

รายงาน

“โครงการวิจัยและพัฒนาศักยภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดน่าน”

Research and Development on the Local Government Unit 's Health
Management Capacity Building in each level. Case study of Nan Province.

โดย

พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กุมภาพันธ์ 2556

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	3
บทที่ 1 บทนำ	5
บทที่ 2 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	11
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงาน	21
บทที่ 4 ผลการศึกษา	24
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	51
บรรณานุกรม	53

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การวิจัยและพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แต่ละระดับในการจัดการด้านสุขภาพกรณีศึกษาจังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพของ อปท. ศึกษาประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นแต่ละระดับในการจัดการด้านสุขภาพ และจัดทำคู่มือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของ อปท. โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 ระดับจำนวน 100 แห่งวิธีการศึกษา ทบทวนแนวคิดทฤษฎีเอกสารผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดเวทีสนทนากลุ่ม การจัดทำรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 11 แห่ง และถอดบทเรียนสรุปเป็น รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ

ผลการศึกษา พบว่า

1. รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องมีโครงสร้างในการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกรณีศึกษาจังหวัดน่าน ประกอบด้วย การจัดโครงสร้างคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอำเภอ และคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับพื้นที่ (อบจ. เทศบาล และ อบต.) โครงสร้างคณะกรรมการควรประกอบไปด้วย ไตรภาคี 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายท้องถิ่น ฝ่ายสาธารณสุข และฝ่ายประชาชน ในสัดส่วนที่เท่าๆกัน เพื่อกำหนดนโยบาย กรอบภารกิจด้านสาธารณสุข การจัดทำแผนสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณ การควบคุม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการกำหนดภารกิจด้านสาธารณสุข ประกอบไปด้วย 3 ภารกิจ ได้แก่ ภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาทิ ด้านการบริหารจัดการ (การจัดทำแผน การสนับสนุนงบประมาณ การควบคุม กำกับ ประเมินผล) ด้านการจัดบริการและเฝ้าระวังทางสุขภาพ และด้านภารกิจสนับสนุนอื่นๆ เน้นการจัดระบบสวัสดิการ สวัสดิภาพของประชาชน การนำกฎหมายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมาบังคับใช้ ภารกิจของบุคลากรสาธารณสุข อาทิ การจัดบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน มุ่งประโยชน์ของประชาชน และภารกิจของภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการจัดบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน ด้วยกลุ่มจิตอาสา การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับหมู่บ้านและระดับตำบล เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ

2. ประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นแต่ละระดับ เนื่องด้วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 กำหนดให้รัฐมีการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นมากขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนด

แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้มีการถ่ายโอนงานงบประมาณและบุคลากรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นบุคลากรของ อปท. (อบจ. เทศบาล อบต.) มีหน้าที่ที่สำคัญในการปฏิบัติงานของ อปท. ให้เป็นไปตามระเบียบ กฎหมาย ภารกิจและอำนาจหน้าที่ของ อปท. รวมทั้งปฏิบัติงานให้บริการสาธารณะ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ บุคลากรของ อปท. จะต้องมีความรู้ความสามารถ มีความเข้าใจในบทบาทอำนาจหน้าที่ของตนเอง สามารถประสานสัมพันธ์ระหว่างราชการส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค มีความเข้าใจในนโยบายรัฐบาล แนวทางปฏิบัติงานตามกฎหมายที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ รวมทั้งแนวทางการบริหารงานรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานตามภารกิจของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นจะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์อยู่เสมอ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามภารกิจด้านสาธารณสุขท้องถิ่น ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้าใจถึงระบบบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบบริการ ภารกิจหลักด้านสาธารณสุขของ อปท. และการจัดการความรู้ (KM) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพตามวิชาชีพ การเข้าร่วมเวทีวิชาการ การสัมมนาหลักสูตรที่สำคัญ ตลอดจนการศึกษาต่อเนื่องทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรปริญญา และการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ที่จะมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพของประชาชนให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้บริบทของชุมชน อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะให้บรรลุเป้าหมายด้านการจัดระบบสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับบริบทชุมชน จะต้องมุ่งการพัฒนา 3 ประการคือมุ่งประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นมีพลวัต และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งจะต้องมีการเรียนรู้บนฐานความรู้จากบทปฏิบัติการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3. การจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของ อปท. เนื่องจากภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน การคุ้มครองและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บังคับใช้ หลังจากทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์กฎหมายดังกล่าวแล้วพบว่าคู่มือการปฏิบัติงานตามกฎหมายการสาธารณสุขของกรมอนามัยเป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสามารถลดปัญหาอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่ได้

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

พ.ร.บ. ปรับปรุงโครงสร้างกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และการปฏิรูประบบราชการทำให้มีการปรับเปลี่ยนทั้งโครงสร้างและบทบาทภารกิจของหน่วยงานระดับกระทรวง กรม กองและสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด การปรับเปลี่ยนภารกิจนี้ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทภารกิจของกระทรวง กรม กอง ภายใต้การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ ภารกิจต่างๆ ของกระทรวง ที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ ได้ถูกถ่ายโอนไปโดยอัตโนมัติ และได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ภารกิจด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต 34 ภารกิจ ตามรายงานของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกก.) ภารกิจด้านสาธารณสุข ถ่ายโอนไปแล้ว 7 ภารกิจ คงเหลือ 27 ภารกิจ เนื่องจากการปฏิรูประบบราชการ และปรับโครงสร้างกระทรวง ทบวง กรม จึงมีการขอปรับภารกิจของแต่ละกรม ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ่ายโอน 1 ภารกิจ คงเหลือภารกิจเรื่องการก่อสร้างสถานบริการ กรม สุขภาพจิต ถ่ายโอน 1 ภารกิจ กรมการแพทย์ ขอปรับ 1 ภารกิจ คือ งานบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กรมอนามัย ถ่ายโอนแล้ว 6 ภารกิจ ขอปรับ 13 ภารกิจ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ถ่ายโอน 1 ภารกิจ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ถ่ายโอน 4 ภารกิจ และกรมควบคุมโรค ถ่ายโอน 2 ภารกิจ

การเปลี่ยนแปลงปรับปรุงโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างเชื่องช้าและไม่มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะทำอะไร และในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีได้เคลื่อนไหวในเรื่องดังกล่าวอย่างชัดเจน ทั้งนี้ อบจ.บางแห่งยังไม่มีโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขโดยตรง ขณะที่เทศบาลมีโครงสร้างกองอนามัยสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และมีศูนย์บริการสาธารณสุขรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขได้ สำหรับ อบต.นั้น มีบางแห่งเท่านั้นที่มีส่วนสาธารณสุขรองรับ แม้ว่าปัจจุบันการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดตั้งส่วนงานเพิ่มได้โดยขออนุมัติกรมการ ระดับจังหวัดเท่านั้น อย่างไรก็ตาม อบต. ขนาดเล็กแม้จะมีการปรับโครงสร้างให้มีส่วนสาธารณสุข ก็ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการดำเนินการอยู่ดี

ส่วนความพร้อมของท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุข พบว่า ก่อนมีพ.ร.บ.กระจายอำนาจฯ จนถึงหลังมีพ.ร.บ.ฯ ท้องถิ่นได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขไม่มากเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาตามบทบาทหน้าที่แล้ว กลุ่มงานที่สามารถกระจายอำนาจให้ อบต. ดำเนินการด้วยตนเองได้ ได้แก่ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน กลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมและบำบัดยาและสารเสพติด และกลุ่มงาน

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แล้ว พบว่า อบต.ยังขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีศักยภาพและความพร้อมที่จะดำเนินงานสาธารณสุขเพียงบางพันธกิจเท่านั้น อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพและความไม่พร้อมที่จะดำเนินการ ทั้ง ด้านวิสัยทัศน์ ทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านนโยบายและแผน ในด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อการกระจายอำนาจ รวมทั้งการบริหารงานองค์กรเช่นการมอบหมายงาน ทั้งนี้อาจจะด้วยเหตุผลปัจจัยในด้านโครงสร้างองค์กร กำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี รวมทั้งปัจจัยด้านนโยบายและแผน ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน

ปัญหาชุมชนที่ท้องถิ่นและประชาชนให้ความสนใจเป็นอันดับแรก คือ สร้างถนน สาธารณูปโภค ไฟฟ้า น้ำประปา ส่วนปัญหาสาธารณสุขจะอยู่ในความสำคัญลำดับหลังๆ และมีการจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมด บทบาทด้านสาธารณสุขของ อบต. ที่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นไปได้คืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่นการกำจัดขยะมูลฝอย การปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ในการทำตามกฎหมายที่ว่าด้วยการสาธารณสุข อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุงแต่ก็พบว่าพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีการนำมาใช้มากที่สุด ส่วนการจัดทำแผนงาน โครงการจะเน้นหนักที่โครงสร้างพื้นฐานมากกว่าโครงสร้างด้านสาธารณสุข และมีการจัดกิจกรรมบริการ คือการสร้างระบบประปา การกำจัดขยะมูลฝอย การจัดให้มีการตลาดสดหรือตลาดนัด

