

สุขภาพในมือท้องถิ่น

กับการเปลี่ยนผ่านที่ไม่มีสูตรเดียว

โครงการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริหารจัดการทุน
ด้านการพัฒนาพื้นที่ (บพท.) สำนักงานส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อ
เพิ่มความสามารถการแข่งขันและการพัฒนาพื้นที่ (องค์การมหาชน)



THAILAND
RISE
FUND

บทนำ

เมื่อสุขภาพไม่ใช่เรื่องของโรงพยาบาลอย่างเดียว

เมื่อพูดถึงระบบสุขภาพ คนจำนวนมากมักนึกถึงโรงพยาบาล แพทย์ และการรักษาเป็นหลัก แต่ในชีวิตจริง ปัญหาสุขภาพของผู้คน ไม่ได้เกิดขึ้นและจบลงในห้องตรวจเท่านั้น หากเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม การทำงาน และเงื่อนไขเฉพาะของพื้นที่อย่างแยกไม่ออก การดูแลสุขภาพจึงไม่อาจพึ่งพาการรักษาเพียงอย่างเดียว หากต้องเริ่มจากความเข้าใจว่าผู้คนใช้ชีวิตอยู่อย่างไรในแต่ละวัน และ ตั้งคำถามว่า ระบบสุขภาพที่เราคุ้นเคยนั้นรองรับความซับซ้อนเหล่านี้ได้มากน้อยเพียงใด

งานวิจัยภายใต้โครงการ **‘การพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น’** ในระยะแรก ได้ชวนตั้งข้อสังเกตสำคัญว่า หากระบบสุขภาพปฐมภูมียังคงถูกออกแบบจากส่วนกลาง และใช้มาตรฐานชุดเดียวกับทุกพื้นที่ แม้ภารกิจจะถูกถ่ายโอนลงสู่ท้องถิ่นแล้ว ระบบนั้นจะเชื่อมโยงกับชีวิตของผู้คนหรือไม่ คำถามนี้นำไปสู่การมอง ‘มาตรฐาน’ ไม่ใช่เพียงกรอบควบคุมคุณภาพ หากแต่เป็นสิ่งที่ควรถูกตีความและปรับใช้ร่วมกับผู้คนและชุมชน

หนังสือเล่มนี้ต่อยอดจากกรอบคิดดังกล่าว ด้วยการพาผู้อ่านลงสู่พื้นที่จริง ผ่านการทำงานและติดตามการดำเนินงานของคณะวิจัยในช่วงที่ภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิถูกถ่ายโอนลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายชุมชน จึงขยับเปลี่ยนไปพร้อมกัน ทั้งในแง่ภาระงาน ความคาดหวัง และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

คำถามไม่ใช่เพียงว่า “ท้องถิ่นพร้อมหรือไม่” แต่คือเมื่อภารกิจถูกถ่ายโอนแล้ว ใครเป็นผู้กำหนดมาตรฐานการดูแลสุขภาพ และมาตรฐานนั้นถูกออกแบบขึ้นเพื่อใคร เพราะมาตรฐานเดียวกันอาจเป็นทั้งเครื่องมือที่ช่วยจัดระเบียบการทำงานในพื้นที่ และอาจกลายเป็นภาระ หากมันไม่สอดคล้องกับบริบทที่หน่วยบริการและประชาชนในแต่ละพื้นที่ต้องเผชิญอยู่จริง

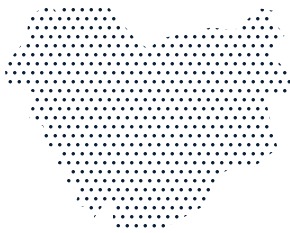
พื้นที่วิจัยระยะที่ 2



ภาคเหนือ
จังหวัดแพร่



ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
จังหวัดขอนแก่น



ภาคตะวันออก
จังหวัดจันทบุรี



ภาคใต้
จังหวัดสงขลา

เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากกลุ่มตัวอย่างรวม 572 คน ใน 4 จังหวัด ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากร sw.สต. / ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ.) / ภาคประชาชนและภาคชุมชน / ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการ [แพทย์ปฐมภูมิ, ผู้แทนโรงพยาบาลแม่ข่าย]

ทำไมต้องถ่ายโอน

01

และทำไมมาตรฐานแบบเดิมถึงไม่พอ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามปรับระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยความเปลี่ยนแปลงนี้ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นจากการตั้งคำถามต่อเนื่องมาว่า ระบบสุขภาพที่ออกแบบและกำกับจากส่วนกลาง แม้จะช่วยสร้างกรอบการทำงานร่วมกันในระดับประเทศ แต่เมื่อถูกนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และเงื่อนไขทางสังคมแตกต่างกันอย่างมาก โครงสร้างและวิธีคิดแบบเดิมยังสามารถรองรับการดูแลสุขภาพที่ผูกพันกับชีวิตจริงของผู้คนได้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ และการยับยั้งบทบาทการจัดการลงสู่ระดับท้องถิ่นจะเปิดพื้นที่ให้ระบบสุขภาพเรียนรู้จากบริบทเหล่านั้นได้มากขึ้นหรือไม่

ภายใต้เงื่อนไขเช่นนี้ การดูแลสุขภาพจึงถูกคาดหวังให้ย้ายเข้าใกล้พื้นที่มากขึ้นไม่เพียงแต่ในแง่ของการจัดบริการ แต่รวมถึงการเรียนรู้จากสภาพจริงของชุมชนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงถูกมองว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้การจัดบริการมีความยืดหยุ่น และสามารถตอบสนองปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น

จากการติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ภายใต้โครงการวิจัยนี้ พบว่า การปรับตัวของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน พื้นที่บางแห่งสามารถเชื่อมโยงการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนได้ค่อนข้างราบรื่น ขณะที่บางพื้นที่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านบุคลากร ทรัพยากร และภาระงานที่เพิ่มขึ้นพร้อมกัน

อีกทั้งความแตกต่างของบริบทพื้นที่ยิ่งทำให้ประเด็นเรื่อง ‘มาตรฐาน’ ในฐานะชุดเกณฑ์ ตัวชี้วัด และแนวปฏิบัติที่ใช้กำหนดกรอบการทำงานของหน่วยบริการ ถูกหยิบขึ้นมาพิจารณาอีกครั้ง เพราะแม้มาตรฐานจะช่วยสร้างกรอบการทำงานร่วมกันในภาพรวม แต่เมื่อถูกนำไปใช้กับพื้นที่ที่มีเงื่อนไขและปัญหาแตกต่างกัน ความท้าทายในการรักษาสมดุลระหว่างการดำเนินงานตามกรอบที่กำหนดไว้กับการตอบสนองสถานการณ์จริงของชุมชนก็เริ่มปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัดขึ้น

ในทางปฏิบัติ บางพื้นที่พยายามทำงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่มีอยู่ ขณะเดียวกันก็ต้องปรับวิธีการทำงานให้เข้ากับทรัพยากร เวลา และกำลังคนที่มีอยู่จริงภาพเช่นนี้ชวนให้ตั้งคำถามว่า แนวคิดแบบ ‘สูตรเดียวใช้ได้ทุกที่’ จะสอดคล้องกับการทำงาน

