุมชนได้อย่างเต็มที่ รวมถึงการถูกอิทธิพลของนโยบายของจังหวัดและส่วนกลางเหนี่ยวนำเหนือวิธีการคิดของท้องถิ่นและชุมชน[49]

3) ปัญหาการรับรู้และเข้าใจของประชาชนในพื้นที่ ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัญหาด้านการรายงาน ติดตามและประเมินผล[50] แม้ว่าการบริหารจัดการกองทุนมีการเน้นให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เพื่อทำการติดตามประเมินผลโครงการและมีการติดตามอย่างไม่เป็นทางการโดยอาศัยฟังเสียงตอบรับจากประชาชนเป็นหลัก โดยมีการจัดกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนในชุมชนรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกองทุนสุขภาพตำบลกับพื้นที่อื่นยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

4) กิจกรรมของกองทุนสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีฐานจากงานตามนโยบายสาธารณสุขเป็นหลักพบว่ายังไม่ค่อยมีการบูรณาการงบประมาณกับกองทุนอื่นหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกอื่นๆ[49]

นอกจากปัญหาข้างต้นแล้ว ยังพบปัญหาที่เกิดจากระเบียบหลักเกณฑ์ที่เข้มงวดเกินไป ไม่ชัดเจน และการมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งผู้รับผิดชอบงานขาดความรู้ความสามารถ[51]

9.5.5 ทิศทางการพัฒนา

กองทุนสุขภาพตำบลควรมีการยกระดับเพื่อรองรับทิศทางการพัฒนาประเทศในอนาคต โดยเฉพาะรองรับทิศทางการปฏิรูปประเทศที่กำหนดให้การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งกองทุนสุขภาพตำบลนี้สามารถใช้เป็นฐานในการรองรับการขับเคลื่อนชุมชนเข้มแข็งได้ นอกจากนั้นในปัจจุบันมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอซึ่งกองทุนสุขภาพตำบลสามารถใช้เป็นแหล่งงบประมาณรองรับประเด็นด้านสุขภาพที่คณะกรรมการระดับอำเภอกำหนดได้ ซึ่งจำเป็นต้องปรับแก้กฎระเบียบให้สอดคล้องกับทิศทางดังกล่าวด้วย อย่างไรก็ตามสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนคือการประเมินผลกระทบหรือผลสัมฤทธิ์จากการมีกองทุนสุขภาพตำบลมากว่า 10 ปี รวมทั้งการประเมินการมีส่วนร่วมของกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับปฏิบัติการจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมทำงานที่เข้าใจระบบงานและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดเพื่อหนุนเสริมการทำงานของแต่ละกองทุนเพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงานยิ่งขึ้น

9.6 สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

9.6.1 สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกมีมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” โดยที่ประชุมได้ขอความร่วมมือให้รัฐบาลของแต่ละประเทศเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดหากลวิธีที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (Health for All by the Year 2000) ภายหลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้มีการจัดประชุม ณ เมืองอัลมา อะตา สหพันธรัฐรัสเซีย เพื่อแสวงหาวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นผลให้เกิดคำประกาศอัลมา อะตา (Alma-Ata Declaration) ที่ได้ระบุว่าการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกุญแจสู่การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 โดยเหตุการณ์ดังกล่าวนับเป็นก้าวที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนางานสาธารณสุขในศตวรรษที่ 20[52]

9.6.2 การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน

สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) มาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขก่อนคำประกาศ อัลมา อาตา ในปี พ.ศ. 2521 โดยในการพัฒนาด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขได้เริ่มต้นจากการนำแนวคิดดังกล่าวมาดำเนินการ โดยมี นพ.อมร นนทสุต และ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นผู้นำทางความคิดว่าประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอนามัย พร้อมทั้งได้คัดเลือกประชาชนมาเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครผู้ดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ซึ่งในปัจจุบันได้ถูกรวมเป็น อสม. เพียงประเภทเดียว[53] โดยนวัตกรรมทางสาธารณสุขดังกล่าวนั้นได้ถูกยกย่องจากองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกว่าเป็นการจัดการระบบความรู้ในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสาธารณสุขและสามารถดูและสุขภาพของประชาชนระดับชุมชนได้เป็นอย่างดีด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก[54]