อบต. บางแห่งมีแนวคิดว่าบทบาทของ อบต. ในงานสาธารณสุขควรที่จะพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนในเรื่องของความสะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย การดูแลควบคุมสภาพแวดล้อมมิให้เกิดมลภาวะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน และการควบคุมโรค เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการเล่นกีฬา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพของเด็ก สตรี และคนชรา ในการจัดทำแผนและงบประมาณพบว่า อบต. มีความสามารถเพียงพอในการจัดทำแผนพัฒนา และข้อบังคับงบประมาณประจำปี มีการผสมผสานกันระหว่างแนวนโยบาย ที่กำหนดมาจากส่วนกลาง (กระทรวงมหาดไทย) ทั้งในส่วนของการจัดตั้งงบประมาณ และโครงการที่ต้องจัดทำ เช่น เรื่องยาเสพติด และโรคเอดส์ กับความต้องการด้านสาธารณสุขของประชาชน การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเน้นจัดการเชิงสาธารณสุข เช่น ขุดบ่อบาดาล ทำรางระบายน้ำ ซ่อมรั้วขยะ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บขยะ แต่ไม่มีการจัดทำข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ จึงทำให้การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนไม่ได้เป็นความต้องการของประชาชน เนื่องจากคิดว่าเป็นบทบาทของสถานีอนามัย

มีบางกรณีศึกษาที่แสดงถึงความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เช่นกรณีศึกษาเทศบาลหาดใหญ่ และ บ้านพรุ จ.สงขลา ทั้งนี้พบว่าในการจัดบริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองโดยตรง หรือร่วมกับส่วนราชการของรัฐ มีความเป็นไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่ ในเขตเมือง โดยในระยะต้น การบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข ผ่านคณะกรรมการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือเขต ซึ่งมีตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย เป็นการร่วมเรียนรู้ทักษะการจัดการ การกำกับ ให้งบประมาณ และมีส่วนร่วมของประชาชน ข ณะ เติ ม ญ ๒ ๕ ๕ ๖ ก ัน

คณะกรรมการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือเขต ก็ควรจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กระดับตำบล ได้วางแผนบริหารในรูปแบบของกองทุนสุขภาพชุมชน ที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด วางแผน และร่วมกำกับ ประเมินผล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดหรือซื้อบริการสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน กำกับง่าย และจะเป็นบริการที่มีความคุ้มค่า มีประสิทธิภาพสูงในการสร้างสุขภาพ เช่นการฉีดวัคซีนพื้นฐานเพื่อป้องกันโรค การอนามัยโรงเรียน การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การออกกำลังกาย การรณรงค์ทางสุขภาพทางโภชนาการ ซึ่งประชาชนก็เห็นด้วยกับแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่น รูปแบบกองทุนประกันสุขภาพ และ ผู้ที่ก่อมลภาวะซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพพลเมืองในท้องถิ่น ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นขยะ น้ำเสีย บุกหรื ฝุ่น ควัน ฯลฯ เป็นผู้จ่ายเงินสมทบให้กองทุนประกันสุขภาพ (ปริดา เต๋ออารักษ์, 2551)

โดยภาพรวมจะเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีพัฒนาการมาโดยลำดับแม้ว่าจะไม่เป็นไปอย่างรวดเร็วก็ตาม โดยในช่วงก่อนปีพ.ศ. 2542 หรือก่อนมีพ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ความไม่พร้อมในการถ่ายโอนภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีมาก เนื่องจากสาเหตุสำคัญคือ ปัญหาด้านโครงสร้าง การขาดความรู้ ด้านการพัฒนาสุขภาพ และการขาดทักษะในด้านการวางแผน การบริหารจัดการโครงการ และในช่วงหลังปีพ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความพร้อมของ อบต. พัฒนาด้านสาธารณสุข โดยพบว่า อบต. มีความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจในด้านสาธารณสุขแต่เป็นความพร้อมที่จะรับโอนในบางภารกิจ / พันธกิจเท่านั้น ทั้งนี้เพราะ อบต. ยังไม่มีความพร้อมด้านโครงสร้างองค์กร งบประมาณ เทคโนโลยี และความรู้ และพบว่า ผู้บริหารของ อบต. ยังขาดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม แต่มีปัจจัยเสริมที่ทำให้ อบต. มีความพร้อมในการพัฒนาด้านสุขภาพมากขึ้นได้แก่ การมีประสบการณ์ด้านการพัฒนาด้านสุขภาพ อันได้แก่ เคยเป็น อสม. เคยได้รับการอบรม และเคยเป็นกรรมการหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมาก่อน นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้แสดงให้เห็นถึงความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่แตกต่างกัน โดยพบว่า เทศบาลจะมีความพร้อมมากกว่า อบจ. และ อบต. และขนาด / ระดับของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละประเภทต่างมีผลต่อความพร้อมของการรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพด้วย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง อบจ. เทศบาล และ อบต. มีประสบการณ์ในการจัดบริการและร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพมากขึ้นเป็นลำดับ ถึงแม้ว่าจะมีเป็นเพียงบางแห่งหรือมีเพียงบางด้าน แต่ก็นับว่าเป็นสัญญาณที่ดีในการต่อยอดสู่การดูแลสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบต่อไปในอนาคต การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขคงต้องดำเนินการในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพความพร้อมของท้องถิ่นแต่ละแห่ง

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อคิดเห็นต่อ(ร่าง)แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ (ฉบับที่ 3) ระบุว่าหากจะถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่ อบต. ควรกำหนดให้ อบต. จัดตั้งกอง/ส่วนสาธารณสุขให้

ครบทุก อบจ./เทศบาล/อบต. และรับถ่ายโอนบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุข หรืออบรบบุคลากรใน อบท.ให้มีความสามารถในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เช่น การกิจด้านลดภัยคุกคามสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ โรงงานอุตสาหกรรม ขยะ น้ำเสีย อากาศ สิ่งแวดล้อมด้านสังคมและสื่อต่างๆ สุรา ยาสูบ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง ฯลฯ ท้องถิ่นควรมีการดำเนินการตามกฎหมาย เช่น พ.ร.บ. สาธารณสุข การควบคุมโรค ฯลฯ นอกจากนั้นให้พิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด โดยทำหน้าที่ในการพิจารณาการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์โดยความเห็นชอบของกระทรวงสาธารณสุข และจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัดและบูรณาการงานสาธารณสุขของจังหวัด สปสข. ประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุขและท้องถิ่น ส่วนกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการผลิต จัดสรร และพัฒนากำลังคนให้กับ อบท. ออกแบบระบบข้อมูลและการรายงานด้านสาธารณสุข กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการทำงานด้านสาธารณสุขของ อบท. กำหนดมาตรฐานงานสาธารณสุขของ อบท. ประสานการทำงานสาธารณสุขระหว่าง อบท. จัดการสาธารณสุขระดับประเทศหรือระหว่าง อบท. โดยเฉพาะในภาวะที่มีภัยพิบัติหรือโรคระบาด

จากการสำรวจของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อปี 2553 พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัด อบท.ส่วนใหญ่มีความต้องการให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรท้องถิ่นในการรองรับงานด้านสาธารณสุขในหัวข้อเกี่ยวข้องการบริหารจัดการและการปฏิบัติงาน อาทิ หลักการและแนวทางปฏิบัติตามกฎหมายสาธารณสุข ระเบียบหลักเกณฑ์ในการตั้งงบประมาณช่วยเหลือเกี่ยวกับงานด้านสวัสดิการสังคม การสุขภาพสถานบริการ การส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชน บทบาทงานสาธารณสุขชุมชนกับปัญหาสังคมในท้องถิ่น แนวทางการดำเนินงานด้านควบคุม ป้องกันโรค การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อบท. เป็นต้น

จังหวัดน่าน ถือได้ว่ามีความก้าวหน้าในการศึกษารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และได้มีการศึกษาบทบาทและการดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด (เกียรติ จันทฤกษ์ และคณะ, 2553) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้มีข้อเสนอเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ จากกลุ่มสถานีนามัย จังหวัดน่านต่อคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด เช่น 1) ให้มีการตั้งคณะกรรมการบริหารสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (Board) เพื่อบริหารสถานีนามัยหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วยไตรภาคี 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายท้องถิ่น สาธารณสุข และประชาชน 2) ให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Plan) การพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น ในระยะ 5-10 ปี พร้อมกับสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) ในการบริหารจัดการยุทธศาสตร์เพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนมติ/แผนปฏิบัติการต่างๆ หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) ให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดตั้งหน่วยงาน

รองรับ เช่น กองการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่บริหารงานด้านสุขภาพซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์สูง 4) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดออกข้อบัญญัติท้องถิ่นรองรับการดำเนินงานตามแผน/ภารกิจที่รับการถ่ายโอน และพัฒนาระบบการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐาน พร้อมกับการอุดหนุนงบประมาณในด้านการพัฒนาระบบบริการ 5) มีการวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนการรองรับบุคลากรจำนวนมากหากมีการถ่ายโอน ที่เต็มรูปแบบ 6) มีการบริหารจัดการงบประมาณที่สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/อปท.(อบต. เทศบาล) ในรูปของกองทุนสุขภาพท้องถิ่น อย่างครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งเชื่อมโยงกับ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามจังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่มีความร่วมมืออันดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.) กับหน่วยงานด้านสาธารณสุข (สสจ. สสอ. รพท. รพช. รพ.สต.) รวมถึงภาคประชาสังคม จึงเป็นตัวอย่างที่น่าศึกษาหาประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.) ในการจัดการระบบสุขภาพ

