

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย  
ภายหลัง 5 ปี ด้วยการขับเคลื่อนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ  
Primary Care Service in Thailand  
After 5 Years of Being Driven by the District Health System

กิตติ กรรภิรมย์\* เกวลิน ชื่นเจริญสุข\*\* จุฑาทิพย์ พิทักษ์\*\*  
Kitti Kanpirom\* Kavalin Chuencharoensuk\*\* Juthatip Pitak\*\*

\*เขตสุขภาพที่ 5 และเขตสุขภาพที่ 13 ทม.สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี  
\*Region 5 Senior Medical and Region 13 Senior Medical (Bangkok), Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi, 11000  
\*\*กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี  
\*\*Division of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi, 11000

#### บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้ระบบสุขภาพระดับอำเภอในการขับเคลื่อนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในปีงบประมาณ 2556-2560 และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยเก็บข้อมูลผู้ดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2559-มีนาคม 2560 ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง คำถามเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและแก่นเนื้อหาสาระ นำเสนอโดยใช้คำร้อยละและบรรยายความ ผลการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นทุกปี ปี พ.ศ. 2556-2560 คิดเป็น ร้อยละ 30.5, 50.0, 94.7, 100.0 และ 100.0 ตามลำดับ การจัดการปฐมภูมิเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกสาขา ประเด็นที่ได้ดำเนินการมากที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 26.6 ผลดีคือเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงานค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างเป็นระบบ การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการมีความเชื่อมโยงกับสถานบริการทุกระดับ ระบบสารสนเทศใช้เครือข่ายออนไลน์ นิเทศงานด้วยการเยี่ยมเสริมพลัง บูรณาการงบประมาณทุกภาคส่วน แบ่งปันทรัพยากรระหว่างสถานบริการทุกระดับ มีที่นำที่มีสมรรถนะ อุปสรรคคือการสื่อสารนโยบายที่ไม่เข้าใจถึงระดับตำบล สรุปการพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้เกิดประโยชน์ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ข้อเสนอคือเน้นการทำงานในชุมชนที่ชัดเจนต่อเนื่องและสื่อสารไปยังกระทรวงที่เกี่ยวข้องเพื่อบูรณาการนโยบายให้พื้นที่ทำงานได้สะดวกขึ้น

**คำสำคัญ:** ระบบสุขภาพ บริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ  
พุทธชินราชเวชสาร 2560;34(3):294-306.

## Abstract

Ministry of Public Health had driven primary care service system to promote the people good quality of life by the District Health System (DHS) since 2013. This qualitative research aimed to study the situations of DHS management during 2013-2017 and recommend the development of managing system. The data collected from the network during April 2016 to March 2017, with self-generated interviews, the questions about the development of DHS with triangular test. Statistical analysis using descriptive and thematic analyses. The results showed that performance of the year 2013-2017 increased from 30.5, 50.0, 94.7, 100.0 and 100.0 percent each year. Primary care service systems were linked to all of the health system development plan. The most operation issue was chronic patient care, 26.6%. The good thing was network engagement to find the problems in area systemically. The capacity building were linked to all of service levels, information systems use an online networks, monitoring by empowerment activities, integrated budgets in all sectors, shared resources and had competitive leadership team. An obstacle includes the communication of the policy that could not get through to sub-district level. In conclusion, the development of DHS brings benefits according to the needs of the people. The focus policy should be on working in to the community, communicate to the relevant ministries. In order to integrate the policy for staffs can make a deal coordination smoothly.

**Keyword:** health system, primary care service, district health system

*Buddhachinaraj Med J 2017;34(3):294-306.*

## บทนำ

ก่อนศตวรรษที่ 20 ประเทศต่างๆทั่วโลก เริ่มมีพัฒนาการด้านการสาธารณสุขแบบก้าวกระโดดและปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อรับมือกับปัจจัยด้านสุขภาพที่หลากหลายสภาพสังคมที่ความซับซ้อนทำให้ปัญหาภาวะสุขภาพแต่ละประเทศยิ่งเพิ่มความซับซ้อนตามมาเช่นกันประเทศไทยประสบปัญหาเช่นเดียวกับนานาประเทศส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น โรงพยาบาลมีความแออัดมาก ระบบสุขภาพต้องมีการปรับตัวให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ (primary care service) อันเป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการปฐมภูมิที่มีความเข้มแข็ง ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ<sup>1-3</sup>

นานาชาติให้การยอมรับว่าระบบบริการปฐมภูมิที่มีระบบบริหารจัดการที่ดี ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมไม่สูง สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น

อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังลดลง<sup>4-5</sup> องค์การอนามัยโลกเสนอให้มีการจัดการสุขภาพด้วยระบบสุขภาพอำเภอ (district health system: DHS) อันเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการสุขภาพของประชาชนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ มุ่งเน้นพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เข้มแข็ง<sup>6</sup>ประเทศไทยได้ใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” มุ่งสู่อำเภอสุขภาพและการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยระยะยาวจะส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพ ดังที่รัฐธรรมนูญ ฉบับปีพุทธศักราช 2550 มาตรา 80 (2) ระบุว่ารัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้เอกชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข<sup>7</sup>ซึ่งในปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อนำมาเป็นแนวทางการบริหารจัดการโดยใช้

อำเภอเป็นฐานในการขับเคลื่อนให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งมิติทางสุขภาพและมิติทางสังคม อันเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหา การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพที่ยั่งยืน อาศัยกลไกการเงินการคลังควบคู่การบริหารจัดการ ทั้งกำลังคน โครงสร้างการดำเนินงาน ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ มีเป้าหมายสุดท้ายในการดำเนินการ คือ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ดูแลตนเอง ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย เริ่มมีการจัดการสุขภาพโดยการขับเคลื่อนด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ มุ่งหวังให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม รวมทั้งการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมร่วมกันจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี บริหารโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (district health board: DHB) ซึ่งประกอบด้วย ประชาชน ผู้บริหารท้องถิ่นและท้องที่ ภาคส่วนต่าง ๆ จากรัฐและเอกชน และผู้ประกอบการวิชาชีพทางสุขภาพ ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพ ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกันรักษา พื้นฟูสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

การขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้น แม้มุ่งเน้นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมเพื่อตอบโจทย์สุขภาพของประชาชนให้สอดคล้องในแต่ละพื้นที่ ยังมีข้อจำกัดด้วยปัญหาหลายประการ เช่น การบูรณาการและความต่อเนื่องของระดับนโยบายการบูรณาการแผนปฏิบัติการตั้งแต่ระดับกระทรวง เขต จังหวัด อำเภอและตำบล กำลังคนที่จำเป็นรวม ทั้งการลงทุนหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีสภาพคล่องในการบริหารจัดการทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ไม่ว่าจะนำกระบวนการ กลวิธี แนวทางบริหารจัดการใดๆ มาประยุกต์ใช้ ย่อมส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพในทุกระดับที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก การขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตั้งแต่ประกาศเป็นนโยบาย ในปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน ณ ปี พ.ศ. 2560 ยังไม่สามารถแสดงให้เห็นภาพความสำเร็จได้อย่าง

ชัดเจน และยังไม่มีการประเมินการดำเนินการในภาพรวมของประเทศ ที่จะนำไปสู่การวางนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน ส่งผลต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับขาดความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จึงนำไปสู่การศึกษากระบวนการบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ภายหลัง 5 ปี ด้วยการขับเคลื่อนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ด้วยการบริการระดับปฐมภูมิเป็นรากฐานและหัวใจสำคัญในการทำงานร่วมกันทุกระดับของระบบบริการสุขภาพและภาคีเครือข่าย ร่วมกับประชาชนในพื้นที่ จึงควรศึกษาถึงผลสำเร็จของกระบวนการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ผ่านมาเป็นอย่างไร การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอในการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ตลอดจนศึกษาการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพระดับอำเภอ สำหรับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ ระดับอำเภอ เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอสำหรับการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิให้สามารถดำเนินการในระยะต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสำคัญต่อการนำไปกำหนดเป็นนโยบาย แนวทาง บทบาทต่าง ๆ ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในบริบทที่อาจคล้ายคลึงกันหรือแตกต่าง ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 และการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอสำหรับการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ประชากรคือผู้เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอทุกระดับ และภาคประชาชน โดยใช้วิธีการ Multistage Stratified Purposive Sampling จำนวน 4 ภาค และสุ่มเลือก จังหวัดในแต่ละภาคๆ ละ 1 จังหวัด จำนวน 4 จังหวัด และเลือกอำเภอจากจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก โดยเป็นอำเภอที่ดำเนินการ DHS ผ่านระดับ 3 ขึ้นไป

จังหวัดละ 1 อำเภอ รวมทั้งหมด 4 อำเภอ แต่ละอำเภอ มีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยมีการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนอย่างน้อย 7-10 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บข้อมูล

ระดับ	กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ)	วิธีการเก็บข้อมูล
ผู้กำหนด กำกับ นโยบาย DHS	คณะทำงานขับเคลื่อน (DHS) ได้แก่ ประธาน รองประธาน เลขานุการ (3 คน)	สัมภาษณ์เชิงลึกเอกสาร รายงาน การประชุม
ผู้รับผิดชอบงานระดับกระทรวง	กองบริหารการสาธารณสุข, สถาบันพระบรมราชชนก, ผู้รับผิดชอบจากสำนักสุขภาพวิถีไทย (5 คน)	สัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลสารสนเทศ จากระบบรายงานข้อมูลการตรวจราชการกรณีปกติ
ระดับเขต	ผู้ตรวจราชการ และสาธารณสุขนิเทศ (8 คน)	สัมภาษณ์เชิงลึกข้อมูลรายงาน รายงานการประชุมการถ่ายทอด นโยบาย
ระดับจังหวัด	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้รับผิดชอบ งานระดับจังหวัด (8 คน)	สัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลรายงาน รายงานการประชุมการถ่ายทอด นโยบาย
ระดับอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานหลักระดับอำเภอ, คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (24 คน)	สัมภาษณ์เชิงลึกข้อมูลรายงาน รายงานการประชุมการถ่ายทอด นโยบาย
ระดับตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (12 คน)	สนทนากลุ่มรายงานการประชุม แผนงานโครงการ เอกสารวิเคราะห์ ข้อมูลต่างๆ
ระดับชุมชน	ประชาชนในชุมชน/ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (30 คน)	สัมภาษณ์เชิงลึก

และใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสร้างแบบสัมภาษณ์ เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม ตามองค์ประกอบประเมิน เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ด้วยการค้นคว้าและทบทวน วรรณกรรมการพัฒนากระบวนการสุขภาพระดับอำเภอ องค์ประกอบประเมินเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (unity district health team) การให้ความสำคัญกับกลุ่ม เป้าหมายและประชาชน (customer focus) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (community participation) การทำงานจนเกิดคุณค่า (appreciation) ทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing

and human development) และการให้บริการสุขภาพ ตามบริบทที่จำเป็น (essential care) (UCCARE) แล้วนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์เป็นแนวคำถามปลายเปิด ขอคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือ ด้านการพัฒนาสาธารณสุข และด้านการพัฒนาระบบ สุขภาพระดับอำเภอ เพื่อพิจารณาในภาพรวมด้าน ภาษาและความครอบคลุมด้านเนื้อหา จากนั้นนำไป ทดลองใช้ โดยสัมภาษณ์ในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อให้ผู้ตอบแสดง ความคิดเห็นได้อย่างอิสระเกี่ยวกับประเด็นเนื้อหา ทำความเข้าใจการสื่อความหมายภาษาในแบบสัมภาษณ์ ได้ตรงกัน แล้วนำมาปรับปรุง ตรวจสอบความเหมาะสม

ด้านภาษา ความเที่ยงตรงและความสมบูรณ์เชิงเนื้อหา ด้วยผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง หลังจากนั้นนำไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัย จนข้อมูลอิ่มตัวและตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation)

แบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกศึกษาผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดตามกระบวนการประเมินผล คือการประเมินสถานะแวดล้อม (context evaluation) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (input evaluation) การประเมินกระบวนการ (process evaluation) การประเมินผลผลิต (product evaluation) และการประเมินผลกระทบ (impact evaluation) (CIPPI Model) รวมทั้งศึกษาการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยใช้ปัจจัยระบบสุขภาพ 6 Building Blocks คือ การจัดบริการสุขภาพ (health service delivery) ระบบสารสนเทศ (information system and sharing) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) การเงินการคลังสาธารณสุข (financing) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (medical products, vaccine & technology) และการอภิบาลระบบสุขภาพ (leadership and governance) ประกอบกับสำรวจประเด็นสุขภาพในพื้นที่ (one district one project: ODOP) แล้วนำผลมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ตามกรอบการประเมินของ CIPPI Model แล้วนำข้อมูลจากส่วนแรกนำเข้าไปเป็นข้อมูลในส่วนที่สอง เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอสำหรับการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากส่วนแรกมาประชุมกลุ่ม (focus group) ผู้เกี่ยวข้องจำนวน 17 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบบปฐมภูมิ (ระดับกระทรวง/ระดับเขต/ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาควิชาเวชศาสตร์และตัวแทนภาคประชาชนร่วมวางแผน กำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย การพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอสำหรับการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิให้สามารถดำเนินการในระยะต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ผลการศึกษา

สถานการณ์การขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในช่วงปี พ.ศ. 2556- 2560 พบว่า เริ่มต้นจากกระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้กระบวนการขับเคลื่อนด้วย “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS)” ในวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2555 ดำเนินงานด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (district health board: DHB) และมีทีมหมอครอบครัวร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน และเริ่มโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อการพัฒนาบุคลากรและสนับสนุนเสริมความเข้มแข็ง ศักยภาพทีมทำงานระบบสุขภาพอำเภอ ต่อมาในปี พ.ศ.2559 ดำเนินการกลุ่มบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care cluster) เป็นการต่อยอดจากนโยบายทีมหมอครอบครัว รวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ ใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิม หรือ จัดตั้งหน่วยบริการใหม่เสริมเพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน ตลอดจนบูรณาการการนิเทศติดตามการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยการเยี่ยมเสริมพลัง ผลการประเมินตามองค์ประกอบ CIPPI Model ดังนี้

ด้านการประเมินสถานะแวดล้อม (context evaluation) มีการถ่ายทอดนโยบาย การรับรู้นโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกระดับผ่านการประชุมชี้แจงตามลำดับนโยบายนี้เป็นแนวคิดที่ได้ปฏิบัติมาแบบเดิมๆ คล้ายการประสานงานสุขภาพระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยมีคณะทำงานที่มีภาคส่วนอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น บางพื้นที่ได้มีการบูรณาการเครือข่ายและกำหนดหลักการทำงานที่มาจากทุกภาคส่วนมาก่อนที่กระทรวงจะประกาศนโยบายครั้งนี้ เมื่อมีนโยบายประกาศจึงทำให้สามารถดำเนินการรองรับได้อย่างทันที

ด้านการประเมินปัจจัยเบื้องต้น (input evaluation) มีการจัดทำระบบบริการปฐมภูมิภายใต้การทำแผนระบบบริการสุขภาพ (service plan) ระดับจังหวัด ในสาขาปฐมภูมิก่อน แต่ยังไม่ได้บูรณาการในทุกสาขา เมื่อมีนโยบายประกาศชัดเจนจึงได้เชื่อมโยงและถูกรรจเข้าสู่แผนงานร่วมกับสาขาต่าง ๆ วัตถุประสงค์และงบประมาณ มีการบริหารจัดการทรัพยากรภายใต้การจัดสรรของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบเขตสุขภาพ ลงไปยังระดับอำเภอ ในงบดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนราชการในระดับท้องถิ่นและเครือข่ายของแต่ละพื้นที่ มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้โครงการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (district health management learning: DHML) ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพของระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีสมรรถนะในการจัดการสุขภาพ โดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้ใน 6 สมรรถนะ คือ การควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลงการทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือการจัดการจัดการ จากการเรียนรู้และถอดบทเรียนในพื้นที่ พบว่ากระบวนการเรียนรู้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ถึงความเข้าใจกระบวนการเรียนและความพร้อมของผู้เกี่ยวข้องในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต้องอาศัยเวลาในการปรับกระบวนการทัศน์ของการเรียนรู้แบบคิดนอกกรอบและความต่อเนื่องในการเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้การติดตามและประเมินผลงานระบบบริการปฐมภูมิมีการติดตามผ่านกระบวนการเยี่ยมเสริมพลังในการนิเทศงาน เพื่อจุดประกายให้พื้นที่มองหาคุณค่าของตนเองในการทำงานปฐมภูมิในบริบทที่ต่างกัน ในทางกลับกัน การเยี่ยมเสริมพลังยังขาดทีมเยี่ยมเสริมพลังที่เพียงพอและต่อเนื่อง รวมทั้งทักษะหรือความเชี่ยวชาญผู้เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละระดับ

ด้านการประเมินกระบวนการ (process evaluation) ระบบบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงการจัดบริการเข้าสู่แผนระบบบริการสุขภาพสาขาต่าง ๆ และขับเคลื่อนกิจกรรมของทุกสาขา ด้วยกระบวนการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่การมอบ

นโยบาย และการปฏิบัติระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล ผ่านการประชุมชี้แจง และประกาศเป็นนโยบายของแต่ละจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ระดับจังหวัดบูรณาการกิจกรรมของระบบสุขภาพระดับอำเภอทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมของกลุ่มฝ่ายต่าง ๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เช่น การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ การป้องกันโรคในช่วงฤดูกาล การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ไต ตลอดจนการเฝ้าระวังอุบัติเหตุและอุบัติภัยในช่วงเทศกาล เป็นต้น ทั้งนี้ยังพบอุปสรรคในกระบวนการดำเนินงานการบูรณาการกับระบบพัฒนาบริการสุขภาพ พบว่าการเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่บางพื้นที่ไม่ได้เลือกจากการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย การทำงานยังขาดการมีส่วนร่วมการบูรณาการประเด็นสุขภาพระดับกรม/กอง อยู่ระหว่างดำเนินการยังไม่ครอบคลุมอย่างจริงจัง

