

บทความวิจัย

การประเมินผลระบบอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปีงบประมาณ 2566[†]



อุดม ทุมโฆสิต, จันทรา นุช มหากาญจนะ, อลงกต สารกาล, สุพัฒน์จิตร ลาตบัวขาว
กรณ์ หุวะนันท์*

คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

* ผู้แต่งหลัก: อีเมล gornhuva@gmail.com

วันที่รับ: 11 เมษายน 2567
วันที่แก้ไข: 6 มิถุนายน 2567
วันที่ตอบรับ: 10 มิถุนายน 2567

บรรณาธิการ: ธนพันธ์ ไส่ประกอบ
ทรัพย์ คณะรัฐศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิทธิ์: สัญญาอนุญาตแบบครีเอทีฟ
คอมมอนส์ - แจกจ่ายได้ ต้องอ้างอิง
ไม่แก้ไขดัดแปลง ไม่ใช่เพื่อการค้า

ลิขสิทธิ์: บทความนี้เป็นลิขสิทธิ์ของ
คณะรัฐศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การอ้างอิง: อุดม ทุมโฆสิต, จันทรา
นุช มหากาญจนะ, อลงกต สารกาล,
สุพัฒน์จิตร ลาตบัวขาว และ
กรณ์ หุวะนันท์. 2567. “การ
ประเมินผลระบบอภิบาลระบบ
สุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่าย
โอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ปีงบประมาณ 2566”. วารสาร
สังคมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย 54 (1): 80-116.
<https://doi.org/10.61462/cujss.v54i1.3271>

ข้อความที่ปรากฏทั้งหมดในบทความ
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่
ความเห็นของหน่วยงานวารสารผู้
จัดพิมพ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ 2566 ผลแห่งการทบทวนวรรณกรรมทำให้เกิดกรอบแนวคิดการวิจัยโดยการผสมผสานตัวแบบอภิบาลขององค์การอนามัยโลกกับตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยประกอบกัน ในด้านระเบียบวิธีวิจัย คณะวิจัยได้เลือกใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบสำรวจและอธิบายเรื่องราวที่เกิดขึ้น (Exploratory with Descriptive Case Study) ผลการวิจัยพบว่า การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยยังอยู่ในฐานะเริ่มต้น กลไกต่าง ๆ ยังมีลักษณะเป็นเพียงรูปแบบมากกว่าแก่นแท้ที่เป็นสาระสำคัญ ซึ่งมีความจำเป็นต้องปรับปรุงให้ดีขึ้นทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด และระดับชาติ

คำสำคัญ: การกระจายอำนาจ, ภาวศึเครือข่าย, ความร่วมมือ, การมีส่วนร่วม, การอภิบาลด้านสุขภาพ, ยุทธวิธี

[†] บทความวิจัยชิ้นนี้เป็นโครงการย่อยหนึ่งในแผนงานวิจัยรวมเรื่อง การประเมินนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยสาธารณสุข (สวรส.) สัญญาเลขที่ สวรส. 65-133

RESEARCH ARTICLE

*Evaluation of the Primary Health Care System
Governance of the Subdistrict Health Promotion
Hospitals that were Transferred to the Provincial
Administrative Organizations in Thailand's 2023
Fiscal Year*



Received: April 11, 2024

Revised: June 6, 2024

Accepted: June 10, 2024

Editor: Thanapan Laiprakobsup,
Faculty of Political Science,
Chulalongkorn University

License: [Creative Commons](#)
License: Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives;
(CC-BY-NC-ND 4.0)

Copyright: ©2024 Faculty of
Political Science, Chulalongkorn
University

Citation: Tumkosit, Udom,
Mahakanjana, Chandranuj,
Sarakan, Alongkot, Ladbuakhao,
Suphatjit and Huvanandana,
Gorn. 2024. "Evaluation of the
Primary Health Care System
Governance of the Subdistrict
Health Promotion Hospitals
that were Transferred to the
Provincial Administrative
Organizations in Thailand's
2023 Fiscal
Year". *Chulalongkorn University
Journal of Social Sciences* 54
(1): 80-116.
<https://doi.org/10.61462/cujss.v54i1.3271>

*All statements in this article
are the opinions of the
authors. It is not the opinion of
the publisher of the journal.*

Udom Tumkosit, Chandranuj Mahakanjana, Alongkot Sarakan,
Suphatjit Ladbuakhao, Gorn Huvanandana*

Graduate School of Public Administration National Institute of Development Administration

*Corresponding author email: gornhuva@gmail.com

Abstract

The objective of this research is to evaluate the governance of the primary health system of the Subdistrict Health Promotion Hospitals that has been transferred to the Provincial Administrative Organizations in the 2023 fiscal year. The results of the literature review generated a research concept framework that combiner together The World Health Organization's pastoral care model and the Thai primary health system model. In terms of research methods, the research team chose to use a qualitative research method to survey and explain what occurred (Exploratory with Descriptive Case Study). The research findings are that the governance of Thailand's primary health care system is still in its infancy. Various mechanisms are still more form than substance. Improvements are needed at the local, provincial, and national levels.

Keywords: *Decentralization, Network Partners, Collaboration, Engagement, Primary Healthcare Governance, Tactical Strategies, Fiscal year 2023, Thailand*

บทนำ

เหตุผลและความจำเป็น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้วางกรอบนโยบายกระจายอำนาจจากราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อปท. ในหลายมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพของบริการสาธารณะอันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน ทั้งนี้ การถ่ายโอนบริการด้านสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของกรอบการกระจายอำนาจดังกล่าวข้างต้น โดยภารกิจด้านสุขภาพที่ถูกกำหนดให้มีการถ่ายโอนครอบคลุมหลายภารกิจที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่ต่อมาเรียกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยคาดหวังว่าท้องถิ่นซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่าย่อมมีการจัดการที่คล่องตัวกว่า จะทำให้ระบบสุขภาพของประชาชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น

ในระหว่างปี พ.ศ. 2551-2560 มีสถานีนอนามัยได้รับการถ่ายโอนไปสังกัด อปท. แล้วจำนวน 51 แห่ง ต่อมาในปีงบประมาณ 2566 ได้มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. อีกจำนวน 3,263 แห่ง จากจำนวน รพ.สต. ทั้งประเทศจำนวน 9,872 แห่ง (ร้อยละ 33.5) การถ่ายโอนครั้งนี้ครอบคลุม อบจ. 49 แห่ง การถ่ายโอนดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) และคณะรัฐมนตรี โดยให้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในการนี้มีบุคลากรที่ได้รับการถ่ายโอนไปด้วยจำนวน 21,780 ราย (Hfocus 2023)

ในด้านทัศนะใหม่ในการสร้างสุขภาวะของชาติ ทั้งโลกได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยทางสังคมมากขึ้น โดยเชื่อว่าสุขภาวะมีต้นเหตุมาจากพฤติกรรมทางสังคมอันหลากหลาย ดังนั้นการสร้างสุขภาวะจึงไม่สามารถใช้วิธีการบริหารเชิงเดี่ยวของภาครัฐได้อีกต่อไป หากแต่ต้องอาศัยภาคีร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นหลักการสำคัญ ซึ่งการบริหาร/จัดการโดยอาศัยกลไกภาคีความร่วมมืออันหลากหลายนี้ องค์การอนามัยโลกใช้คำว่า “อภิบาล (Governance)” และเสนอแนะให้รัฐสมาชิกนำแนวคิดนี้ไปใช้กับการสร้างสุขภาวะของชาติด้วย (WHO & UNICEF 2018)

อนึ่ง เนื่องจากก่อนการถ่ายโอนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ที่มี รพ.สต. เป็นหน่วยบริการหลัก) ทั้งหมดสังกัดต่อกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ซึ่งเป็นระบบบริหารราชการส่วนกลาง ครั้นหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ได้เปลี่ยนสังกัดเป็นขึ้นต่อ อบจ. อันเป็นระบบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ดังนั้นจึงทำให้เกิดข้อสงสัยว่า (1) หลังการถ่ายโอน การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต. ยังคงเหมือนเดิมหรือไม่ หากไม่เหมือนเดิม มีลักษณะเป็นอย่างไร (2) หลังการถ่ายโอนไปแล้ว ระบบอภิบาลในระดับจังหวัด (โดย อบจ.) ยังคงมีลักษณะเหมือนเดิมหรือไม่อย่างไร

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงถูกกำหนดขึ้นให้เป็นการวิจัยประเมินผล เพื่อแสวงหาคำตอบดังกล่าว

วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยประเมินผลการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ของ รพ.สต. และในระดับจังหวัด (ภายใต้สังกัด อบจ.) ว่า

- 1) มีลักษณะอย่างไร เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร
- 2) การถ่ายโอนนี้ ทำให้เกิดข้อดี/ข้อด้อยในการอภิบาลหรือไม่ อย่างไร
- 3) แนวทางการพัฒนาการอภิบาล ต่อไปในอนาคตควรเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

เนื่องจากโครงการวิจัยเกี่ยวกับ รพ.สต. มีอยู่แล้วเป็นจำนวนมาก เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนคณะวิจัยจึงได้ร่วมหารือกับ สวรส. เห็นว่า ควรทำการวิจัยโดยใช้ตัวอย่างจาก 8 จังหวัด 4 ภาค (เหนือ อีสาน กลาง ใต้) แต่ละจังหวัดจะใช้ตัวอย่างอย่างน้อย 3 รพ.สต. โดยให้ครอบคลุมขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กตามสัดส่วนที่มีอยู่จริง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

คาดว่าผลของการวิจัยนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้ 1) ทำให้ทราบว่าหลังการถ่ายโอนระบบการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัด อบจ. เป็นอย่างไร มีข้อเด่นข้อด้อยอะไรบ้าง และ 2) ทราบแนวทางการพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิโดย รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและหลักการอภิบาล

การอภิบาลสาธารณะ (Public Governance) เป็นแนวคิดใหม่ในการปฏิรูปการจัดระเบียบความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการบริหารราชการแผ่นดิน ระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น ประชาสังคม พลเมือง ตลอดจนภาคเอกชน โดยรูปแบบการใช้อำนาจจะเปลี่ยนไปจากรูปแบบการบริหารราชการแบบดั้งเดิมอันเป็นการใช้อำนาจในแนวดิ่งจากบนลงล่าง ไปสู่รูปแบบการกระจายอำนาจโดยเปิดโอกาสให้เกิดการ

มีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมากขึ้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลไกด้านล่างสามารถจัดการตนเองได้มากขึ้นด้วย ส่วนกลไกส่วนบนทำหน้าที่เพียงการกำกับดูแลให้เป็นไปในทิศทางที่เป็นเป้าหมายร่วมกันเท่านั้น (Rhodes 1996; Kooiman 2003: 18-20) ในทางรัฐประศาสนศาสตร์ การอภิบาลสาธารณะเป็นกระบวนทัศน์หนึ่งที่แตกต่างไปจากกระบวนทัศน์ดั้งเดิม หรือเรียกว่าการอภิบาลสาธารณะใหม่ (New Public Governance: NPG) มีรากฐานจากการมุ่งเน้นความสำคัญของเครือข่ายที่มีลักษณะของความเป็นพหุภาคี

ให้ความสำคัญกับการปรับเข้าหากันระหว่างค่านิยมที่มีความแตกต่างกัน และต่อมาในทศวรรษ 2010 แนวคิด NPG ได้ถูกนำเสนอในมิติของการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ และการให้บริการสาธารณะที่มีความซับซ้อนหลากหลายมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับความเป็นสถาบันที่มีโครงสร้างแบบเครือข่าย

ที่ยอมรับในธรรมชาติของความแตกต่างหลากหลาย ให้ความสำคัญกับการเจรจาต่อรองเชิงคุณค่าและผลประโยชน์ที่หลากหลาย (Osborne 2010) ในขณะที่ Rhodes (1996) ได้อธิบายความหมายของการอภิบาล (Governance) ว่าเป็นหลักคิดที่มุ่งเน้นแนวคิดในการลดบทบาทและขนาดรัฐบาลให้เล็กลงโดยให้เหลือเพียงเท่าที่จำเป็น แนวคิดการบริหารนโยบายภายใต้กรอบธรรมาภิบาล และแนวคิดความร่วมมือแบบบรรษัทภิบาล แนวคิดการจัดบริการ

สาธารณะแบบใหม่ แนวคิดระบบสังคมที่คู่ขนานกับไซเบอร์ และความร่วมมือแบบเครือข่ายที่สามารถจัดระเบียบตนเองได้ ประกอบกับการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐยุคใหม่เน้นการมีส่วนร่วมจากภาคที่เกี่ยวข้องซึ่งแตกต่างไปจากการบริหารราชการแผ่นดินดั้งเดิมอย่างสิ้นเชิง โดยรัฐสมัยใหม่มีฐานคติทางความคิดว่า โลกสมัยใหม่เป็นโลกที่ซับซ้อนต้องเผชิญกับปัญหาและข้อจำกัดมากมาย มีภาวะคุกคามหลากหลายแบบ มีความเป็นพลวัตและมีความไม่แน่นอนสูง

โดยนัยดังกล่าว เป็นการนิรนัยได้ว่า การบริหารราชการแผ่นดินแบบดั้งเดิมไม่เหมาะสมกับบริบทสังคมปัจจุบันและอนาคต จึงจำเป็นต้องปฏิรูปเสียใหม่จากรูปแบบแนวคิดเดิมที่เน้นย้ำการควบคุมจากเบื้องบนที่เรียกว่า “การปกครอง (government) เป็นการอภิบาล (governance)” ซึ่งเป็นระบบราชการแบบเครือข่ายที่เรียกว่า “การอภิบาลสาธารณะ” แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาขององค์การระหว่างประเทศ เช่น ธนาคารโลก UNDP เป็นอาทิ ได้พบว่า ประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายที่คุ้นชินกับบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจดั้งเดิม ก็ยังคงยืนยันที่จะรวมศูนย์อำนาจต่อไป โดยอ้างสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ยังคงจำเป็นต้องควบคุมใกล้ชิด รวมทั้งยังคงพยายามควบคุมการบริหารงานในระดับท้องถิ่นผ่านกลไกต่าง ๆ อาทิ กลไกงบประมาณ กลไกการบริหาร และกลไกทางการเมือง เป็นอาทิ โดยสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้กระบวนการกระจายอำนาจทำได้แบบครึ่ง ๆ กลาง ๆ ยังผลให้เกิดความล้มเหลวในการบรรลุฉันทามติร่วมกันระหว่างพหุภาคีอันหลากหลาย หรือบางครั้งก็ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นตัวแทนทางสังคมอย่างครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากการได้รับการกระจายอำนาจแบบครึ่ง ๆ กลาง ๆ ดังนั้นเมื่อใดก็ตามหากการอภิบาลแบบเครือข่ายส่งผลเชิงลบเกิดขึ้น แนวคิดการอภิบาลก็จะถูกปฏิเสธจากรัฐดังกล่าว

อนึ่ง เพื่อประสานการอภิบาลระหว่างรัฐส่วนกลางและท้องถิ่น แนวคิด “อภีภิบาล Meta-governance” ที่เน้นการกำกับทิศทางจากส่วนกลาง แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงรักษาการปล่อยถ่ายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจไปให้แก่ท้องถิ่นและภาคประชาสังคมเอาไว้ โดยส่วนกลางพยายามรักษาความสมดุลระหว่างการควบคุมกับการให้อิสระแก่องค์กรท้องถิ่นและภาคประชาสังคมให้เหมาะสม โดยการรักษามาตรฐานในการจัดบริการสาธารณะให้เป็นไปตามเป้าหมายของรัฐด้วย ภายใต้แนวคิด “การอภีภิบาล Meta-governance” นี้ รัฐจะเน้นการควบคุมเชิงบริบทในการบริหาร/จัดการสาธารณะมากกว่าที่จะใช้วิธีการการบังคับบัญชาอย่างเป็นทางการโดยตรงจากส่วนกลาง เช่น การใช้กฎระเบียบต่าง ๆ ที่มีความซับซ้อน และเคร่งครัด เป็นต้น (Guy Peters 2010)