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้ว หากต้องพัฒนา อปท. ให้มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านสุขภาพมากขึ้น จำเป็นต้องพัฒนากลไกของท้องถิ่นให้สามารถทำงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานพื้นฐานที่ท้องถิ่นจำเป็นต้องทำตาม พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ.2535 และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งท้องถิ่นแต่ละระดับอาจสามารถทำได้และไม่ได้ในบางเรื่อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้กับท้องถิ่น และมีการประสานงานระหว่างกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรของท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ หากมีข้อมูลทางวิชาการที่ชัดเจนว่าผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของ อบจ. เทศบาล อบต. (ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่) ขาดองค์ความรู้ด้านใด (gap) หรือควรมีความรู้เรื่องใดบ้างที่จะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ก็สามารถนำช่องว่างความรู้ดังกล่าวมาจัดทำแนวทางการดำเนินงานทางด้านสุขภาพของ อปท.แต่ละระดับ การจัดทำคู่มือความรู้ดังกล่าวของ อปท.จังหวัดน่านอาจมีประโยชน์ต่อ อปท.ในจังหวัดอื่นๆ และเป็นการเตรียมความพร้อมให้ท้องถิ่นในการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับงานด้านสาธารณสุขต่อไป ซึ่งเคยมีบทเรียนการดำเนินการของกองทุนสุขภาพตำบล สปสช. เมื่อมีคู่มือดำเนินการจะทำให้ท้องถิ่นเข้าใจงานด้านสุขภาพมากขึ้น มองเห็นปัญหาและการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพอันก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงต้องการศึกษาว่าภารกิจสาธารณสุขด้านใดที่ท้องถิ่นทำแล้วเหมาะสมหรือทำได้ดีแล้ว และที่ยังมีช่องว่างจะเข้าไปส่งเสริมความเข้มแข็งมีอะไรอีกบ้าง ซึ่งเป็นบทบาทของส่วนราชการในการสนับสนุนท้องถิ่นเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

2. คำถามการศึกษา

1. การบริหารจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ควรเป็นอย่างไร
2. ความต้องการของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรท้องถิ่นในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขควรมีประเด็นอะไรบ้าง

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.) ในการจัดการด้านสุขภาพ
2. เพื่อจัดทำคู่มือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.)
3. เพื่อพัฒนารูปแบบที่เป็นมาตรฐานในการจัดการด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.)

4. ระยะเวลาในการศึกษา

วันที่ 1 มกราคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2555 (6 เดือน)

5. ประโยชน์ที่ได้รับ

สิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการดำเนินงานโครงการที่จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการทางด้านสุขภาพดังนี้

1. สามารถกำหนดประเด็นพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.) ในการจัดการด้านสุขภาพ
2. สามารถจัดทำคู่มือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.) แล้วให้ อบต.แต่ละระดับนำไปใช้ประกอบการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม
3. สามารถพัฒนารูปแบบที่เป็นมาตรฐานในการจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.)
4. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ ไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ /ถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทที่ 2

แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษา จังหวัดน่าน ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. สุขภาพหรือสุขภาวะ
2. การสร้างสุขภาพ(Health promotion)
3. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
4. หมู่บ้านจัดการสุขภาพ
5. การจัดการความรู้(KM)
6. การประเมินผล

สุขภาพหรือสุขภาวะ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะทั้งด้านกาย ใจ จิตวิญญาณ และสังคม เชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องมีความสามารถในการบ่งบอกและตระหนักถึง ความปรารถนาของตนเอง สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยที่สุขภาพมีความหมายในทางบวกหรือเป็นวิถีชีวิต เน้นที่ความสำคัญของบุคคล สมรรถภาพของร่างกาย และสังคม การส่งเสริมสุขภาพมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสุขภาพเท่านั้น หากรวมไปถึงความรับผิดชอบของบุคคลที่จะต้องดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายเพื่อความเป็นสุขที่ดี อันจะนำไปสู่ความสุขโดยรวม ประกอบด้วย

สุขภาวะทางกาย (Physical health) หมายถึง สภาวะทางด้านสรีระภาพของบุคคล ผลกระทบต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย การดื่มสุรา และการรับประทานอาหาร ล้วนเป็น ตัวอย่างของสุขภาพทางกาย ที่มีการกล่าวถึงกันโดยทั่วไปอยู่แล้ว และโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ ก็มักดำเนินการในเรื่องดังกล่าว

สุขภาพทางอารมณ์ (Emotional health) หมายถึง สภาวะทางด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งมีผลมาจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และวิธีการตอบสนองของบุคคลนั้น ต่อปัจจัยดังกล่าว รวมทั้งความสามารถ และโอกาสในการใช้เวลาส่วนตัว เพื่อความเพลิดเพลิน และผ่อนคลายความเครียด ปัจจุบันมีหลักฐานมากขึ้น ที่แสดงถึงความเชื่อมโยง ระหว่างสุขภาพทางอารมณ์ กับการใช้บริการทางการแพทย์ กับความไวต่อการเกิดโรค และกับพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

สุขภาพทางสังคม (Social health) หมายถึง ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น อันได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน ทั้งนี้มีการแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนของสังคม มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ร่างกาย สามารถฟื้นตัวจากโรคภัยไข้เจ็บได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยลดผลกระทบของความเครียด ที่มีต่อสุขภาพทางกาย และทางอารมณ์ รวมทั้งยังช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายด้วย สำหรับพื้นฐานทางสังคมนั้น จะส่งผลกระทบอย่างมาก ต่อพฤติกรรม หรือวิถีการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น

สุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) หมายถึง สภาวะการมี spirit ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งรวมรวมถึง การตั้งวัตถุประสงค์ในชีวิต ความสามารถในการให้ และรับความรัก และความรู้สึกในการเสียสละ และปรารถนาดีต่อผู้อื่น สำหรับในคนบางกลุ่ม

สุขภาพทางปัญญา (Intellectual health) มีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการทำงาน การเรียน การบริการในชุมชน งานอดิเรก หรือการทุ่มเทเวลาให้กับงานด้านวัฒนธรรม สุขภาพทางปัญญานี้ จะแสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพในองค์กรรวม โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับวิถีการดำรงชีวิต เพื่อสุขภาพที่ดี การว่างงานกับการเกิดโรค สภาวะทางเศรษฐกิจสังคม กับการใช้บริการทางการแพทย์ และความภาคภูมิใจ หรือความสำเร็จในชีวิต

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นคำที่ใช้ในวงการสาธารณสุขมานานแล้ว และในบางครั้งมีการนำเอาคำนี้ไปใช้ในความหมายที่คับแคบ แม้กระทั่งมีการมองว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นเพียงงานด้านหนึ่งของการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยเท่านั้น เมื่อทุกคนได้ยินคำว่า "สุขภาพ" ส่วนใหญ่จะนึกถึง แพทย์ โรงพยาบาล หรือยา รวมทั้งการรักษาต่างๆ แต่ความจริงนั้นมีย่อยคนที่คิดว่า สุขภาพนั้นเป็นเรื่องของบุคคลหรือตัวเราเองเป็นอันดับแรก สิ่งแวดล้อมหรือสังคมเป็นรอง และคนส่วนมากจะนึกถึงเรื่องโรคก่อน (Disease Oriented) ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของคนส่วนใหญ่ในเรื่องของสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพมีความหมายครอบคลุมศาสตร์และศิลป์ในการช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตของเขา ในหนทางที่จะนำไปสู่ สถานะทางสุขภาพที่เหมาะสม (optimal health) สุขภาพที่เหมาะสม เป็นสภาวะที่สมดุล ระหว่างสุขภาพทางกาย ทางอารมณ์ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ (spiritual health) และทางปัญญา (intellectual health) การปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการผสมผสานระหว่างความพยายาม ในการเพิ่มความตระหนักด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากความพยายามทั้งสามดังกล่าว การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อ การมีสุขภาพดี จะให้ผลกระทบดีที่สุด ในอันที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ได้ให้นิยามคำว่า **การสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้นสุขภาพเป็นคำที่มีความหมายทางบวก เน้นหนักที่ ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกันกับสมรรถนะต่างๆของร่างกาย ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมิใช่ความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสุขภาพเพียงเท่านั้น หากเกินความนอกเหนือถึงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีไปสู่เรื่องของสุขภาวะโดยรวม ทั้งนี้ปัจจัยเชิงสร้างสรรค์ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

- สร้างนโยบายสาธารณะเอื้อต่อสุขภาพ (build healthy public policy)
- การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment)
- เสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง (strengthen community action)
- พัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อสุขภาพดี (develop personal skills)
- ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (reorient health services)

พฤติกรรมสุขภาพ นับเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพะที่พึงปรารถนาของประชาชน ซึ่งPender(1987) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และต้องเป็นกิจกรรมที่กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่มีทิศทางที่มุ่งให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่ที่จะทำให้เกิดการตระหนักตนเอง (Self awareness) และความพึงพอใจในตนเอง ปัจจุบันนี้จะพบว่าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารขยะ เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคหัวใจ จึงเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีสาเหตุการตายที่มาจากอุบัติเหตุก็เพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ปัญหาทางด้านสุขภาพก็มีมากขึ้นจากเดิม ยิ่งการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขยายวงออกสู่ประชาคมโลกมากขึ้นเท่าใด ปัญหาสุขภาพรูปแบบใหม่ๆก็ยิ่งขยายตัวออกสู่ประชากรโลกมากขึ้นเท่านั้น มากจนกระทั่งไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยกระบวนการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีอยู่การรักษาในทางการแพทย์เป็นได้เพียงการตั้งรับปัญหาสุขภาพรูปแบบใหม่ของประชากรโลกที่นับวันจะมากขึ้น จนบริการทางการแพทย์ไม่สามารถจะรับมือได้อีกต่อไป

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อม ทั้งทางสังคมและกายภาพ ที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้

กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดี ควรประกอบด้วยกุศล 3 ประการคือ