ด้านการประเมินผลผลิต (product evaluation) ผลลัพธ์การขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิผ่านการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 ขึ้นไปจนครบทุกพื้นที่ จำนวน 878 แห่ง ในปี 2560 คิดเป็น ร้อยละ 100.0 ตลอดจนมีผลลัพธ์ตามประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุข (ODOP) ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องการพึ่งพา การบูรณาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การควบคุมโรคในท้องถิ่น และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 26.6, 15.1, 13.5, 10.2 และ 1.2 ตามลำดับ ประชาชนยอมรับว่าเป็นนโยบายที่มุ่งเน้นประโยชน์เพื่อประชาชน แก้ปัญหาให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข และเป็นนโยบายเชื่อมการทำงานของทีมสาธารณสุขและเครือข่ายทุกภาคส่วน บางพื้นที่ทำแบบแยกส่วนกัน บางพื้นที่มีการบูรณาการกับกลุ่มงานต่าง ๆ รวมทั้งบูรณาการกับกระทรวงต่าง ๆ

ด้านการประเมินผลกระทบ (impact evaluation) ผลกระทบต่อการดำเนินงานในระบบสาธารณสุขในพื้นที่ ประชาชนได้รับประโยชน์ด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ฟังตนเองในการแก้ไขปัญหา เช่น

การพัฒนาระบบให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังที่ส่งกลับไปรับบริการใกล้บ้าน โดยมีการใช้บุคลากรและเครื่องมือร่วมกัน เพื่อให้มีความใกล้เคียงกับการไปรับบริการที่โรงพยาบาลและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

ผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่าโดยภาพรวมของประเทศไทย การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพที่เพิ่มขึ้นทุกปีจาก พ.ศ. 2556, 2557, 2558, 2559 และ 2560 คิดเป็น ร้อยละ 30.5, 50.0, 94.7, 100.0 และ 100.0 ตามลำดับ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอที่ผ่านมาในพื้นที่ต่าง ๆ แต่ละเขตสุขภาพมีกลไกขับเคลื่อนด้วยวิธีการและรูปแบบที่หลากหลาย ดังนี้

ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (unity district health team) เริ่มดำเนินการโดยทำคำสั่งในชุดต่างๆ ตามลักษณะพื้นที่การคมนาคม ด้านประชากร และนโยบายของนายอำเภอและผู้ว่าราชการจังหวัด มีภาคีเครือข่ายร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ แผนการเงินการคลัง แผนระบบบริการ ทั้งระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน ร่วมกันใช้หลักการการจัดการตำบลสุขภาพในการดำเนินการ และพบกันโดยประชุมร่วมกันทั้งในภาพรวมของอำเภอ และจังหวัด โดยจัดเวทีประชาคมชี้แจงโครงสร้างและบทบาทของภาคีเครือข่ายสื่อสารและประชาสัมพันธ์ระดับอำเภอผ่านการประชุมของนายอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และผู้นำท้องถิ่น ระดับชุมชน ประสานงานกันอย่างไม่เป็นทางการ ผ่านมือถือ กลุ่มไลน์วิชาชีพโดยภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ข้อมูลระบบสุขภาพที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก จากเวทีประชาคม และประสานภาคีเครือข่ายจัดทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) ด้านสุขภาพในจังหวัดร่วมกันทุกภาคส่วน

ด้านการให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (customer focus) เริ่มดำเนินการโดยกำหนดช่องทางรับรู้ตามบริบทของพื้นที่ชัดเจน เช่น มีแผนออกเยี่ยมบ้าน สอบถามความต้องการ และความคิดเห็นต่อโครงการสุขภาพ การติดต่อทางโทรศัพท์หลังการให้บริการ สอบถามความพึงพอใจจัดเวทีประชาคม ประชุมถอดบทเรียน ทำกล่องรับฟังความคิดเห็นด้านสุขภาพไว้ที่ส่วนราชการและในชุมชน

มีการประเมินเรื่องการดูแลแบบองค์รวม เช่น การเยี่ยมบ้านคุณภาพในกลุ่มที่มีปัญหาสูง ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติที่ติดต่อกับสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อให้ทันกับการรับรู้ความต้องการและการขอรับการช่วยเหลือ และมี อบต. เป็นหน่วยประสานกลางในการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ซึ่งมีข้อมูลส่วนหนึ่งได้จากกลุ่มสมัชชาสุขภาพในพื้นที่วิเคราะห์/สรุปปัญหาที่สำคัญตามความต้องการโดยจัดเวทีประชาคม คัดข้อมูลรับฟังความต้องการ ข้อร้องเรียนและเสียงสะท้อนจากทีมเครือข่ายให้กับคณะทำงาน เครือข่ายสุขภาพอำเภอ มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนไปปรับแผนระบบบริการสุขภาพของอำเภอด้วยระบบ single plan และ single management ตามความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (community participation) เริ่มดำเนินการโดยจัดทำแผนผังโครงสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและการเชื่อมประสานงานที่ชัดเจน ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมายและประชาชนนั้น เครือข่ายสุขภาพนำมาร่วมกำหนดบทบาทเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องในการดำเนินสุขภาพชุมชน เนื่องจากมีความเฉพาะด้านมากขึ้น โดยสมัชชาในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำ ทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ร่วมกับชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ครู รวมทั้งวิทยุชุมชนร่วมเป็นสื่อกลางในการส่งข่าวสุขภาพ ตลอดจนสมัชชาสุขภาพจัดเวทีสมัชชาสุขภาพให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมกันถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัญจร และผลิตสื่อการเรียนรู้จากประสบการณ์ดูแลสุขภาพด้วยตนเองของคนในชุมชนจัดทำแผนบูรณาการ “การพัฒนาสุขภาพอำเภอเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับจังหวัด” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานในการขับเคลื่อน รวมทั้งมีการจัดเวทีสรุปและประเมินผลแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนหมู่บ้านจัดการสุขภาพทั้งจังหวัด โดยมีระบบการติดตามประเมินผล

ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่า (appreciation) ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง เริ่มดำเนินการโดยจัดทำโครงการถอดบทเรียนของเครือข่ายสุขภาพ