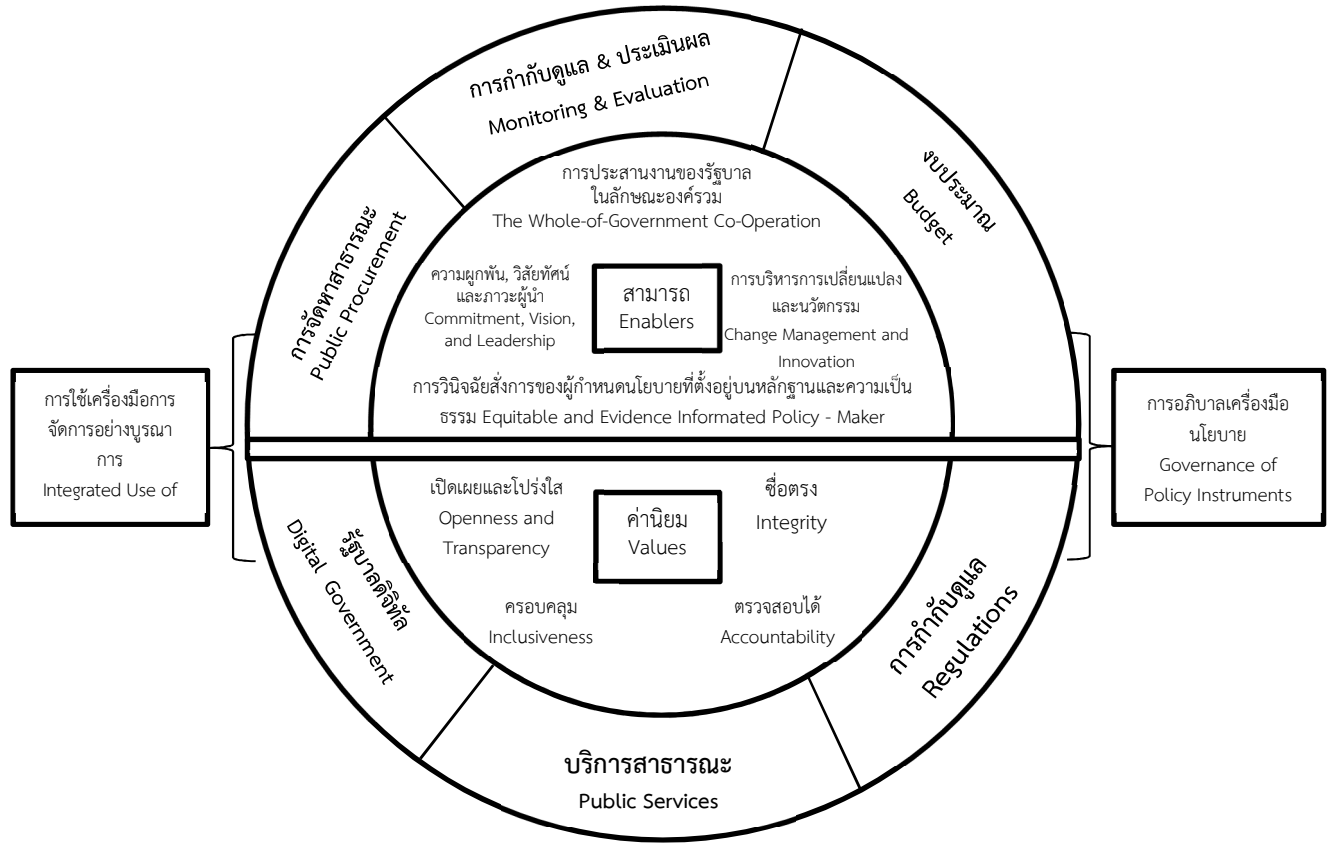
ปัจจุบันแนวคิดการอภีบาลถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งสามารถจำแนกสำนักคิดเรื่องการอภีบาลเอาไว้ 3 สำนักคิดใหญ่ (Prakorn Siriprakob 2005; OECD 2017) ประกอบด้วย 1) สำนักบรรษัทภิบาล (Corporate governance) ที่เน้นการบริหาร/จัดการระดับสูงแบบบรรษัทคือ มีโครงสร้างในการตัดสินใจแบบพหุภาคี ซึ่งพบมากในองค์กรของภาคธุรกิจเอกชนขนาดใหญ่ที่นำหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) มาบริหารกิจการขององค์กร 2) สำนักอภิบาลสาธารณะ (Public Governance) ซึ่งเป็นการนำหลักอภีบาลมาใช้กับกิจการสาธารณะที่มีพันธกิจครอบคลุมหลายภาคส่วน การอภีบาลสาธารณะมีขอบข่ายครอบคลุมหลายมิติ เช่น การอภีบาลสังคม-การเมือง (Socio-Political Governance) การอภีบาลนโยบายสาธารณะ (Public Policy Governance) การอภีบาลการบริหาร (Administrative

Governance) การอภิบาลเครือข่าย (Network Governance) และการอภิบาลสัญญา (Contract Governance) เป็นอาทิ 3) สำนักธรรมาภิบาล (Good Governance) ที่มุ่งเน้นการกำหนดกรอบการอภิบาลกิจการที่ดี โดยมีหลักเกณฑ์ในการชี้วัด เช่น ก) ยึดมั่นในหลักการฉันทามติ (Consensus-Oriented) ข) ความโปร่งใส (Transparent) ค) ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (Accountable) ง) หลักนิติธรรม (Rule of Law) จ) การตอบสนองฉับไว (Responsive) และ ฉ) ความเป็นธรรม และครอบคลุม (Equitable & Inclusive)

ในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา คำศัพท์ “การอภิบาล” ได้จะถูกนำไปใช้ในศาสตร์หลายแขนง ครอบคลุมทั้งรัฐประศาสนศาสตร์ บริหารธุรกิจ สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การเมือง การพัฒนาภูมิศาสตร์ รัฐศาสตร์ และสาธารณสุข เป็นอาทิ ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบการประยุกต์ใช้ ออกได้เป็น 4 แนวทาง (Bevir 2011: 2-3) ประกอบด้วย 1) แนวทางแบบผสม (hybrid concept) ระหว่างมิติของบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่น การผสมผสานระหว่างการจัดระเบียบการบริหาร (administrative arrangements) การตลาด (market) และประชาสังคม (Civil society) เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนที่หลากหลาย เป็นต้น 2) แนวทางการยึดเอาอำนาจรัฐเป็นพลังนำในการขับเคลื่อน โดยมองว่ารัฐมีส่วนอย่างสำคัญในความรับผิดชอบต่อภารกิจสาธารณะ ดังนั้นการใช้อำนาจรัฐในการริเริ่มและขับเคลื่อนกิจการสาธารณะจึงมีความชอบธรรมสูง โดยทั้งนี้รัฐต้องใช้อำนาจรัฐโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมและต้องกระจายอำนาจออกไปให้มีความเหมาะสม โดยต้องครอบคลุมภาคที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับรัฐ ท้องถิ่น ชุมชน เอกชน พลเมือง และภาคประชาสังคม 3) แนวทางการขยายขอบเขตการบริหาร/จัดการให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้เสียทั้งหมดซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มผลประโยชน์อันหลากหลาย แนวทางนี้จำเป็นต้องขับเคลื่อนโดยการรณรงค์ให้เกิดความร่วมมือ และ 4) แนวทางการจัดระเบียบการขับเคลื่อน (arrangements) ในลักษณะบูรณาการ โดยนำรูปแบบเครือข่ายมาใช้เพื่อให้องค์ประกอบต่าง ๆ สามารถร่วมกันทำงานสนับสนุนซึ่งกันและกันได้อย่างสมดุล

ในส่วนของสหประชาชาติ ได้รณรงค์ให้นำหลักการอภิบาลมาใช้อย่างเข้มข้น ตัวแบบหนึ่งได้รับความนิยมในการอ้างอิงถึง คือ ตัวแบบของ OECD โดย OECD ได้บุกเบิกการประยุกต์ใช้ “การอภิบาล” เป็นแนวคิดสำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายในการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในการนี้ OECD เสนอว่ารัฐสมาชิกจำเป็นต้องมีระบบอภิบาลสาธารณะที่เข้มแข็งเป็นของตนเอง และได้มีการสร้าง “กรอบการอภิบาลที่เข้มแข็ง (The OECD Policy Framework on Sound Public Governance: SPGF)” ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางไปประยุกต์ใช้ โดย SPGF สร้างขึ้นจากการบูรณาการองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญ 3 องค์ประกอบ (ดูภาพที่ 1) คือ 1) *ค่านิยม (Values)* ซึ่งถือเป็นบริบทฐานรากทางพฤติกรรมที่จำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนยึดถือร่วมกัน ในการทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะให้เกิดความก้าวหน้า 2) *ความสามารถ (Enablers)* ในการบูรณาการหมดเชื่อมโยงการปฏิบัติเข้าด้วยกัน (an integrated nexus of practices) เพื่อสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จในการปฏิรูปในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) *อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ (Instruments and Tools)* คือ ชุดของนโยบายต่าง ๆ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนการจัดการในทางปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ตัวแบบดังกล่าวแสดงได้ดังภาพที่ 1

ตัวแบบการอภิบาลขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD)



ภาพที่ 1 องค์ประกอบมูลฐานระบบอภิบาลสาธารณะที่เข้มแข็ง
(Elements of Sound Public Governance)
ที่มา: OECD (2020)

อนึ่ง เป้าหมายสำคัญของ SPGF มี 3 ประการที่ต้องยึดถือเป็นธงนำในการขับเคลื่อน อันได้แก่ (1) ต้องเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับผลประโยชน์อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (2) ต้องสามารถทำให้รัฐบาลต่าง ๆ (ทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น) สามารถรับมือกับปัญหาท้าทายของนโยบายได้ในทุกมิติ อย่างเข้มแข็ง และ (3) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการใช้ทรัพยากรได้อย่างประหยัด (OECD 2017)

แนวคิดการอภิบาลเพื่อสุขภาพในศตวรรษที่ 21

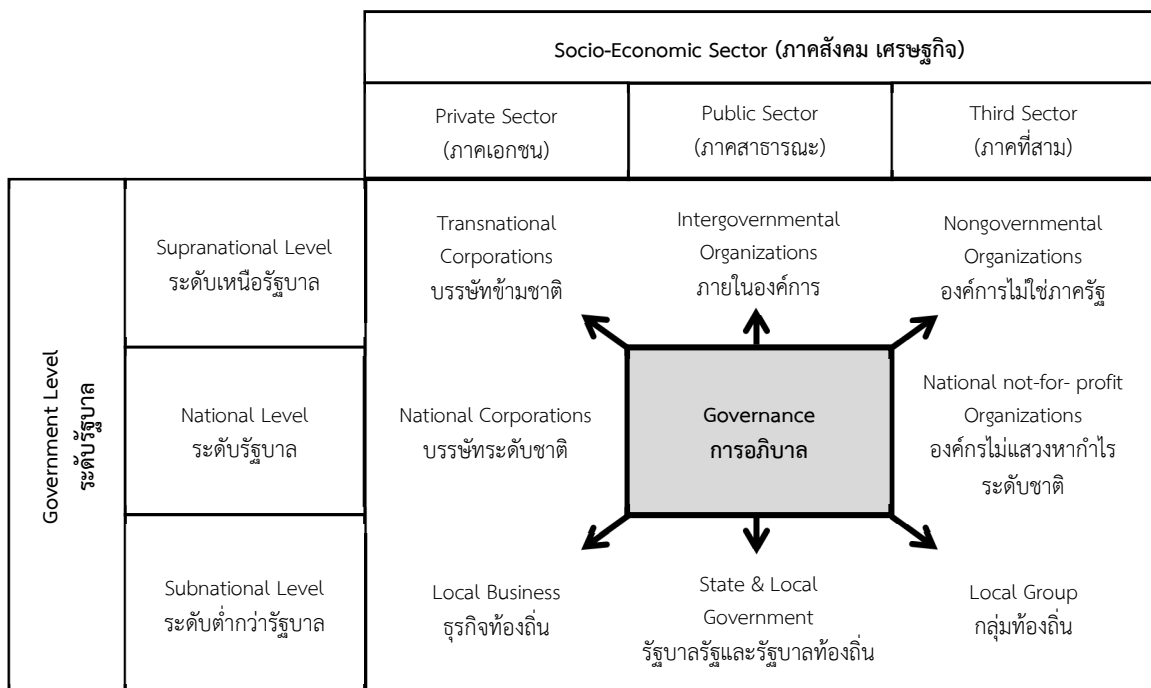
WHO (2012) ได้เสนอแนวคิดในการอภิบาลเพื่อสุขภาพในศตวรรษที่ 21 โดยมีสาระสำคัญว่า ระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 เป็นระบบสุขภาพขนาดมหึมาแห่งโลกาภิวัตน์อย่างเต็มรูปแบบ อันมิใช่เป็นระบบสุขภาพของรัฐหนึ่งรัฐใดหรือของชุมชนขนาดเล็ก ๆ อีกต่อไป ทั้งนี้เพราะว่าโลกในศตวรรษที่ 21 เป็นหนึ่งเดียวกันอย่างแยกออกจากกันไม่ได้ รวมทั้งปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญที่สุดมิใช่เพียงแค่ปัจจัยความเจ็บป่วยอีกต่อไป แต่เป็นปัจจัยทางสังคม

เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม อันซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนยากที่จะรับมือควบคุมไป
ด้วย ดังนั้นโดยวิธีการบริหารจัดการแบบดั้งเดิมที่คุ้นเคยจึงมีอาจรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว
ได้อีกต่อไป โดยเหตุผลนี้การปฏิรูปกลไกการบริหาร/จัดการจากแนวคิดเดิม ๆ ไปสู่แนวคิดใหม่ที่
เรียกว่า “การอภิบาล (governance)” จึงมีอาจหลีกเลี่ยงได้

คณะกรรมการการอภิบาลแห่งโลก หรือ Commission on Global Governance (1995)
ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการ “อภิบาล” เอาไว้ว่า

“การอภิบาลเป็นผลรวมแห่งวิถีทางต่าง ๆ อันมากมาย ที่มีตัวแสดง
สำคัญคือ บุคคลและสถาบันต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม เข้า
มากระทำร่วมกันอย่างหลากหลาย อันเนื่องมาจากความมุ่งหมายต่อผลประโยชน์
ร่วมกัน หรือแม้แต่ความขัดแย้งระหว่างกันการกระทำดังกล่าวจึงเป็นไปได้ทั้งที่
เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่ความสำเร็จของการกระทำจะเกิดขึ้นได้ต้องมี
ปัจจัยจากความร่วมมือระหว่างกันเป็นหลัก ไม่ใช่การบังคับหรือการสั่งการโดยใช้
อำนาจรัฐบาลดังเช่นในอดีต”

โดยนัยดังกล่าวองค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำให้นำแนวคิดการอภิบาล (governance)
มาใช้ เพื่อแทนที่รูปแบบการบริหารแบบเป็นทางการดั้งเดิม (WHO 2012: 16-17)



ภาพที่ 2 ตัวแบบการอภิบาลสุขภาพแบบเผยแพร่อุดมการณ์ (Diffusion of Governance Model)
ที่มา: WHO (2012: 18)

รูปแบบของการอภิบาลที่ WHO พิจารณาว่าเหมาะสมในการสร้างสุขภาพ คือ รูปแบบ
การขับเคลื่อนนำโดยภาคสังคมควบคู่ไปกับการกระจายอำนาจและกระจายทรัพยากรออกไปให้
ทั่วถึง เพื่อให้สมาชิกในสังคมร่วมกันขับเคลื่อน โดยรัฐทำหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุน (WHO
2012: 17) ดังนั้น ลักษณะของการบริหาร/จัดการจึงเป็นรูปแบบการบริหารแบบอภิบาล

แพร่กระจาย (diffusion of administrative governance) ซึ่งหมายถึงการบริหารแบบแพร่กระจายความคิดเชิงอุดมการณ์ และอำนาจในการกระทำแบบ 360 องศา เพื่อให้สังคมเกิดการตระหนักรู้และปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะในบริบทโลกาภิวัตน์ ดังภาพที่ 2 ที่แสดงให้เห็นถึงการใช้อำนาจในการอภิบาล ต้องได้รับการบริหารแบบแพร่กระจาย (diffusion of administrative) ไปทุกทิศทุกทาง เพื่อสร้างความเชื่อมโยงและบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการร่วมมือในการขับเคลื่อนภารกิจไปสู่เป้าหมาย

การแพร่กระจายความคิดเชิงอุดมการณ์สามารถแบ่งออกได้ อย่างน้อย 2 มิติ คือ (1) มิติระดับชั้นทางการปกครอง (Hierarchical Government) อันประกอบด้วย ระดับชาติ (National Level) ระดับหน่วยย่อยของชาติ (Subnational Level) และระดับสูงกว่าชาติ (Supranational Level) และ (2) มิติภาคส่วนทางสังคม (Socio-Economic Sector) ที่ประกอบด้วย ภาคธุรกิจเอกชน (Private Sector) ภาครัฐหรือสาธารณะ (Public Sector) และภาคประชาชนที่ประกอบด้วย องค์กรประชาสังคม องค์กรไม่แสวงหากำไร และท้องถิ่น

การอภิบาลด้านสุขภาพตามตัวแบบองค์การอนามัยโลก

การอภิบาลอย่างชาญฉลาด (Smart Governance) ถูกคิดค้นขึ้น เพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพของสังคมที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงสูง ได้ถูกคิดค้นต่อเนื่องมาหลายทศวรรษ มีการรวบรวมข้อมูลเข้ามาจากทุกมุมของโลก เพื่อให้เข้าใจว่า “สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Health and Well-Being)” เกี่ยวข้องกับปัจจัยอะไรบ้าง และสังคมควรอภิบาลอย่างชาญฉลาดได้อย่างไร

จากผลการศึกษาของ WHO แห่งภาคพื้นยุโรป ได้ข้อสรุปว่า ยุทธวิธีที่ชาญฉลาด (Smart Tactical Strategy) ในการสร้างสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 5 ยุทธวิธี ดังนี้

1) การอภิบาลผ่านทางความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Governing through Collaboration) โดยการสร้างความร่วมมือแบบเครือข่าย เพื่อนำเอาความรู้และทักษะขององค์กรจากภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาทำงานแบบเกื้อกูลกันในลักษณะพันธมิตรที่มีเป้าหมายร่วมกัน

2) การอภิบาลแบบการสร้างพันธมิตรผูกพัน (Governing through Engagement) โดยทำให้เกิดความผูกพันต่อเป้าหมายเดียวกัน มีความสำเร็จร่วมกัน และร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกัน การมีส่วนร่วมที่พึงสร้างขึ้น อาทิ การมีส่วนร่วมของพลเมือง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีส่วนร่วมของธุรกิจเอกชน เป็นต้น โดยวิธีการสร้างความผูกพันสาธารณะ (Public Engagement) สามารถดำเนินการได้หลายวิธี อาทิ การให้ข้อมูลข่าวสาร การปรึกษาหารือและรับฟังความเห็นระหว่างกัน การให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ การร่วมมือกันในลักษณะพันธมิตรในกิจการสาธารณะ และการสร้างเสริมอำนาจ (Empowerment) ผ่านการสนับสนุนด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (International Association of Public Administration 2004)

3) การอภิบาลผ่านทางการผสมผสานระหว่างการทำกับและการชักจูง (Governing through a Mix of Regulatory and Persuasion) การกำกับ เป็นการติดตาม เฝ้าระวัง ดูแลและประทับประคอง เพื่อให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมาย ส่วนการชักจูงเป็นการน้อมนำความรู้สึกรักนึกคิดให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ และมีความรู้สึกที่ดีในการให้ความร่วมมือ ดังนั้นการอภิบาลที่ชาญฉลาดจึงควรใช้กลยุทธ์นี้ให้เหมาะสม