ในสภาพแวดล้อมที่มีความหลากหลายสูง ทั้งในพื้นที่ชนบท เขตเมือง หรือพื้นที่กึ่งเมืองที่มี การเคลื่อนย้ายของประชากรและปัญหาสุขภาพซับซ้อนมากขึ้นได้เพียงใด

ภายใต้บริบทดังกล่าว การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิได้ทำให้บทบาทของ กรอบมาตรฐานถูกมองในมุมที่ต่างออกไป จากเดิมที่ใช้กับการทำงาน ไปสู่คำถามว่า กรอบ เหล่านี้จะถูกใช้และปรับอย่างไร เมื่อการดูแลสุขภาพต้องเดินไปพร้อมกับความแตกต่างของ ชีวิตจริงในแต่ละชุมชน

‘มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิ แบบมีส่วนร่วม’ คืออะไร

02

ในเชิงหลักการ มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้กันมาก่อนหน้ามักถูกออกแบบ จากมุมมองของส่วนกลาง โดยกำหนดชุดตัวชี้วัดและขั้นตอนการทำงาน ที่คาดหวังให้หน่วย บริการในพื้นที่ต่างๆ ดำเนินการให้ครบถ้วนในทิศทางเดียวกัน มาตรฐานลักษณะนี้มีบทบาท สำคัญในการสร้างกรอบคุณภาพขั้นต่ำ และเอื้อให้ระบบสามารถติดตามและประเมินผลได้ ในระดับประเทศ

‘มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม’ จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยไม่ได้เข้ามาแทนที่มาตรฐานเดิมทั้งหมด หากแต่เข้ามาปรับบทบาทของ มาตรฐานจากเครื่องมือควบคุม มาเป็น ‘กรอบขั้นต่ำร่วม’ ที่ช่วยให้พื้นที่สามารถคิด วางแผน และตัดสินใจบนฐานของข้อมูลและความรู้จากชุมชนของตนเอง โดยมาตรฐานในความหมาย ใหม่นี้ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ร่วม การเชื่อมโยงแต่ละภาคส่วนในพื้นที่ และ ความสามารถของท้องถิ่นในการออกแบบวิธีการทำงานที่หลากหลาย ภายใต้เป้าหมายด้าน คุณภาพบริการและความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบสุขภาพ

จากการติดตามการทำงานในพื้นที่ คณะวิจัยพบว่า แม้บริบทจะต่างกัน แต่แก่น ร่วมของการทำงานด้านสุขภาพปฐมภูมิมักวนอยู่รอบประเด็นหลักไม่กี่เรื่อง ได้แก่ การเฝ้า ระวังโรคในชีวิตประจำวันของชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาเมื่อป่วย การ ดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ขาดช่วง และการเสริมพลังให้ประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของ ตนเองและคนรอบข้าง

ในบางพื้นที่ การเฝ้าระวังโรคอาจหมายถึงการทำงานใกล้ชิดกับ อสม. เพื่อสังเกต ความเปลี่ยนแปลงเล็กๆ ในชุมชน ขณะที่ในอีกพื้นที่อาจเน้นการเชื่อมข้อมูลกับหน่วยงานท้องถิ่นหรือสถานบริการใกล้เคียง ส่วนการสร้างเสริมสุขภาพ บางแห่งอาจเริ่มจากกิจกรรมเล็กๆ

ที่ชุมชนคุ้นเคย ขณะที่บางแห่งผูกเข้ากับนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นที่มีอยู่เดิม ซึ่ง จะเห็นได้ว่าวิธีการอาจต่างกัน แต่มีเป้าหมายร่วมคือการทำให้คนในชุมชนแข็งแรงขึ้นใน ระยะยาว

ดังนั้น หัวใจสำคัญของมาตรฐานแบบมีส่วนร่วมจึงหมายถึงการยอมรับว่าชุมชน ไม่ใช่เพียงผู้รับบริการ แต่เป็นผู้ร่วมออกแบบระบบสุขภาพของตนเอง เสียงของผู้ใช้ บริการ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายในพื้นที่ จึงเป็นข้อมูลสำคัญ ที่ช่วยให้การกำหนดมาตรฐานสอดคล้องกับความเป็นจริงของชีวิตผู้คน

รายงานการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อพื้นที่ใช้มาตรฐานในลักษณะนี้มาตรฐาน จึงไม่ถูกมองว่าเป็นภาระเอกสารหรือข้อจำกัดในการทำงาน ตรงกันข้ามมันกลับกลายเป็น เครื่องมือที่ช่วยจัดลำดับความสำคัญของงาน เชื่อมการทำงานของหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน และเปิดพื้นที่ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

กล่าวอีกนัยหนึ่ง มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม ไม่ได้มุ่งกำหนด เพียงว่าแต่ละพื้นที่ต้องดำเนินการอะไรบ้าง แต่ช่วยตั้งคำถามที่สำคัญกว่านั้นว่า เราจะ ดูแลสุขภาพของชุมชนได้อย่างไร ให้สอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้คนในพื้นที่ และเปิด โอกาสให้คำตอบนั้นแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละชุมชนนั่นเอง

‘แพร่’ เมื่อมาตรฐาน กลายเป็นเครื่องมือสนทนา

03

แพร่ไม่ใช่จังหวัดใหญ่ และไม่ใช่จังหวัดที่ทุกอย่างขาดแคลนจนทำอะไรไม่ได้ เสียทีเดียว แต่เป็นจังหวัดขนาดกลางที่พื้นที่ชนบทกระจายตัว ผู้คนรู้จักกัน ชุมชนยัง แน่นแฟ้น และกำลังเดินเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ขณะเดียวกัน ปัญหาสุขภาพ ของผู้คนกลับไม่ได้เล็กลง ทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ และภาระงานเชิงรุก ที่เพิ่มขึ้นหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะหน่วยบริการขนาดเล็กที่ ต้องทำงานภายใต้เงื่อนไขที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ทั้งการที่คนทำงานเท่าเดิม งานมาก ขึ้น ทรัพยากรไม่ได้เพิ่มตามความคาดหวัง การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้จึงไม่ใช่แค่เรื่อง โครงสร้างการบริหาร แต่เป็นการต้องปรับสมดุลใหม่ของระบบบริการสุขภาพทั้งระบบ

ภายใต้บริบทเช่นนี้ หนึ่งในโจทย์ที่ถูกต้องที่สุด จึงเป็นเรื่องของ ‘คน’ ตั้งแต่จำนวนบุคลากร ไปจนถึงความคาดหวังเรื่องแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งในเชิงหลักการ ทุกคนเห็นตรงกันว่าสิ่งเหล่านี้จำเป็น แต่ในทางปฏิบัติ พื้นที่จำนวนมากกลับต้องหาทางจัดการกับข้อจำกัดที่มีอยู่จริง มากกว่าการเดินตามกรอบเกณฑ์ให้ครบถ้วนตามตัวอักษร