1. เป็นกระบวนการทางปัญญา มีการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์มาอย่างดีจนเป็น “ความรู้”
2. เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีบทบาทร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบายด้วยกระบวนการที่เปิดเผยและโปร่งใส ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ
3. เป็นกระบวนการทางศีลธรรม กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะและดำเนินนโยบายสาธารณะควรมีอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงาม และเพื่อประโยชน์สุขของคนทั้งมวล ไม่แบ่งปันเพื่อประโยชน์เฉพาะตนเองและกลุ่มผลประโยชน์อื่นใด

ประเภทของสมัชชาสุขภาพ มี 3 ประเภท ประกอบด้วย

1. สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หมายความว่า สมัชชาสุขภาพที่ใช้อาณาบริเวณในเชิงภูมิศาสตร์ ภูมินิเวศ ภูมิวัฒนธรรม หรือชุมชนในรูปแบบต่างๆ เป็นขอบเขตในการดำเนินงาน ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่จังหวัดน่าน เช่น ฝ่ายแก้ปัญหาดับพิษกระทิง เทศบาลเมืองน่านน่าอยู่ สภาประชาชนตำบลถ้ำช้าง เป็นต้น
2. สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หมายความว่า สมัชชาสุขภาพที่ใช้ประเด็นสาธารณะเป็นขอบเขตในการดำเนินงาน เช่น การจัดการทรัพยากรน้ำ การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย ความมั่นคงด้านอาหาร
3. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นการประชุมสมัชชาสุขภาพระดับชาติ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ มีฐานคิดมาจากหลักเศรษฐกิจพอเพียง โดยยึดหลัก ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ตลอดจนใช้ความรู้ ความรอบรู้และคุณธรรม ในการวางแผน การตัดสินใจและการกระทำ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ประกอบด้วย ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป ไม่สุดขั้วไปทางใด

ทางหนึ่งอันจะก่อให้เกิดการเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้น จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ ด้านความรู้และคุณธรรม เป็นพื้นฐานการตัดสินใจและการดำเนินงาน เจื่อนใจความรู้ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างรอบคอบ เจื่อนใจคุณธรรม ประกอบด้วย ความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์ สุจริต มีความอดทน ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

องค์ประกอบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย คน กองทุน และความรู้

คน หมายถึง กลุ่มองค์กรภาคประชาชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ เยาวชน กลุ่มแม่บ้าน องค์กรเอกชน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือมีความเกี่ยวข้องกับพื้นที่

กองทุน หมายถึง ทุนที่เป็นเงินและทุนที่ไม่ใช่เงิน ที่สามารถนำมาจัดการสุขภาพ ทุนที่เป็นเงิน เช่น กองทุนเงินล้าน กองทุนสัจจะ กองทุนสุขภาพ กองทุนวันละบาท ฯลฯ ส่วนกองทุนที่ไม่ใช่เงิน เช่น ความเป็นเครือข่ายดี พิธีกรรมความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี วิถีชีวิต ที่เอื้อต่อการจัดการสุขภาพ

ความรู้ หมายถึง องค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ รวมถึงความรู้ในการจัดการเพื่อจัดการสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดคุณค่าต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์

1. สำรวจ องค์กร คน ที่เป็นแกนนำในการพัฒนาสุขภาพ ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ผู้นำจิตวิญญาณ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน ตลอดจน กลุ่ม ชมรมต่างๆในพื้นที่
2. สำรวจ กองทุน ว่ามีกองทุนอะไรบ้าง ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
3. สำรวจ องค์กรความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สามารถนำมาพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนได้
4. สำรวจสถานะสุขภาพ(การเจ็บป่วย การเสียชีวิต) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ รวมถึงสภาวะแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเวทีเรียนรู้ในหมู่บ้าน

1. จัดเวทีประชาคมร่วมกันของกลุ่มองค์กร ภาวศิ เครือข่าย พุดคุยถึงเรื่องสุขภาพ นำเสนอ ข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้จากการสำรวจ ให้ประชาคมรับรู้ข้อมูลสุขภาพ มีส่วนร่วมเสนอความเห็น ข้อเท็จจริงครอบคลุมทุกแง่มุม
2. ร่วมกันกำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนา โดยวิเคราะห์ให้ลึกถึงสาเหตุของปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนชุมชนด้วยกระบวนการทำแผนฯ

1. ร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แก่ไขหรือพัฒนาสุขภาพตามเวทีประชาคมกำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนา
2. กลุ่มองค์กร ภาวศิเครือข่าย แกนนำชุมชน นำแผนสุขภาพที่ได้ ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการตามแผน ชุมชนนำแผนที่ได้ไปปฏิบัติ ทั้งนี้ควรคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ประกอบการดำเนินงาน

1. กิจกรรมใดควรทำก่อนหลังนำมาจัดลำดับ
2. กิจกรรมใดทำโดยชุมชนเองทั้งหมด
3. กิจกรรมใดต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น
4. กิจกรรมใดต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นทำ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล

การประเมินผล โดยชุมชนมาร่วมสรุปผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพที่กำหนดไว้ ว่าการดำเนินงานมีความก้าวหน้าหรือไม่ เกิดความสำเร็จมากน้อยเพียงใด โดยอาจประเมินระหว่างดำเนินการหรือประเมินหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานก็ได้

การจัดการความรู้ (Knowledge Management-KM)

พจนานุกรมบัณฑิตราชสถาน พ.ศ.2542 ระบุว่า “ความรู้ คือ สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ และทักษะ”

ความรู้ อาจแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

1. ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในรูปแบบที่เป็นเอกสาร หรือ วิชาการ อยู่ในตำรา คู่มือปฏิบัติงาน สื่อสิ่งพิมพ์ วารสาร CD-Rom, วิดีทัศน์

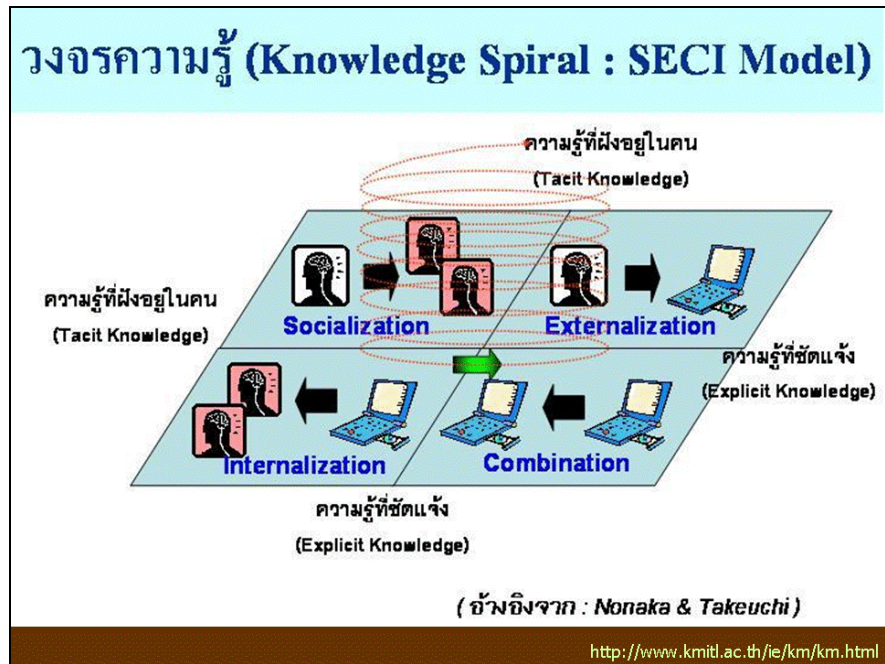
2. ความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในตัวคน เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมมา ยาวนาน เป็นภูมิปัญญา ซึ่งความรู้ประเภทนี้มีอยู่จำนวนมาก และกระจายอยู่ทั่วไป ไม่มีการบันทึกไว้ บางอย่างก็อธิบายไม่ได้ และน่าเสียดายไม่น้อยที่ความรู้เหล่านี้ถูกสร้างและใช้อยู่เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ไม่ถูกแบ่งปันนำไปพัฒนาต่อยอดและขยายออกไปในวงกว้าง และสุดท้ายก็จะหายไปกับคนเหล่านั้น

การจัดการความรู้คือ การจัดการความรู้ในองค์กร หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในทุกส่วน ในองค์กรซึ่งกระจายกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กร สามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้ง ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันสูงสุด

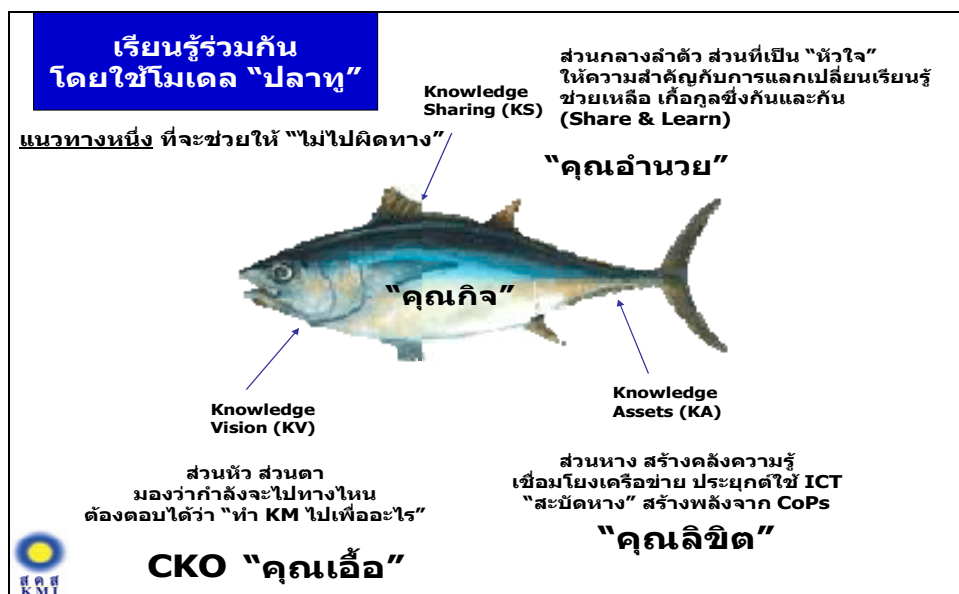
ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ได้ระบุถึงแนวทางการสร้างความรู้มี 2 แนวทางคือ 1) การสร้างความรู้จากการ วิจัยนั่นคือเริ่มต้นจากปัญหาหรือข้อสงสัยนำไปสู่การค้นคว้าวิจัยจนได้ความรู้ขึ้นมา 2) การสร้างความรู้จาก ความสำเร็จ นั่นคือการไปถอดเอาความรู้จากการปฏิบัติที่เป็นผลสำเร็จมาแล้ว ก็จะได้ความรู้มาเช่นกัน