4) การอภิบาลผ่านองค์กรอิสระและหน่วยงานวิชาการ (Governing through Independent Agencies and Expert Bodies) หน่วยงานที่หลากหลายที่ร่วมกันทำงานเพื่อสุขภาพ ต่างก็มีอำนาจหน้าที่ และเป้าหมายของตนเอง การเข้ามามีส่วนร่วมจึงเกิดขึ้นได้จากความสมัครใจ มิใช่เพราะอำนาจบังคับ ดังนั้น การอภิบาลที่ชาญฉลาดต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระขององค์กรเหล่านี้ ประกอบกับปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ทักษะความชำนาญ ดังนั้นการแสวงหาความชำนาญจากหน่วยงานที่เข้าร่วมจึงเป็นเรื่องมีความสำคัญ โดยเหตุผลนี้การอภิบาลที่ชาญฉลาดจึงต้องยึดมั่นในความเป็นอิสระและความชำนาญการควบคู่กัน รวมถึงการทำงานแบบพันธมิตรที่เกื้อกูลกัน

5) การอภิบาลผ่านนโยบายที่มีการปรับตัว มีความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และมีการคาดการณ์อนาคต (Governing through Adaptive Policy, Resilient and Foresight) ระบบสุขภาพเป็นระบบที่ซับซ้อนหลายมิติ มีปัจจัยสาเหตุของปัญหาที่หลากหลายและมีความไม่แน่นอนสูง ดังนั้นความสามารถในการปรับตัว ความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และการคาดการณ์อนาคตจึงมีความจำเป็น

การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การอภิบาลในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ นอกจากต้องคำนึงถึงหลักการดังกล่าวแล้ว ยังจำเป็นต้องยึดหลักการให้บริการในลักษณะองค์รวมโดยการขับเคลื่อนของภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม มีเป้าหมายสำคัญที่สุขภาพที่ดีเยี่ยมของประชาชน โดยการผสมผสานบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค การบำบัดรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง บริการสุขภาพปฐมภูมิ ต้องประกอบขึ้นด้วยเสาหลัก 3 เสา คือ 1) การให้บริการสุขภาพพื้นฐานแบบองค์รวม ที่มุ่งเน้นคุณภาพของระบบการให้บริการและผลลัพธ์จากการให้บริการ 2) นโยบายที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีภาคส่วนต่าง ๆ ในลักษณะพหุภาคี และ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมและการเสริมอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ประชาชน ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น (WHO & UNICEF 2018)

ทั้ง 3 องค์ประกอบหลักข้างต้นนี้ จะต้องดำเนินการบนหลักการพื้นฐานต่าง ๆ ทางด้านมนุษยธรรม ได้แก่ 1) ความเป็นธรรมทางสังคม 2) ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ 3) การมีส่วนร่วมในการให้บริการ ภายใต้หลักการพื้นฐานด้านสิทธิมนุษยชน 4) เป็นการให้บริการตลอดช่วงชีวิตของประชาชน เนื่องจากบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพจะช่วยสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในสังคม และ 5) บ่มเพาะระบบภูมิคุ้มกันทางสังคม คุณภาพอาหาร คุณภาพของระบบการศึกษา รวมทั้ง 6) เป็นการส่งเสริมการป้องกันการทำลายสภาพแวดล้อมไปในตัวอีกด้วย ระบบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพควรเป็นระบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีธรรมาภิบาล ไม่เลือกปฏิบัติด้วยเพศสภาพ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ถิ่นกำเนิด รวมทั้งควรมีนวัตกรรมในการให้บริการที่เหมาะสม (WHO & UNICEF 2018)

สถานการณ์เชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน รพ.สต.

ปัจจุบันประเทศไทยยังคงดำรงสภาพการบริหารราชการแผ่นดินเป็นรัฐรวมศูนย์อำนาจการปกครอง (Centralizing government) อำนาจหลักในการบริหารราชการแผ่นดินยังคง

สว่นเอาไว้ในส่วนกลาง โดยโครงสร้างการแบ่งส่วนการบริหารราชการแผ่นดิน ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 (รวมทั้งฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม) ได้แบ่งส่วนราชการไว้ 3 ส่วน คือ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ในการนี้อำนาจการบริหารนโยบายและการตัดสินใจ จึงยังคงรวมศูนย์เอาไว้ที่ส่วนกลางเป็นหลัก ส่วนการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น จึงมีฐานะเป็นเพียงหน่วยปฏิบัติตามความต้องการของส่วนกลางมากกว่าเป็นองค์กรอิสระที่มีอำนาจในการปกครองตนเองตามหลักการถ่ายโอนอำนาจ (devolution)

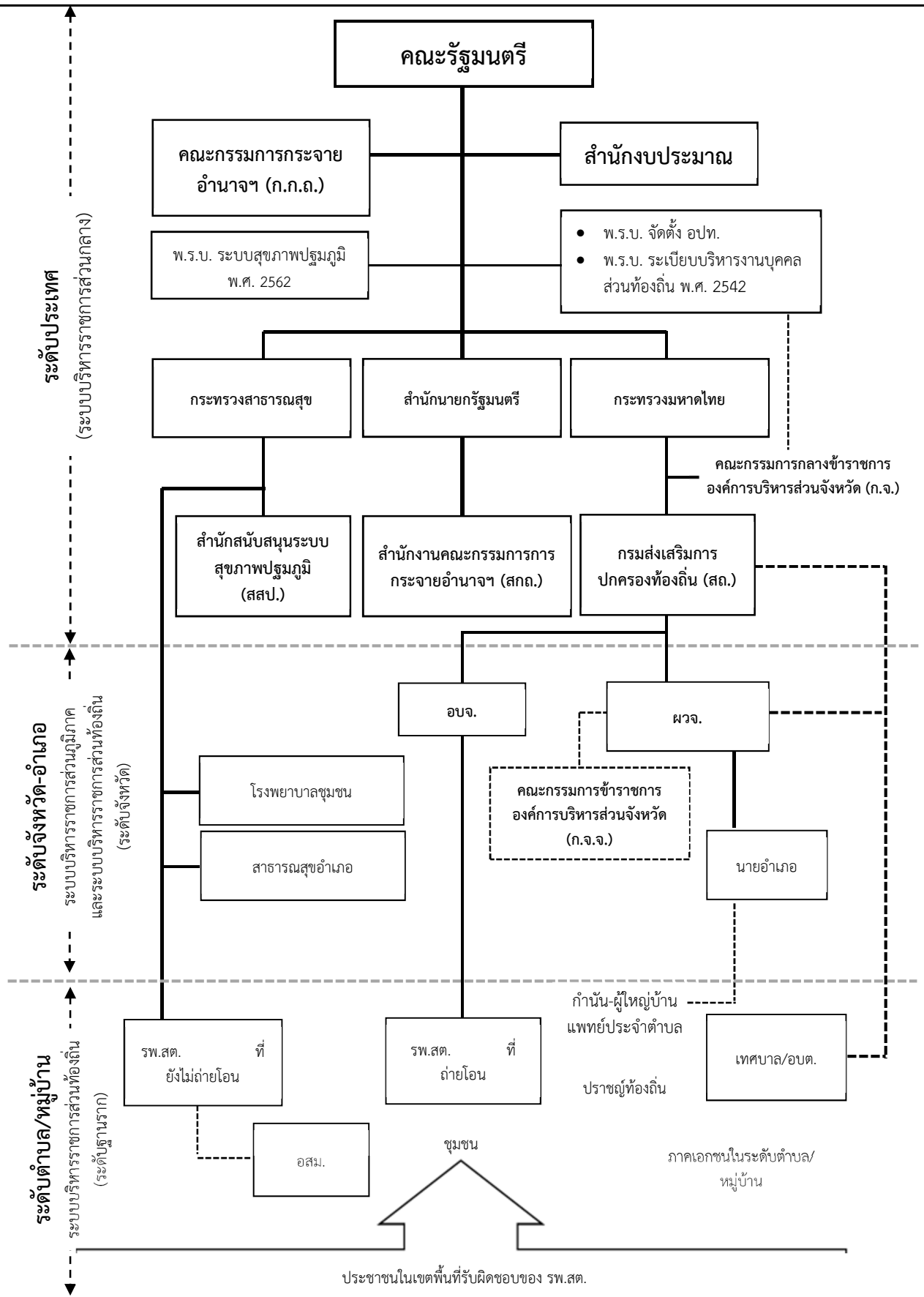
ดังนั้นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 จึงมีลักษณะเป็นเพียงแค่การถ่ายโอนส่วนหนึ่งของงาน คน เงิน และสิ่งของ ไปสู่ท้องถิ่นเท่านั้น แต่กระบวนการตัดสินใจหลักในการจัดหาและจัดสรรงบประมาณ การจัดการกำลังคน ตลอดจนระเบียบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ก็ยังคงขึ้นอยู่กับส่วนกลาง ลักษณะการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวโดยนัยทางวิชาการจึงไม่สามารถกล่าวได้ว่าเป็นการกระจายอำนาจในลักษณะการถ่ายโอนอำนาจอย่างแท้จริง(ที่เรียกว่า Devolution) แต่เป็นเพียงการมอบหมายอำนาจส่วนหนึ่งให้กระทำ (delegation) เท่านั้น

สถานการณ์ดังกล่าว ย่อมมีแนวโน้มทำให้เกิดสภาพปัญหาที่เรียกว่า “การแตกกระจายออกเป็นชิ้น(fragmented)” ในลักษณะต่างคนต่างทำ ซึ่งย่อมทำให้เกิดความเสียหายตามมาได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องออกแบบระบบการอภิบาลเข้ามาเสริมจุดอ่อนเหล่านี้ โดยหลักการอภิบาลดังกล่าวต้องสร้างขึ้นตามหลักการและแนวคิดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

อนึ่ง พึงเข้าใจว่าการกระจายอำนาจที่ถูกต้อง ย่อมมีผลดีตามมา เช่น *ประการแรก* เป็นการเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นและประชาชนผู้รู้ปัญหาความต้องการของตนเอง สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหามาตามความต้องการของตนเองได้อย่างอิสระ และ*ประการที่สอง* เป็นการเปิดพื้นที่ให้เกิดการทำงานแบบพหุภาคีซึ่งเหมาะสมกับการทำงานระดับท้องถิ่น เนื่องจากมีรากฐานมาจากความต้องการของท้องถิ่นเอง และท้องถิ่นส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมความร่วมมือเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม การกระจายก็มีข้อเสียด้วยเช่นเดียวกัน กล่าวคือ หากไม่มีการบริหารระบบอำนาจให้ดีพอ ก็จะทำให้การใช้อำนาจรัฐแตกกระจาย ไร้เอกภาพ และอาจใช้อำนาจในลักษณะไร้ธรรมาภิบาลทำให้เกิดความเสียหายตามมาได้

โดยนัยนี้ การจัดการอภิบาลรูปแบบใหม่ที่บูรณาการใช้กับอำนาจให้เหมาะสมกับสถานการณ์หลังการกระจายอำนาจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ภาพที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิ หลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. แล้ว กลไกเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพปฐมภูมิจะกระจายออกไปหลายภาคส่วน โดยส่วนหนึ่งยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีโครงสร้างการบริหารแบบระบบราชการดั้งเดิม คือ แบบรวมศูนย์อำนาจ และอีกส่วนหนึ่งกระจายออกไปสังกัด อบจ. ซึ่งมีโครงสร้างการบริหารแบบกระจายอำนาจอย่างจำกัดในระดับการมอบหมายให้ดำเนินการ (delegation) ได้เท่านั้น โดยอำนาจส่วนใหญ่ยังรวมศูนย์อยู่กับกระทรวงมหาดไทย

อีกองค์ภาพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารและดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. คือ คณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ซึ่งมีหน่วยธุรการ คือ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกล.) สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี แสดงให้เห็นถึงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของชาติว่า หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. แล้ว



ภาพที่ 3 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพของชาติ
ที่มา: จัดทำโดยคณะผู้วิจัย

โครงสร้างของระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติได้เปลี่ยนไปจากเดิม

รูปแบบโครงสร้างเดิม สอน./รพ.สต. ทั้งหมดสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการบริหารแบบรวมศูนย์อำนาจ ผ่านกลไกการบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เป็นรูปแบบการใช้อำนาจแนวดิ่ง จุดแข็งของรูปแบบนี้ คือ เอกภาพการบังคับบัญชาอย่างเป็นทางการเกิดขึ้นได้โดยอัตโนมัติ ไหลไปตามลำดับชั้นแห่งโครงสร้างอำนาจนั้น แต่จุดอ่อนที่สำคัญคือ สายการบังคับบัญชาที่ยาว มีขั้นตอนมาก และเป็นการบริหารแบบตดเสื้อขนาดเดียวให้ทุกคนใส่ ส่วนหน่วยปฏิบัติการในระดับพื้นที่(คือ รพ.สต.)ต้องทำงานตามคำสั่งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคตามลำดับชั้น แต่หลังจากการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอน รพ.สต. ไปแล้ว 2 ระลอก *ระลอกแรก* เป็นการถ่ายโอนไปสู่ เทศบาล/อบต. ที่เกิดขึ้นในแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจระยะที่ 1 และ*ระลอกหลัง* เป็นการถ่ายโอนไปสู่ อบจ.ที่กำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้ (ปีงบประมาณ 2565-2566) และคาดว่าจะมีต่อเนื่องไปในปีงบประมาณถัด ๆ ไป

ผลแห่งการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ดังกล่าว ทำให้ สอน./รพ.สต. กระจายไปสังกัด อบจ. อันเป็นระบบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ที่มีกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่กำกับดูแล ผลกระทบจากการถ่ายโอนดังกล่าวทำให้โครงสร้างอำนาจเปลี่ยนไปเป็นแบบแนวนอนมากขึ้น โดยคาดหวังว่า การอภิบาลตามแนวนอนจะเกิดผลดีต่อการบริการประชาชน เนื่องจากระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นระบบที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานในลักษณะเครือข่ายร่วมกับภาคพลเมืองและประชาสังคมในท้องถิ่นของตนได้สูงกว่าระบบการรวมศูนย์อำนาจ โดยพร้อมที่จะนำปัญหาของท้องถิ่นมาเป็นตัวตั้งในการทำงาน ประกอบกับสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่งจะสั้นลง การทำงานในแนวนอนขยายออกไปและมีความยืดหยุ่นมากกว่าเดิม

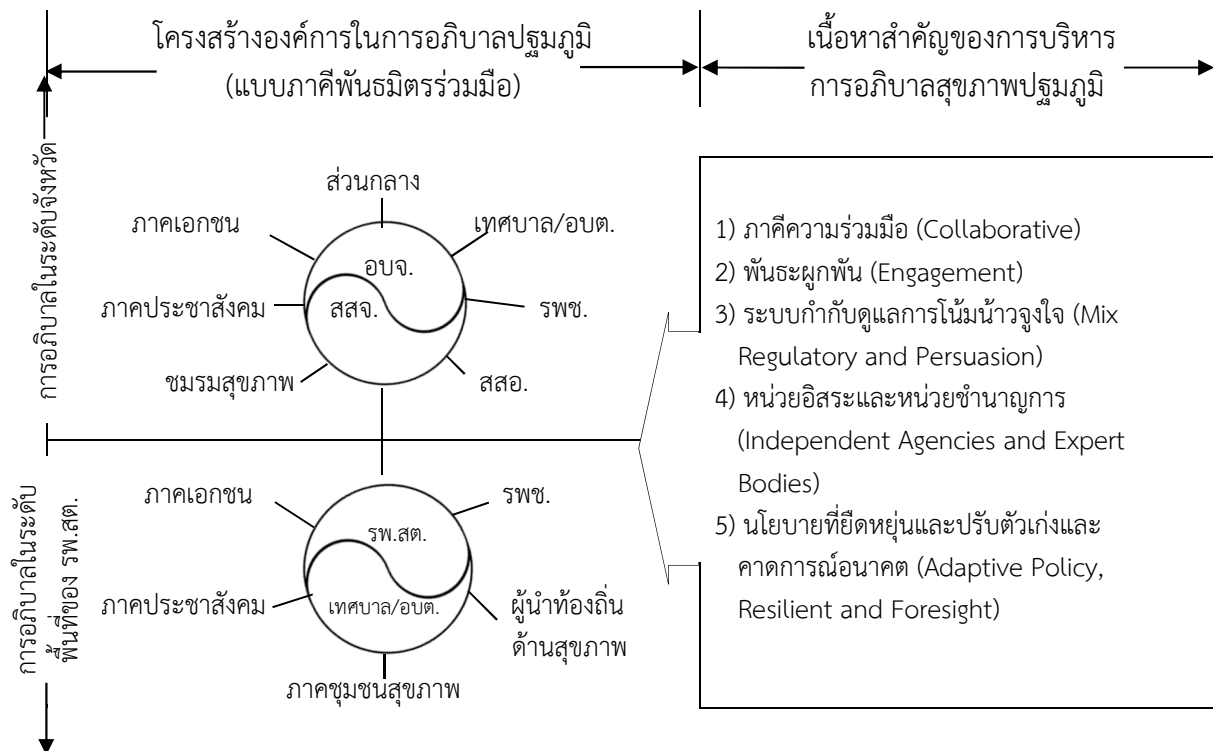
อย่างไรก็ตาม รูปแบบหลังการถ่ายโอนดังกล่าว ก็มีจุดอ่อนอยู่ไม่น้อย กล่าวคือ มีการแตกกระจายของอำนาจในการควบคุมบัญชาออกเป็นหลายส่วน ประกอบกับ อบจ. แต่ละจังหวัดยังขาดประสบการณ์และความเข้มแข็งในด้านวิชาการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้นจึงอาจเป็นความเสี่ยงที่จะทำให้การบริการที่ประชาชนพึงได้รับ “ด้อยไปกว่าเดิมได้”

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่ากรอบคิดในการอภิบาลสาธารณะให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหาร/จัดการแบบเครือข่ายพหุภาคี ทั้งในระดับพื้นที่และระดับเหนือขึ้นไป ภายใต้แนวคิดดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้รับมาใช้เป็นหลักในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SDGs อันมีระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายดังกล่าว นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้เสนอแนะให้รัฐสมาชิกนำไปพิจารณาเป็นแนวทางปฏิบัติด้วย