เจ้าหน้าที่หลายคนสะท้อนตรงกันว่า ความคาดหวังเรื่องแพทย์ประจำ รพ.สต. เป็นความคาดหวังที่เจ้าหน้าที่พบจากการทำงานกับชุมชน ทว่าในสภาพความเป็นจริง พื้นที่จำเป็นต้องอาศัยการจัดการแบบคลัสเตอร์ การเชื่อมโยงแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว [ซึ่งทำหน้าที่ดูแลประชาชนในพื้นที่แบบต่อเนื่อง ไม่ได้จำกัดเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง] ให้ดูแลหลายหน่วยบริการร่วมกัน มากกว่าการแยกแพทย์ต่อหนึ่ง รพ.สต. โดยเสียงจากหน่วยบริการขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดแพร่สะท้อนภาพนี้อย่างตรงไปตรงมาว่า

“ตั้งแต่เราถ่ายโอนมา มันไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ทาง อบจ. กำหนดไว้... ตอนนั้นที่ รพ.สต. พี่ถ่ายโอนมาใหม่ๆ บุคลากรที่เป็นข้าราชการมีพี่กับน้องพยาบาลมา 2 คน ตามกรอบ 14 คน แต่ตอนนี้เรามีแค่ 4 คนเป็นข้าราชการ”

ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนสภาพจริงที่คนทำงานในพื้นที่ต้องเผชิญอยู่ทุกวัน และภายใต้เงื่อนไขเช่นนี้ เมื่อจังหวัดแพร่เริ่มทดลองใช้เกณฑ์มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม กระบวนการจึงไม่ได้เริ่มต้นจากการใส่ตรวจว่าหน่วยบริการมีบุคลากรครบตามกรอบหรือไม่ เอกสารถูกจัดทำตรงตามข้อกำหนดหรือเปล่า หรือตัวชี้วัดใดผ่านหรือไม่ผ่าน หากแต่เริ่มจากการใช้เกณฑ์เป็นเครื่องมือชวนกันมองให้เห็นระบบการทำงานที่ดำเนินอยู่จริงในพื้นที่ว่าการทำงานในชีวิตประจำวันมีหน้าตาอย่างไรใครรับภาระอะไรอยู่ และข้อจำกัดใดที่กำหนดจังหวะของระบบบริการในความเป็นจริง

คณะวิจัยจึงทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. องค์กรบริหารส่วนจังหวัด และภาคีในพื้นที่ ด้วยการนั่งคุยและใส่ดูงานไปพร้อมกัน เพื่อทำความเข้าใจว่า ภาระงานที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละวันคืออะไร ใครกำลังแบกรับงานส่วนใดอยู่เกินกว่าที่ตัวชี้วัดเคยสะท้อน และจุดใดของระบบที่หน่วยบริการไม่อาจแก้ไขได้ด้วยกำลังของตนเองเพียงลำพัง กระบวนการเช่นนี้เปิดโอกาสให้คนทำงานระดับปฏิบัติการได้เล่าข้อจำกัดจากประสบการณ์ตรง ขณะเดียวกันก็ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายในระดับจังหวัดได้เห็นภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิในแบบที่ตัวเลขและรายงานไม่เคยบอกได้ทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม บทเรียนสำคัญจากแพร่ยังสะท้อนให้เห็นความไม่สอดคล้องระหว่างตัวชี้วัดแบบเต็มกับธรรมชาติของงานปฐมภูมิ โดยเฉพาะในงานดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เจ้าหน้าที่หลายคนอธิบายว่า การทำงานเชิงรุก การคัดกรองเชิงลึกและการเข้าถึงประชาชนมากขึ้น มักทำให้ตัวเลขผู้ป่วยเพิ่มขึ้นแทนที่จะลดลง หากใช้ตัวชี้วัดที่มองเฉพาะ

อุบัติเหตุเพียงอย่างเดียว การทำงานเชิงรุกอาจถูกตีความว่าไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งที่ในความเป็นจริงกลับช่วยให้ระบบมองเห็นปัญหาได้ชัดเจนและเร็วขึ้น

การทดลองในจังหวัดแพร่จึงเปิดพื้นที่ให้ รพ.สต. เลือกและปรับตัวชี้วัดบางส่วน เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ด้านการดูแลมากกว่าการนับจำนวนผู้ป่วย เช่น การเข้าถึงบริการ การควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ หรือการลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสิ่งที่เปลี่ยนไปอย่างชัดเจนคือบทบาทของมาตรฐานที่ยับจากเครื่องมือตรวจสอบมาเป็นเครื่องมือสนทนาระหว่างหน่วยบริการ ท้องถิ่น และชุมชน

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง แพร่มีประสบการณ์ทำงานร่วมกับระบบดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) อยู่ก่อนแล้ว การนำเกณฑ์มาตรฐานแบบมีส่วนร่วมเข้ามาจึงช่วยให้พื้นที่มองเห็นภาพการบูรณาการชัดเจน ทั้งบทบาทของ อสม. ผู้ดูแล หน่วยบริการ และองค์กรท้องถิ่น การดูแลไม่ได้ถูกแยกเป็นภารกิจของหน่วยใดหน่วยหนึ่ง แต่ถูกออกแบบเป็นกระบวนการร่วม โดยมี รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและสนับสนุน และเชื่อมเครือข่าย

คนทำงานในพื้นที่จึงไม่ได้มอง ‘มาตรฐาน’ เป็นเพียงข้อกำหนดที่ต้องทำให้ครบตามเอกสาร หากแต่ใช้มันเป็นเหมือนกระจกที่ช่วยสะท้อนกลับมาดูการทำงานของตนเองว่า สิ่งที่ทำอยู่ในแต่ละวันยังสอดคล้องกับชีวิตจริงของคนในชุมชนหรือไม่ กระบวนการนี้ดึงเอาผู้นำชุมชน อสม. ผู้ให้บริการ และภาคในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินและแลกเปลี่ยนมุมมอง ทำให้มาตรฐานไม่ใช่เรื่องของผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยบริการฝ่ายเดียว แต่กลายเป็นพื้นที่ที่ชุมชนสามารถส่งเสียงและมีบทบาทร่วมกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพของตนเองได้

หัวใจของการทำงานปฐมภูมิในสายตาของคนทำงานจึงไม่ได้อยู่ที่ตัวเกณฑ์เพียงอย่างเดียว แต่มองว่า “เครือข่ายสำคัญที่สุด... มันอยู่บนพื้นฐานของการทำงานในชุมชนจริงๆ ที่ต้องมีความเป็นเครือข่าย การมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่”

ประสบการณ์จากจังหวัดแพร่ชี้ให้เห็นว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิจะไม่สามารถเดินไปข้างหน้าได้ หากยังยึดมาตรฐานในฐานะกรอบที่กำหนดจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว ในทางกลับกัน เมื่อมาตรฐานถูกใช้เป็นกรอบขั้นต่ำร่วมที่เปิดให้พื้นที่เรียนรู้ ปรับใช้ และตัดสินใจบนฐานของบริบทจริง มาตรฐานกลับกลายเป็นพลังที่ช่วยเชื่อมการทำงานของคนในระบบเข้าด้วยกันได้อย่างมีความหมาย