อำเภอ ติดตามความก้าวหน้า ซึ่งชมความสำเร็จในการดูแลหลังการให้บริการเยี่ยมบ้าน ทั้งในระดับบุคคลและทีม โดยนำแผนการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยของอำเภอนำเสนอในแผนการประชุมของท้องถิ่นและแผนพัฒนาระบบบริการของเขตสุขภาพ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องราวดี ๆ ทั้งในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัดและเขตสุขภาพ รวมทั้งระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้วยกัน รวมทั้งจัดทำระบบการประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้รับบริการและเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกับจัดทำแผนการเยี่ยมเสริมพลังในภาพรวมของอำเภอที่มีตัวแทนจากเครือข่ายทุกภาคส่วน ตลอดจนสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพในอำเภอ เป็นที่นำชุมชนทำกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (context base learning:CBL) ร่วมกับทีม DHML เกิดการทบทวนถอดบทเรียนกระบวนการดูแลผู้ป่วย การดูแลสุขภาพประชาชน และเรียนรู้ร่วมกันถึงพลังของชุมชนมีการสะท้อนผลงานด้านสุขภาพร่วมกันและหาทางออกในพื้นที่ที่มีปัญหาผ่านเวทีประชุมประจำเดือนของนายอำเภอร่วมกับการนิเทศงาน

ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) เริ่มดำเนินการโดยทำ single plan ในการบริหารทรัพยากรและงบประมาณร่วมกันภายในอำเภอ ทรัพยากรและงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพมีการบรรจุเพิ่มเติมในแผนของท้องถิ่น โดยทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอร่วมกับสมาชิกอาสาสมัครสุขภาพในอำเภอสำรวจความต้องการด้านทรัพยากร (คน เงิน ของ) และพัฒนาบุคลากรด้วยการใช้กระบวนการ CBL และ PBL และนำข้อมูลที่ได้จากกระบวนการมาจัดทำแผนเสนอกลับให้คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอเพื่อรับทราบข้อมูลในการพัฒนาภาพรวม แผนที่ผ่านการเห็นชอบของ DHB นำเสนอต่อในแผนของท้องถิ่นและจังหวัด ทำให้มีการเชื่อมโยงแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพที่หลากหลายทั้งในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด รวมทั้งระหว่างเครือข่ายสุขภาพด้วยกัน โดยคืนข้อมูลให้ทีมเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน ทบทวนและปรับปรุงแผนการบริหารจัดการทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรของอำเภอ ตลอดจนสะท้อนข้อมูลผ่านการรับรู้ของการประชุมในเวทีประจำของอำเภอ ทำให้เครือข่ายสุขภาพมีการ

ปรับแผนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยจากเวทีถอดบทเรียนที่เกิดขึ้น ทำให้พื้นที่เกิดการแก้ปัญหาและบูรณาการร่วมกันในการจัดสรรทรัพยากรด้านการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (essential care) เริ่มดำเนินการโดยมีคณะกรรมการบริหารการจัดการผู้ป่วยของอำเภอ เช่น ทีมดูแลโรคไม่ติดต่อ (NCD Board) จัดระบบดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่ม ด้วยการจัดกิจกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่าย คือ 1) กลุ่มปกติ 2) กลุ่มป่วย และ 3) กลุ่มเสี่ยง เป็นการขยายดำเนินการที่เกิดจากความร่วมมือในทุกภาคส่วน โดยมีระบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนของอำเภอด้วยการแบ่งโซนการให้บริการผู้ป่วย และจัดระบบการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมจนถึงระดับครอบครัว โดยใช้กระบวนการ CBL, PBL, SRM, SWOT และ R2R ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสอดคล้องกับบริบทของชุมชน พัฒนาสมรรถนะทีมเครือข่ายสุขภาพด้วยกระบวนการ DHML ในการเรียนรู้และทบทวน ทำให้มีการออกแบบระบบบริการใหม่สำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท ตลอดจน อบต. และชุมชนร่วมจัดระบบดูแลสุขภาพของการดูแลผู้ป่วย ด้วยการสนับสนุนจัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลการสนับสนุนวิทยากรจัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน เป็นต้น

สำหรับการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบปัจจัยระบบสุขภาพ 6 Building Blocks ดังนี้

ด้านการจัดบริการสุขภาพ (health service delivery) มีความเชื่อมโยงของสถานบริการที่อยู่ในชุมชน การให้บริการในชุมชน การดูแลตนเองอย่างมีส่วนร่วมในทุกระดับ ตามคุณลักษณะของการให้บริการที่เป็นองค์รวม มีการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ตามนโยบาย เช่น อุบัติเหตุโรคไตเรื้อรัง การดูแลสุขภาพพระยาวัย และกำหนดเป้าหมายการดูแลของทีมหมอครอบครัว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า เป็นต้น



ด้านระบบสารสนเทศ (information system and sharing) มีการบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพเป็นฐานเดียวกัน เพื่อการบริหารจัดการและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ตามบริบท โดยมีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ อีกทั้งการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Line, Email ในการติดต่อประสานงานปรึกษาแพทย์ที่ปรึกษาในระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน

ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วยกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ผูกอบรม care manager กับ care giver การส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้โดยใช้ CBL, KM ระหว่างทีมอำเภอ ทีมตำบลและทีมชุมชน

ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข (financing) มีการบูรณาการงบประมาณทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับท้องถิ่น เช่น ใช้กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการจัดงบประมาณสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ เป็นต้น

ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (medical products, vaccine & technology) ให้ความสำคัญกับการแบ่งปันทรัพยากรเพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพร่วมกันระหว่างสถานบริการทุกระดับ ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ อีกทั้งสนับสนุนให้มีการใช้อุปกรณ์เสริมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น แท็บเล็ต รวมถึงสนับสนุนยานพาหนะ เช่น รถยนต์ เรือ เพื่อสนับสนุนระบบส่ง

ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพ (leadership and governance) มีทีมนำที่มีสมรรถนะในการทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วม โปร่งใส ตรวจสอบได้ การสร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรด้วยความก้าวหน้าในหน้าที่ การงานและค่าตอบแทน มีการเยี่ยมเสริมพลังด้วยกระบวนการดูแล และการให้คุณค่า

สถานการณ์ภาพรวมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยภายหลัง 5 ปี ของการ

ขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอพบว่ามีการกำหนดกรอบนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ รวมทั้งกรอบโครงสร้างการจัดการระบบสุขภาพอำเภอตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจัดการปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ด้วยแนวทางตามองค์ประกอบ UCCARE และตามนโยบายการแก้ปัญหาสาธารณสุขในแต่ละปีงบประมาณ มีการดำเนินการกลุ่มบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care cluster) ต่อยอดจากนโยบายที่หมอบรรณ โดยมุ่งเน้น “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ต่อเนื่อง ทุกเวลาโดยใช้เทคโนโลยี” ภายใต้หลักการ “ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางพระราชรัฐ” เสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ภายใต้หลักการของ CBL เพื่อการสนับสนุนเสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพอำเภอ ตลอดจนบูรณาการการนิเทศติดตามในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยทีมเยี่ยมเสริมพลัง ด้วยการให้คุณค่า ในสิ่งที่เครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นๆ เป็นอยู่ และได้แต่งตั้งผู้แทนเขตสุขภาพเพื่อร่วมตรวจราชการกำกับ ติดตาม และประเมินผลในแต่ละปีงบประมาณ และพบว่าผลดีของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ นั้น เป็นจุดเชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่ายต่างๆ ทุกภาคส่วน ในการทำงานสาธารณสุขแบบบูรณาการ เกิดสัมพันธภาพที่ดีในเครือข่าย มีเป้าหมายร่วมกัน มีส่วนร่วมในการวางแผนแบ่งปันทรัพยากร และสรุปผลการทำงานร่วมกัน ซึ่งงบประมาณน้อยลง แต่ได้ผลลัพธ์ดีกว่าเดิม มีโครงสร้างงานที่ชัดเจน เครือข่ายเข้าใจหน้าที่ตนเอง พื้นที่ทำงานสุขภาพร่วมกันง่ายขึ้น เกิดความช่วยเหลือกัน การค้นหาปัญหาจริงของพื้นที่เป็นระบบระบบ การดูแลสุขภาพได้มาตรฐาน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในรูปแบบการเล่าสู่การฟังมากขึ้น ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ทำให้ภาพพจน์งานสุขภาพดีขึ้น ประชาชนได้รับการดูแลตามความจำเป็น โดยมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จเช่นด้านนโยบาย กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง มีการแต่งตั้งทีมเยี่ยมเสริมพลัง ร่วมการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ด้านผู้นำมีนโยบายผู้บริหารทุกระดับที่สนับสนุนชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ ด้านโครงสร้างการบริหารงาน

มีการจัดโครงสร้างงานที่ชัดเจน มีการบูรณาการและเชื่อมโยงกับระบบพัฒนาสุขภาพ ไปถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับพื้นที่มีการบูรณาการกับทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนด้านสุขภาพด้านภาคีเครือข่าย มีทุนเดิมของพื้นที่ ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ความพร้อมของพื้นที่ในการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและมีชุมชนต้นแบบที่เข้มแข็งสามารถเป็นที่เรียนรู้ได้ในพื้นที่ และด้านระบบการสนับสนุน มีการติดตามของผู้บริหารในเขตอย่างต่อเนื่อง การสร้างความเข้าใจในระดับเขตและจังหวัด มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของพื้นที่ที่ชัดเจน มีงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจน

### วิจารณ์

สถานการณ์การดำเนินการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอเน้นบุคลากรสาธารณสุขรับรู้ว่าเป็นกลไกการดำเนินงานที่มีลักษณะคล้ายคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่เคยดำเนินการผ่านมา โดยระบบสุขภาพระดับอำเภอเน้นหลักการของทีมีขับเคลื่อนที่สร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจาก คปสอ. ทำให้เป็นผลดีต่อการขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิ ดังความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์พบว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นจุดเชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่ายต่าง ๆ ทุกภาคส่วนในการทำงานสาธารณสุขแบบบูรณาการ เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีเป้าหมายร่วมกัน มีส่วนร่วมในการวางแผนแบ่งปันทรัพยากร ใช้งบประมาณน้อยลง ได้ผลลัพธ์ดีกว่าเดิม ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ มีการบูรณาการเข้าสู่แผนการพัฒนาระบบบริการในทุกสาขา และทุกระดับที่ชัดเจน รวมทั้งการบูรณาการเข้าสู่แผนของท้องถิ่นเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้ตรงกับแนวคิดของ Starfield และ WHO<sup>5,6</sup> ที่ระบุว่าระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ท้องถิ่นและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในกิจกรรมทางด้านสุขภาพร่วมกัน รวมทั้งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผลสำเร็จของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี แสดงให้เห็นว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกลไกที่สร้างการมีส่วนร่วม นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน นับเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จ

ของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตรงกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เสนอกระบวนการสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามา มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพของระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอได้รับการสนับสนุนที่หลากหลายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการสนับสนุนทรัพยากรร่วมกันในเครือข่ายร่วมกับการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ในการดำเนินงานด้วยกระบวนการเชิงบวกส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจและความพร้อมในการดำเนินการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของภาคีเครือข่ายร่วมกัน

อย่างไรก็ตามการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในการศึกษานี้ ที่พบว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีลักษณะการดำเนินงานคล้ายกับคปสอ.นั้น การสร้างความเข้าใจในช่วงแรกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ปฏิบัติงานเข้าใจหลักการของระบบสุขภาพระดับอำเภอไปในทิศทางเดียวกันและนำไปสู่ความสำเร็จร่วมกัน ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีกระบวนการเยี่ยมติดตามและรับฟังความเห็นของผู้ปฏิบัติงานระบบบริการปฐมภูมิด้วยกระบวนการเยี่ยมเสริมพลังสอด คล้องกับเงื่อนไขแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิที่ทีมงานควรได้รับการเสริมสร้างความเข้าใจหลักการจัดสรรความรู้และสนับสนุนทรัพยากรในการบริหารงาน<sup>8-11</sup>