สำหรับประเทศไทยในฐานะรัฐสมาชิกขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ได้กำหนดแนวทางการอภิบาลสุขภาพปฐมภูมิไว้เป็นหลักเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต. ดิตดาว และใช้เกณฑ์มาตรฐานนี้มาตั้งแต่อนการถ่ายโอน ดังนั้นในการประเมินการอภิบาลหลังการถ่ายโอน ผู้วิจัยได้นำผลการทบทวนวรรณกรรมและหลักเกณฑ์การประเมิน รพ.สต. มาบูรณาการกัน และได้กำหนดขึ้นมาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินในลักษณะโจทย์การวิจัยประเมินผล 3 ข้อ ประกอบด้วย

- 1) ลักษณะภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่ รพ.สต. เป็นอย่างไร
 - 2) การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ในระดับพื้นที่ (ของ รพ.สต.) ด้านต่าง ๆ
ต่อไปนี้ เป็นอย่างไร แตกต่างไปจากก่อนการถ่ายโอนหรือไม่
โดยมีตัวบ่งชี้ลักษณะการอภิบาลของระบบอภิบาลของระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยตาม
กรอบ รพ.สต. ที่พิจารณา คือ ก) ด้านการนำองค์กร และการบริหารมีลักษณะเป็นภาคี
เครือข่าย หรือไม่ หากมีลักษณะเป็นภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากภาคพลเมือง และภาค
ประชาสังคมเป็นอย่างไร ข) ด้านการดำเนินงานอย่างมีแผนและผลการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
หรือไม่ และได้มีการจัดการที่สอดคล้องเหมาะสมกับพื้นที่ หรือไม่
 - 3) การอภิบาล รพ.สต. ระดับ อบจ. เป็นอย่างไร
- จากกรอบแนวคิดในการวิจัยประเมินผลดังกล่าว สรุปเป็นกรอบเนื้อหาเพื่อเป็นแนว
ทางการประเมิน ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด
ที่มา: จัดทำโดยคณะผู้วิจัย

จากภาพข้างต้น ได้แบ่งการอภิบาลเป็น 2 ระดับ คือ ระดับล่างหรือระดับปฐมภูมิ ซึ่งมี รพ.สต. และพันธมิตรใกล้ชิดคือ เทศบาลหรือ อบต. ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันและมีเป้าหมายร่วมกัน และระดับบน คือ ระดับจังหวัด ซึ่งมี อบจ. และ สสจ. เป็นพันธมิตรร่วมมือใกล้ชิดที่มีเป้าหมายร่วมกัน

แต่ละระดับข้างต้น ต่างก็มีภาคีพันธมิตรร่วมมือในการขับเคลื่อน ภาควิชาดังกล่าว

ประกอบด้วยกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่ที่มีเป้าหมายร่วมกัน เช่น ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม กลุ่มและหรือชุมชนจัดตั้งในพื้นที่ เป็นอาทิ

สำหรับกรอบกิจกรรมในการขับเคลื่อน เป็นการขับเคลื่อนในลักษณะการบริหารการอภิบาล เช่น 1) มีรูปแบบองค์การเป็นภาคีพันธมิตรร่วมมือ ในลักษณะกรรมการจัดตั้งที่มีความชัดเจน 2) มีค่านิยมร่วมที่เข้มแข็งในลักษณะผูกพัน (engagement) ต่อระบบสุขภาพร่วมกัน 3) มีลักษณะการนำองค์การที่ชัดเจน 4) มีระบบการจัดการที่ตรงรับ 5) มีระบบการกำกับดูแลและประเมินผล 6) มีแผนปฏิบัติการที่ตรงรับ เป็นอาทิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluative Research Method) ประเภทกรณีศึกษาแบบสำรวจ-อธิบายเรื่องราวที่เกิดขึ้น (Exploratory with Descriptive Cases Study) โดยทำการสำรวจข้อมูลเชิงลึกของเหตุการณ์และครอบคลุมประเด็นที่ต้องการประเมิน หลังจากนั้นนำข้อมูลการวิเคราะห์โดยโปรแกรม Atlas.ti ถอดรหัสข้อความสำคัญ (Quotation) แล้วอธิบายเรื่องราวการค้นพบด้วยโปรแกรมดังกล่าว หลังจากนั้นคณะวิจัยได้ถอดข้อคิดเห็นในการพัฒนานโยบายออกมาให้เป็นรูปธรรม ด้านหน่วยในการวิเคราะห์ กำหนดให้มีหน่วยการวิเคราะห์ 2 ระดับ คือ อบจ. ในฐานะผู้รับผิดชอบหลังการถ่ายโอนฯ เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ในระดับจังหวัด และ รพ.สต. เป็นหน่วยวิเคราะห์ในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ โดยมีแหล่งข้อมูลสำคัญ คือ บันทึกผลการทำงาน ประสบการณ์ของบุคลากรที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) และข้อคิดเห็นของผู้บริหารนโยบาย (อาทิ บุคลากรของ รพ.สต. นายก อบจ., ปลัด อบจ., ผอ.กองสาธารณสุข, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

ด้านจังหวัดตัวอย่างภายใต้การศึกษานี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อคัดเลือกตัวอย่าง คือ อบจ. และ รพ.สต. ยินดีรับการประเมินและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล เป็นพื้นที่ไม่มีความซ้ำซ้อนในการวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน และมี รพ.สต. ทั้งขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ให้สามารถคัดเลือกตัวอย่างวิจัยจาก 32 รพ.สต. จังหวัดตัวอย่างจำนวน 8 จังหวัด คือ นครสวรรค์ พิจิตร นครราชสีมา สกลนคร ระยอง กาญจนบุรี นครศรีธรรมราช และกระบี่ จาก 4 ภาค

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจ พัฒนาขึ้นโดยนำตัวชี้วัดต่าง ๆ มาจัดทำเป็นหัวข้อรายการคำถามแบบปลายเปิด โดยใช้เทคนิครวบรวมข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation data) แล้วนำไปทดสอบเพื่อตรวจสอบความตรงประเด็น (validity) และความเชื่อมั่น ที่ รพ.สต. บึงคำพร้อย ศูนย์บริการสาธารณสุขบึงยี่โถ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เมื่อปรับเครื่องมือจนมั่นใจแล้ว ได้นำเครื่องมือที่เป็นแบบสำรวจให้ ผอ.รพ.สต. จำนวน 32 คน จาก 8 จังหวัด ตัวอย่างวิจารณ์ (ผ่าน Zoom meeting) จนกระทั่งเห็นตรงกันว่ามีความถูกต้อง (validity) และเชื่อมั่นได้ (reliability) ก็จัดทำคู่มือในการสำรวจและสร้างแบบบันทึกข้อมูล

ด้านการพัฒนาพนักงานสำรวจ ได้เลือกใช้อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ คือมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิและเคยมีประสบการณ์การทำงานใน รพ.สต. มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี มีความเป็นกลางและมีความเชื่อมั่นใจจริยธรรมการวิจัย โดยได้เลือกจากจังหวัดละ 4 คน รวมเป็น 32 คน เมื่อเลือกได้แล้วได้ทำการฝึกอบรมจำนวน 3 ครั้ง (ผ่าน

Zoom meeting) และให้ลองปฏิบัติจริงใน รพ.สต. ที่ไม่เป็นตัวอย่าง 1 รพ.สต. เมื่อผลการปฏิบัติได้มาตรฐานตามที่กำหนด จึงถือว่าใช้ได้และพร้อมที่จะปฏิบัติการสำรวจในภาคสนามต่อไป

ข้อค้นพบจากการวิจัย

ในการนำเสนอข้อค้นพบขอนำเสนอเป็น 2 ระดับตามหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of analysis) คือ (1) การอภิบาลในระดับพื้นที่ (2) การอภิบาลในระดับจังหวัด ดังต่อไปนี้

การอภิบาลในระดับพื้นที่

ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมและตามกรอบแนวคิดการวิจัยว่า หลักการสำคัญของการอภิบาลสมัยใหม่ คือ ภาศิการมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มพันธมิตรสุขภาพต่าง ๆ กล่าวคือ ทุขภูมิการอภิบาลมีฐานคติสำคัญว่า ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ คือ พลังความร่วมมือระหว่างภาศิพันธมิตรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนมาสังกัด อบจ. ทำให้เกิดโครงสร้างการอภิบาลเป็น 2 ชั้น คือ ชั้นล่าง เป็นการอภิบาลระดับพื้นที่ของ รพ.สต. และการอภิบาลในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นระดับการกำกับดูแลของ รพ.สต. ในภาพรวมทั้งจังหวัด ดังจะได้กล่าวถึงแต่ละระดับต่อไปนี้

ลักษณะภาศิภาคส่วนในเขตพื้นที่ รพ.สต. ที่ศึกษา

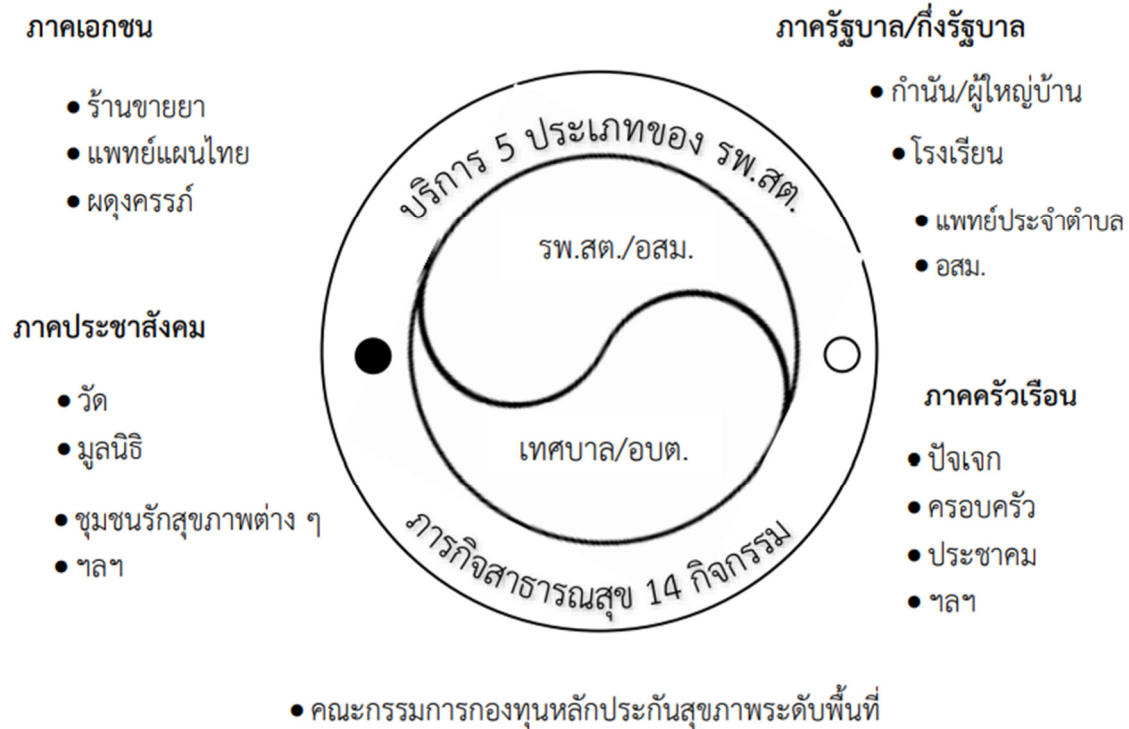
การประเมินการอภิบาลภายใต้การวิจัยนี้เป็นการประเมินการสร้างความร่วมมือจากพหุภาศิที่มีส่วนได้เสียในการมีสุขภาพดีของประชาชนในเขตพื้นที่ของ 4 ภาคส่วนหลัก คือ (1) ภาครัฐ (2) ภาคพลเมือง (3) ภาคประชาสังคม และ (4) ภาคเอกชน สรุปได้ดังภาพที่ 4 โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มภาศิแกนกลางและกลุ่มภาศิแกนหมุน ทั้งนี้แสดงได้ดังแผนภาพที่ 5

1. ภาศิแกนกลางการขับเคลื่อนสุขภาวะในพื้นที่

กลุ่มแกนกลางหรือแกนนำในการขับเคลื่อนสุขภาวะในเขตพื้นที่ของ รพ.สต. ที่แสดงไว้ดังภาพที่ 5 ประกอบด้วย แกนหลัก 2 แกนที่ทำหน้าที่สอดประสานกัน คือ

1) กลุ่ม รพ.สต. และ อสม. ที่ทำหน้าที่ให้บริการ 5 ประเภทของ รพ.สต. คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และประคับประคองสุขภาพ โดยมี รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และได้รับการสนับสนุนการทำงานจาก อสม. ในพื้นที่ ทั้งนี้ทั้ง รพ.สต. และ อสม. ต่างก็มีเป้าหมายร่วมกัน คือ ต้องการให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดี และต้องการนำสุขภาวะที่ดีมาสู่กลุ่มเป้าหมายของตน

2) เทศบาล หรือ อบต. มีหน้าที่ตามหลักกฎหมายจัดตั้งในการดูแลกิจกรรมสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพประชาชน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดภารกิจจำเป็นทางสาธารณสุข (The Essential Public Health Functions) ไว้ 14 กิจกรรม คือ 1) งานโภชนาการ (Nutrition: N) เป็นการมุ่งส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชน เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโภชนาการทั้งหลาย 2) งานสุขศึกษา (Education: E) เป็นการให้ความรู้กับประชาชนเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม 3) การจัดหา น้ำสะอาดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Water Supply and Sanitation: W) เป็นการจัดหา น้ำสะอาดสำหรับการดำรงชีวิตของประชาชน รวมทั้งการรักษาความสะอาด/สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 4) การเฝ้าระวังควบคุมโรคประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Control: S) เป็นการติดตามเฝ้าระวังและป้องกันโรค ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นเป็นประจำในพื้นที่



ภาพที่ 5 ภาควิชาเครือข่ายกลุ่มมีผลได้เสียทางด้านสุขภาพในพื้นที่ รพ.สต.
ที่มา: จัดทำโดยคณะผู้วิจัย

5) การสร้างภูมิคุ้มกันโรค (Immunization: I) เป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่กลุ่มวัยต่าง ๆ ด้วยการให้ได้รับวัคซีนเพื่อให้มีภูมิคุ้มกันโรคอย่างเพียงพอ 6) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Treatment: T) เป็นการให้บริการรักษาพยาบาลโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เพื่อสกัดกั้น/คัดกรองความเจ็บป่วยในระดับต้น ก่อนจะส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป 7) การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในพื้นที่ (Essential Drug: E) อาทิ ยาสามัญประจำบ้าน ยาตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น 8) การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and Family Planning: M) เป็นการดูแลแม่ (ก่อนคลอด ทำคลอด หลังคลอด) ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ให้เจริญเติบโตตามวัย และวางแผนครอบครัว 9) สุขภาพจิต (Mental Health: M) เป็นการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข 10) ทันตสาธารณสุข (Dental Health: D) เป็นการส่งเสริมดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน 11) การอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health: E) เป็นการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีพ ไม่มีพิษ มลภาวะ สกปรก เป็นต้น 12) การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection: C) เป็นการเฝ้าระวังป้องกันเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค โดยการตรวจสอบ ป้องกันสิ่งบริโภคต่าง ๆ ที่ไม่เป็นอันตรายกับผู้บริโภค 13) การป้องกันอุบัติเหตุและฟื้นฟูสภาพพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุ (Accident and Rehabilitation: A) และ 14) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS: A) เป็นการควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคเอดส์ โดยวิธีการต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

ผลการประเมินสถานการณ์ความร่วมมือระหว่างแกนนำทั้งสอง โดยพิจารณาจาก 3 เกณฑ์ คือ 1) ร่วมมือกันดำเนินการอย่างใกล้ชิดในลักษณะบูรณาการภารกิจระหว่างกันแบบไร้รอยต่อ 2) ทั้งสองแกนนำต่างก็มีขีดความสามารถอย่างเพียงพอตามแผนที่กำหนดไว้ และ 3) มีทรัพยากรอย่างเพียงพอเหมาะสมในการดำเนินการ พบว่า **ทั้ง รพ.สต. และเทศบาล/อบต. ยังมีขีดความสามารถไม่เพียงพอ** เนื่องจากความขาดทรัพยากรในทุกด้าน กล่าวคือ ยังขาดทั้งกำลังคนและกำลังงบประมาณในการทำงาน รวมทั้ง พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีความร่วมมือกันอย่างจริงจัง การดำเนินงานยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ โดยมีเหตุผลอธิบายว่า ต่างก็มีการกิจกรรมรับผิดชอบต่อตัวเองอย่างล้นมือ จึงมองเฉพาะงานประจำของตนที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำวัน ไม่มีเวลา และไม่รู้ว่าจะร่วมมือกันอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับแกนนำในการขับเคลื่อนสุขภาพประจำพื้นที่ คือ ทั้ง รพ.สต. และกองสาธารณสุขของเทศบาล/อบต. ยังไม่เข้าใจหลักการอภิบาลสุขภาพ ตามแนวคิดของระบบสุขภาพปฐมภูมิ WHO และ รพ.สต. ติดดาวอย่างเพียงพอ ดังนั้นสรุปได้ว่า แกนนำด้านการอภิบาลในระดับพื้นที่ยังต้องทำการปรับปรุงอีกตามสมควร

2. ภาวการณ์ในการขับเคลื่อนสุขภาพของ รพ.สต.