สำหรับจังหวัดแพร่ มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมจึงไม่ใช่ คำตอบสำเร็จรูป แต่เป็นกระบวนการที่ยังต้องพัฒนาไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ บทเรียนจากการทดลองใช้เกณฑ์ในช่วงนี้ ไม่ได้เพียงสะท้อนความพร้อมหรือข้อจำกัดของจังหวัดแพร่เท่านั้น หากยังตั้งคำถามสำคัญต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับประเทศว่า หากต้องการให้การถ่ายโอนเกิดผลจริง เราจำเป็นต้องออกแบบมาตรฐานที่เดินไปกับพื้นที่ มากกว่าการคาดหวังให้พื้นที่เดินตามมาตรฐานเพียงฝ่ายเดียว

การนำเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมมาทดลองใช้ในจังหวัดแพร่ ทำให้หน่วยบริการปรับกระบวนการวางแผนสุขภาพจากเดิมที่อิงตัวชี้วัดและนโยบายจากส่วนกลาง มาเป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อสม. และผู้นำชุมชน จนนำไปสู่แผนสุขภาพชุมชนที่ตอบโจทย์บริบทพื้นที่มากขึ้น หนึ่งในโครงการสำคัญคือโครงการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเกิดจากการระบุปัญหาการเข้าถึงการตรวจคัดกรองที่ต่ำในพื้นที่ และดำเนินงานผ่านความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน

การดำเนินงานดังกล่าวทำให้การวางแผนสุขภาพของพื้นที่ตั้งอยู่บนฐานข้อมูลและการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้สตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองภายใน 5 ปีเข้ารับบริการตรวจจำนวน 220 คน และผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบรักษาอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพที่เข้มแข็งขึ้นระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในระดับพื้นที่

‘ขอนแก่น’ โจทย์ของระบบที่ซับซ้อน เกินกว่าจะใช้สูตรเดียว

04

“ปัญหาที่พบคือ ระบบส่งต่อผู้ป่วยยังพึ่งพาเอกสารกระดาษมากกว่าระบบดิจิทัล ทำให้ข้อมูลส่งต่อกลับมาไม่ครบถ้วน หรือไม่เป็นแบบเรียลไทม์ เนื่องจากข้อมูลจำนวนมากไปค้างอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน”

ประโยคสั้นๆ จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ไม่ได้สะท้อนเพียงปัญหาเชิงเทคนิคของการส่งต่อผู้ป่วย แต่เมื่อมองให้ลึกกลงไปมันกำลังบอกเล่าลักษณะของระบบสุขภาพขอนแก่นโดยรวม นั่นคือระบบที่ไม่ได้ขาดหน่วยบริการไม่ขาดบุคลากร และไม่ขาดโครงสร้าง แต่เป็นระบบที่มีองค์ประกอบจำนวนมากจนการเชื่อมต่อระหว่างกันกลายเป็นความท้าทาย

เมื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิเกิดขึ้นจริง ความซับซ้อนนี้ ยิ่งปรากฏชัด sw.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย สาธารณสุขอำเภอ และองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ต่างขยับบทบาทตามโครงสร้างใหม่ แต่การขยับเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน ในเชิงปฏิบัติ ช่องว่างระหว่างหน่วยงานจึงเริ่มปรากฏ และทำให้ความสับสนไหล ของระบบสะสมจุดในจุดที่ไม่เคยถูกตั้งคำถามมาก่อน

จากการทดลองใช้เกณฑ์มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ นักวิจัยพบว่า แม้การถ่ายโอนจะเกิดขึ้นในเชิงโครงสร้างแล้ว แต่อำนาจการตัดสินใจด้าน เนื้อหาวิชาการและตัวชี้วัดหลักยังคงอิงกรอบจากส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ การกำหนดตัว ชี้วัดร่วมกันระหว่าง อบจ. และสายงานเดิมของกระทรวงจึงเป็นเพียงการประสาน มากกว่าการถ่ายโอนอำนาจอย่างแท้จริง

ความไม่สอดคล้องนี้เห็นได้ชัดในงานดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเจ้าหน้าที่จาก sw.สต. ทุกขนาดสะท้อนตรงกันว่า ตัวชี้วัดที่มุ่งให้อุบัติการณ์โรคลดลง ไม่เพียงไม่สะท้อน ความสำเร็จของงานปฐมภูมิ แต่ยังสวนทางกับธรรมชาติของการทำงาน เชิงรุกที่ยังคัดกรองมาก ยิ่งพบผู้ป่วยมาก เกณฑ์มาตรฐานแบบมีส่วนร่วมจึงกลายเป็น พื้นที่ให้หน่วยบริการได้ตั้งคำถามกับกรอบการวัดผลเดิม และทดลองขยับจากการมอง ‘การลดโรค’ ไปสู่ ‘คุณภาพของการดูแล’

ปัญหาเรื่องการเชื่อมต่อไม่ได้จำกัดอยู่แค่การส่งต่อผู้ป่วย แต่ขยายไปถึงระบบ ข้อมูลทั้งจังหวัด โดยเจ้าหน้าที่จำนวนมากสะท้อนตรงกันว่า ระบบข้อมูลเดิม ไม่เอื้อต่อการบริหารจัดการระดับพื้นที่ และกลายเป็นต้นเหตุของความเข้าใจคลาดเคลื่อน ระหว่างหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่ sw.สต.บ้านโนนสมบูรณ์ ต.ห้วยยาง อ.กระนวน จ.ขอนแก่น เล่าว่า “อบจ. มีแผนจะตั้งระบบสารสนเทศขึ้นมาเอง โดยตั้งงบประมาณไว้ 35 ล้านบาท สำหรับ อบจ. ขอนแก่น ปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงพัฒนา [ปีงบประมาณ 69]”

การตัดสินใจลงทุนพัฒนาระบบข้อมูลของตนเองเป็นผลจากประสบการณ์ตรง ของคนทำงาน ที่พบว่า การดึงข้อมูลจากระบบกลางไม่ตอบสนองกิจกรรมการทำงานจริง ในพื้นที่ ขณะเดียวกัน กลไกการทำงานบางส่วนในขอนแก่นกลับไม่ได้เกิดจากนโยบายส่วนกลาง แต่ ‘งอกขึ้นเอง’ จากความจำเป็นในการประคองระบบให้เดินต่อ โดยเฉพาะกลไกระดับ อำเภอ

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ sw.สต. แห่งเดียวกันยังอธิบายถึงระบบคณะกรรมการ ประสานงานระดับอำเภอ ที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน และ sw.สต. ทุกแห่ง เป็นกรรมการ ระบบนี้ไม่ได้ถูกออกแบบจากส่วนกลาง แต่เกิดจากการรวมตัวของชมรม ผู้อำนวยการ sw.สต. จังหวัดขอนแก่น เพื่อแก้ปัญหาที่ระบบเดิมไม่ครอบคลุม

“ระบบของคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ ที่มี ผอ. รพ. เป็นประธาน และ รพ.สต. ทุกแห่งเป็นคณะกรรมการ เป็นระบบที่ใช้กันทั้งจังหวัดขอนแก่น ระบบนี้เกิดขึ้นเองจากการรวมตัวของชมรม ผอ.รพ.สต. จังหวัดขอนแก่น ไม่ใช่นโยบายส่วนกลาง”

ประสบการณ์นี้ทำให้เห็นว่า การปรับตัวของขอนแก่นไม่ได้เกิดจากการรอคำสั่ง หากเกิดจากการจัดการกันเองของคนในระบบ เพื่อให้บริการยังเดินต่อไปท่ามกลางโครงสร้างที่กำลังเปลี่ยน

