

ถอดบทเรียน 4 ปี โครงการ นำ DHS ลงพื้นที่ 47 อำเภอในเขตสุขภาพที่ 2 (ตอนที่ 1)

โดย ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

โครงการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่พึงประสงค์ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในเขตสุขภาพที่ 2 (พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์) เป็นโครงการที่นำ DHS ลงพื้นที่ 47 อำเภอในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ข้อ 1) เพื่อให้เกิดรูปแบบ “ระบบสุขภาพอำเภอที่พึงประสงค์” ที่สามารถใช้เป็นแนวทาง (Guideline) ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ได้อย่างเป็นรูปธรรม 2) สร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายที่มีส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบ รวมถึงสามารถพัฒนาระบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีความรู้ความเข้าใจและเพิ่มขีดความสามารถที่จำเป็นในการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพอำเภอที่พึงประสงค์ตามที่กำหนด 3) สร้างระบบการติดตามประเมินผลและรวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาระบบในระดับอำเภอ จังหวัดและเขตบริการสุขภาพ 4) เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายผลการพัฒนาที่ประสบความสำเร็จจากพื้นที่หนึ่งไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ให้เป็นอำเภอสุขภาพดีจากการพัฒนาเชิงระบบ

โดยโครงการฯ ได้ดำเนินการทั้งหมด 3 ระยะ 10 งานตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ.2560-2564) โดยสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ของโครงการฯ ซึ่งแต่ละวัตถุประสงค์จะมีการรายงานผล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ กิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อให้เกิดรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอที่พึงประสงค์ที่สามารถใช้เป็นเป้าหมายในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีกิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ การแต่งตั้งคณะกรรมการทั้งหมด 3 ชุด ประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการวิชาการ DHS 2) คณะอนุกรรมการพัฒนารอบ DHS และ 3) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการประเมิน

โดยคณะอนุกรรมการวิชาการ DHS ทำหน้าที่ในการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับ District Health System แล้วส่งต่อให้คณะอนุกรรมการพัฒนารอบ DHS สร้างกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่พึงประสงค์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 หมวด และใช้ชื่อว่า Six Building Blocks Plus One จากนั้นคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการประเมินได้ขยายคำอธิบายทั้ง 7 หมวด และพัฒนาระบบการประเมินตามแนวคิด Six Building Blocks Plus One ขึ้น

จากนั้นได้มีการจัดประชุมหารือ ระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของร่างคู่มือก่อนนำไปใช้ในพื้นที่จริง โดยมีการประชุมเพื่อระดมความเห็นจากภาคีสุขภาพทุกภาคส่วน ทั้งในระดับผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้แทนภาคี

เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และมีการพัฒนาระบบการประเมินตามแนวคิด Six Building Blocks Plus One จากนั้นนำแนวคิดที่สร้างไปสู่พื้นที่เพื่อให้เข้าใจแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนที่อยู่ในระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ และ กลุ่มคนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินจากมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด

สำหรับผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ในส่วนผลลัพธ์เชิงปริมาณ คือ 1) หนังสือคู่มือระบบสุขภาพอำเภอ ที่พึงประสงค์ตามแนวคิด Six Building Blocks Plus One 2) จัดประชุมทำความเข้าใจแนวคิด Six Building Blocks Plus One 12 ครั้ง 3) จัดประชุมทำความเข้าใจทีมประเมินก่อนลงเยี่ยมพื้นที่ 6 ครั้ง 4) ระบบการลงเยี่ยมพื้นที่เพื่อประเมินการนำ Six Building Blocks Plus One ไปประยุกต์ใช้ โดยลงเยี่ยมพื้นที่ทั้งหมด 2 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งพื้นที่จะมีการประเมินตนเอง และทีมประเมินเข้าไปสะท้อนจุดพัฒนาที่ต้องเร่งแก้ไข และเสริมพลังให้พื้นที่ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ และ 5) โปรแกรมประเมินระบบสุขภาพอำเภอรูปแบบออนไลน์ www.desiredthaidhs.com

ในส่วนผลลัพธ์เชิงคุณภาพ มีข้อค้นพบที่ได้จากการลงเยี่ยมประเมินพื้นที่ โดยแยกตามหมวดที่ 1-7 สรุปได้ดังนี้

หมวดที่ 1 ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and Governance)