กลุ่มภาวการณ์ในการขับเคลื่อนสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ภาวการณ์ คือ

1) **ภาวการณ์รัฐบาลและกึ่งรัฐบาล** ทำหน้าที่สนับสนุนกิจกรรมการขับเคลื่อนของ รพ.สต. ประกอบด้วย ภาวการณ์ที่เป็นองค์กรภาครัฐเต็มรูปแบบ และกลุ่มองค์กรกึ่งภาครัฐ อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน แพทย์ประจำตำบล เป็นต้น

2) **ภาวการณ์พลเมือง** ที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ (1) ปัจเจบุคคลตามกลุ่มวัยต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายในการสร้างสุขภาพของตนเองและชุมชน (2) ครอบครัวที่ยืนเคียงมือกับ รพ.สต. และเทศบาลหรือ อบต. ในการดำเนินการสร้างสุขภาพในพื้นที่ (3) ประชาคมท้องถิ่นที่มีจุดมุ่งหมายทำนองเดียวกัน เป็นอาทิ โดยในทางทฤษฎีภาคส่วนพลเมืองเหล่านี้มีเป้าหมายสำคัญคือ “การดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

ผลการศึกษาพบว่า ในปัจจุบัน รพ.สต. ยังไม่ได้จัดทำกิจกรรมการเสริมพลัง (empowerment) ของชุมชนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างจริงจังแน่นอน รวมทั้งยังไม่มีแผนงาน/โครงการและเป้าหมายที่ชัดเจนว่า จะเสริมสร้างพลังดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร ทั้งในระดับปัจเจก ระดับครอบครัว และระดับชุมชน ว่าควรมีหลักยึดและหลักปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างไร ทำให้การมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองส่วนใหญ่เป็นการให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ รพ.สต. และเทศบาล/อบต. ขอความร่วมมือเป็นครั้ง ๆ ไป ส่วนในด้านความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ปัจจุบันยังอยู่ในระดับต่ำมาก กิจกรรมที่ดำเนินการอยู่บ้าง อาทิ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การควบคุมการกินของผู้สูงอายุ และการร่วมมือกันดูแลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3) **ภาวการณ์ประชาสังคม** กลุ่มประชาสังคมในพื้นที่ รพ.สต. ที่พบมากได้แก่ วัด มูลนิธิ(ที่เข้ามาช่วยเหลือ) และองค์กรสาธารณะประโยชน์ต่าง ๆ เป็นอาทิ อย่างไรก็ตามภาคส่วนประชาสังคมเหล่านี้มีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพของสังคมอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือ จะเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อได้รับการร้องขอ จาก รพ.สต. และเทศบาล/อบต. เช่น การร้องขอความร่วมมือใน

การป้องกันโรคระบาด หรือขอความร่วมมือในการรักษาความสะอาด เป็นต้น

4) ภาคเอกชนในพื้นที่ ที่สำคัญ อาทิ (1) กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นวิชาชีพแผนโบราณ ผดุงครรภ์ แผนไทย และแผนปัจจุบันก็ตาม และ (2) กลุ่มร้านขายยาทั้งแผนปัจจุบัน แผนไทย และแผนโบราณ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีจำนวนไม่มาก และพบว่ามียาหลักในการแสวงหารายได้ตามอาชีพของตน โดยไม่ค่อยมีบทบาทในการอภิบาลสุขภาวะสังคมมากนัก

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า โครงสร้างภาคีความร่วมมือในระดับพื้นที่ยังไม่ได้มีการจัดระเบียบ (non-arrangement) ให้เกิดพลังความร่วมมือที่ดี ดังนั้นจึงถือได้ว่าการอภิบาลในระดับพื้นที่ยังควรได้รับการปรับปรุงพัฒนา/เพิ่มเติมให้เข้มแข็ง

การอภิบาลโดยการนำองค์กรและการบริหารโดยคณะกรรมการ

จากผลการศึกษา มีข้อค้นพบว่า การดำเนินการของ รพ.สต. ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน ได้ยึดหลักภาคีการมีส่วนร่วม ผ่านรูปแบบคณะกรรมการ 3 คณะ คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. และหรือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และคณะกรรมการแก้ปัญหาระดับท้องถิ่น ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการชุดนี้เกิดขึ้นเนื่องจากเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2548 ที่มีเป้าหมายในการพัฒนาระบบสาธารณสุขตั้งแต่อำเภอลงไปถึงระดับ รพ.สต./สอ. ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการชุดนี้ขึ้นทำหน้าที่ “ประสานการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ รวมทั้งติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน รพ.สต.” เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (ในยุคนั้น) โดยองค์ประกอบหลักของ คปสอ. ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนส่วนโรงพยาบาล ผู้แทนหัวหน้าสถานีอนามัย/รพ.สต./พยาบาลวิชาชีพในเครือข่าย ผู้แทนส่วนสาธารณสุขอำเภอหรือนักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น เทศบาล โรงพยาบาล เอกชน ฯลฯ) และอื่น ๆ ที่เห็นเหมาะสม โดยกำหนดให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้พิจารณาแต่งตั้งประธาน โดยความเห็นชอบของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และเสนอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง

ผลการศึกษา พบว่า หลังจากการถ่ายโอนไป 6 เดือน รพ.สต. เกือบร้อยละ 80 ยังคงทำงานร่วมกับ คปสอ. เหมือนเดิม เนื่องจากมีการประชุม คปสอ. ทุก 1-2 เดือน รวมทั้งยังคงมีการติดต่อประสานงานในด้านต่าง ๆ ร่วมกับ รพ. สต. อปท. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งไม่จริงจังและ/หรือให้ความสำคัญในการประชุมบ่อยลง กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นการประชุมตามวาระสามัญที่กระทรวง สธ. กำหนดไว้ให้โดยมิได้นำผลงานหรือเป้าหมายสุขภาวะมาหารือกันอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม มี รพ.สต. ส่วนน้อยหรือประมาณร้อยละ 10 ยังคงมีการทำงานร่วมกับ คปสอ. เป็นครั้งคราวในลักษณะได้รับเชิญเข้าร่วมการประชุมเป็นครั้งคราว เพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ส่วนที่เหลือจำนวนใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 10 ไม่มีการทำงานร่วมกับ คปสอ. อีกต่อไป เนื่องจากภายหลังการถ่ายโอนทั้ง สสอ. และโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มีความเข้าใจ

ว่าไม่เกี่ยวข้องกันแล้ว

2) คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. เป็นคณะกรรมการที่กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมให้จัดตั้งขึ้น มีเป้าหมายในการแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อพัฒนา รพ.สต. ให้เป็นองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ องค์คณะของคณะกรรมการส่วนใหญ่มาจาก 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ (อาทิ โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เอง รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง) ภาคประชาสังคมและกึ่งภาครัฐ (อาทิ อสม. ผู้แทนชุมชน ผู้นำท้องถิ่นและผู้นำท้องที่) ภาควิชาการ (อาทิ ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสาธารณสุข)

ส่วนวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. ก็เพื่อแสวงหาการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการส่งเสริม สนับสนุน กิจการของ รพ.สต. ให้ รพ.สต. มีขีดความสามารถสูงขึ้นในการให้บริการแก่ประชาชน ส่วนลักษณะการทำงานทำโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมในลักษณะภาคีเครือข่าย โดยให้อำนาจผู้อำนวยการ รพ.สต. สามารถออกคำสั่งแต่งตั้งบุคคลได้ตามความเหมาะสม

ส่วน “คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่” เป็นแหล่งเงินสนับสนุนการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต. อีกแหล่งหนึ่ง ที่ สปสช. จัดสรรให้ผ่านเทศบาลหรือ อบต. โดย รพ.สต. สามารถจัดทำโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนได้ ส่วนการพิจารณาอนุมัติเงินสนับสนุนต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารกองทุน ซึ่ง ผอ.รพ.สต. ส่วนใหญ่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการบริหารกองทุนด้วย

ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 90 ยังคงได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคณะกรรมการจะมีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนเป็นประจำในด้านการใช้เงินจากกองทุนนี้ รพ.สต. ส่วนน้อยที่ระบุว่าได้รับการสนับสนุนบ้าง แต่ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่ได้รับการสนับสนุนเลย เนื่องจากไม่ได้เขียนโครงการเพื่อขอทุนโดยให้เหตุผลว่า ไม่มีบุคลากรและเวลาเพียงพอ

3) คณะกรรมการแก้ปัญหาระดับพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า หลังการถ่ายโอน รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 80 ยังคงมีการทำงานร่วมกับคณะกรรมการแก้ปัญหาระดับพื้นที่ เนื่องจากคณะกรรมการแก้ปัญหาระดับพื้นที่ประกอบด้วย ตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสมกับแต่ละปัญหาของแต่ละพื้นที่ เช่น คณะกรรมการแก้ไขปัญหাসุภาพชุมชน ประกอบด้วย ตัวแทนที่เป็นราชการ ได้แก่ นายก อบต., ผอ.รพ.สต., กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/คณะกรรมการหมู่บ้าน ส่วนตัวแทนที่ไม่เป็นราชการ ได้แก่ อาสาสมัคร ชาวบ้าน อสม. ภาคส่วนอื่น ได้แก่ ผู้นำสถานศึกษา ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน คณะกรรมการชุดนี้ใช้วิธีทำงานแบบร่วมกันจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสุภาพในชุมชนตามกลุ่มวัย และร่วมกันทำประชาคมเพื่อทราบปัญหาการปฏิบัติงานเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหา เหมือนกับก่อนการถ่ายโอน อย่างไรก็ตามมี รพ.สต. ส่วนน้อยที่มีการทำงานร่วมกับคณะกรรมการแก้ปัญหาระดับพื้นที่ในบางเรื่อง ที่เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและต้องแก้ไขเร่งด่วน และเป็นนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่น โดยอำนาจการตัดสินใจที่แท้จริงจะขึ้นกับผู้บริหารท้องถิ่นหรือข้าราชการการเมืองเป็นหลัก

ภาคีการมีส่วนร่วมจากภาคพลเมืองและประชาสังคม

ภาคีการมีส่วนร่วมจากภาคพลเมืองและประชาสังคม เป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ การมีส่วนร่วมจากภาคพลเมืองและประชาสังคมมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนและพลเมืองในพื้นที่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม โดยมีเกณฑ์สำคัญที่ใช้ในการประเมิน คือ รูปแบบภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผนและดำเนินการกิจกรรมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม จิตสำนึกของภาคีเครือข่ายในการร่วมเป็นเจ้าของการจัดการกับปัญหาในพื้นที่ และหลังการถ่ายโอนร้อยละภาคีเครือข่ายที่ยังมีผลงานเชิงประจักษ์ และมีความยั่งยืนเกิน 3 ปี ปรากฏข้อค้นพบจากการศึกษา ดังนี้

1) รูปแบบภาคีเครือข่ายภาคพลเมืองและประชาสังคม ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ได้ร่วมมือกับ อบต. หรือเทศบาลในพื้นที่ทำการจัดตั้งภาคีเครือข่ายหรือชุมชนเครือข่ายขึ้นในลักษณะต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนเป้าหมายของบริการสุขภาพปฐมภูมิ อาทิ ชมรม อสม. ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ชมรมกีฬาเพื่อสุขภาพ ชมรมรักษาความสะอาด ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัคร วัด โรงเรียน แกนนำเยาวชน เป็นต้น โดยภาคีเครือข่ายเหล่านี้มีการทำงานขับเคลื่อนสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ตามวิถีทางที่ตัวเองเห็นเหมาะสม การทำงานประสบความสำเร็จบ้างไม่สำเร็จบ้างขึ้นอยู่กับความตั้งใจและความเอาใจใส่ของแกนนำ (คือ รพ.สต. และเทศบาล/อบต.) รวมทั้งมีช่องทางการติดต่อสื่อสารประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ รพ.สต. ส่วนน้อย ที่มีการดำเนินการกิจกรรมสุขภาพร่วมกันเป็นครั้งคราวหรือเป็นบางประเด็นที่มีความสำคัญ

2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผนและดำเนินการกิจกรรมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมผลการศึกษาพบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการกิจกรรมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมบ้างเป็นบางเรื่องหรือบางวาระ โดยอาจมีการพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ หรือมีการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นกิจลักษณะตามวาระโอกาส ในขณะที่มีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เข้มข้น และครอบคลุมทุกมิติ โดยกิจกรรมการมีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ จัดลำดับความสำคัญปัญหา วางแผนปฏิบัติการร่วมกัน รวมถึงการประเมินผล รายงานผล จัดประชุมสัมมนาเพื่อคืนข้อมูลแก่ชุมชน

3) จิตสำนึกของภาคีเครือข่ายในการร่วมเป็นเจ้าของการจัดการกับปัญหาในพื้นที่ จิตสำนึกในการเป็นเจ้าของ ถือเป็นดัชนีชี้วัดความผูกพันที่สำคัญในการร่วมกันจัดการปัญหาในพื้นที่ ผลการศึกษา พบว่า รพ.สต. ครึ่งหนึ่งมีภาคีเครือข่ายที่มีจิตสำนึกร่วมเป็นเจ้าของในการจัดการกับปัญหาในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง และมีจำนวนใกล้เคียงกันที่ภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมจัดการปัญหาในพื้นที่ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวเองทั้งในด้านผลประโยชน์และผลกระทบ อาทิ ปัญหาขยะ ปัญหาสุขภาพ กิจกรรมรณรงค์การออกกำลังกาย การป้องกันการแพร่ระบาดของไข้เลือดออก การรณรงค์ป้องกันยาเสพติด เป็นต้น

4) หลังการถ่ายโอนร้อยละภาคีเครือข่ายที่ยังมีผลงานเชิงประจักษ์ และมีความยั่งยืนเกิน 3 ปี เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงความมั่นคงยั่งยืนของภาคีเครือข่าย ผลการศึกษา พบว่า มี รพ.สต. เกือบร้อยละ 60 ที่ภาคีเครือข่ายมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ และมีความยั่งยืนเกิน 3 ปีครอบคลุม

ทุกประเด็นปัญหาในชุมชน และมีบางกิจกรรมที่ได้รับรางวัล อาทิ อาสาสมัครด้านแพทย์แผนไทย การลดอุบัติเหตุทางถนน การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นการทำงานร่วมกันของเครือข่าย แพทย์ อสม. ตำรวจ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำชุมชน ในขณะที่ รพ.สต. ส่วนน้อยที่มีภาคีเครือข่ายมีการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนต่อเนื่องเกิน 3 ปี เป็นบางเรื่อง อาทิ การรณรงค์ป้องกันยาเสพติด มีการจัดแข่งขันกีฬาเยาวชนระหว่างหมู่บ้าน รณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

การมีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของ รพ.สต.

ตามเกณฑ์มาตรฐานของ รพ.สต. ตีตรา ว่าด้วยการบริหาร/จัดการที่ดี กำหนดให้ รพ.สต. ต้องทำงานโดยมีแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ชัดเจน โดยแผนปฏิบัติงานนั้นต้องครอบคลุม 2 มิติ คือ มิติบริการและมิติภายในและภายนอกโรงพยาบาล การประเมินการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของ รพ.สต. ได้นำเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต. ตีตรา มาประยุกต์ใช้ในการประเมิน 2 เกณฑ์ คือ (1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และ (2) มีผลการปฏิบัติงานตามแผนที่เป็นรูปธรรม โดยปรากฏผลการประเมินเป็นรายเกณฑ์ ดังนี้

1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ผลการประเมินพบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) มีการจัดทำแผนปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วยแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพประจำเดือนและประจำปีร่วมกับภาคีเครือข่าย แผนปฏิบัติการเครือข่ายบริการ (Contracting Unit of Primary Care: CUP) และแผนพัฒนาของ อบจ. รวมทั้งได้มีการนำแผนงานมาปฏิบัติโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการตามแผนงานดังกล่าวเป็นการขอสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. และจากองค์การบริหารส่วนตำบลทุกปี เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัยและกลุ่มเป้าหมายตามปัญหาที่พบในแต่ละพื้นที่

ส่วน รพ.สต. ส่วนน้อยระบุว่ามีการจัดทำแผนด้านสุขภาพทุกปีงบประมาณ แต่การปฏิบัติตามแผนจะดำเนินการตามโอกาส และความเหมาะสม รวมทั้งการดำเนินการบางเรื่องที่ไม่มีแผนปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานยุ่งยากและใช้เวลานาน ประกอบกับแผนสุขภาพบางส่วนไม่สามารถดำเนินการได้จริงเนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน แต่บางกิจกรรมอยู่นอกแผน กล่าวคือเป็นงานสำคัญหรืองานนโยบายที่แทรกเข้ามา ทำให้ต้องมีการปรับแผนงานเพื่อให้เข้ากับบริบทของพื้นที่และสถานการณ์

2) มีผลการปฏิบัติงานตามแผนที่เป็นรูปธรรม ผลการศึกษา พบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ มีผลการปฏิบัติงานตามแผนที่เป็นรูปธรรมตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ และสามารถตรวจวัดเป็นเชิงปริมาณตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รวมทั้งสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับองค์กรภาคีในชุมชนและประชาชนร่วมกิจกรรมได้เป็นอย่างดี ในขณะที่ รพ.สต. ส่วนน้อยมีผลการปฏิบัติงานบางกิจกรรมยังไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดการรวบรวมผลการปฏิบัติงานให้เป็นรูปธรรม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ในด้านการมีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) มีแผนและผลการดำเนินการตามแผนที่เป็นไปตามเกณฑ์ รพ.สต. ตีตรา แต่ยังมี รพ.สต. ส่วนน้อย (ร้อยละ 25) ที่มีแผนปฏิบัติ แต่การดำเนินการไม่ค่อยเป็นไปตามแผน โดยอ้างว่า

ไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแผนได้ เนื่องจากระหว่างปีมีเหตุแปรเปลี่ยนแทรกเข้ามา มาก ซึ่งเป็นอย่างนี้มาตั้งแต่ก่อนการถ่ายโอนแล้ว

องค์ประกอบสำคัญของระบบการจัดการ

องค์ประกอบสำคัญของระบบการจัดการแต่ละ รพ.สต. ยึดหลักเกณฑ์ของ รพ.สต. ติดตาม ซึ่ง ประกอบด้วย 3 เกณฑ์หลัก คือ 1) การมีระบบบัญชีและการจัดการทางบัญชีที่ได้มาตรฐานตามหลักการบัญชี 2) การมีระบบการจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนระบบบริการที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 3) มีการจัดการสถานที่ทำงานและสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ทำงานที่ได้มาตรฐาน โดยมีผลการประเมินเป็นรายเกณฑ์ ดังนี้