การจัดการความรู้...ทำอย่างไร

การจัดการความรู้เป็นกระบวนการใช้และสร้างความรู้ทั้งจากความรู้ชัดแจ้ง(Explicit Knowledge) และความรู้ฝังลึก(Tacit Knowledge) ตามวงจร SECI Model ของ Nonaka & Takeuchi ที่อธิบายวงจรการ จัดการความรู้ ว่าเริ่มจากการที่คนมาพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้(Socialization) แบ่งปันความรู้แก่กัน ทำให้ ความรู้ที่ฝังลึกจากคนหนึ่งถ่ายทอดไปยังอีกคนหนึ่ง และเมื่อคนที่ได้รับการถ่ายทอดได้น้อมนำใส่ใจมา ปฏิบัติในตนเองจนเกิดผลสำเร็จแล้วมีการบันทึกความรู้ที่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร เอกสาร คู่มือ ตำรา (Externalization) ก็จะกลายเป็นความรู้ชัดแจ้ง และหากมีการนำไปเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ โดยเฉพาะ ระบบ ICT ก็ทำให้ความรู้แพร่กระจายไปอย่างกว้างขวาง (Combination) และเมื่อมีคนได้เข้ามาศึกษาค้นคว้า จากเอกสารคู่มือตำราหรือผ่านระบบ ICT เหล่านี้แล้วนำไปปฏิบัติต่อก็จะกลายเป็นความรู้ฝังลึกที่พัฒนาต่อ ยอดความรู้ที่มีอยู่เดิมไปเรื่อยๆ กลายเป็นวงจรที่หมุนไปอย่างต่อเนื่อง เกิดเกลียวคลื่นความรู้ที่มากขึ้นๆ อย่าง ไม่มีที่สิ้นสุด ดังแผนภูมิ



ในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้(Knowledge Sharing) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการความรู้ ภาษาพื้นเมืองเหนือมีภาษิตคำหนึ่งว่า “ปู้สสองน้องสัวหนึ่ง” หมายถึง การที่คนหนึ่งรู้เรื่องหนึ่ง อีกคนรู้เรื่องหนึ่งเอามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันก็จะเกิดความรู้ใหม่ขึ้นอีกหลายอย่าง หนึ่งบวกหนึ่งก็จะกลายเป็นห้าเป็นสิบ เป็นร้อย กลายเป็นความรู้วิญญูที่เกิดจากการแบ่งปันกันและกัน สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) ได้แนะนำ “โมเดลปลาหู” เพื่อมิให้การจัดการความรู้เป็นไปผิดทาง ดังแผนภาพ



ที่มา : วิจารณ์ พานิช, สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม

นั่นคือ ส่วนหัวปลา เป็นการกำหนดว่าจะจัดการความรู้เรื่องอะไร ไปเพื่ออะไร ที่จะตอบสนองต่อการพัฒนางานและองค์กร(Knowledge Vision) ซึ่งคุณเอื้อ (CKO - Chief Knowledge Officer) จะมีส่วนสำคัญในการกำหนดหัวปลาและสนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ในองค์กร ส่วนกลางลำตัว เป็นหัวใจให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คุณอำนวย (KF - Knowledge Facilitator) จะเป็นคนประสานคุณกิจ หรือผู้ปฏิบัติ (KP - Knowledge Practitioner) ที่มีความรู้ประสบการณ์หรือการปฏิบัติได้ผลดีหรือสำเร็จในเรื่องนั้น ๆ มาจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือ แบ่งปันความรู้กันและกันจากประสบการณ์ ความสำเร็จ และเทคนิคการปฏิบัติงาน แล้วช่วยกันสกัดเอาความรู้ฝังลึกออกมา ส่วนหางปลา เป็นการสร้างคลังความรู้เชื่อมโยงกับเครือข่าย เพิ่มพลังการเรียนรู้ให้มีหลากหลายและกว้างขวางมากขึ้น ผ่านระบบ ICT ซึ่งคุณลิขิต (Knowledge note taker) จะเป็นบุคคลสำคัญในการที่จะบันทึกความรู้ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการสกัดความรู้ฝังลึกออกมาเป็นความรู้ชัดแจ้ง

ตัวอย่างเครื่องมือการจัดการความรู้มีหลายตัว แต่ที่นิยมใช้กันมากๆ ได้แก่ การเล่าเรื่อง (story telling), การเล่าเรื่องความสำเร็จ (Success Story Sharing), การค้นหาสิ่งดีๆ รอบตัว (Appreciate Inquiry), การทบทวนหลังปฏิบัติการ(AAR-After Action Review), เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist), สนทนาสนทนา (Dialogue) เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นเครื่องมือที่สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยสกัดเอาความรู้ฝังลึกออกมาเป็นความรู้เปิดเผย

การบันทึกความรู้ที่ดีควรประกอบด้วยทั้งความรู้ที่เป็นความรู้ฝังลึก(Tacit Knowledge) ที่เป็นเรื่องเล่าหรือคำพูดที่เร้าใจ สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้อยากใช้และพัฒนาต่อยอดได้ หลังจากนั้นควรมีการสังเคราะห์มาเป็นบทเรียน เป็นวิธีปฏิบัติที่ดีหรือนวัตกรรมที่ควรนำไปใช้ต่อหรือแม้กระทั่งข้อพึงระวังหรือข้อพึงหลีกเลี่ยงเพื่อมิให้ผิดพลาดซ้ำรอยเดิม และสุดท้ายควรระบุถึงแหล่งอ้างอิงที่มาของข้อมูลหรือตัวบุคคลผู้ให้ข้อมูลด้วย เพื่อสะดวกต่อการสืบค้นเพิ่มเติมหากมีผู้สนใจค้นคว้าให้ลึกขึ้น

ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ผ่านระบบ ICT ที่เรียกว่า “Digital KM” การใช้เว็บไซต์เพื่อบันทึกความรู้ที่เป็นความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ออกมาเป็นความรู้เปิดเผย (Explicit Knowledge) เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นสิ่งที่ถือว่ามีความสำคัญ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสมือน กล่าวคือผู้ที่มีองค์ความรู้ทั้งหลาย ไม่จำเป็นต้องมาพบกัน แต่จะพบกันทางอินเทอร์เน็ตที่มีเว็บไซต์เป็นสื่อกลาง เป็นพื้นที่เสมือนและเครื่องมือสำหรับ “ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice)” เพื่อสนับสนุนการเขียนเรื่องเล่าเร้าพลัง (Storytelling) จากประสบการณ์และการเรียนรู้ของผู้เขียนเอง ตัวอย่างเช่น <http://gotoknow.org> ที่พัฒนาเป็นระบบ “บล็อก” (Blog) เพื่อจัดการความรู้ฝังลึก โดยเน้นการบันทึกเป็นไดอารี่ของแต่ละบุคคล เพื่อแสดงความคิด ความรู้ ประสบการณ์ เทคนิคการทำงาน และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่นผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ทำให้เกิดการบันทึกความรู้และแลกเปลี่ยนกันอย่างแพร่หลายและกว้างขวาง

กล่าวโดยสรุปการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาตนเอง งาน และองค์กร เป็นการจัดการรวบรวมความรู้ที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ ทั้งความรู้ในตัวตนและชัดแจ้ง เพื่อให้เกิดการใช้และสร้าง

ความรู้อย่างต่อเนื่อง หัวใจสำคัญคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สกัดเอาความรู้ที่ฝังลึกในตัวคนออกมาเป็นรู้
เปิดเผยเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อยอดความรู้นั้นไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทั้งหมดล้วนย่อมมาจากใจที่ใฝ่รู้และ
อยากแบ่งปันนั่นเอง การจัดการความรู้ก็เหมือนการขี่จักรยานหากไม่จั่นอานลงปั่นก็ไม่เข้าใจว่าจักรยานมัน
ปั่นไปได้อย่างไร

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ การจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของท้องถิ่นและการพัฒนารูปแบบที่เป็นมาตรฐานในการจัดการด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.) โดยจะดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย/งานวิชาการ (Document Review) ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานการประชุม กฎหมาย กฎระเบียบ นโยบายของสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาการกระจายอำนาจ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) อบจ. เทศบาล อบต. สปสช.เขต สสจ. สปสช.ส่วนกลาง สปสช.เขต สปสช.สาขาจังหวัด ตัวอย่างกรณีศึกษาผลการดำเนินงานสาธารณสุขของท้องถิ่นแต่ละระดับ ประเด็นการสนทนากลุ่มการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งที่คาดหวังและที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และความต้องการการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรท้องถิ่นที่ดูแลงานด้านสาธารณสุข

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ การศึกษาประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่น จัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของท้องถิ่น และการพัฒนารูปแบบที่เป็นมาตรฐานในการจัดการด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.)