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดดังกล่าวมีการดำเนินต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันและเป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่าแก่ระบบสาธารณสุขไทย อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชาวบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขโดยทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ วางแผนและประสานงานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข รวมถึงให้บริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านการฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค[55] ปัจจุบัน (พ.ศ. 2561) มีจำนวน อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วประเทศทั้งสิ้น 1,061,509 คน[56] โดย อสม. 1 คน ทำหน้าที่รับผิดชอบครัวเรือนโดยเฉลี่ย 10 ถึง 15 หลังคาเรือน[55] โดย อสม. มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ต่อสังคม เช่น การดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวคิดการทำงานของ อสม. ได้มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลานานนับ 4 ทศวรรษ และได้มีการพัฒนาให้เหมาะสมตามยุคสมัย มีการกำหนดสิทธิประโยชน์เพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ที่จะมาเป็น อสม. ได้แก่ การลดค่าโดยสารรถไฟ การเทียบตำแหน่ง อสม. ให้เท่ากับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนระดับ 3 การยกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน การเบิกค่าใช้จ่ายในการออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน[55] นอกจากนี้สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่งผลให้ อสม. ต้องปฏิบัติงานภายใต้บริบทใหม่ที่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจาก อปท. ในขณะเดียวกัน อสม. ยังคงมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับภาคส่วนสาธารณสุขในพื้นที่ ส่งผลให้เป็นเป้าหมายทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่น รวมถึงระดับประเทศในการเป็นฐานคะแนนเสียง จึงเป็นที่มาของการเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ อสม. เช่น ค่าตอบแทนครูประจำกลุ่ม การได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับ อสม. และบุคคลในครอบครัว การจ่ายค่าตอบแทน อสม. 600 บาท ต่อเดือน รวมถึงการจัดสรรโควตาเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข[57] โดยนอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ที่ อสม. จะได้รับแล้วยังมีขวัญกำลังใจแก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานเพื่อส่วนรวมดีเด่นให้มีโอกาสได้รับรางวัลหรือเข็มเชิดชูเกียรติ รวมถึงเครื่องราชอิสริยาภรณ์อีกด้วย[55]

จากสถานการณ์ของปัจจัยกำหนดสุขภาพและสังคมของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ซับซ้อนขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงาน อสม. มีความท้าทายมากขึ้น[57] ในปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มี

การทบทวนและกำหนดบทบาทของ อสม. ยุคใหม่ขึ้นเพื่อรองรับความท้าทายดังกล่าว โดยมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงานของ อสม. ยุคใหม่ ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยมุ่งให้ อสม. มีการทำงานเชิงรุกเพื่อเสริมสร้างสุขภาพประชาชนในชุมชนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง

2) การสร้างระบบความร่วมมือ โดย อสม. จะต้องมีการทำงานเป็นทีมในลักษณะภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีชุมชน หรือมีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกัน

3) การพัฒนาบทบาทประชาชน โดยองค์กร อสม. จะเป็นแกนหลักในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลซึ่งขับเคลื่อนร่วมกันกับ รพ.สต. โดยมีประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงานและร่วมประเมินผล เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และ

4) การสร้างมาตรการทางสังคม โดยชุมชนควรมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนตนเอง(55)

ในปัจจุบัน พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีนโยบายการขับเคลื่อนประเทศเพื่อมุ่งสู่ประเทศไทย 4.0 ซึ่งมุ่งเน้นการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัล ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ทั่วประเทศ ให้เป็น อสม. 4.0 โดยมีคุณลักษณะ คือ สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีจิตอาสาและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ มุ่งเน้นให้มีความรอบรู้และทักษะด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม นอกจากนี้เพื่อให้การพัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ จึงมีการพัฒนา Application “สมาร์ท อสม.” ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือให้กับ อสม. ในการดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชนได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่ชุมชนพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป[58]

9.6.3 การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในระดับครอบครัว

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนมีความรอบรู้ การเข้าถึงข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพได้ดีด้วยการพัฒนาระบบเครือข่ายต่อยอดขยายจากชุมชนที่มี อสม. เข้าไปถึงทุกครัวเรือน โดยเล็งเห็นว่า สถาบันครอบครัวเป็นแกนกลางของสังคมที่เป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต หากมีการสร้างเครือข่ายความรู้ด้านสุขภาพต่อยอดจากชุมชนเข้าสู่ครัวเรือน จะทำให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์และจัดการปัจจัยเสี่ยง ภัยสุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวของตนเองได้ ดังนั้นจึงได้มีความพยายามส่งเสริมให้คนในครอบครัวมาเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ด้วยการนำบุตร หลาน หรือญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัว รวมถึงเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่คนในครอบครัวไว้วางใจให้มาเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว โดยมีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นเจ้าภาพหลัก และมีกรมอนามัย กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรคร่วมดำเนินงาน เพื่อให้แต่ละครอบครัวมีคนช่วยดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วถึง และกลับมาพึ่งตนเองได้[54]