โดยในบรรดาตัวอย่างทั้งหมด งานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในอำเภอกระนวน เป็นภาพที่สะท้อนศักยภาพของระบบอย่างชัดเจนที่สุด โดยบูรณาการระหว่าง รพ.สต. อปท. โรงพยาบาลแม่ข่าย อสม. และชุมชน ทำให้งานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไม่ได้เป็นเพียงโครงการ แต่เป็นระบบบริการที่ทำงานได้จริง และเมื่อใช้เกณฑ์มาตรฐานเข้ามาประเมิน พื้นที่ไม่เพียงมองเห็นความสำเร็จ แต่ยังมองเห็นช่องว่างใหม่ เช่น ความเสี่ยงของกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังเคลื่อนไหวได้ ซึ่งนำไปสู่การออกแบบบริการด้านการป้องกันการหกล้มและการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน

ประสบการณ์ของขอนแก่นจึงชี้ให้เห็นว่า ‘มาตรฐานเดียวกัน’ สามารถถูกจัดวางและใช้งานต่างกันไปตามธรรมชาติของพื้นที่ สำหรับจังหวัดศูนย์กลางที่มีระบบซับซ้อน มาตรฐานไม่ได้ทำหน้าที่ลดความหลากหลาย หากแต่ช่วยจัดการกับความซับซ้อนนั้น โดยทำหน้าที่เป็นตัวช่วยประสาน ให้หน่วยงานจำนวนมากมีการมองปัญหาและตัดสินใจ

มีไม่ใช่เรื่องความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการถ่ายโอน แต่เป็นบทเรียนของการทำให้ระบบใหญ่เรียนรู้จะขยับไปพร้อมกัน โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

ในจังหวัดขอนแก่น การทดลองใช้เกณฑ์มาตรฐานสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมทำให้หน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันวิเคราะห์ช่องว่างของระบบสุขภาพในพื้นที่ และนำประเด็นที่พบจากการประเมินตามเกณฑ์ใหม่มาพัฒนาแผนสุขภาพตำบลผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อสม. และภาคีในพื้นที่ นำไปสู่โครงการพัฒนาสุขภาพหลายรูปแบบ เช่น การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงผ่านเครือข่ายชุมชน Health Station (จุดบริการสุขภาพในชุมชน) การสร้างแกนนำ อสม. เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และการส่งเสริม การดูแลผู้ป่วยในภาวะ DM remission (เบาหวานระยะสงบ) อย่างมีส่วนร่วม ขณะเดียวกัน การประเมินตามเกณฑ์ใหม่ยังทำให้พื้นที่ตระหนักถึงปัญหาการเชื่อมต่อระบบข้อมูลสุขภาพ จึงเกิดการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสาธารณสุขของจังหวัด

เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง อบจ. สสจ. และ สว.สต. ให้สามารถใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพได้มากขึ้น ส่งผลให้หน่วยบริการมีแผนสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ และเกิดกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ เครือข่ายชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นระบบมากขึ้น

‘จันทบุรี’ มาตรฐาน ที่ไม่ทำลายความสัมพันธ์

05

จันทบุรีไม่ใช่จังหวัดชนบทแบบเต็มรูป และก็ไม่ใช่เมืองใหญ่ที่ทุกอย่างรวมศูนย์อยู่ตรงกลาง หากเป็นจังหวัดกึ่งกลางที่มีลักษณะกึ่งเมืองอย่างชัดเจน นั่นคือมีทั้งชุมชนดั้งเดิม หมู่บ้านเกษตรกรรม พื้นที่เศรษฐกิจใหม่ และชุมชนที่เชื่อมต่อกับตัวเมืองอย่างแน่นหนา ความท้าทายนี้ทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของจันทบุรีต้องรักษาสมดุลระหว่างการมีกรอบมาตรฐานร่วมเพื่อประกันคุณภาพบริการ กับการปรับวิถีทำงานให้เข้ากับชีวิตจริงของผู้คนในแต่ละพื้นที่

ความหลากหลายดังที่กล่าวมา สะท้อนอย่างชัดเจนในรูปแบบการทำงาน of หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น ในพื้นที่อำเภอเมือง สว.สต.ขนาดใหญ่ต้องรองรับประชากรที่มีรูปแบบการใช้บริการหลากหลาย ตั้งแต่ผู้สูงอายุในชุมชนดั้งเดิม คนวัยทำงานไปจนถึงประชากรแฝงที่เข้ามาใช้บริการเป็นระยะ ขณะที่ในอำเภอขลุงหรือพื้นที่รอบนอก สว.สต.ขนาดเล็กต้องทำงานใกล้ชิดกับชุมชนที่รู้จักกันแทบทุกหลังคาเรือน การเดินทางไปพบผู้ป่วยถึงบ้าน การโทรศัพท์หาหมอโดยตรง หรือการนัดหมายผ่านไลน์กลุ่มจึงไม่ใช่เรื่องพิเศษ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานในชีวิตประจำวัน

ภาพของการทำงานเช่นนี้ยังชัดเจนในวันที่ภาระงานกาาโทมเข้ามาพร้อมกัน โดยเฉพาะวันที่มีคลินิกผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้รับบริการจำนวนมากจะมาพร้อมกันตั้งแต่เช้า พื้นที่ให้บริการที่มีอยู่อย่างจำกัดจึงต้องถูกปรับใช้แบบเฉพาะหน้า ซึ่งเจ้าหน้าที่รู้ว่าในทางมาตรฐาน ทุกขั้นตอนควรเป็นระบบ มีจุดรอจุดตรวจ และจุดให้คำแนะนำที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ สิ่งที่ทำให้ระบบเดินต่อได้คือการจัดตัวอย่างยืดหยุ่น การนัดหมายล่วงหน้าผ่านไลน์กลุ่ม และความคุ้นเคยระหว่างคน

คนทำงานกับคนในชุมชน

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโชคดี อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี สะท้อนประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ไว้ว่า การมีส่วนร่วมไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับหน่วยบริการ หากแต่เป็นวิธีทำงานที่ดำรงอยู่แล้วในชีวิตประจำวัน

“จริงๆ งานที่ทำอยู่มันเป็นงานบูรณาการอยู่แล้ว พี่ว่ามันไม่ได้ต่างจากเดิมมันเป็นงานในพื้นที่ที่ รพ.สต. ทำร่วมกับเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน อปท. วัด หรือชุมชนแกนนำ เราทำงานเป็นทีมและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายอยู่แล้ว ถ้าไม่มีการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือแกนนำชุมชน งานบางเรื่องก็ทำไม่ได้ และไม่สามารถสำเร็จได้ งานฝั่ง รพ.สต. ที่ทำอยู่เดิมก็ถือว่าโอเคอยู่แล้ว และยังจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายเหมือนเดิม”