ด้านประเด็นสุขภาพที่ประชาชนได้รับประโยชน์จากการขับเคลื่อนด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอคือโครงการ ODOP มีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ เป็นกิจกรรมที่ลงลึกถึงระดับชุมชน ให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม เกิดเครือข่ายอย่างกว้างขวางในการจัดการ สร้างความรู้สึกในการเป็นเจ้าของร่วมกันรับรู้และรับประโยชน์ร่วมกัน มีการขยายผลและเรียนรู้ร่วมกันแบบบูรณาการในทุกภาคส่วน ดังผลการศึกษาพบว่า มีการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย แสดงให้เห็นถึงพลังของการจัดการแบบมีส่วนร่วมจากกลไกของระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ อันก่อให้เกิดการแบ่งปันทรัพยากรและนำไปสู่ผลสำเร็จของการจัดการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ตรงกับ ปราโมทย์ เลิศข้ามป้อม มโน มณีฉาย และธีร วรธนารัตย์<sup>3</sup> ที่รายงานวาระระบบสุขภาพระดับ

อำเภอ แสดงถึงการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและการแบ่งปันทรัพยากรในระดับมากเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาของชุมชน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่าบางกระบวนการของระบบสุขภาพระดับอำเภอยังพบอุปสรรค เช่น ด้านการสื่อสารและถ่ายทอดนโยบายที่อาจไม่เข้าใจอย่างชัดเจนในช่วงเริ่มต้น และมีข้อจำกัดของกำลังคนด้านบุคลากรระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ด้วยพื้นที่ที่มีทุนเดิมของเครือข่ายที่ดีในพื้นที่ ในผลการศึกษาพบว่าสามารถก้าวข้ามข้อจำกัดต่างๆไปได้ พลังของเครือข่ายในพื้นที่แสดงให้เห็นว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดความสำเร็จของกลไกระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตรงกับแนวคิดและผลการศึกษาที่ผ่านมา<sup>11-13</sup>ที่พบว่า เครือข่ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จ ทั้งนี้ประเด็นการมีส่วนร่วมในชุมชนนั้น ยังต้องคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน ซึ่งนโยบายอาจไม่สามารถกำหนดเป็นแนวทางเดียวกันทั้งประเทศได้ สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการดำเนินงานในพื้นที่ตั้งที่โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และประชาติป กะทา<sup>4</sup> ระบุว่าการทำงานกับชุมชนให้คำนึงถึงบริบทตามมิติทางสังคมเป็นสำคัญ

ด้านประเด็นการขับเคลื่อนทางสุขภาพ ODOF ที่ตอบสนองกับปัญหาของพื้นที่ จากการศึกษา พบว่าเน้นการส่งเสริมกิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด เพราะเป็นภาวะปัญหาสุขภาพที่พบมากในปัจจุบันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาของชลการ ทรงศรี<sup>14</sup> ที่พบว่า โรคเรื้อรังกำลังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก เป็นข้อสังเกตที่ควรตระหนักถึงการดำเนินการต่อไปในอนาคต สำหรับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีแนวโน้มของการบริหารจัดการต่าง ๆ ภายใต้อำนาจของ 6 Building Blocks ที่อาจทุ่มทรัพยากรและการจัดการไปสู่ประเด็นการส่งเสริมการดูแลและป้องกันโรคเรื้อรังมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกลไกในการขับเคลื่อน ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพและสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ จากการศึกษาสถานการณ์ทำให้เห็นพัฒนาการโดยรวมของระบบปฐมภูมิที่ขับเคลื่อนด้วยกลไกระบบสุขภาพ

ระดับอำเภอ ว่าสามารถพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไปในทิศทางที่ดี ช่วยพัฒนาสุขภาพประชาชนควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในหลากหลายมิติ ตอบสนองกับเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดำเนินงานต่างมีบทบาทสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จ ดังนั้นเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จึงควรเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมจากศักยภาพของทุกภาคส่วนด้วยการกำหนดบทบาทของผู้เกี่ยวข้องด้วยความชัดเจนตามข้อเสนอดังนี้

ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดทิศทางโดยรวม ควรเน้นพัฒนาคุณภาพบริการโดยสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล พัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องตามบริการสุขภาพทุกสาขา ร่วมกับการพัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับการบริหารจัดการในอนาคต ประสานท้องถิ่นอย่างเป็นระบบในการแบ่งปันทรัพยากรและด้านวิชาการมากยิ่งขึ้น สร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สนับสนุนให้ประชาชนและสถานบริการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการดูแลตนเองและในสถานบริการ ตลอดจนศึกษาวิจัยรวบรวมองค์ความรู้ต่างๆ ที่มีคุณค่าเพื่อการต่อยอดพัฒนาการอย่างเป็นระบบ โดยหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องมีบทบาท ดังนี้

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และพิจารณาการสนับสนุนทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการทำงานตามนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะทรัพยากรคน สร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน และสนับสนุนความก้าวหน้าในการทำงาน รวมถึงค่าตอบแทนที่เหมาะสมและสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เร่งรัดความต่อเนื่องของนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอแบบบูรณาการ การนิเทศติดตามควรบูรณาการศูนย์วิชาการหรือกรมกองวิชาการต่าง ๆ ด้วยกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ชัดเจน เน้นการพัฒนาที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุกปี

กองบริหารการสาธารณสุข วางแผนทิศทางการสนับสนุนการติดตามกำกับจัดการทรัพยากรและการจัดระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องสามารถทำหน้าที่ร่วมกันได้เต็มประสิทธิภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่า มีประโยชน์ รวมทั้งการจัดการสังเคราะห์ความรู้หรือสร้างความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการทำงานของทีมหมอครอบครัวในแต่ละมิติ

สถาบันพระบรมราชชนก ประสานการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพอำเภอ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำชุดองค์ความรู้สำคัญที่สอดคล้องกับการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและจัดให้มีการนำองค์ความรู้ DHS บรรจุในการผลิตบุคลากรสาขาที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สนับสนุนการประเมินผลการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวมของประเทศอย่างต่อเนื่อง

สำนักตรวจราชการ สนับสนุนกำกับติดตามและปรับเปลี่ยนกระบวนการตรวจราชการ โดยพัฒนาค่ากลางตามบริบทของพื้นที่ควบคู่ไปกับตัวชี้วัดของกระทรวง ควรเน้นเชิงคุณภาพมากขึ้น ส่วนเชิงปริมาณพิจารณาตามกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องหรือตามบริบทของพื้นที่ และใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังในการติดตามราชการกรณีปกติ

ข้อเสนอต่อเขตสุขภาพ เร่งรัดการจัดโครงสร้างที่บูรณาการการทำงานในระดับจังหวัด การจัดการเพื่อสนับสนุนกำลังคน กระตุ้นให้เกิดกลไกการบริหารระบบสุขภาพอำเภอที่แท้จริง โดยสนับสนุนการทำงานตามแผนกลยุทธ์ของเครือข่ายบริการ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพอำเภอจัดทำแผนร่วมกันในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตั้งแต่ระดับบริการปฐมภูมิขึ้นไป เน้นเป้าหมายที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างแท้จริง สนับสนุนการสื่อสารข้อมูลให้แก่ท้องถิ่น/กลไกบริหารเครือข่ายทีมหมอครอบครัวบริหารจัดการเครื่องมืออุปกรณ์ให้ตอบสนองต่อการ

จัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการพัฒนาทักษะการเป็นผู้อำนวยการเรียนรู้และประสานงานภาคีทั้งเครือข่ายหน่วยบริการ การสื่อสารกับประชากรเป้าหมายหลักของพื้นที่ ให้เป็นที่รับรู้ของภาคีเครือข่ายทั้งองค์กรและนำชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสนับสนุนการจัดกระบวนการเรียนรู้ในมิติเชิงสังคมเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยใช้องค์ประกอบผลแบบมีส่วนร่วม และควรมีทีมอำนวยการเรียนรู้ในระดับเขตเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมโยงของพื้นที่ ดำเนินการระบบสุขภาพระดับอำเภอให้เกิดพลังอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตลอดจนเสริมทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการชี้นำตนเองในการบริหารจัดการสุขภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อรองรับการขับเคลื่อนการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ยั่งยืน

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอต่อกระทรวงที่เกี่ยวข้องในเชิงบูรณาการนโยบายระหว่างกระทรวง ควรเน้นนโยบายการทำงานในชุมชนอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง สื่อสารนโยบายภายในกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการบูรณาการนโยบายและแผนตั้งแต่ระดับกระทรวงลงไปยังระดับภูมิภาค เป็นส่วนที่จะเอื้อให้พื้นที่สามารถทำงานได้สะดวกมากขึ้น การวางกรอบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอด้วยการบูรณาการด้านนโยบายวิชาการ ระบบข้อมูล ควรมีฐานข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนร่วมกันและมีการคืนข้อมูลจากส่วนกลางให้ระดับพื้นที่ เพื่อการมีส่วนร่วมและมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน และการปฏิบัติในทุก กระทรวงที่เกี่ยวข้องการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานของปฐมภูมิร่วมกันอย่างชัดเจนตลอดจนการกำกับ ติดตาม ด้วยกลไกการพัฒนาที่มีย่อมเสริมพลังจากเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

สุดท้าย ข้อเสนอแนะทางวิชาการสำหรับการศึกษาต่อไป ควรศึกษาในมิติของการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาการติดตามประเมินผลลัพธ์ของแผนงานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เกิดขึ้นกับประชาชนในมิติต่างๆ มีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย และรวบรวมคุณค่าที่ติงามในพื้นที่ ด้วยการวิจัยสังเคราะห์องค์ความรู้ในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนวิจัยเปรียบเทียบผลลัพธ์ การดำเนินงานระหว่างพื้นที่ที่มีระยะเวลาต่างกัน นำไปสู่การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิในมิติที่รอบด้าน

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมงานเครือข่ายสุขภาพระดับ อำเภอทุกแห่ง ตัวแทนผู้บริหารทุกระดับผู้ปฏิบัติ และ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษาทุกท่านที่ ให้ความกรุณาสละเวลาให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย ที่ดีและสมบูรณ์เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

### เอกสารอ้างอิง

1. Saelhee D, Editor. Primary Care Value Added with DHS. Bangkok: Rural Medical Foundation.; 2014.
2. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for Primary Care organization: the Importance of Structural Domain. Int J Qual Health Care 2008; 20(5): 308-13.
3. Sriwanichakorn S, Yana T, Chalawdech B. Primary Care System Situation in Thailand, 2010. Bangkok: Sahaphattanapaisarn; 2011.
4. Juengsathiensub K, Katha P. Primary Health Care from Philosophy to Health Practices New Dimension. 2nd Ed. Bangkok: Meedee Graphic; 2007.
5. Starfield, B. Primary care concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press. 1998.
6. World Health Organization. Declaration on strengthening district health systems based on Primary Health Care. Proceedings of the Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems; 1987 Aug 3-7; Harare, Zimbabwe. Geneva: World Health Organization. 1987.

7. Supawong, C. The choice The survival. Basic health system. Nonthaburi: Kiddeemeedee limited; 2010.
8. Reordkhampom P, Maneechay M, Worathanarat T. Performance Assessment of District Health System in Tak Province, 2014. Annual Health Researcher Development Program, 2014. Nonthaburi: Institute of Public Health Systems; 2015.
9. Pongsuphap Y. Learning to strengthen district health systems performance management (District Health Management Learning: DHML). Bangkok: APPA Printing Group CO, LTD. 2557.
10. Sawaengdee K, Kongkam K, Panawatanapisut S, Nawamawat J, Sittisar V, Panpromthada A. District Health Management Learning (DHML) Project. Nonthaburi: Human Resources Development Group. Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. Ministry of Public Health; 2015.
11. Sawaengdee K, Kongkam K, Panawatanapisut S, Nawamawat J, Sittisar V, Panpromthada A. A Study on the District Health System Management Capacity Building Project. J Health Sci 2016;25:854-64.
12. Yontrakul S, Sawangsri W, Teemueangsai W, Development of a Health Promotion Model to Prevent Diabetes Mellitus in Primary Care Units within District Health System (DHS), Mueang District, MahaSarakham Province. J Health Sci 2016;25:181-91
13. Clynych EJ. Electoral Participation in a Low Stimulus Election. Politics & Policy 1976; 4(1):111-24.
14. Thongsri C. Development of home health service model of primary care unit. Res Dev Health Sys J 2016 (2):227-53.