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว และได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นแกนนำในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างให้กับครอบครัว และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวของตนเองได้ โดยผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฯ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยครอบครัวหนึ่ง จำเป็นต้องมี อสค. อย่างน้อย 1 คน เริ่มจากกลุ่มเป้าหมาย เช่น ญาติหรือผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป้าหมายการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2560 คือ มีจำนวน อสค. 500,000 คน โดยมุ่งเน้นที่กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 จำนวน 100,000 คน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จำนวน 150,000 คน และกลุ่มโรค NCDs จำนวน 250,000 คน ส่วนกลุ่มเป้าหมายอื่นโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งในทุกจังหวัดและทุกกลุ่มเขตบริการสุขภาพ สามารถเพิ่มเป้าหมายการดำเนินงานได้ตามสภาพปัญหา บริบท ข้อมูลจริงและความพร้อมของพื้นที่[54]

แนวทางการดำเนินงานนโยบาย อสค. มีการดำเนินงานโดยทำการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. โดย อสม. หลังจากนั้นมีการอบรม ฝึกปฏิบัติรวมถึงจัดการศึกษาต่อเนื่องและการปฐมนิเทศ สร้างเครือข่าย อสค. โดยให้มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ 1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวของตนเอง 2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวของตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และ 3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพของครัวเรือนและเป็นเครือข่ายใยแมงมุมกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน[54]

ในระยะเวลาที่ผ่านมา เนื่องจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงบริบทของสังคมที่เปิดกว้างการมีส่วนร่วมทางสังคมและทางการเมืองมากขึ้นทำให้เกิดความหลากหลายของอาสาสมัครขึ้นในสังคมไทย ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุข ทั้งในรูปแบบขององค์กรของรัฐและองค์กรเอกชนสาธารณะ เช่น อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน ทูบีนัมเบอร์วัน เครือข่ายจิตอาสาการทำความดีเพื่อในหลวง อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ อาสาสมัครนวดเด็กกำพร้า อาสาสมัครกลุ่มมิตรภาพบำบัด อาสาสมัครดูแลคนพิการ ดูแลคนชรา รวมถึงอาสาสมัครต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติต่างๆ จะเกิดความตื่นตัวของอาสาสมัครหนุ่มสาวซึ่งหลั่งไหลเข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัย ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีการพัฒนาเป็นเครือข่ายจิตอาสาที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นและความหลากหลายทางด้านทักษะและความรู้ของอาสาสมัคร และระดับการเข้ามามีส่วนร่วม[57]

9.6.4 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในงานด้านสาธารณสุขได้ถูกยกระดับเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ที่ประเทศไทยได้มีแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพผ่านการขับเคลื่อนของภาคประชาชน โดยมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ที่ได้มอบหมายให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพจัดการประสานงานกับทุกภาคส่วนเพื่อจัดทำ พรบ.สุขภาพแห่งชาติขึ้นจนทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคประชาสังคมกับภาครัฐและภาคเอกชน จนทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม หรือที่เรียกว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กลไกดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารระเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน[59, 60]

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2550 ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการให้กับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) สช. เป็นองค์กรของรัฐในรูปแบบใหม่ อยู่ในกำกับนายกรัฐมนตรี โดยมีคณะกรรมการบริหาร (คบ.) ที่แต่งตั้งโดย คสช. ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับการทำงานของ สช.โดยตรง สช.ทำหน้าที่เป็นกลไก ให้ คสช. เพื่อบรรลุภารกิจตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดย สช. เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนาประเทศไปสู่ "สังคมสุขภาวะ"[59]

"สมัชชาสุขภาพ" คือ เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม เกิดขึ้นตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นแนวทางใหม่ของการพัฒนา นโยบายสาธารณะตามระบอบประชาธิปไตยแบบ มีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2) สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และ 3) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และให้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามหลักเกณฑ์ที่ คสช. กำหนดทั้งนี้ประชาชนอาจรวม ตัวกันจัดสมัชชาสุขภาพกันเองก็ได้ หลักการและคุณค่าที่สำคัญพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพ 4 ประการ คือ[59,60]

1) เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process)