การนำหรือการขับเคลื่อนระบบจะผ่านการดำเนินการในลักษณะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งในหลายพื้นที่ ที่ลงเยี่ยมประเมินมีทั้งที่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. อย่างเป็นทางการ และมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และส่วนที่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการแล้ว แต่ยังไม่พบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ในส่วนของการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพอำเภอ สำหรับการกำหนดประเด็นนโยบายจากปัญหาของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งมีช่องทางการได้มาอยู่ 3 ช่องทางด้วยกัน ได้แก่

1) จากการประชุมหมู่บ้านและมีการส่งต่อข้อมูลให้คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นผู้คัดเลือกประเด็นระดับอำเภอ

2) การใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพที่เป็นทางการของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละอำเภอ ที่เรียกว่า Health Data Center หรือ HDC

3) ช่องทางจากการมีเวทีประชุมประชารัฐ โดยนโยบายมีความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มีการออกแบบระบบงานเป็นลักษณะการติดตามงานผ่านการประชุมในรูปแบบของคณะกรรมการ พชอ. มีการมอบหมายงานให้กับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง เช่น งานด้านอุบัติเหตุจราจร จะมอบหมายให้หน่วยงานตำรวจเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และขับเคลื่อนการทำงานเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การขับเคลื่อนผ่านอนุกรรมการ และ 2) การขับเคลื่อนผ่านการจัดทำโครงการ

หมวดที่ 2 ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery System)

การออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพเป็นลักษณะตามกลุ่มวัย แต่ยังขาดการออกแบบระบบที่เป็นลักษณะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การให้บริการเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ประเด็นสุขภาพของคณะกรรมการ พขอ. ที่กำหนดขึ้นมา แต่ดำเนินการตามภารกิจบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานเป็นหลัก

หมวดที่ 3 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

ยังขาดอัตรากำลังในวิชาชีพหลัก แต่ยังสามารถทำงานตามภารกิจหลักได้ ส่วนทางด้านการกำหนดค่านิยมที่ยึดถือเป็นหลักในการทำงานและการแสดงพฤติกรรมนั้น พบว่ามีรูปแบบการกำหนดค่านิยมเป็น 3 รูปแบบด้วยกัน คือ 1) การยึดถือหลักค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข 2) คณะกรรมการ พขอ. มีการกำหนดค่านิยมการทำงานขึ้นมาใหม่ และ 3) ยังไม่มีการกำหนดค่านิยมในการทำงาน

ในส่วนกำลังคนภายนอกภาคส่วนสาธารณสุข จากการลงเยี่ยมประเมินพบว่า หน่วยงานภายนอกสาธารณสุขได้ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมดำเนินการตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ รวมถึงยังพบว่าในพื้นที่อำเภอมีจัดการอบรมทักษะความรู้ที่จำเป็นในแต่ละประเด็น หรือนโยบายที่กำหนดให้กับกำลังคนภายนอกภาคส่วนสาธารณสุข แต่ยังไม่พบการจัดทำแผนงานบูรณาการด้านอัตรากำลังร่วมกันอย่างชัดเจน

หมวดที่ 4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System)

ข้อมูลสารสนเทศในการนำเข้ามาสนับสนุนการบริการสุขภาพ ในการกำหนดนโยบายหรือประเด็นสำคัญในพื้นที่แต่ละอำเภอ ได้จากการใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพที่เป็นทางการของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละอำเภอที่เรียกว่า Health Data Center หรือ HDC เป็นหลัก ยังขาดข้อมูลในส่วนของหน่วยงานภายนอกภาคสาธารณสุขในการนำเอาข้อมูลมาพิจารณาร่วมกันเพื่อออกแบบระบบการให้บริการร่วมกัน

หมวดที่ 5 การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to Essential Medicines and Health Technology)

รูปแบบการออกแบบระบบการให้บริการเพื่อประชาชนเข้าถึงยาและการให้บริการด้านสุขภาพนั้นพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลระดับอำเภอมีการวางแผนงบประมาณในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ไว้อย่างชัดเจน มีระบบการยืมเวชภัณฑ์ยา หรือเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาระหว่างหน่วยงานกันได้ ในกรณีที่มีเวชภัณฑ์ยา หรือเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาขาดชั่วคราว

ในด้านรูปแบบการให้ประชาชนผู้ใช้อยู่มีความรู้เท่าทัน และสามารถประเมินตัดสินใจการเลือกใช้ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้นั้น พบการดำเนินการ 3 ลักษณะ คือ 1) มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน แต่ยังขาดระบบการสำรวจปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง 2) มีการจัดอบรมให้ความรู้แบบทางเดียว 3) มีการจัดการอบรมให้ความรู้โดยไม่มีการประเมินภายหลังการอบรม