เมื่อเกณฑ์มาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมถูกนำมาทดลองใช้ในจังหวัดจันทบุรี ภาพที่เห็นจากการประเมินตนเองของหน่วยบริการจำนวนมากคือ ‘ทำได้’ และ ‘ไม่รู้สักฝัน’ เจ้าหน้าที่จำนวนมากมองว่าเกณฑ์ช่วยจัดระเบียบความคิด ทำให้รู้ว่าควรเตรียมอะไร ควรอธิบายการทำงานของตนเองอย่างไร และมองเห็นภาพรวมของงานที่ทำอยู่ทุกวันได้ชัดเจน โดยไม่รู้สึกว่ามาตรฐานเข้ามาแทนที่วิธีทำงานเดิม

อย่างไรก็ตาม เสียงจากพื้นที่ยังชวนให้เห็นว่า มาตรฐานจะทำงานได้ดี ก็ต่อเมื่อมันไม่แข็งตัวเกินไป งานจำนวนมากที่ถูกระบุไว้ในเกณฑ์ แท้จริงแล้วเป็นงานที่ รพ.สต. ทำอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่เคยถูกเรียกด้วยภาษาของ ‘มาตรฐาน’ เท่านั้นเอง ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในจันทบุรีจึงไม่ใช่กิจกรรมที่ถูกจัดขึ้นเพื่อให้ผ่านการประเมิน หากเป็นความสัมพันธ์ที่ดำรงอยู่จริง ผ่าน อสม. ผู้นำชุมชน เทศบาล โรงเรียน วัด และเครือข่ายท้องถิ่นที่ทำงานร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดเล็ก สะท้อนมุมมองนี้ว่า “ต้องบอกว่าเกณฑ์ที่ดีนะ การทำงานมันจำเป็นต้องมีเกณฑ์มาตรฐานมาดูแลอยู่แล้ว แต่ถ้ามีอะไรที่เยอะหรือซ้ำซ้อนเกินไป ก็ควรลดลงบ้าง เพราะ รพ.สต. มีบุคลากรแค่พยาบาล 1 คน นักวิชาการ 1 คน และต้องรับผิดชอบงานทุกด้าน”

ความเป็นพื้นที่กึ่งเมืองทำให้จันทบุรีมีความท้าทายเฉพาะตัว ประชากรบางส่วนไม่ได้อยู่ในระบบทะเบียนถาวร เวลาทำการของหน่วยบริการมักชนกับชีวิตแรงงาน และความคาดหวังของประชาชนในบางพื้นที่ใกล้เคียงเมืองที่สูงขึ้นตามแบบเมืองใหญ่ ขณะที่ทรัพยากรและกำลังคนยังมีข้อจำกัดแบบพื้นที่ชนบท ทำให้มาตรฐานที่ตายตัวเกินไปจึงอาจกลายเป็นภาระ มากกว่าที่จะเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาคุณภาพบริการ

ในหลายชุมชน การจัดการปัญหาจึงไม่ได้เริ่มจากงบประมาณหรือคำสั่งจากส่วนกลาง หากมาจากภรรระดมทรัพยากรในพื้นที่เอง ตั้งแต่การประชุมร่วมกันของเครือข่าย การออกแบบกิจกรรมสุขภาพร่วมกับชุมชน ไปจนถึงการทอดผ้าป่าเพื่อขยาย

อาคารหรือเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกให้ รพ.สต. กระบวนการเหล่านี้ทำให้มาตรฐาน
ในบริบทของจันทบุรี ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นเพียงกรอบควบคุม แต่กลายเป็นภาษากลาง
ที่ช่วยให้คนในพื้นที่พูดคุยกันรู้เรื่อง ว่าอะไรคือเป้าหมายร่วม และอะไรคือข้อจำกัด
ที่ต้องยอมรับไปพร้อมกัน

สำหรับพื้นที่กึ่งเมืองอย่างจันทบุรี ความท้าทายจึงไม่ได้อยู่ที่การขาดมาตรฐาน
หากอยู่ที่การใช้มาตรฐานอย่างไรไม่ให้ขัดกับชีวิตจริงของผู้คน มาตรฐานที่ตั้งจึงไม่จำเป็น
ต้องเหมือนกันทุกแห่ง แต่ต้องยืดหยุ่นพอให้หน่วยบริการเลือกใช้และ
ปรับจังหวะได้ โดยไม่ทำลายความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.สต. กับชุมชน ซึ่งเป็นทุนทางสังคม
ที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิพึ่งพามากที่สุด

การนำเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมมาทดลองใช้ในจังหวัด
จันทบุรี ทำให้กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพของพื้นที่เปลี่ยนจากการดำเนินงานตามกรอบ
แผนจากส่วนกลาง ไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกับ อบจ. และภาคี
ในพื้นที่ โดยหนึ่งในประเด็นสำคัญที่พบ คือการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
รายใหม่ จึงนำไปสู่การพัฒนา ‘โครงการชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs’ ซึ่งเป็นแผนงาน
ด้านสาธารณสุขที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการและชุมชน

ภายใต้โครงการดังกล่าว หน่วยบริการได้พัฒนามาตรการคัดกรองสุขภาพ
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเพิ่มการตรวจเลือดเพื่อประเมินระดับไขมันในเลือดควบคู่
กับการตรวจพื้นฐานอื่นๆ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการเฝ้าระวังสุขภาพ กระบวนการ
นี้ทำให้แผนสุขภาพระดับตำบลสามารถเชื่อมโยงเข้าสู่การกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข
ระดับจังหวัด และทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทมากขึ้นในการ
ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อออกแบบบริการเชิงรุกที่สอดคล้องกับปัญหาจริงของประชาชน
ในพื้นที่

‘สงขลา’ มาตรฐาน ท่ามกลางความหลากหลาย

06

สงขลาเป็นจังหวัดที่ไม่อาจนิยามด้วยคำใดคำหนึ่งได้ง่ายๆ เพราะที่แห่งนี้มีทั้ง
เมืองใหญ่ ชายฝั่ง ชนบท พื้นที่ชายแดน วัฒนธรรม ความเชื่อ และเครือข่ายชุมชนที่มี

บทบาทของตนเองอยู่ก่อนแล้ว ทั้งหมดนี้ทับซ้อนอยู่ในพื้นที่เดียวกัน คือเอกลักษณ์ของ จังหวัดสงขลา และยังเป็นเงื่อนไขที่กำหนดจังหวะและวิธีทำงานด้านสุขภาพปฐมภูมิอย่าง หลีกเลี้ยงไม่พ้น เรื่องเล่าของสงขลาจึงต้องถูกอ่านในฐานะพื้นที่ที่การใช้มาตรฐาน เดียวกันจำเป็นต้องเดินด้วยความระมัดระวัง เพราะทุกการปรับ ทุกการตัดสินใจ ไม่ได้ กระทบเพียงระบบบริการ หากยังสะท้อนว่าระบบนั้นเข้าใจและยอมรับวิถีชีวิตของผู้คน ในพื้นที่มากนักน้อยเพียงใด

หลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิ สงขลาต้องทำงานอยู่ท่ามกลาง ผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก โดยที่โครงสร้างการกำกับเปลี่ยนไป แต่กลไกการทำงานหลาย ส่วนของระบบเดิมยังคงดำเนินอยู่ควบคู่กับระบบใหม่ ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่าย หน่วยงานรัฐในพื้นที่ กลไกชุมชน ผู้นำศาสนา และองค์กรภาคประชาชน ต่างมีบทบาท ความคาดหวัง และวิธีทำงานของตนเอง ในบริบทเช่นนี้ การปรับบริการหรือกระบวนการ ใดๆ หากขาดการรับฟังอย่างรอบด้าน อาจกลายเป็นแรงต้านที่ทำให้การทำงานสะดุดลง ได้ทันที