1) มีระบบบัญชีและการจัดการทางบัญชีที่ได้มาตรฐานตามหลักการบัญชี ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) ยังไม่มีระบบบัญชีและการจัดการทางบัญชีที่ได้มาตรฐานตามหลักบัญชีสากล แต่มีระบบบัญชีเฉพาะของตนเพื่อจัดทำรายงานให้กับ อบจ. ทุกเดือน รวมทั้ง มีนักการบัญชีภายนอกมาตรวจสอบเป็นประจำทุกปี อนึ่งเนื่องจากอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านระบบบัญชีใหม่มีความแตกต่างจากที่เคยใช้ตอนที่ยังอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้ง รพ.สต. แต่ละจังหวัดและแต่ละขนาดของ รพ.สต. ต่างก็มีการจัดทำบัญชีที่แตกต่างกัน ไม่มีมาตรฐานกลางทางบัญชี อีกทั้งส่วนใหญ่ยังขาดแคลนบุคลากรด้านการบัญชีโดยตรง การจัดการทางบัญชีจึงขึ้นกับบุคลากรที่ ผอ.รพ.สต. มอบหมาย

2) มีระบบจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนระบบบริการที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นการศึกษาความสอดคล้องในการจัดสรรทรัพยากรของ รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.75) ยังมีระบบจัดการทรัพยากรที่สอดคล้องที่ขึ้นกับโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายมีฐานะเป็น CUP ในการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายรายหัวที่ สปสช. ส่งมอบมาให้ ในขณะที่ รพ.สต. ส่วนน้อยมีข้อขัดข้องบางประการ เนื่องจากในช่วงที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลแม่ข่ายคอยให้ความช่วยเหลือ ดูแล และสนับสนุน แต่หลังการถ่ายโอน รพ.สต. จำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 10) ขาดการเชื่อมโยงกับแม่ข่าย ทำให้การดำเนินงานบางกิจกรรมมีปัญหาอุปสรรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการยาและเวชภัณฑ์

3) มาตรการจัดการสถานที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ทำงาน เป็นการพิจารณา มาตรฐานการจัดการสถานที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ทำงาน ของ รพ.สต. เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการเอาใจใส่ดูแลสิ่งแวดล้อม และรักษาความสะอาดบริเวณ รพ.สต. ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) มีการจัดการสถานที่ทำงานและสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ทำงานตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & clean Sub-district health promoting hospital และกิจกรรม 5 ส. ส่วนในด้านการปฏิบัติ รพ.สต. มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลอาคารสถานที่ทำงานให้เป็นระบบระเบียบ สะอาด สวยงาม มีการแยกห้องน้ำสำหรับชาย-หญิง จัดให้มีถังแยกขยะ และมีสถานที่จัดเก็บขยะติดเชื่อเพื่อรอนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่กำหนด อย่างไรก็ตามมี รพ.สต. ส่วนน้อย ผลคือ รพ.สต. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากเหตุผลต่าง ๆ อาทิ มีห้องน้ำไม่เพียงพอสำหรับผู้รับบริการ ยังไม่มีห้องน้ำสำหรับบุคคลที่ต้องอำนวยความสะดวกเป็นพิเศษ (ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์) ไม่มีทางลาดสำหรับรถเข็นผู้ป่วยหรือผู้พิการ ไม่มีสถานที่พักขยะเพื่อรอการกำจัดที่ได้มาตรฐาน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ระบบการจัดการของ รพ.สต. ยังมีปัญหาอยู่ไม่น้อย เมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดตาม กำหนดทั้ง 3 เกณฑ์ข้างต้น กล่าวคือ ระบบบัญชีส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐานสากล นอกจากนั้นระบบการจัดการทรัพยากรยังมีปัญหาต้องแก้ไขต่อไป

การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด

การอภิบาลในระดับจังหวัด เป็นการอภิบาลเชิงกำกับดูแล สนับสนุน ส่งเสริม รวมทั้งการควบคุมการดำเนินงาน รพ.สต. ในสังกัดให้ดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล ตามเป้าหมายของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการศึกษาในภาพรวม พบว่า ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. จำเป็นต้องร่วมมือกันในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพะ ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มาตรา 30 ที่มีสาระสำคัญ คือ การส่งเสริมให้ รพ.สต.เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ โดยบูรณาการทรัพยากร ติดตามดูแลการดำเนินการ รวมทั้งประสานให้เกิดเครือข่ายบริการรับส่งต่อกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นในพื้นที่นั้นหรือพื้นที่อื่น ส่วนผลการศึกษาประเด็นย่อยที่สำคัญ มีดังนี้

1. ความร่วมมือและบูรณาการภารกิจระหว่าง อบจ. และ สสจ.

ผลการศึกษาพบว่า ทุกฝ่ายในระดับจังหวัดมีความเห็นตรงกันว่า การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบูรณาการอย่างใกล้ชิดระหว่าง อบจ. กับ สสจ. โดย อบจ. มีบทบาทเป็นฝ่ายปฏิบัติการในพื้นที่ ที่ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากฝ่ายสาธารณสุขหลายประการ คือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางวิชาการสุขภาพปฐมภูมิทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากฝ่ายสาธารณสุขมีความรู้ความชำนาญทางวิชาการสูง และมีประสบการณ์มานาน สนับสนุนส่งเสริมในทางวิชาการความร่วมมือดังกล่าวควรครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้

- 1) การเชื่อมโยงระบบนำส่งรับกลับผู้ป่วยระหว่างระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิพร้อมทั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ
- 2) จัดให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญไปร่วมให้บริการเป็นครั้งคราว
- 3) สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร ทั้งความรู้และทักษะโดยการฝึกอบรม หรือวิธีการอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสม (4) ร่วมมือในการจัดหาจัดสรรทรัพยากรทางการเงินผ่าน CUP เพื่อให้ รพ.สต. และ โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับการจัดสรรอย่างเป็นธรรม
- 4) ร่วมมือในการจัดหาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับความจำเป็นของ รพ.สต.
- 5) ร่วมมือในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้ได้ระบบสารสนเทศที่ดี ทั้งในระดับ รพ.สต. จังหวัด (อบจ. & สสจ.) รวมทั้งระดับประเทศ
- 6) ร่วมมือในการจัดทำแผนบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกัน และแบ่งภาระความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน
- 7) ร่วมมือในการจัดระบบติดตามกำกับดูแล (Monitoring System) และระบบประเมินผลระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดร่วมกันให้ครอบคลุมทั้งด้านวิชาการและด้าน

ปฏิบัติการ และ

- 8) ความร่วมมือกันพัฒนาปรับปรุงระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

2. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

กสพ. เป็นกลไกหลักในการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัด ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ มีองค์ประกอบแบบพหุภาคี อันประกอบขึ้นด้วยภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาลในระดับจังหวัดมีนายก อบจ. เป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นรองประธาน และ ปลัด อบจ. เป็นกรรมการและเลขานุการ ในด้านอำนาจหน้าที่ของ กสพ. โดยสรุปคือ มีหน้าที่ โดยทั่วไปในการเป็นหมุดเชื่อมโยงเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่ อบจ. รับผิดชอบ กิจกรรมของ กสพ. ครอบคลุมถึงการกำหนดนโยบาย การบริหาร นโยบาย/แผนงานต่าง ๆ บนพื้นฐานของโครงสร้างแบบพหุภาคีการอำนวยการ (directing) และการควบคุมกำกับดูแล (monitoring) สนับสนุน (facilitating) การประเมินผล (evaluation) และการปรับปรุงพัฒนา (improving) เป็นอาทิ

กสพ. มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการด้านต่าง ๆ ขึ้น เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามที่เห็นเหมาะสม เช่น อนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ระดับอำเภอ หรืออนุกรรมการกำกับดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เป็นต้น

ผลการวิจัยพบว่า ทุกจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอน รพ.สต. ต่างก็ได้แต่งตั้งกรรมการชุดนี้ขึ้นแล้ว โดยมีการประชุมเพื่อปรึกษาหารือเรื่องการรับการถ่ายโอน และรับทราบปัญหาของ รพ.สต. ตลอดจนมีมติแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยแต่ละจังหวัดได้ประชุมมาแล้วโดยเฉลี่ย 1.5 เดือนครั้ง ซึ่งผลของการประชุม(ประมาณร้อยละ 60.18) ได้นำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติจากภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นส่วนใหญ่ แต่บางจังหวัด(ประมาณร้อยละ 49.82) ยังมีข้อขัดข้องในการปฏิบัติอยู่บ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความร่วมมือระหว่างกันน้อยระหว่าง 2 หน่วยงานหลักคือ อบจ. และ สสจ. ไม่คล่องตัวในการประสานความร่วมมือตามเจตนารมณ์ของความร่วมมือระหว่างภาคี แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามี 1 จังหวัด (จาก 8 จังหวัด) มีความขัดแย้งระหว่าง อบจ. และ สสจ. อย่างชัดเจน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การอภิบาลในระดับจังหวัดมีกลไกหลักคือ กสพ. ซึ่งเป็นกลไกแบบพหุภาคีมีอำนาจหน้าที่ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปยัง อบจ. อย่างไรก็ตามเนื่องจากขณะเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย (6 เดือนหลังได้รับการถ่ายโอน) ทุกจังหวัดได้จัดตั้ง กสพ. ขึ้นแล้ว แต่การดำเนินการให้เป็นไปตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามที่ ก.ก.ถ. กำหนดไว้ ยังปฏิบัติไปได้ไม่มากนัก เนื่องจากเพิ่งเริ่มต้นและอยู่ระหว่างการเรียนรู้เพื่อหาทางบูรณาการร่วมกัน

3. การติดตามกำกับดูแลระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัด

การกำกับดูแลมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้การปฏิบัติงานของ รพ.สต. เป็นไปตามเป้าหมาย การกำกับดูแลครอบคลุมทั้งด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติงานตามแผน ผลการศึกษาพบว่า ทุก อบจ. ยังไม่มีระบบการกำกับดูแลเป็นของตนเอง แต่โดยอนุโลมนำระบบกำกับดูแลที่กระทรวงสาธารณสุขเคยถือปฏิบัติมาใช้ไปพลางก่อน ทั้งนี้โดยอ้างว่าจนกว่า กสพ.

ของแต่ละจังหวัดมีความเข้มแข็งจนสามารถกำหนดระบบการกำกับขึ้นมาใช้เป็นการเฉพาะของ
ตัวเองได้

การอภิปรายและเสนอแนะ

โดยตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นตัวแบบที่ตั้งอยู่บนฐานคติที่ว่า สาเหตุหลักของความ
เจ็บป่วยเกิดจากปัจจัยทางพฤติกรรมสังคม กล่าวคือหากสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ก็ย่อมทำ
ให้อัตราป่วยเบาบางลง เนื่องจากสังคมจะสามารถสร้างสุขภาพของตนให้แข็งแรง มีภูมิต้านทาน
โรคสูงขึ้น และสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในขอบเขตที่จำกัดได้ โดยนัย
ดังกล่าวประกอบกับผลการศึกษาที่ต่อเนื่องมาหลายปี องค์การอนามัยโลกจึงมุ่งเน้นความสำคัญ
ไปที่การส่งเสริมควบคุมปัจจัยทางสังคมให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยอาศัยแนวคิดหลักคือ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้นการสร้างสุขภาพทางสังคม จึงขึ้นกับขีดความสามารถในการ
เหนี่ยวนำให้สังคมเกิดการตื่นรู้ เข้าใจ และรักษาดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

“การอภิบาล” เป็นองค์ประกอบหรือชิ้นส่วนหลักชิ้นหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ การ
อภิบาลดังกล่าว สื่อความหมายไปถึงกระบวนการบริหาร/จัดการโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคี
เครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แจกแจงเอาไว้เป็น 5 หลัก ดังนี้
(1) การอภิบาลโดยการสร้างความร่วมมือ (2) การอภิบาลโดยการสร้างพันธมิตรผูกพัน (3) การ
อภิบาลโดยการกำกับดูแลและสร้างแรงจูงใจ (4) การอภิบาลโดยผ่านทางองค์กรอิสระและ
หน่วยชำนาญการ (5) การอภิบาลผ่านนโยบายที่สามารถปรับตัวเก่ง ยืดหยุ่น และมองการณ์
ล่วงหน้า

ดังนั้นในการอภิปรายผลและเสนอแนะตามผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะทำการอภิปรายโดยยึด
หลักตัวแบบการอภิบาลด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาเป็นกรอบแนวทาง ทั้งนี้ตัวแบบ
ดังกล่าวยึดหลักการอภิบาล 5 หลัก ดังต่อไปนี้

1) การอภิบาลด้วยการสร้างความร่วมมือกัน (Governing through Collaboration) เป็น
การอภิบาลโดยใช้ยุทธวิธีการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่าย เพื่อนำเอาความรู้และทักษะ
ขององค์กรจากภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาทำงานแบบเกื้อกูลกันในลักษณะพันธมิตรร่วมมือที่มี
เป้าหมายร่วมกัน โดยเฉพาะความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. สอม. และกองสาธารณสุขของ
เทศบาล/อบต. ซึ่งต่างก็มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยตรงจึงควรจะมีความแนบ
แน่นในเป้าหมายร่วมกัน

จากผลการศึกษาพบว่า การอภิบาลด้านสุขภาพภายใต้ยุทธวิธีนี้เป็นการทำงานร่วมกันของ
กลุ่มแกนกลางในการขับเคลื่อนสุขภาพในเขตพื้นที่ของ รพ.สต. คือ กลุ่ม รพ.สต. และ สสม. ที่
ทำหน้าที่ร่วมกันในการให้บริการ 5 ประเภทของ รพ.สต. คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ส่วนความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.
กับเทศบาล หรือ อบต. ยังเป็นความร่วมมือที่เบาบาง ยังไม่มีอุดมการณ์เชิงสุขภาพร่วมกัน ต่าง
ก็ทำหน้าที่ตามหลักกฎหมายจัดตั้งในการดูแลกิจกรรมของตนเป็นหลัก ผลการประเมิน
สถานการณ์การอภิบาลสุขภาพระหว่างแกนกลางหรือแกนนำทั้งสามยังไม่แนบแน่นเท่าที่ควร
เนื่องจากยังมีความรู้สึก “อยู่คนละสังกัด” กล่าวคือ รพ.สต. สังกัด อบจ. สสม. สังกัดต่อ
สสจ. และกองสาธารณสุขของเทศบาล/อบต. ต่างก็มีความคิดว่าอยู่คนละสังกัดทำให้การ
อภิบาลยังไม่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ยังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำโดยมีเหตุกล่าวอ้างคือต่างก็มี

ความรับผิดชอบตามภารกิจของตัวเออย่างล้นมือ รวมทั้ง รพ.สต. และ อบต./เทศบาล ยังขาด
แนวทางประสานความร่วมมือ

ข้อเสนอแนะ

โดยนัยดังกล่าว คณะวิจัยจึงมีความเห็นว่า มีความจำเป็นต้องเพิ่มความเข้มแข็งในความ
ร่วมมือจาก 3 หน่วยงานหลักดังกล่าวให้มากขึ้น โดยจัดให้มี (1) ภาควิชาสุขภาพปฐมภูมิขึ้นในพื้นที่
ของ รพ.สต. และ เทศบาล/อบต. โดยให้ รพ.สต. และเทศบาล/อบต. ร่วมกันพิจารณาแต่งตั้ง
ภาควิชาดังกล่าว ภายใต้กรอบแนวทางที่ กสพ. ของแต่ละจังหวัดกำหนด สำหรับองค์ประกอบของ
ภาควิชาควรพยายามครอบคลุมภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2) การอภิบาลการสร้างการพันธะผูกพัน (Governing through Engagement) เป็น
ยุทธวิธีการอภิบาลที่ต้องสร้างเจตนารมณ์หรืออุดมการณ์ร่วมในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย
ร่วมกันของภาควิชาเครือข่ายชุมชนและสังคม เป้าหมายร่วมดังกล่าวคือ การมีสังคมที่สุขภาพดี โดย
การพัฒนาพันธะผูกพันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ให้เข้มแข็งและหลากหลาย กล่าวคือ ควรการจัด
ให้มีบันไดพันธะผูกพันเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน (Ladder of Engagement) อาทิ การสร้าง
ความรู้ความเข้าใจร่วมกัน การปรึกษาหารือและรับฟังความเห็นร่วมกัน การร่วมกันตัดสินใจ
การเข้าร่วมดำเนินการ การร่วมรับประโยชน์หรือผลกระทบร่วมกัน รวมทั้งการเสริมพลังอำนาจ
ในการขับเคลื่อน (Empowerment) โดยการมอบอำนาจ (Delegated) เพื่อให้แต่ละภาคส่วนมี
บทบาทนำในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับสังคมของตน

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การอภิบาลสุขภาพภายใต้ยุทธวิธีนี้ มีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4 ภาคหลัก คือ ภาครัฐบาลและกึ่งรัฐบาล ภาคส่วนพลเมือง ภาคส่วนประชาสังคม และ
ภาคเอกชนในพื้นที่ โดยการอภิบาลของภาคส่วนดังกล่าวยังเป็นการร่วมมือในระดับที่เบาบาง
กล่าวคือ ในความร่วมมือองค์กรภาครัฐเต็มรูปแบบ และกลุ่มองค์กรกึ่งภาครัฐ อาทิ โรงพยาบาล
แม่ข่าย สาธารณสุขอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน แพทย์ประจำตำบล รวมทั้งหน่วยงานใน
ระดับจังหวัด อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
(สสจ.) เป็นต้น อันเป็นการมีส่วนร่วมตามหน้าที่ทางกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
(มากกว่าการมีส่วนร่วมเชิงอุดมคติร่วมกัน) ส่วนภาคพลเมือง อาทิ ปัจเจกบุคคล ครั้วเรือน กลุ่ม
ในชุมชน เป็นต้น รวมถึงภาคส่วนประชาสังคม อาทิ วัด มูลนิธิ เป็นต้น และภาคเอกชนในพื้นที่
อาทิ กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ ร้านขายยาทั้งแผนปัจจุบัน และแผนไทย มีส่วนร่วมใน
ลักษณะของการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพตามการร้องขอภายใต้การออกแบบและการ
ดำเนินการของกลุ่มแกนกลาง คือ รพ.สต. หรือ อบต. ในพื้นที่