ส่วนในด้านการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม ที่เกี่ยวข้องกับยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในแต่ละอำเภอ พบการดำเนินการ 2 ลักษณะ คือ 1) มีการศึกษาพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม ที่เกี่ยวข้องกับยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่เน้นการใช้สมุนไพรในพื้นที่ แต่ยังไม่พบการดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เข้ามาช่วยในการรับรองประเด็นด้านคุณภาพและการต่อยอดการดำเนินการ 2) ทุกอำเภอยังไม่มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานพัฒนางานด้านการวิจัยในพื้นที่ รวมถึงยังไม่พบการดำเนินการเชื่อมโยงความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านการศึกษาวิจัยและพัฒนา อย่างเป็นรูปธรรม

หมวดที่ 6 การเงินการคลัง และการแบ่งปันทรัพยากร (Financing System)

การดำเนินการในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอจากหน่วยงานภายในภาคส่วนสาธารณสุข พบรูปแบบการดำเนินการเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) มีการจัดทำแผนงบประมาณ จัดสรร แบ่งปัน ลงทุนตามทิศทางการพัฒนาของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracted unit of primary care; CUP) โดยจัดสรรงบประมาณตามตัวชี้วัดของเกณฑ์คุณภาพและผลงานการให้บริการ (Quality Outcome Framework; QOF) 2) ยังไม่พบการวางแผนจัดสรรงบประมาณแบบบูรณาการในระดับอำเภอ หรือในคณะกรรมการ พชอ.

ส่วนการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จากหน่วยงานภายนอกภาคส่วนสาธารณสุข พบรูปแบบการดำเนินการเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) หน่วยงานในภาคส่วนสาธารณสุข ดำเนินการขอสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรในพื้นที่อำเภอ ผ่านโครงการขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล 2) งบประมาณหรือทรัพยากรมาจากภาคประชาชนในพื้นที่ เช่น การทอดกฐิน ทอดผ้าป่า และการรับบริจาค โดยส่วนใหญ่มีวัดเป็นหลัก

หมวดที่ 7 ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System)

การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีรูปแบบการมีส่วนร่วม 3 รูปแบบ คือ 1) คณะกรรมการ พชอ. มีการทำหนังสือถ่ายทอดนโยบายลงสู่ระดับตำบลโดยผ่านคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) 2) ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาจากการจัดเวทีของภาครัฐ เช่น เวทีไทยนิยมยั่งยืน และ 3) จากชมรมต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน ฯลฯ

ในด้านของการมีทรัพยากร หรือกฎระเบียบที่เอื้อประโยชน์ด้านสุขภาพ ที่ชุมชนร่วมให้หรือบริจาค พบว่าในบางพื้นที่มีการออกมาตรการทางสังคม หรือกฎข้อบังคับในพื้นที่ชุมชนที่ทุกคนมีส่วนร่วมและปฏิบัติ เช่น ธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอ ส่วนการเชื่อมโยงการจัดการด้านสุขภาพกับการดำเนินการด้านอื่น ๆ พบว่าในทุกอำเภอมีรูปแบบการประสานงานในการดำเนินการอย่างไม่เป็นทางการ โดยยังไม่พบข้อมูลเชิงบูรณาการความเชื่อมโยงในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

สำหรับ วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายที่มีส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบ รวมถึงสามารถพัฒนาระบบการพัฒนาสุขภาพอำเภอให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีความรู้ความเข้าใจและเพิ่มขีด

ความสามารถที่จำเป็นในการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพอำเภอที่พึงประสงค์ตามที่กำหนด **วัตถุประสงค์ข้อที่ 3** เพื่อสร้างระบบการติดตาม กำกับและสร้างเครื่องมือในการประเมินผล และผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาระบบในระดับอำเภอ จังหวัดและเขตบริการสุขภาพ และ **วัตถุประสงค์ข้อที่ 4** เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายผลการพัฒนาที่ประสบผลสำเร็จจากพื้นที่หนึ่งไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ให้เป็นอำเภอสุขภาพดี (Healthy District) จากพัฒนาเชิงระบบ จึงได้นำเสนอในรายละเอียดในบทความ ตอนที่ 2 ต่อไป

แผนภาพแสดงกระบวนการและขั้นตอนโครงการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ
ที่พึงประสงค์เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในเขตสุขภาพที่ 2