ขอบเขตด้านประชากร ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดน่าน จำนวน 100 แห่ง ประกอบด้วย อบจ. จำนวน 1 แห่ง เทศบาลเมือง จำนวน 1 แห่ง เทศบาลตำบล จำนวน 15 แห่ง และ อบต. จำนวน 83 แห่ง ซึ่งผู้วิจัยจะจัดประชุมสนทนากลุ่ม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางด้านการจัดการสุขภาพในท้องถิ่นทุกแห่ง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ โดยการคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเจาะจงกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน 3 ระดับ จำนวน 11 หน่วยงาน ประกอบด้วย 1) องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน 2) ระดับเทศบาล จำนวน 5 หน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลเมืองน่าน เทศบาลท่าช้าง เทศบาลเวียงสา เทศบาลปัว และเทศบาลเชียงกลาง 3) องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 หน่วยงาน ได้แก่ อบต.ฝายแก้ว อ.ภูเพียง , อบต.น้ำเกีฮัน อ.ภูเพียง , อบต.ผาสิงห์ อ.เมืองน่าน , อบต.ศิระเกษ อ.น่าน้อย และ อบต.ศิลาแดง อ.ปัว ด้วยการจัดประชุมกลุ่ม(Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เจาะลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้อง (Key person) ประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรีเทศบาล และนายก

องค์การบริหารส่วนตำบล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ ได้แก่ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นักบริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสุขาภิบาล นักวิชาการสิ่งแวดล้อม เจ้าพนักงานสุขาภิบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ในประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นและการพัฒนารูปแบบที่เป็นมาตรฐานในการจัดการสาธารณสุขพื้นฐานให้กับท้องถิ่น

ขอบเขตด้านพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ ได้แก่ ระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ระดับเทศบาลเมือง/ตำบล และระดับองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดน่านทุกแห่ง

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวิธีการศึกษาได้แก่ การศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นรูปแบบเชิงทฤษฎีในการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วนำองค์ประกอบของรูปแบบเชิงทฤษฎีมาออกแบบประเด็นการประชุมกลุ่มสนทนา เพื่อนำไปตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยประเด็นคำถามที่สร้างขึ้นมา แล้วนำไปจัดประชุมกลุ่มสนทนา ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานทางด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดน่าน จำนวน 100 คน ใน 3 ระดับ ประกอบด้วย อบจ. จำนวน 1 แห่ง เทศบาลเมือง/ตำบล จำนวน 16 แห่ง และ อบต. จำนวน 83 แห่ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ดูความสอดคล้องกลมกลืนและความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวิธีการศึกษาได้แก่ การนำรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการจัดการระบบสุขภาพชุมชน จำนวน 6 คน ทำการตรวจสอบรูปแบบ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่มุ่งเน้นการวิพากษ์องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้เป็นรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดน่าน

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวิธีการศึกษาได้แก่ การนำรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ไปทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ ใน 3 ระดับ จำนวน 11 หน่วยงาน ประกอบด้วย 1) องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน 2) ระดับเทศบาล จำนวน 5 หน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลเมืองน่าน เทศบาลตำบลท่าช้าง เทศบาลตำบลกลางเวียง เทศบาลตำบลศรีสะเกษ และเทศบาลตำบลศิลาแลง 3) องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 หน่วยงาน ได้แก่ อบต.ฝายแก้ว, อบต.น้ำเกีฮ่วน, อบต.ผาลัง, อบต.ถ้ำมด

อง และอบต.สี่น ด้วยการจัดประชุมกลุ่ม(Focus Group Discussion) ประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรีเทศบาล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ ได้แก่ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นักบริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสุขาภิบาล นักวิชาการสิ่งแวดล้อม เจ้าพนักงานสุขาภิบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งมีประเด็นสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมหรือสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือไม่ 2) วิเคราะห์ส่วนขาด(Gap) ระหว่างรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพที่คาดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) วางแผนการพัฒนาส่วนขาด(Gap) ให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้ตามรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ 4) จัดทำคู่มือการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ (อบจ. เทศบาล อบต.)

ขั้นตอนที่ 4 การถอดบทเรียนและสรุปรูปแบบมาตรฐานการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ ได้แก่ อบจ. เทศบาลและ อบต.

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา แบ่งออกเป็นสามส่วน ได้แก่รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นตามภารกิจทางด้านสุขภาพ และการจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของท้องถิ่น ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องมีโครงสร้างในการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกรมศึกษาจังหวัดน่าน มีข้อค้นพบดังนี้

โครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วย ไตรภาคี 3 ฝ่าย คือ

1) ฝ่ายท้องถิ่น จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ท้องถิ่นจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสมาชิกสภาจังหวัด ผู้แทนนายกเทศมนตรี ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

2) ฝ่ายสาธารณสุข จำนวน 5 คน ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือตัวแทน ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) ฝ่ายประชาชน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทน อสม. ผู้แทนชมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ตัวแทนผู้รับบริการ

บทบาทหน้าที่ ดังนี้

1) กำหนดนโยบาย กรอบภารกิจ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ ในภาพรวมของทั้งจังหวัด

2) จัดทำแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ ในภาพรวมของทั้งจังหวัด

3) พิจารณาให้การสนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ ในจังหวัด

4) ควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตาม และ ประเมินผล การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพภายในจังหวัด

คณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอ
เป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วย ไตรภาคี 3 ฝ่าย คือ

1) ฝ่ายท้องถิ่น จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ท้องถิ่นอำเภอ ผู้แทนสมาชิกสภาจังหวัด ผู้แทน
นายกเทศมนตรี ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

2) ฝ่ายสาธารณสุข จำนวน 5 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ชุมชน ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) ฝ่ายประชาชน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
ผู้แทน อสม. ตัวแทนผู้รับบริการ

บทบาทหน้าที่ ดังนี้

1) กำหนดนโยบาย กรอบภารกิจ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ ในภาพรวมของทั้งจังหวัด

2) จัดทำแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการ
กระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ ในภาพรวมของทั้งจังหวัด

3) พิจารณาให้การสนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ ในจังหวัด

4) ควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตาม และ ประเมินผล การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพภายในจังหวัด

รูปแบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน

รูปแบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน หากมีการกระจายอำนาจ
ด้านการจัดการสุขภาพ ควรมีการจัดการระบบสุขภาพ ดังนี้

1) ปรับโครงสร้างการบริหารจัดการภายในองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้เอื้อต่อการ
ดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยยกระดับฝ่ายสาธารณสุขปรับเป็นกองสาธารณสุข เพื่อให้สามารถรองรับ
บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2) การบริหารจัดการอยู่ในรูปแบบของบอร์ด ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสุขภาพ
ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (Board) เพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้แก่
คณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยมี นายกองค์การบริหารส่วน
จังหวัด เป็นประธาน ที่ปรึกษา ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
คณะกรรมการ ประกอบด้วย ไตรภาคี 3 ฝ่าย คือ

ฝ่ายท้องถิ่น จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้แทนสมาชิกสภาจังหวัด บุคลากรจากองค์การ
บริหารส่วนจังหวัด

ฝ่ายสาธารณสุข จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้แทนผู้บริหารหน่วยบริการและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ฝ่ายประชาชน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทน อสม. ตัวแทนผู้รับบริการ

บทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) กำหนดกรอบภารกิจ กิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมของหน่วยงานที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดน่าน
- 2) จัดทำแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดน่าน และพิจารณาแผนงาน โครงการด้าน สาธารณสุข ของหน่วยงานที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดน่าน
- 3) พิจารณาให้การสนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดน่าน ทั้งในส่วนของการพิจารณางบประมาณ วัสดุ/ครุภัณฑ์ องค์ความรู้ และกำลังบุคลากร ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ให้เป็นไปตามกรอบภารกิจของหน่วยงาน
- 4) ควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตาม และ ประเมินผล การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดน่าน

รูปแบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ระดับเทศบาล

รูปแบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพของเทศบาล หากมีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ ควรมีการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ปรับโครงสร้างการบริหารจัดการภายในเทศบาล ให้เอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ ที่มีการเพิ่มมากขึ้น และกำหนดภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และปรับโครงสร้างด้านการบริหารจัดการบุคลากรที่มีความเหมาะสมและมีศักดิ์ศรี โดยจัดตั้งเป็นกองสาธารณสุขขึ้นในเทศบาล มีการแบ่งงานที่ชัดเจน บุคลากรเพียงพอ มีความเหมาะสมกับงาน และมีการกำหนดสายการบังคับบัญชา นิเทศงาน พิจารณาความดีความชอบที่ชัดเจน

2. การบริหารจัดการอยู่ในรูปแบบของบอร์ด ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (Board) เพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพของเทศบาล ได้แก่ คณะกรรมการบริหารจัดการด้านสุขภาพของเทศบาล ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เป็นที่ปรึกษา นายกเทศมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป็นรองประธาน บุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขของเทศบาลเป็นเลขา, โดยมีคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนจาก

หน่วยงานสาธารณสุขที่ถ่ายโอนสู่เทศบาล , ผู้แทนสมาชิกสภาเทศบาล ตัวแทนจากภาคประชาชนหรือผู้นำชุมชน ตัวแทนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล และตัวแทนจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบสุขภาพ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) กำหนดกรอบภารกิจ กิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมของเทศบาล
- 2) จัดทำแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเทศบาล และพิจารณาแผนงาน โครงการด้าน สาธารณสุข ของชุมชน
- 3) พิจารณาให้การสนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของชุมชน ทั้งในส่วนของ การพิจารณางบประมาณ วัสดุ/ครุภัณฑ์ กำลังบุคลากร และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพของบุคลากร และ อสม.ในชุมชน
- 4) ควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตาม และ ประเมินผล การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเทศบาล รวมถึงการพิจารณาความดีความชอบของบุคลากรให้เป็นไปอย่างเป็นธรรม

รูปแบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ระดับองค์การบริหารส่วนตำบล

รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดน่าน เมื่อมีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ มีการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ดังนี้

1. **ปรับโครงสร้างการบริหารจัดการภายในองค์การบริหารส่วนตำบล** ให้เอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ และรองรับบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนตำบล มีการกำหนดภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และปรับโครงสร้างด้านการบริหารจัดการบุคลากรที่มีความเหมาะสมและมีศักดิ์ศรี โดยจัดตั้งเป็นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขขึ้นในองค์การบริหารส่วนตำบล มีการแบ่งงานที่ชัดเจน บุคลากรเพียงพอ มีความเหมาะสมกับงาน และมีการกำหนดสายการบังคับบัญชา นิเทศงาน พิจารณาความดีความชอบที่ชัดเจน

2. **การบริหารจัดการอยู่ในรูปแบบของบอร์ด** มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (Board) เพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพ หลังการถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ คณะกรรมการบริหารจัดการด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เป็นที่ปรึกษา นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธาน คณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เป็นรองประธาน บุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเลขา, โดยมีคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุขที่ถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนตำบล , ผู้แทนสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนจากภาคประชาชนหรือผู้นำชุมชน ตัวแทนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล และตัวแทนจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบสุขภาพ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) กำหนดกรอบภารกิจ กิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมขององค์การบริหารส่วนตำบล
- 2) จัดทำแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล และพิจารณาแผนงาน โครงการด้าน สาธารณสุข ของชุมชน
- 3) พิจารณาให้การสนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของชุมชน ทั้งในส่วนของการพิจารณางบประมาณ วัสดุ/ครุภัณฑ์ กำลังบุคลากร และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพของบุคลากร และ อสม.ในชุมชน
- 4) ควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตาม และ ประเมินผล การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล รวมถึงการพิจารณาความดีความชอบของบุคลากรให้เป็นไปอย่างเป็นธรรม

2. การจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐาน

การจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของอปท. เนื่องด้วยภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน การคุ้มครองและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บังคับใช้ หลังจากทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์กฎหมายดังกล่าวแล้วพบว่าคู่มือการปฏิบัติงานตามกฎหมายการสาธารณสุขของกรมอนามัยเป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสามารถลดปัญหาอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่ได้ อย่างไรก็ตามทีมวิจัยได้วิเคราะห์ภารกิจด้านสาธารณสุขท้องถิ่น ไว้ดังนี้

2.1 ภารกิจด้านสาธารณสุขพื้นฐาน ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ ที่มีการกระจายอำนาจด้านการจัดการสุขภาพ หรือถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับอันได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล จะมีภารกิจด้านสาธารณสุขพื้นฐานเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย

2.1.1 ภารกิจด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน แต่งตั้งให้ข้าราชการประจำโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานบริการสาธารณสุขชุมชน เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ถือปฏิบัติตามกฎกระทรวง ประกาศกระทรวง และแนวทางปฏิบัติ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ประกอบด้วย กฎกระทรวง จำนวน 5 ฉบับ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางปฏิบัติ จำนวน 20 ฉบับ

2.1.2 การกิจด้านการบริหารจัดการ

1. การพัฒนางานด้านสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ/ตำบล เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาด้านสุขภาพในพื้นที่

2. การบริหารจัดการงบประมาณ ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

- ระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยนำหลักการของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 มาบังคับใช้

- ข้อบังคับว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยนำหลักการของข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 มาบังคับใช้

- หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยนำหลักการหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 มาบังคับใช้

ภารกิจด้านบริการ อยู่ภายใต้การกำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลในพื้นที่ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

2.1.3 การกิจด้านการจัดบริการ

1. การจัดบริการผสมผสาน ประกอบด้วย การให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทันตกรรม และการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม จำแนกดังนี้

- กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็ก 0 - 5 ปี วัยเรียน วัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วย ญาติ

- กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มพิการ และผู้เสียชีวิต

2. การบริการเชิงรุก ได้แก่ พัฒนabatบาทภาคประชาชนให้เข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น หมู่บ้าน/ตำบล จัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพ อสม.

3. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามกฎหมายฉบับที่เกี่ยวข้อง เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย เป็นต้น ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- รวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลที่สำคัญในพื้นที่ชุมชน เช่น สถานที่จำหน่าย สถานที่ผลิต ร้านค้า รวดเร็ว ตลาดคลองถม เพื่อใช้ข้อมูลในการตรวจสอบและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

- ตรวจสอบฉลาก การแสดงสรรพคุณบนฉลากลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ (สีและกลิ่น) ตลอดจนความเหมาะสมของบรรจุภัณฑ์ และการเก็บรักษา

- เฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีข้อความบ่งบอกถึงความโอ้อวดเกินจริง และอาจเกิดอันตรายตามเคเบิลทีวี วิทยุชุมชน หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ และโบว์ชัวร์

- เพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่างๆ มีผลต่อสุขภาพในเรื่องการเลือกซื้อ เลือกบริโภคที่ถูกต้อง และขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบเฝ้าระวัง ตลอดจนการจัดการกับผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น กลุ่ม อสม. / ครู / นักเรียน อย.น้อย / กลุ่มแม่บ้าน / กลุ่มเยาวชน / ผู้นำชุมชน เป็นต้น

4. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การเจาะเลือด การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ การทำ Pap Smear เป็นต้น

5. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น การให้บริการนวดแผนไทย ประคบ อบไอน้ำ สมุนไพร สมานบำบัด และมีการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างน้อย 10 รายการ รวมทั้งการจัดให้มีความรู้ สาธิต สอน แสดงด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีคัตตะน ชาติเจ้าเรือน เป็นต้น

2.2 การกิจด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม ในแต่ละระดับ ดังนี้

2.2.1 ระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีภารกิจเพิ่มเติม คือ

1. สร้างกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับจังหวัดที่มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นระดับต้น
2. สร้างกลไกเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับจังหวัด
3. การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน
 - การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพในพื้นที่
 - การมีส่วนร่วมของกองทุนชุมชนอื่นๆที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 - การส่งเสริมกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 - งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
4. การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ
 - การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด
 - การเกษตรเพื่อสุขภาพและอาหารปลอดภัย
 - งานสุขาภิบาลอาหารและงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
 - งานเฝ้าระวังและคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษทาง น้ำ และอากาศ
 - การป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจร
 - การควบคุมการผลิต จำหน่าย และบริโภค สุราและยาสูบ

2.2.2 ระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล มีภารกิจเพิ่มเติม คือ

1. การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน
 - การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพในพื้นที่

- การมีส่วนร่วมของกองทุนชุมชนอื่นๆที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 - การส่งเสริมกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 - งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
2. การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ
- การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด
 - การเกษตรเพื่อสุขภาพและอาหารปลอดภัย
 - งานสุขาภิบาลอาหารและงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
 - งานเฝ้าระวังและคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษทาง น้ำ และอากาศ

บทเรียนการจัดการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านกับการจัดการสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน ไม่ได้ดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากไม่มีกลุ่มงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่จะมีการจัดการสุขภาพโดยความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เช่น สมาคม อสม.จังหวัดน่าน สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยจังหวัดน่าน สมาคมหมออนามัยจังหวัดน่าน ชมรมวิ่งเพื่อสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งเป็นไปตามบทบาทตามกฎหมายกำหนดไว้ เช่น

หน้าที่ความรับผิดชอบภารกิจด้านสุขภาพ ของ อบจ.น่าน

1. กฎกระทรวง พ.ศ.2541 ออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 กำหนดอำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุข ได้แก่ ข้อ

(14) ป้องกันและบำบัดรักษาโรค

(15) จัดตั้งและการบำรุงสถานพยาบาล

2. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 17 กำหนดอำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุข ของ อบจ. คือ ข้อ

(10) การจัดตั้งดูแลระบบบำบัดน้ำเสียรวม

(11) การกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลรวม

(12) การจัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่าง ๆ

(19) การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

(22) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

(27) การส่งเสริมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส

งานสาธารณสุขที่ดำเนินการโดย อบจ.น่าน หรือ อบจ.น่านมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่

-งานจัดบริการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน(กู้ชีพกู้ภัย) ก่อตั้งสำนักงานกู้ชีพ-กู้ภัยในสังกัดของ อบจ.น่าน ให้บริการรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษากรณีฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุทั่วไป อุบัติเหตุทางจราจร ภัยทาง

ธรรมชาติและภัยต่าง ๆ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ขณะนี้มีการขยายเครือข่ายทุกเทศบาล และ อบต. ครอบคลุมทุกอำเภอ

-งานสาธารณสุขมูลฐาน สนับสนุนค่าป่วยการแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เดือนละ ๖๐๐ บาท ตั้งแต่ เมษายน ปี ๒๕๕๒ เป็นต้นมา

-สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม. บุคลากรสาธารณสุขในการศึกษาดูงานนวัตกรรมด้านสุขภาพ เป็นประจำทุกปี

-งานบรรเทาสาธารณภัย การบัญชาการในสถานการณ์ฉุกเฉินภัยทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม, พายุ, ดินถล่ม, ไฟป่า, โรคติดต่อ เป็นหน่วยงานหลักในการให้ความช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับภัยพิบัติ โดยเฉพาะเหตุการณ์น้ำท่วม ปี 2549, 2554