โดยภาพรวม จึงสามารถกล่าวได้ว่าการอภิบาลด้านสุขภาพด้วยยุทธวิธีสร้างพันธะผูกพัน
ในระดับพื้นที่ รพ.สต. พบว่า มีปรากฏการณ์ให้เห็นเป็นรูปธรรมในระดับหนึ่งแล้ว แต่เป็นการ
ผูกพันระหว่างกันในระดับที่เบาบาง อาทิ การสร้างความรู้ความเข้าใจ การปรึกษาหารือหรือ
ประชาคมหมู่บ้าน และการชวนเข้าร่วมกิจกรรมโดยหน่วยงานแกนกลาง ซึ่งการมีส่วนร่วมใน
ระดับดังกล่าวข้างต้นยังไม่มี ความเข้มข้นเพียงพอที่จะสร้างสังคมสุขภาพดีให้กับชุมชนและสังคม
ได้ เนื่องจากจะมีข้อจำกัดด้านอุดมการณ์ร่วมและด้านวิธีการ รวมทั้งความสร้างสรรค์ ความ
เพียงพอด้านงบประมาณและความเพียงพอด้านบุคลากร และความสอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่

ดังนั้นจึงอาจมีความจำเป็นที่จะต้องยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ให้ก้าวไปถึงระดับการเสริมพลัง และการมอบอำนาจการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

พันธะผูกพันร่วมกันเป็นค่านิยมร่วมที่สำคัญในการบันทาลความสำเร็จ หากพันธะผูกพันร่วมมีความเข้มแข็งเพียงพอถึงระดับความเชื่อมั่นจนถึงขั้นผูกพันทางจิตวิสัยก็ย่อมทำให้เกิดพลังภาคีในการขับเคลื่อนได้สูง ในกรณีพฤติกรรมสุขภาพ หากประชาชนและสังคมมีค่านิยมในการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพสูง ก็ย่อมเป็นไปได้สูงที่จะสามารถสร้างสุขภาวะทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างค่านิยมทางสุขภาพ ในแงุ่มบริการสามารถทำได้โดยการศึกษาที่เหมาะสมซึ่งเป็นภารกิจที่ รพ.สต. ต่างก็มีทักษะอยู่แล้วตามสมควร ดังนั้นเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในเรื่องนี้ รัฐบาลควรส่งเสริมให้ รพ.สต. และเทศบาล/อบต. ร่วมกันดำเนินการด้านสุขศึกษาให้เข้มแข็งทั้งในระดับโรงเรียน ชุมชน สังคม โดยวิธีการอันหลากหลาย ซึ่งนักสุขศึกษามีความรู้ความเข้าใจดีอยู่แล้ว รัฐบาลเพียงให้การสนับสนุนด้านนโยบาย ทรัพยากร และช่องทางในการรณรงค์เผยแพร่ ก็จะทำให้ประชาชนเกิดค่านิยมในการดูแลสุขภาพตัวเองและสังคมมากขึ้น อันจะทำให้สามารถลดอัตราป่วยได้อีกทางหนึ่ง

3) การอภิบาลด้วยการผสมผสานการกำกับดูแล (Governing through a Mix of Regulatory and Persuasion) เป็นยุทธวิธีการอภิบาลสุขภาพด้วยการกำกับดูแล การติดตามตรวจสอบ การดูแลช่วยเหลือ และการสร้างแรงจูงใจให้อยู่ในระดับเหมาะสมอยู่เสมอ โดยปกติการกำกับดูแลทำโดยหน่วยงานระดับนโยบาย (Policy maker) หรือหน่วยงานกำกับดูแล (Regulator) เพื่อให้หน่วยงานระดับปฏิบัติ (Implementation unit) ที่เป็นกลไกเชิงพื้นที่สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย

โดยทฤษฎีอภิบาลการทำงานแบบพหุภาคีมีความจำเป็นต้องมีระบบกำกับดูแลรองรับโดยระบบการกำกับดูแลนี้เรียกว่า “อภีภิบาล (meta-governance)” ซึ่งภาควิธีร่วมมือควรทำความเข้าใจร่วมกันว่า ควรจะกำหนดหลักการและวิธีการกำกับดูแลอย่างไร

ผลการวิจัยนี้พบว่า หลังการถ่ายโอนระบบการกำกับดูแลยังมีได้พัฒนาขึ้นให้เป็นรูปธรรม กล่าวคือ การกำกับดูแลในระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนกระทรวงมหาดไทย ยังไม่มีรูปแบบการกำกับดูแลระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจน ส่วนในระดับจังหวัด การกำกับดูแลเป็นความรับผิดชอบของ กสพ. ก็พบเช่นกันว่า กสพ. ยังไม่มีรูปแบบการกำกับดูแลระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นของตนเอง

นอกจากหน่วยงานในระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาลสุขภาพในพื้นที่ของ รพ.สต. แล้วผลการศึกษายังพบว่ายังมีกลไกการกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. และ/หรือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และ คณะกรรมการแก้ปัญหาระดับท้องถิ่น โดย คปสอ. เป็นกลไกที่ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ประสานการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ รวมทั้งติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน รพ.สต.

ส่วนคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. และ/หรือคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นกลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้จัดตั้งขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน แต่มีบทบาท

หน้าที่ที่แตกต่างออกไป โดยคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. มีเป้าหมายในการแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ส่วน“กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่” เป็นแหล่งเงินสนับสนุนการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต. อีกแหล่งหนึ่ง ที่ สปสช. จัดสรรผ่านเทศบาลหรือ อบต. ในขณะที่ คณะกรรมการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ จะทำงานร่วมกับชุมชนโดยตรงในจัดทำแผนแก้ไขปัญหสุขภาพในชุมชน และร่วมกันทำประชาคมเพื่อทราบปัญหาการปฏิบัติงานเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

จากผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่า ภายหลังจากถ่ายโอนการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ คปสอ. น้อยลงเนื่องจากมีความเข้าใจว่าอยู่กันคนละสังกัด ในขณะที่ยังมีการทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ คณะกรรมการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง เพราะมีความเชื่อมโยงกันด้านงบประมาณและที่มาของคณะกรรมการ

จากสถานการณ์ของการกำกับดูแล อาจกล่าวได้ว่า คปสอ. ในฐานะหน่วยงานด้านการกำกับคุณภาพ รพ.สต. ที่เป็นกลไกของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรงมีแนวโน้มจะลดบทบาทลง แม้ว่า อบจ. จะมีการร้องขอให้มีกลไกการกำกับดูแลในรูปแบบเดียวกันกับช่วงก่อนการถ่ายโอน จนกว่าจะมีระบบการกำกับดูแลที่เหมาะสมกว่า ณ จุดนี้อาจทำให้กระบวนการอภิบาลโดยการกำกับดูแลขาดตอนลง ดังนั้น กสพ. จึงควรเร่งรีบกำหนดกลไกส่วนนี้ขึ้นมาให้ชัดเจน โดยต้องคำนึงว่า การกำกับดูแลเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งในการขับเคลื่อน รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การกำกับดูแลระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับการขับเคลื่อนไปอย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ และยุทธศาสตร์ชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย ควรร่วมกันพัฒนาระบบการกำกับดูแลระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติขึ้นให้ชัดเจน โดยระบบการกำกับดูแลดังกล่าวควรสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับหลักการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

4) การอภิบาลผ่านองค์กรอิสระและหน่วยชำนาญการ (Governing through Independent Agencies and Expert Bodies) เป็นยุทธวิธีการอภิบาลสุขภาพที่อาศัยองค์กรอิสระและความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ด้วยการทำงานแบบพันธมิตรที่เกื้อกูลกัน ผลการศึกษาการอภิบาลตามยุทธวิธีนี้ยังไม่ปรากฏภาพที่ชัดเจนโดยเฉพาะการอภิบาลสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอิสระที่ไม่ได้อยู่ในเส้นสายการบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขหรือ อบจ. อาทิ องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือ สถาบันการศึกษา เป็นต้น ส่วนการอภิบาลโดยใช้ยุทธวิธีการอาศัยความเชี่ยวชาญของหน่วยงานพันธมิตรปรากฏค่อนข้างชัดเจนในรูปแบบของความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในส่วนที่ไม่ได้ถูกกำหนดโดยข้อกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ อาทิ การสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร ทั้งความรู้และทักษะ ความร่วมมือในการจัดหาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ความร่วมมือในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

โดยภาพรวม อาจกล่าวได้ว่าการอภิบาลสุขภาพของ รพ.สต. ยังไม่มีการนำยุทธวิธีการ อภิบาลผ่านองค์กรอิสระและหน่วยชำนาญการ มาใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะยุทธวิธีการอภิบาลสุขภาพด้วยการร่วมมือกับองค์กรอิสระที่ไม่ใช่องค์กรในเส้นสาย การบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขหรือ อบจ. ดังนั้นทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. ควรพิจารณาเรื่องนี้โดยนำองค์กรชำนาญการต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัย สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เป็นต้น มาร่วมในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้น

5) การอภิบาลผ่านนโยบายที่มีการปรับตัว มีความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และมีการคาดการณ์ล่วงหน้า (Governing through Adaptive Policy, Resilient and Foresight) เป็นยุทธวิธีการอภิบาลสุขภาพผ่านนโยบายที่มีคุณภาพสูง กล่าวคือนโยบายที่มีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่ซับซ้อนหลากหลายมิติ มีขีดความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และเห็นผลในอนาคตได้อย่างชัดเจน ภายใต้ยุทธวิธีนี้อาจพิจารณานโยบายออกได้เป็น 2 ระดับ คือ นโยบายระดับประเทศที่กำหนด โดยยุทธศาสตร์ชาติและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องสอดคล้องกับนโยบาย สุขภาพของชาติ และนโยบายของ อบจ. ที่เป็นนโยบายที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่โดยคำนึงถึง การถ่ายทอดนโยบายระดับชาติและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษาจะพบว่า ทั้งในระดับชาติได้มียุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพปฐมภูมิอันเป็น การคาดการณ์ล่วงหน้าไว้แล้ว แต่การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติยังมีความเฉื่อยชา ซึ่งอาจ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาลก็ได้ ส่วนนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ ภายใต้สังกัดของ อบจ.เป็นความพยายามในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพปฐมภูมิโดยการ กระจายอำนาจอันเป็นนโยบายของรัฐบาลเดิม ทำให้ รพ.สต. ภายใต้สังกัด อบจ. มีอิสระใน การปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นมากขึ้น รวมทั้งเห็นว่าการ ดำเนินงานด้านสุขภาพปฐมภูมิที่รับผิดชอบโดยองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีความเข้าใจบริบทของ ชุมชนมากกว่าหน่วยงานของรัฐบาลกลาง จึงย่อมจะสามารถตอบสนองประชาชนได้ดีกว่า และ สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากกว่า

อนึ่ง ในสถานการณ์ปัจจุบันอาจจะยังรวดเร็วเกินไปที่จะสรุปว่านโยบายการถ่ายโอน รพ. สต. ไปอยู่ภายใต้ อบจ. จะส่งผลให้การอภิบาลสุขภาพของไทยดีขึ้นอย่างยั่งยืนตามที่คาดหวัง ส่วนในระดับ อบจ. ยังไม่พบเช่นกันว่ามีนโยบายสุขภาพใหม่ที่ชัดเจน อาจเนื่องจากยังอยู่ในช่วง การเปลี่ยนผ่าน อบจ. ก็ยังไม่มี ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายตาม ทิศทางที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ โดยยังเป็นการดำเนินการในรูปแบบเดียวกับก่อนการถ่าย โอนอันเป็นรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ โดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐานของ รพ.สต. ติด ดาว ที่พบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังสามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานที่กำหนดทั้งในเรื่องการ จัดทำแผน ระบบการจัดการ และมาตรฐานที่ทำงานเช่นเดียวกับในช่วงก่อนการถ่ายโอน

ข้อเสนอแนะ

โดยภาพรวม สามารถกล่าวได้ว่า ระบบการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยได้มีความ พยายามในการใช้ยุทธวิธีการการอภิบาลผ่านนโยบายที่มีการปรับตัว มีความสามารถในการ

รับมือกับการเปลี่ยนแปลง และมีการคาดการณ์ล่วงหน้า โดยนโยบายที่มีนัยสำคัญและเป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ การถ่ายโอนกลไกขับเคลื่อนสุขภาพปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. ไปอยู่ในสังกัดของ อบจ. เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวของ รพ.สต. ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ได้ดีขึ้น โดยอาจคาดหวังได้ว่าจะสามารถสร้างให้สังคมไทยมีสุขภาพที่ดีในทุกระดับทั้งระดับปัจเจกชนครัวเรือน ชุมชน และสังคม ในอนาคตหากการอภิบาลในระดับจังหวัดได้รับการดูแลให้ดียิ่งพอ

แต่เนื่องจากการถ่ายโอนยังใหม่ และ อบจ. เองก็ยังไม่ต่อการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้น อบจ. ควรร่วมมือกับ สสจ. ในการกำหนดรูปแบบการอภิบาลให้เหมาะสมทั้งจังหวัด และนำรูปแบบนั้นมาใช้โดยด่วน หากล่าช้าอาจก่อให้เกิดความเสียหายตามมาได้

สรุปและเสนอแนะเพิ่มเติม

บทสรุป

สืบเนื่องจากในปีงบประมาณ 2566 ได้มีการถ่ายโอน รพ.สต./สอ. จำนวน 3,263 แห่งไปสู่อบจ. ซึ่งเป็นการเปลี่ยนสังกัด รพ.สต. จำนวนดังกล่าว จากเดิมที่สังกัดต่อระบบบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ไปเป็นระบบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

ในการนี้จึงเกิดข้อสงสัยว่า ระบบการอภิบาลที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ยังคงมีความเหมาะสมกับสถานที่เปลี่ยนไปหรือไม่ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงได้รับการจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อประเมินสถานการณ์ของระบบอภิบาลสุขภาพปฐมภูมิว่า ภายหลังจากได้ถ่ายโอนไปสู่อบจ. แล้ว ลักษณะของระบบเป็นอย่างไร เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่อย่างไร โดยมุ่งศึกษาใน 2 ระดับคือ (ก) ระดับพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. และ (ข) ระดับจังหวัด (2) เพื่อศึกษาระบบอภิบาลดังกล่าว เมื่ออ้างอิงเปรียบเทียบกับตัวแบบขององค์การอนามัยโลก และ (3) เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะอันอาจเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและการศึกษาในโอกาสต่อไป

ในด้านการทบทวนวรรณกรรม คณะวิจัยได้นำตัวแบบการอภิบาลสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาเป็นกรอบแนวคิดในการอ้างอิง ในด้านระเบียบวิธีได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพโดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจาก 8 จังหวัด 32 รพ.สต. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจผสมสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม Atlas.ti.

ผลการวิจัยพบว่า (1) การอภิบาลในระดับพื้นที่ของ รพ.สต. ได้มีการดำเนินการมาแล้วตั้งแต่ก่อนการถ่ายโอน และปัจจุบัน(หลังการถ่ายโอน) ยังคงใช้รูปแบบเดิมคือมีลักษณะเป็นพหุภาคี โดยมีแกนนำในการขับเคลื่อนคือ รพ.สต. และ อบต. ในพื้นที่ ส่วนแกนหนุนในการขับเคลื่อนคือ ภาคส่วนครัวเรือน ประชาสังคม และเอกชน อันมีลักษณะหลากหลายไปตามสภาพพื้นที่และความคิดเห็นของแต่ละพื้นที่ที่สำคัญ ส่วนใน (2) ระดับจังหวัด กลไกหลักของการอภิบาลคือ กสพ. ซึ่งมีแกนนำคือ อบจ. และ สสจ. และมีผู้แทนที่เกี่ยวข้องมาร่วมเป็นกรรมการในลักษณะพหุภาคีเช่นเดียวกัน แต่กลไกเหล่านี้เพิ่งได้รับการจัดตั้งขึ้นในปี 2565 โดยยึดประกาศของ ก.ก.ถ. เป็นแม่แบบ

สำหรับกระบวนการอภิบาลที่ รพ.สต. ได้ยึดถือปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันก็ถือเป็นการอภิบาลตามหลักเกณฑ์ รพ.สต. ดิตดาวของกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ 1) การนำองค์กรและการบริหารโดยคณะกรรมการ 2) ภาควิชามีส่วนร่วมของภาคพลเมืองและประชาสังคม 3) การมี

แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 4) ระบบการจัดการภายใน รพ.สต. โดยทั้ง 4 กระบวนการดังกล่าว รพ.สต. ยังคงถือปฏิบัติต่อเนื่องมาตั้งแต่ก่อนการถ่ายโอน แต่ภายหลังได้ถ่ายโอนมาแล้ว ความเข้มข้นลดลงไปมาก เนื่องจากหน่วยเหนือ (คือ อบจ.) ยังไม่มีทิศทางที่ชัดเจนในเรื่องนี้ ส่วนการกำกับดูแลซึ่งเดิมดำเนินการโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งเป็นกลไกของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหลังการถ่ายโอนแล้วกลไกส่วนนี้มีได้มีบทบาทมา กำกับดูแลอีกต่อไป ทำให้การกำกับดูแลหลังการถ่ายโอนมีความเบาบางลงไปมาก และการติดตามดูแลของ อบจ. ได้เข้ามาแทนที่ ผ่านการประชุมประจำเดือน และการเยี่ยมชมเป็นครั้งคราวของผู้บริหาร อบจ.