ความซับซ้อนนี้ปรากฏชัดในระดับการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะเมื่อระบบเดิมและระบบใหม่ยังใช้ตัวชี้วัดคนละชุด

“เขายังใช้ตัวชี้วัดของสาธารณสุข ซึ่งของเราตัวชี้วัดกับสาธารณสุขมันคนละ ตัวกัน ก็เลยทำให้การทำงาน การเชื่อมต่อไม่ได้” เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อำเภอสิงหนอร จังหวัดสงขลา กล่าว

ในสถานการณ์เช่นนี้ การนำมาตราฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมมาใช้ จึงไม่ได้เริ่มจากการกำหนดว่าหน่วยบริการต้องทำอะไรบ้าง แต่ถูกใช้เป็นเครื่องมือ ช่วยตัดสินใจว่าจะจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างไรในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเป็นเรื่อง ปกติ

จากการทำงานของคณะวิจัยพบว่า สว.สต. ในสงขลาบางแห่งมีบุคลากรและ ระบบภายในที่พร้อม แต่ต้องทำงานกับชุมชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและความ เชื่อ ขณะที่บางแห่งมีเครือข่าย อสม. และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง แต่มีข้อจำกัดด้าน ทรัพยากรและกำลังคน การใช้มาตรฐานแบบตายตัวจึงไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นจริงคือการต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่า เรื่องใดควรยึดหยุ่น และเรื่อง ใดจำเป็นต้องยืนตามกรอบ เพื่อไม่ให้มาตรฐานกลายเป็นภาวะที่ทำให้การทำงานหยุดชะงัก

บทบาทขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในสงขลาจึงยับยั้งจากผู้กำกับดูแล ไปสู่ การเป็นตัวกลางที่ต้องตัดสินใจอย่างระมัดระวัง โดยกองสาธารณสุขต้องทำงานใกล้ชิด กับ สว.สต. เพื่อแปลภาษาของมาตรฐานให้กลายเป็นแผนงานที่ทำได้จริง พร้อมๆ กับ การประสานภาคในพื้นที่ เพื่อไม่ให้มาตรฐานใหม่ถูกมองว่าเป็นโครงสร้างที่ซ้อนทับระบบ เดิม หรือสร้างภาระเพิ่มให้กับผู้ปฏิบัติงานและชุมชน

หนึ่งในจุดเปลี่ยนสำคัญของการทำงานในสงขลา คือการดึงชุมชนเข้ามาอยู่ใน

หนึ่งในจุดเปลี่ยนสำคัญของการทำงานในสงขลา คือการดึงชุมชนเข้ามาอยู่ในกระบวนการอย่างจริงจังในฐานะผู้ร่วมประเมิน ร่วมตั้งคำถาม และร่วมสะท้อนปัญหาของระบบ บางพื้นที่ใช้เวทีชุมชนที่มีอยู่เดิม บางแห่งอาศัยเครือข่าย อสม. และผู้นำท้องถิ่นเป็นสะพานเชื่อม ทว่ากระบวนการเหล่านี้ไม่ได้ราบรื่นเสมอไป มีทั้งความลังเล ความไม่ไว้วางใจ และคำถามว่ามาตรฐานใหม่จะกระทบวิถีชีวิตและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่คุ้นเคยหรือไม่

โดยการเปิดพื้นที่ให้เกิดคำถามนี้เองที่ทำให้มาตรฐานค่อยๆ ถูกมองว่าไม่ใช่กรอบที่กำหนดจากส่วนกลาง หากเป็นเครื่องมือที่ชุมชนสามารถใช้สะท้อนคุณภาพบริการที่ตนเองได้รับ และใช้ต่อรองให้บริการนั้นสอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้คนมากขึ้น

การทดลองใช้เกณฑ์มาตรฐานแบบมีส่วนร่วมในสงขลาจึงทำให้เราเห็นภาพของการลองผิดลองถูก การเรียนรู้ร่วมกัน และเห็นชัดว่ามาตรฐานเดียวกันจะทำงานได้ก็ต่อเมื่อระบบยอมรับความไม่เหมือน และเปิดพื้นที่ให้การพัฒนาเกิดขึ้นในจังหวะที่เหมาะสมของแต่ละหน่วยบริการ

สงขลาจึงเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนว่า การยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน ขึ้นอยู่กับความสามารถของระบบในการฟังพื้นที่ รับมือกับความซับซ้อน และเชื่อมโยงเครือข่ายที่มีอยู่เดิมให้เดินไปในทิศทางเดียวกัน โดยไม่ทำลายความเชื่อใจที่ใช้เวลาสร้างมาอย่างยาวนาน

ในพื้นที่ที่ไม่เหมือนใครอย่างสงขลา มาตรฐานจะยังทำงานได้ ไม่ใช่เพราะมันทำให้ทุกอย่างเหมือนกัน แต่เพราะมันยอมรับว่าความแตกต่างเหล่านั้นต้องได้รับการดูแลด้วยความยืดหยุ่น หากมาตรฐานแข็งเกินไป สิ่งแรกที่จะพังไม่ใช่ระบบบริการ แต่คือความร่วมมือของผู้คนในพื้นที่

การทดลองใช้เกณฑ์มาตรฐานสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสงขลา ทำให้เกิดโครงการและกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่หลายรูปแบบที่ตอบโจทย์บริบทชุมชน เช่น โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างแกนนำดูแลสุขภาพจิต และระบบให้คำปรึกษาในชุมชน โครงการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไต และการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพลดหวานลดเค็มในระดับชุมชน

ขณะเดียวกัน มีการพัฒนากลไกประเมินความพึงพอใจของประชาชนผ่านระบบดิจิทัล รวมถึงการขยายพื้นที่ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระยะฟื้นตัว [DM remission] และการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการทำงานของ รพ.สต. ในพื้นที่

การดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้รูปแบบการบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดสงขลาเปลี่ยนจากการดำเนินงานตามโครงสร้างแนวตั้ง ไปสู่การทำงาน

แบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีชุมชนมากขึ้น หน่วยบริการสามารถใช้ข้อมูลและผลการประเมินในการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของประชาชนดีขึ้น คุณภาพบริการมีมาตรฐานมากขึ้น และเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการและภาคีในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5 บทเรียนจากการทดลองใช้ มาตรฐานสุขภาพปฐมภูมิ

- 01 มาตรฐานเดียว ใช้แบบเดียวไม่ได้**
สพ.สต. ต่างขนาด ต่างบริบท ต้องใช้มาตรฐานอย่างยืดหยุ่น
- 02 เกณฑ์ควรพาไปสู่การพัฒนา**
ไม่ใช่แค่ประเมินเพื่อ 'ผ่าน' แต่ต้องเชื่อมกับการปฏิบัติงานจริง
- 03 ถ่ายโอนภารกิจ ต้องมีระบบหนุนเสริม**
สพ.สต. เดินต่อได้ เมื่อ อบจ. ทำหน้าที่พี่เลี้ยงและสนับสนุน
- 04 ระบบสุขภาพต้องเชื่อมกันทั้งระบบ**
สพ.สต. / อบจ. / โรงพยาบาลแม่ข่าย ต้องทำงานต่อเนื่อง ไม่แยกส่วน
- 05 ชุมชนคือพาร์ตเนอร์สำคัญ**
มาตรฐานจะยั่งยืน เมื่อประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและประเมิน

สังเคราะห์เชิงบทเรียนของคณะนักวิจัย
จากการทดลองใช้มาตรฐานและการเก็บข้อมูลภาคสนามใน 4 จังหวัดนำร่อง

พื้นที่ไม่เหมือนกัน แต่ระบบต้องเดินไปด้วยกัน

07

เรื่องเล่าของทั้งแพร่ ขอนแก่น จันทบุรี และสงขลา ชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า มาตรฐานที่ถูกออกแบบมาเพื่อควบคุมจากส่วนกลาง ไม่อาจทำงานได้เต็มที่เมื่อเผชิญกับบริบทที่แตกต่างกัน ความหลากหลายจึงไม่ใช่อุปสรรคของระบบสุขภาพปฐมภูมิ หากเป็นเงื่อนไขปกติที่ระบบจำเป็นต้องยอมรับและออกแบบการทำงานให้สามารถเดินไปด้วยกัน

ขณะเดียวกัน ประสบการณ์จากทั้งสี่พื้นที่ยังสะท้อนว่า เมื่อบทบาทของมาตรฐานถูกขยับจากเครื่องมือตรวจสอบ มาเป็นกรอบขั้นต่ำร่วมที่ใช้ช่วยคิด ตัดสินใจ และเปิดบทสนทนา ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง มาตรฐานกลับมีพลังในการเชื่อมระบบมากกว่าการบังคับใช้ แม้มาตรฐานแบบมีส่วนร่วมไม่ได้ทำให้งานเบาลงในทันที แต่ช่วยให้คนทำงานเข้าใจว่า พวกเขากำลังทำงานไปเพื่ออะไร เห็นความเชื่อมโยงระหว่างตัวชีวิตกับชีวิตจริงของผู้คน และมีพื้นที่อธิบายข้อจำกัดจากประสบการณ์ตรงของตนเอง

เหนือสิ่งอื่นใด เรื่องเล่าเหล่านี้ยังย้ำคำตอบว่า หัวใจของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ได้อยู่ที่ตัวเกณฑ์เพียงอย่างเดียว หากอยู่ที่เครือข่าย ความไว้วางใจ เชื่อใจ และความสามารของระบบในการฟังเสียงพื้นที่ มาตรฐานเดียวกันจะทำงานได้ ก็ต่อเมื่อระบบยอมรับความไม่เหมือน เปิดพื้นที่ให้การเรียนรู้ร่วมกันเกิดขึ้น และยอมให้การพัฒนาเดินไปในจังหวะของแต่ละพื้นที่ หากมาตรฐานแข็งเกินไป สิ่งที่น่าประหลาดที่สุดอาจไม่ใช่ระบบบริการ แต่คือความร่วมมือของผู้คน ซึ่งเป็นกุญแจที่สำคัญที่สุดของระบบสุขภาพปฐมภูมิในระยะยาว

ข้อเสนอ 4 พื้นที่ เพื่อพัฒนามาตรฐาน สว.สศ. หลังการถ่ายโอน

ภาคเหนือ จังหวัดแพร่	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น	ภาคตะวันออก จังหวัดจันทบุรี	ภาคใต้ จังหวัดสงขลา
ระบบข้อมูลต้องเชื่อมโยงจริง ลดงานซ้ำ	ระบบข้อมูล, ส่งต่อ ต้องเป็น real-time	ตัวชี้วัดต้องน้อย แต่ครอบคลุมประชาชนจริง	เพิ่มอำนาจการวางแผน จากบริบทพื้นที่ ลดการยึดกรอบเดิม
ลดตัวชี้วัด ให้เหมาะกับกำลังคน	เกณฑ์ผลลัพธ์ ต้องยึดหยุ่นกับโรคเรื้อรัง	ชุมชนร่วมสะท้อนคุณภาพ บริการ ไม่ใช่ผู้ประเมิน ทางวิชาชีพโดยตรง	แก้คนขาด, งานธุรการสั้น อย่างเป็นระบบ
ใช้กลไกพื้นที่และ ทีมพี่เลี้ยงข้ามมาตรฐาน	ประเมินเพื่อหนุนคน ไม่ใช่กดดัน	เกณฑ์ใหม่ต้องมา พร้อมการหนุนทรัพยากร	มาตรฐานเดิมได้ เพราะมีระบบพี่เลี้ยง

สรุปบทเรียนจาก 4 พื้นที่นำร่อง เพื่อสะท้อนข้อเสนอเชิงระบบในการพัฒนามาตรฐาน สว.สศ. หลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยอ้างอิงจากการวิจัยภาคสนามในรายงานการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Editorial team

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

เจ้าของ

นางสาวปรานอม โอสาร

หัวหน้าโครงการ

พ.ศ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒน์มา
นพ.โกเมนทร์ กิวทอง

ผศ.ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์
นพ.บัญชา คำของ

ที่ปรึกษาโครงการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
ผศ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
ผศ.ดร.มธุรดา บรรจงการ
ผศ.หญิงมภา พิสัยพันธุ์
ผศ.ราตรี อร่ามศิลป์
นพ.ปรีดา เต้าอารักษ์
ผศ.ดร.ปิ่นนเรศ ภาคอุดม
ผศ.ดร.แสงดาว จันทรดา
ผศ.ดร.มารีสา สุวรรณราช
นางสาวเสาวภา เล็กวงษ์
พญ.พนิดา พักยภัตติวงศ์
ผศ.บังอร เทพเทียน
ผศ.ดร.นิกร จันภิรม
นางสาวทิพวรรณ เทียมแสน
นางสาวนาฏฤดี ศรีบุตรตา

นางสาวกชวรรณ ทะวีชัย
ดร.มิระมล สมตัว
ดร.จรี แสนสุข
ดร.ศักขรินทร์ นรสาร
นางสาววิชุดา นพเสริฐ
นายกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์
ผศ.ดร.ธัมม นามวงษ์
ผศ.จันทริเพ็ญ อามพัฒน์
นางสาวปรานิตา จงพันธ์มิตร
นางสาววรรณศิริ ศรีสุข
ผศ.ดร.ณีนันต์ เตชะวณิช
ผศ.จารุณี วารหัส
นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง
นางสาวเกษศรีรินทร์ ภูเฒษ

ผู้ร่วมวิจัย

กองบรรณาธิการ

อรสา ศรีดาวเรือง
สุพศิน กริเจริญ
รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด

เรียบเรียง
ออกแบบศิลปกรรม
บรรณาธิการเล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2569

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 3 เลขที่ 88/39 หมู่ที่ 4 ซอย
ติวานนท์ 14 ตำบลบางเขน อำเภอเมืองนนทบุรี นนทบุรี 11000
โทร 02 832 9000
E-mail nhco@saraban.mail.go.th



สแกนเพื่อดู