2) เป็นกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy Development)

3) เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม (Social Empowerment) โดยอาศัยพลัง 3 ภาค ส่วนที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังรัฐ/การเมือง

4) เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ (Interactive Learning through Action)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดอย่างเป็นทางการครั้งแรก ใน ปี พ.ศ.2551 และจัดเป็นประจำทุกปี ต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงครั้งที่ 10 ในปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบันได้ข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวม 77 เรื่อง และมีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในระดับชาติ ระดับกระทรวง กรม ระดับจังหวัด และระดับชุมชนท้องถิ่น ขณะเดียวกันได้มีการพัฒนากระบวนการให้มีความเป็นระบบและสร้างการมีส่วนร่วมมากขึ้นเป็นลำดับ[61]

สำหรับการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น คสช. ได้จัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการสนับสนุน ซึ่งที่ผ่านมาได้สนับสนุนองค์กรเครือข่ายภาคีต่างๆ ให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่และประเด็นต่างๆ ทั่วประเทศอย่างต่อเนื่องมาทุกปี และมีหลายพื้นที่ที่จัดกันเองด้วยงบประมาณในพื้นที่และมีหลายองค์กรที่สนใจนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในมิติต่างๆ[59,60]

9.7 ระบบการดูแลสุขภาพในครอบครัว (Home Health Care)

ปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยได้เปลี่ยนรูปแบบไปโดยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองและขยายขอบเขตจากการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลหรือสถานบริการไปสู่การดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มมากขึ้น[62] เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านประชากรศาสตร์และระบาดวิทยาของโรค โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมาขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงการมีปัญหาโรคที่ซับซ้อนและเรื้อรังซึ่งต้องการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนขอรับการดูแลรักษาหรือขอให้เวลาช่วงสุดท้ายที่บ้านเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ รวมทั้งผู้ป่วยพิการที่ได้รับอุบัติเหตุ ก็มีแนวโน้มที่จะขอรับการรักษาต่อที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้นในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งนับเป็นกลยุทธ์สำคัญในการช่วยทำให้ระบบสุขภาพเข้มแข็งขึ้นจากการสามารถลดเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้ปริมาณงานในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง[63]

9.7.1 ความหมายและขอบเขตของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้การบริการสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้านของผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการทั้งในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย โดยครอบคลุมการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ มุ่งให้บริการแบบเบ็ดเสร็จเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[64] ทั้งนี้ในการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านของประเทศไทย ทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพได้แก่ อาสาสมัครหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือพยาบาลเป็นหลัก แพทย์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกำลังมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการให้บริการดังกล่าว ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องวางแผนการให้บริการ การประสานงานอย่างครอบคลุม ผสมผสานอย่างเหมาะสม ซึ่งรวมถึงการให้บริการต่างๆ เช่น การดูแลฟัน การพยาบาล กายภาพบำบัด การให้คำปรึกษาอาชีวบำบัด สังคมสงเคราะห์ โภชนาการ แม่บ้าน พนักงานดูแลสุขภาพที่บ้าน การขนส่งผู้ป่วย และการตรวจชันสูตร บริการเครื่องมือแพทย์[65] การทำหัตถการการให้บริการคำแนะนำและการประเมินและติดตามสภาวะสุขภาพ[66] การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนความพิการ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายการติดตามการใช้ยา การสงเคราะห์ทางสาธารณสุขการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การดูแลสุขาภิบาลอาหารการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ตามความต้องการจนสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้ตามศักยภาพโดยมุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี[67]

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ (House Call) เป็นรูปแบบบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน แพทย์หรือพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยอาจจะมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการออกเยี่ยม ส่วนการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ เป็นการเพิ่มช่องทางการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยการโทรศัพท์มาขอคำปรึกษา และหรือขอความช่วยเหลือจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพที่รู้จักกันให้ไปติดตามเยี่ยมบ้านในบางโอกาส[68]