ในการอภิปรายผล คณะวิจัยได้อ้างอิงตัวแบบการอภิบาลขององค์การอนามัยโลกมาเป็นตัวแบบอ้างอิงเทียบเคียง (Benchmarking) โดยเห็นว่าตัวแบบนี้เป็นแบบสากลที่มีมาตรฐานทางวิชาการและตัวชี้วัดที่ดีกำกับไว้ด้วย ผลการอภิปรายโดยการเทียบเคียงดังกล่าว พบว่ารูปแบบการอภิบาลที่ใช้อยู่ยังมีมาตรฐานต่ำกว่า ตัวแบบของ WHO อยู่ไม่น้อย ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงตามตัวแบบการอภิบาลขององค์การอนามัยโลก จึงควรนำหลักเกณฑ์ต่อไปนี้ไปพิจารณาในการพัฒนาระบบอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้น ดังนี้

(1) การอภิบาลโดยการสร้างความร่วมมือกัน (Governing through Collaboration) ยังไม่เกิดผลลัพธ์ที่เข้มแข็ง โดยยังคงมีสถานะเป็นความพยายามในการแสวงหารูปแบบ ในด้านการบูรณาการภารกิจร่วมกัน พบว่า ยังขาดการบูรณาการภารกิจระหว่างกัน ส่วนใหญ่ยังคงมีข้อจำกัดในด้านวิธีการสร้างความร่วมมือระหว่างกัน และขาดความพร้อมด้านทรัพยากร และต้องการความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนที่เกิดจากการอภิบาล

(2) การอภิบาลโดยการสร้างการมีส่วนร่วม (Governing through Engagement) ยังคงต้องยกระดับการมีส่วนร่วมให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น เนื่องจากการอภิบาลด้วยยุทธวิธีการมีส่วนร่วมที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบันยังอยู่ในระดับการให้ความรู้และการปรึกษาหารือ โดยการออกแบบของ รพ.สต. และ อบต. ในพื้นที่ ทำให้เผชิญกับข้อจำกัดด้านวิธีการ ความสร้างสรรค์ ความเพียงพอของงบประมาณ ความเพียงพอของบุคลากร และความสอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่

(3) การอภิบาลด้วยการผสมผสานการกำกับดูแลผสมการสร้างแรงจูงใจ (Governing through a Mix of Regulatory and Persuasion) มีการดำเนินการในรูปแบบเดิมเหมือนในช่วงก่อนการถ่ายโอนแต่มีแนวโน้มอ่อนแอลง ในขณะที่การสร้างแรงจูงใจในการทำงานในระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งลดลง เนื่องจากกลไกหลักคือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในฐานะหน่วยงานด้านการกำกับคุณภาพการทำงานของ รพ.สต. ที่เป็นกลไกของกระทรวงสาธารณสุข หลังการถ่ายโอนกลไกส่วนนี้มีแนวโน้มจะลดบทบาทลง ในขณะที่ อบจ. ยังไม่มีกลไกการกำกับดูแลใหม่ที่เหมาะสมกว่า

ส่วนคณะกรรมการกำกับในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และคณะกรรมการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ สามารถกำกับและโน้มน้าวจูงใจได้อย่างเข้มแข็งเช่นเดิม เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับชุมชนและ รพ.สต. อย่างเข้มแข็งผ่านระบบงบประมาณและที่มาของบุคลากรที่เป็นองค์ประกอบของกรรมการ

(4) การอภิบาลผ่านองค์กรอิสระและหน่วยชำนาญการ (Governing through Independent Agencies and Expert Bodies) ยังต้องมีการยกระดับการอภิบาลร่วมกับ

หน่วยงานอิสระ และสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพขั้นสูง เนื่องจากการอภิบาลสุขภาพภายใต้ยุทธวิธีนี้ของ รพ.สต. ยังมีความชัดเจนเฉพาะการอาศัยความเชี่ยวชาญของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งถูกกำหนดโดยข้อกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ แต่ยังคงขาดการอภิบาลร่วมกับองค์กรอิสระที่ไม่ใช่องค์กรในเส้นสายการบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขหรือ อบจ. อาทิ องค์กรด้านสุขภาพที่ไม่แสวงหากำไร สถาบันการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญสูง เป็นต้น

(5) การอภิบาลผ่านนโยบายที่มีการปรับตัว มีความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และมีการคาดการณ์ล่วงหน้า (Governing through Adaptive Policy, Resilient and Foresight) ยังต้องใช้เวลาในการสรุปผลลัพธ์ รวมถึงการออกแบบยุทธศาสตร์ที่มีคุณภาพสูงที่สุดคล้องกับบริบทของพื้นที่โดย อบจ. ในอนาคต เนื่องจากในปัจจุบันนโยบายระดับชาติ คือ การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ภายใต้สังกัดของ อบจ. ซึ่งเป็นความพยายามในการเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวและเพิ่มขีดความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทย โดยคาดการณ์ว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพปฐมภูมิที่รับผิดชอบโดยองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีความเข้าใจบริบทของชุมชนมากกว่า มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่า และตอบสนองได้ดีกว่าหน่วยงานของรัฐบาลกลาง แต่ยังเร็วเกินไปที่จะสรุปว่าผลลัพธ์จากการถ่ายโอน คือ การอภิบาลสุขภาพของไทยดีขึ้นอย่างยั่งยืน ส่วนในเชิงพื้นที่ยังต้องการนโยบายสุขภาพใหม่ที่มีคุณภาพสูงที่สุดคล้องกับบริบทของพื้นที่จาก อบจ.

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อพัฒนาระบบอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง คณะวิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อเสนอในการเพิ่มความแข็งแกร่งเชิงโครงสร้าง

จากข้อค้นพบที่ว่า โครงสร้างของการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด และระดับชาติยังใหม่และไม่เป็นระบบที่เชื่อมโยงกันอย่างมีเอกภาพ ดังนั้นคณะวิจัยจึงมีความเห็นในการพัฒนาโครงสร้าง ดังนี้

1) ควรพัฒนาโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติให้เข้มแข็ง โดยต้องเชื่อมโยงโครงสร้างในระดับชาติ จังหวัด และพื้นที่ให้มีเอกภาพภายใต้หลักการภาคีมีส่วนร่วม

2) ในระดับจังหวัดควรพัฒนา กสพ. ให้เข้มแข็ง และ กสพ. ควรพิจารณากำหนดระบบการอภิบาลขึ้นมาให้ชัดเจน โดยควรนำระบบอภิบาลตามตัวแบบ รพ.สต. ดัดดามมาผสมกับตัวแบบขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้ได้ตัวแบบการอภิบาลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการกำกับดูแลไม่ควรปล่อยให้ล่าช้า เพราะย่อมเป็นการลดทอนประสิทธิภาพในการทำงานให้ลดลง

3) ในการบูรณาการภารกิจระดับจังหวัด กลไก กสพ. มีความสำคัญมากต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิ อบจ. และ สสจ. จำเป็นต้องร่วมมือกันใกล้ชิด โดยยึดเป้าหมายสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดเป็นเป้าหมายร่วม

4) ส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่ อบต. ควรร่วมมือกันใกล้ชิด และพัฒนามาตรฐานกลางระบบอภิบาลสุขภาพปฐมภูมิของชาติขึ้นให้ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางให้แต่ละจังหวัดนำไปประยุกต์ใช้

1.2 ข้อเสนอแนะเพื่อยกระดับการอภิบาลโดยการสร้างความร่วมมือกัน

เนื่องจากปัญหาหลักของการอภิบาลโดยใช้ยุทธวิธีการสร้างความร่วมมือ คือ การบูรณาการการทำงานระหว่าง รพ.สต. กับเทศบาล/อบต. ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมหรือเอื้อให้เกิดการบูรณาการของทั้ง 2 หน่วยงานโดยการกำหนดกฎระเบียบ (Regulation) หรือแนวปฏิบัติ (Code of Conduct) หรือกลไก (Mechanism) ที่เอื้อหรือส่งเสริมการทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าหมาย คือ การสร้างความไว้วางใจและความโปร่งใส (Trust and transparency) การสร้างความสมดุลทางอำนาจและความเสมอภาค (Power balance and equity) การเอื้อให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน (Mutual benefit) และสร้างสำนึกความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์และพันธะผูกพัน (Accountability and commitment) (Stibbe & Prescott, 2020)

1.3 ข้อเสนอแนะเพื่อยกระดับการอภิบาลโดยการมีส่วนร่วม

เนื่องจากระดับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องในการอภิบาลสุขภาพยังอยู่เพียงระดับการให้ความรู้ การปรึกษาหารือ และการรับฟังความคิดเห็น หรือ การเข้าร่วมกิจกรรมที่ถูกออกแบบโดย ส่วนกลาง รพ.สต. หรือท้องถิ่น แต่มีน้อยมากที่การอภิบาลถูกออกแบบโดยสมาชิกในชุมชน ซึ่งผลที่ได้จากการมีส่วนร่วมเหล่านี้ จึงเป็นเพียงการตอบสนองนโยบายหรือการใช้งบประมาณของหน่วยงานต่าง ๆ ให้หมดไปในแต่ละปีเพื่อให้สามารถของบประมาณในปีถัดไปได้อีก หรือ การรับทราบสภาพปัญหาและความต้องการ ที่จะต้องถึงทางตันในการเดินต่อไปเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร วิธีการ หรือ กฎระเบียบ

สิ่งที่เป็ข้อเสนอแนะสำคัญสำหรับงานวิจัยนี้คือการก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น โดยการยกระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนด้วยการเสริมอำนาจ (Empowerment) ให้กับสมาชิกในชุมชนอย่างจริงจังและต่อเนื่องด้วยการสร้างมุมมองให้เห็นคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ตีตราด้านปัญญา เสริมทักษะทั้งด้านการจัดการและด้านการเงินเพื่อให้สมาชิกในชุมชนอยู่ในสภาวะการพึ่งพาตนเองได้ด้วยสินทรัพย์ของชุมชน (Community Properties) และนำไปสู่การมอบอำนาจ (Delegated) ในการดูแลสุขภาพของสังคม ด้วยวิธีการที่หลากหลาย นอกเหนือจากวิธีคิดของรัฐ และทรัพยากรที่ไม่ได้จำกัดเพียงงบประมาณภาครัฐหรือบุคลากรของรัฐ

1.4 ข้อเสนอแนะเพื่อยกระดับการอภิบาลด้วยการผสมผสานการกำกับดูแลและการสร้างแรงจูงใจ

จากสภาพปัญหาที่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในฐานะหน่วยงานการกำกับคุณภาพ รพ.สต. มีแนวโน้มลดบทบาทลงเนื่องจาก รพ.สต. ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ในระยะสั้น อบจ. จำเป็นต้องแสดงเจตจำนงที่ชัดเจนกับกระทรวงสาธารณสุขในการใช้กลไก คปสอ. ในการกำกับดูแลคุณภาพการให้บริการของ รพ.สต. ต่อไป ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะได้ประโยชน์ในการถ่ายทอดนโยบายระดับชาติไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ด้วย ในระยะกลาง จำเป็นต้องมีการริเริ่มกลไกการกำกับคุณภาพ รพ.สต. ที่เป็นการผสมผสานระหว่างมาตรฐานส่วนกลางกับมาตรฐานที่สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ และในระยะยาว เมื่อ อบจ. มีประสิทธิภาพ มีความเชี่ยวชาญ และได้รับความเชื่อมั่นจากผู้ใช้บริการเพียงพอ ก็ควรมีการพัฒนากระบวนการกำกับคุณภาพ รพ.สต. ที่เป็นอำนาจการตัดสินใจของ อบจ. เอง โดยดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายและนโยบายระดับชาติในระดับผลลัพธ์ (Outcome) และ

ผลกระทบ (Impact) ส่วนยุทธศาสตร์ (Strategy) ทางเลือก (Alternative) วิธีการ (Method) และผลผลิต (Output) ที่จะส่งมอบ (Delivery) ให้กับสมาชิกในชุมชนควรถูกออกแบบโดย อบจ. และ รพ.สต. ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

1.5 ข้อเสนอเพื่อยกระดับการอภิบาลผ่านองค์กรอิสระและหน่วยชำนาญการ

ปัญหาที่ค้นพบ คือ การอภิบาลสุขภาพของ รพ.สต. ภายใต้ยุทธวิธีนี้ รูปแบบของความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการอภิบาลสุขภาพของชุมชนโดยอาศัยทรัพยากรหรือสินทรัพย์ที่มีพร้อมอยู่ในสังคม (Social Properties) มาใช้ประโยชน์อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น อบจ. และ รพ.สต. จึงจำเป็นต้องเริ่มการทำงานร่วมกับหน่วยงานอิสระหรือองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ไม่ได้อยู่ในเส้นสายการบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขหรือ อบจ. อาทิ องค์กรไม่แสวงหากำไร องค์กรระหว่างประเทศ และสถาบันการศึกษา เป็นต้น

1.6 ข้อเสนอเพื่อยกระดับการอภิบาลผ่านนโยบายที่มีการปรับตัว มีความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และมีการคาดการณ์ล่วงหน้า

เนื่องจากในปัจจุบันนโยบายระดับชาติ คือ การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ภายใต้สังกัดของ อบจ. เป็นนโยบายที่มีความสำคัญเป็นอย่างสูงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนและสังคมในอนาคตอย่างกว้างขวาง และมีความเป็นไปได้น้อยมากที่จะมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ดังนั้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง และสามารถแก้ไขผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นอย่างทันทั่วทั้งที่ จึงจำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนี้อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการให้ความสำคัญประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน (Outcome) และผลกระทบต่อสังคม (Impact) มากกว่าการประเมินเพียงปัจจัยนำเข้า กระบวนการและวิธีการ หรือ ผลผลิต (Output) เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์และวิธีการอภิบาลสุขภาพประชาชนและสังคมอย่างทันทั่วทั้งที่ ส่วนกรณีของ อบจ. ควรมีการออกแบบนโยบายด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงสำหรับสมาชิกในชุมชนโดยให้ความสำคัญสูงกับการมีส่วนร่วมและการเสริมอำนาจให้กับชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตัวเอง ครอบครัว และชุมชน โดยสมาชิกในชุมชนเป็นหัวจักรขับเคลื่อนหลัก

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

เนื่องจากการอภิบาลเป็นแนวทางการบริหารราชการสมัยใหม่ ที่สังคมโดยทั่วไปยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่กระจ่างชัด ประกอบกับการอภิบาลสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและบริบทมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการอภิบาลสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่เป็นความโชคดีประการหนึ่งที่ WHO ได้เสนอตัวแบบการอภิบาลสุขภาพอย่างชาญฉลาดเพื่อให้ประเทศสมาชิกรับไปประยุกต์ใช้

แต่เป็นที่เข้าใจร่วมกันว่าขีดความสามารถในการประยุกต์ใช้และผลลัพธ์ที่ได้ของแต่ละประเทศย่อมมีความแตกต่างกัน ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงลึกและอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงเพื่อแสวงหาคำตอบสำหรับการอภิบาลสุขภาพในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับแนวทางในการนำตัวแบบการอภิบาลสุขภาพอย่างชาญฉลาดไปใช้งานอย่างเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดหรือพื้นที่เพื่อให้ได้ผลลัพธ์และผลกระทบด้านสุขภาพตามที่ปรารถนา รวมทั้งจุดอ่อน

และจุดแข็งของแต่ละยุทธวิธีที่เป็นข้อเสนอแนะกับ WHO ตลอดจนการติดตามและประเมินผล
สถานการณ์สุขภาพของชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง

References

- Bevir, Mark. 2011. *Governance as Theory, Practice, and Dilemma*. The SAGE Handbook of Governance. California: SAGE, Chapter 1.
https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/36847_Bevir_Chap_01.pdf
- Commission on Global Governance. 1995. *Our Global Neighborhood*, The Report of the Commission on Global Governance. <https://www.gdrc.org/u-gov/global-neighborhood/>
- Peters, B. Guy. 2010. "Meta-Governance and Public Management", In *The New Public Governance: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. edited by Stephen P. Osborne. London, and New York: Routledge.
- Hfocus. 2023. "Data transfer of Subdistrict Health Promoting Hospital, year 2023" Accessed April 20, 2023. <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29374>
- International Association of Public Administration. 2004. "Public Participation Spectrum." Wollongong Australia: International Association of Public Administration Australasia. <https://iap2.org.au/resources/spectrum/>
- Kooiman, Jan. 2003. *Governing as Governance*. First Edition. London; Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Ltd.
- OECD. 2017. *Trust and Public Policy: How Better Governance Can Help Rebuild Public Trust*, *OECD Public Governance Reviews*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. 2020. *Introduction: Toward Integrated Sound Public Governance*. Accessed July 20, 2023. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c03e01b3-en/index.html?itemId=/content/publication/c03e01b3-en>
- Osborne, Stephen P. 2010. "Introduction the (New) Public Governance: A Suitable Case for Treatment?", In *The New Public Governance: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Edited by Stephen P. Osborne. London, and New York: Routledge.
- Prakorn Siriprakob. 2015. "3 Phara Dai Thang Ratthaprasasanasat: Naeokhit Thruessadi Lae Kan Nam Pai Patibat Ching." [3 Paradigms in Public Administration: Concepts, Theories, and Practices] Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Rhodes, R. A. W. 1996. "The New Governance: Governing without Government." *Political Studies* 44 (4): 652–67. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>.
- Stibbe, Darian and Dave Prescott. 2020. "The SDG partnership guidebook. A practical guide to building high impact multi-stakeholder partnerships for the sustainable development goals." The Partnering Initiative and UNDESA. <https://sdgs.un.org/sites/default/files/2022-02/SDG%20Partnership%20Guidebook%201.11.pdf>

World Health Organization. 2021. *Governance for Health in the 21st Century*. edited by Kickbusch, Ilona and David Gleicher. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326429/9789289002745-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO and UNICEF. 2018. *Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care: from Alma-Ata Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Astana, Kazakhstan, Oct 25-26, 2018. Geneva and New York.

https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf?sfvrsn=380474fa_22