9.7.2 วิวัฒนาการการดูแลสุขภาพที่บ้านของประเทศไทย

ในอดีต ประเทศไทยมีการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นการรักษาหลักของการแพทย์แผนไทยในอดีตซึ่งได้เลือนหายไปผกผันกับความเติบโตทางการแพทย์แผนตะวันตก[66] ซึ่งการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เริ่มมีมาประมาณเกือบ 50 ปีแล้ว โดยการจัดบริการในอดีตเน้นการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด ซึ่งยังคงดำเนินการอยู่จนถึงปัจจุบัน[69] ทั้งนี้ การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีการเริ่มจัดบริการขึ้นครั้งแรกที่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีในปี พ.ศ. 2515 (ก่อนที่จะมีโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข) โดยมีการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบบริการนี้ ชื่อว่า Ambulatory Care ปัญหาที่ทำให้เกิดการพยาบาลที่บ้านเป็นเพราะอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาล (hospital readmission) ด้วยปัญหาเดิมๆของผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาการติดเชื้อค่อนข้างสูง เช่น ท้องเสียหรือปอดอักเสบ ค่อนข้างสูง ในขณะที่โรงพยาบาลรามาธิบดีมีเตียงรับผู้ป่วยในจำนวนจำกัด จึงได้มีการจัดตั้งงานพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพขึ้น โดยมีพยาบาลสาธารณสุขเข้ามาช่วยให้ความรู้แก่คนไข้ ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วยและสอนตามเตียง รวมถึงมีการจัดพิมพ์เอกสารสำหรับผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ต่อมาจึงมีการติดตามไปดูแลที่บ้านของผู้ป่วย เนื่องจากยังพบอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลยังสูงอยู่ โดยมีการพูดคุยและปรึกษาหารือกับญาติหรือผู้ดูแลคนไข้เกี่ยวกับการดูแลและการแก้ไขปัญหาให้แก่คนไข้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยต่อมามีการจัดตั้งหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care unit) เพื่อเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบทำหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยถ้าไม่สามารถช่วยเหลือได้ก็จะไปประสานหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นในชุมชนต่อไป โดยพบว่าการดำเนินการดังกล่าวสามารถลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ ทำให้การใช้ทรัพยากร

สุขภาพของโรงพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดลดลง นอกจากนั้นยังสามารถลดจำนวนวันนอนในผู้ป่วยเรื้อรังด้วย[64, 69]

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพที่บ้านนับเป็นเครื่องมือหนึ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อทำให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินสภาพอาการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น และนับเป็นจุดกำเนิดในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมดูแลสุขภาพสหสาขาก่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม ผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ครอบครัว โดยการดูแลสุขภาพที่บ้านนี้ได้ถูกบรรจุไว้ในนโยบายหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล โดยเป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ประชาชนพึงจะได้รับ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545[66]

9.7.3 วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้[70]

1) เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuous care) และครอบคลุม (Comprehensive care) แก่ผู้ป่วย ในบริบทของครอบครัวของผู้ป่วย

2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้

3) เพื่อให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย

4) เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินทั้งโรค (Diseases) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

5) เพื่อให้แพทย์ทำความรู้จักและสานต่อความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว

6) เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้นๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยและญาติมีความศรัทธาต่อแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลนั้นๆ มานานพอ

วัตถุประสงค์หลักของการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ไม่ใช่การพยายามกำจัดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือพยายามลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล หรือลดภาระงานของแพทย์และพยาบาลเป็นหลัก[68]

9.7.4 หลักการสำคัญของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ในการดูแลสุขภาพที่บ้านจำเป็นต้องยึดหลักการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายระยะสั้นเมื่อมีการเยี่ยมบ้าน และกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งจะต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพที่แกนนำทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านสามารถทำการประสานงานและทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง รวมทั้งต้องมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหารทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ กำลังคนและสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงความสามารถในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนซึ่งจะเป็นสิ่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะยาวคือ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมอยู่ที่บ้านได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่อัตภาพ โดยมีหลักการสำคัญของการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ดังนี้[69]

1) การประเมินความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เกี่ยวกับการดำเนินโรค การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว

2) การประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การบริหารยาที่บ้าน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงการเผชิญกับปัญหา การปรับตัว หรือความเครียดทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน

3) การสรุปภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งควรมีการสรุปประเด็นดังกล่าวและปัญหาที่อาจมีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวได้รับทราบ และมีส่วนร่วมใน

การกำหนดเป้าหมายและกลวิธีในการปฏิบัติหรือจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น พยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการและประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน

4) การกำหนดแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

5) การประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้และทีมสุขภาพที่รับผิดชอบของผู้ป่วย

6) การส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการ เช่น สังคมสงเคราะห์และสถานฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

9.7.5 หลักเกณฑ์การแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่งปัญหาที่พบจะแตกต่างกัน สามารถแบ่งผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อให้ไปรับการดูแลสุขภาพที่บ้านได้เป็น 5 กลุ่ม คือ[64,69]

1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉียบพลัน (curable/recover) โดยอาจมีความเจ็บป่วยหรือพิการเพียงชั่วคราว และสามารถหายเป็นปกติได้ โดยอาจจะต้องการการดูแลสุขภาพในระยะสั้น เช่น ปอดบวม ภาวะโภชนาการบกพร่อง ระบบทางเดินอาหารผิดปกติหรือมีบาดแผลเล็กน้อย เป็นต้น

2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระดับต้น (long-term chronic) โดยเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันคงอยู่ระยะหนึ่ง เมื่ออาการทุเลาลงแล้วไม่สามารถหายเป็นปกติได้ แต่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ที่ยังสามารถช่วยตนเองได้ ซึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยาและการออกกำลังกาย เป็นต้น

3) ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระดับกลาง (long-term with mild disability) โดยมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระยะเฉียบพลัน เมื่อได้รับการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพแล้วสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้บางส่วน เช่น อัมพาตครึ่งซีก โรคหัวใจและหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยถูกตัดขาและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก ซึ่งต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลต้องการได้รับการสอนและการสาธิตวิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

4) ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรง (long-term with extreme disability) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด เช่น โรคหัวใจที่รุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้ออักเสบรุนแรงหรือโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะอยู่ในภาวะนอนติดเตียง (bed ridden) ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นที่ต้องมีคนช่วยเหลือดูแลที่มีทักษะในการดูแลที่สูงขึ้น ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนโดยการสอนและสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายผ่านทางจมูก การเคาะปอด และการดูดเสมหะ การสวนปัสสาวะ เป็นต้น

5) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) โดยเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือกำลังจะตาย โดยอาจจะต้องกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้เองหรือได้บ้าง และกลุ่มที่ดูแลตนเองไม่ได้เลย โดยผู้ป่วยในระยะนี้แพทย์มักจะวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ในทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยลดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและมีความพร้อมสามารถเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี เช่น ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองในระยะสุดท้าย โรคมะเร็ง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคตับวาย โรคเอดส์ เป็นต้น

9.7.6 การประเมินผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่บ้าน

การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพที่บ้านควรครอบคลุมในด้านต่างๆ ดังนี้[64]

1) การประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก (clinical outcome) โดยเป็นการประเมินว่าการดูแลสุขภาพบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เช่น ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2) การประเมินผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ (health status outcome) เป็นการประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้วสามารถช่วยเหลือตนเองได้

3) การประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (satisfaction outcome) เป็นการประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการสุขภาพที่บ้านที่ได้รับจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ให้การบริการ

4) การประเมินข้อมูลต่างๆ (utilization outcome) เป็นการประเมินข้อมูลการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การเข้ามารับการรักษาที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) เป็นต้น

5) การประเมินผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่าย (financial outcome) เป็นการประเมินค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

9.7.7 ทิศทางในอนาคตของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านในอนาคตมีแนวโน้มที่จะถูกขยายไปสู่การดูแลสุขภาวะที่บ้าน ซึ่งหมายถึงการสร้างและใช้ศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนของทุกภาคส่วน เพื่อการดูแลและจัดการตนเองของครอบครัว ชุมชน มีสุขภาวะที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม ครอบครัวและชุมชนเปรียบเสมือนรากฐานที่สำคัญของสุขภาวะชุมชนเพราะเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแล รวมไปถึงการจัดการตนเองให้เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่สุขภาวะชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป โดยมีแนวทางในการสร้างศักยภาพการดูแลและการจัดการตนเองด้านสุขภาวะชุมชน ได้แก่

1) การสร้างความรู้ ความตระหนักรู้และศักยภาพของครอบครัว

2) การพัฒนาความสามารถเครือข่ายในการดูแลสุขภาวะที่บ้าน

3) การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาวะที่บ้าน

4) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทั้งในระดับชาติและพื้นที่

5) การสร้างกลไกความร่วมมือขององค์กร หน่วยงานเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

อย่างไรก็ตาม อาจมีความท้าทายในการพัฒนาอันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพการดูแลและการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เช่น งบประมาณ ทรัพยากรสนับสนุน ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและด้านประชากรในพื้นที่ ตลอดจนข้อจำกัดด้านกำลังคนในภาครัฐ ทั้งการผลิตและการจ้างงาน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนให้สามารถเข้ามาดูแลและจัดการการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวที่บ้านของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป[71]