-งานควบคุมป้องกันโรค (โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ) โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบบูรณาการ ปี 2555 โดยการจัดซื้อเครื่องพ่นสารเคมีกำจัดยุงและแมลงนำโรค แบบหมอกควัน และฝอยละออง ทราายกำจัดลูกน้ำยุงลาย สารเคมี วัสดุเชื้อเพลิง แก่สมาคมหมอนามัยจังหวัดน่าน ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก วัสดุอุปกรณ์ดังกล่าวสามารถนำไปดำเนินการควบคุมโรค ไข้เลือดออกกระบาดในพื้นที่ อ.สันติสุข ช่วงเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม ที่ผ่านมา

-งานส่งเสริมสุขภาพ (กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็ก สตรี และกลุ่มประกอบอาชีพ)

-โครงการเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา "รวมใจกัน ปั้นเพื่อพ่อ" ประจำปี 2554

-โครงการเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา "เมืองงาช้างคำมินิ-ฮาร์ฟมาราธอน“ อบจ.น่าน ประจำปี พ.ศ. 2554 โดยร่วมมือกับชมรมวิ่งเมืองงาช้างคำ จัดแข่งขันวิ่งมินิ-ฮาร์ฟมาราธอน ระยะทาง 10.5 กิโลเมตรและ 21 กิโลเมตร ต่อเนื่องกันมา 3 ปี

-งานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ศูนย์สืบสานทางวัฒนธรรม (พาผู้สูงอายุเที่ยวแหล่งวัฒนธรรม เมืองน่าน วัด แหล่งโบราณวัตถุฯ)

-งานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ

-โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปี 2552 (กลุ่มสถานีอนามัยจังหวัดน่าน)

-โครงการฝึกอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และศึกษานวัตกรรมการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปี 2554 (สมาคมหมอนามัย)

2.เทศบาลเมืองน่าน “เมืองน่าอยู่”

ในเวียงเมืองแห่งคนอายุยืน คืบคลานเอกลักษณ์เมืองเก่า เรามุ่งเป็นชุมชนแห่งปัญญา ปรารถนาสู่สังคม คุณภาพ เป็นคำขวัญของเทศบาลเมืองน่าน นำไปสู่การจัดการด้านสุขภาวะของประชาชนในเขตเทศบาล บาด ภายใต้เมืองน่าอยู่

ข้อมูลทั่วไป

เทศบาลเมืองน่านมีพื้นที่ 7.6 ตารางกิโลเมตร มีจำนวนเขตรับผิดชอบ จำนวน 28 ชุมชน 3 หมู่บ้าน
จำนวนประชากร 21,222 คน จำแนกเป็นชาย 10,183 คน หญิง 11,039 คน

นโยบายของเทศบาลเมืองน่าน มุ่งสู่ “เมืองน่านน่าอยู่และเมืองแห่งคนอายุยืน” ประกอบด้วย

1. เมืองสะอาด
2. เมืองปลอดภัย
3. เมืองที่มีศิลปวัฒนธรรมที่ดี
4. เมืองที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดี
5. เมืองธรรมาภิบาล

แผนงานโครงการด้านสุขภาพภายใต้นโยบาย เมืองน่านน่าอยู่

- 1) จัดตั้งทีมเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสังคมในชุมชน
- 2) การลดขยะ การกำจัดขยะรีไซเคิลในชุมชน การจัดตั้งจุดทิ้งขยะอันตราย/ขยะพิษ
- 3) การติดตั้งสัญญาณจราจรในจุดอันตรายและการตีเส้นจราจรเพื่อความเป็นระเบียบ การจัดทำเส้นทางจักรยาน
- 4) การรณรงค์ปลอดเหล้าเบียร์ เช่น แข่งเรือปลอดเหล้า , งานลอยกระทงปลอดเหล้า
- 5) รณรงค์สวมหมวกนิรภัยในเด็ก สร้างทักษะการจับจี้ปลอดภัย
- 6) การปรับปรุงซ่อมแซมห้องน้ำผู้สูงอายุที่ยากจน ในเขตเทศบาลเมืองน่าน
- 7) อบรมเครือข่ายป้องกันยาเสพติดในชุมชน
- 8) โครงการเมืองปลอดภัยสำหรับเด็ก
- 9) โครงการอาหารปลอดภัย ตลาดอาหารปลอดภัย
- 10) โครงการร้านก๋วยเตี๋ยวติดดาว (หม้อก๋วยเตี๋ยวปลอดสารตะกั่ว)
- 11) โครงการ อย.น้อย โครงการ อสม.น้อย
- 12) โครงการวัยรุ่น รักษ์ใจ ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- 13) การฉีดวัคซีนสุนัขบ้า
- 14) การพนัหมอกควันป้องกัน โรคไข้เลือดออก
- 15) สำรวจจุดเสี่ยงในโรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก
- 16) สำรวจผลิตภัณฑ์อันตราย
- 17) การซ่อมแผนฉุกเฉิน
- 18) การวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาล

- 19) ส่งเสริมอบรมความรู้ด้านป้องกันโรค การคัดกรองโรค จากอาการทั่วไป ทักษะการช่วยชีวิตในภาวะเร่งด่วน เทคนิคความปลอดภัยการช่วยเหลือผู้ได้รับอุบัติเหตุ อบรม อสม.เชี่ยวชาญ ให้แก่กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อปพร. ตำรวจบ้านกลุ่มเฝ้าระวัง ฯลฯ
- 20) จัดทำลานกีฬาประจำชุมชน (เปตอง ตะกร้อ แบดมินตัน สนามเด็กเล่น)
- 21) การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหนะนำโรค(แมลงวัน) ในโรงฆ่าสัตว์
- 22) การสร้างศูนย์ประสานงานสาธารณสุขในชุมชนทุกชุมชน ใช้เป็นศูนย์กลางการพัฒนาสุขภาพ

ภาคีร่วมในการจัดการสุขภาพ

1. ผู้นำชุมชนทั้ง 28 ชุมชนและ 3 หมู่บ้าน
2. อสม. ทั้ง 28 ชุมชนและ 3 หมู่บ้าน
3. โรงพยาบาลน่าน
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
5. กองทุนสุขภาพตำบล(สปสข.)
6. หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ
7. เทศบาลเมืองน่าน

3.อบต.ฝายแก้ว

ข้อมูลทั่วไปตำบลฝายแก้ว

ตำบลฝายแก้ว อ.ภูเพียง จ.น่าน ห่างจากที่ทำการ อ.ภูเพียงไปทางทิศตะวันตก ประมาณ 3 กม.ห่างจากตัวเมืองน่าน 200 เมตร (คนละฝั่งแม่น้ำน่าน) พื้นที่ประมาณ 217.95 ตารางกิโลเมตร เนื้อที่ 136,220.82 ไร่ พื้นที่ปกครอง 17 หมู่บ้าน 11,400 คน แยกเป็นชาย 5,829 คน หญิง 5,571 คน จำนวนครัวเรือน 3,478 ครัวเรือน (ข้อมูลสำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง กันยายน 2554) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง (ข้อมูล จปฐ.ประจำปี 2554) สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 3 แห่ง (รพ.สต. 2 แห่ง,สสข. 1 แห่ง) นิคมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 แห่ง (ผู้ป่วยจำนวน 51 ราย) โรงพยาบาลค่ายสุริยพงษ์ กรมการแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม

วิสัยทัศน์การพัฒนาตำบล

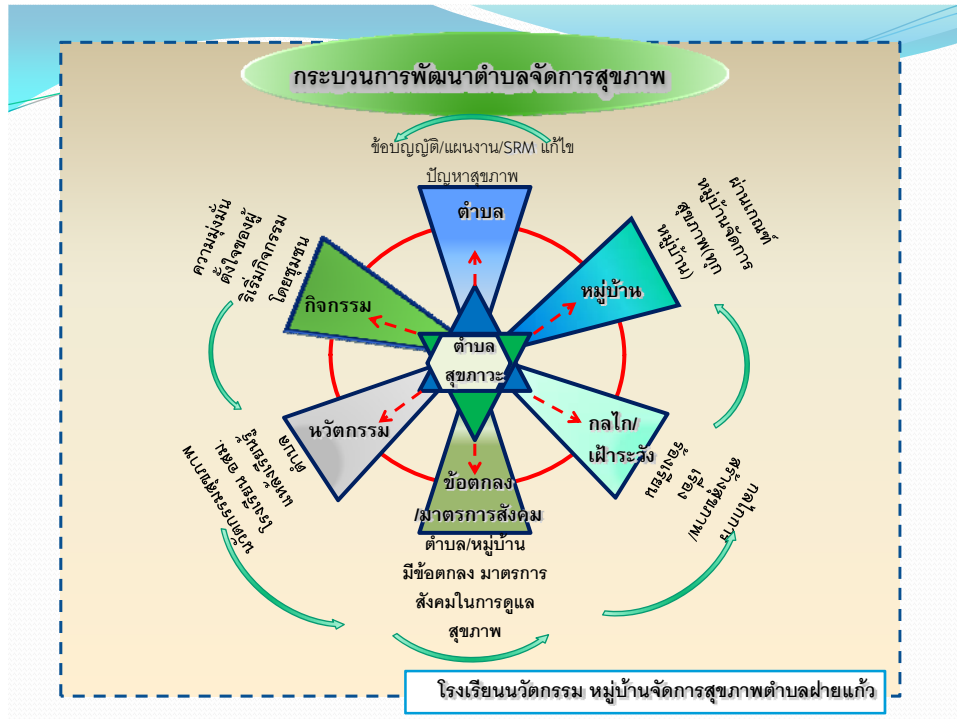
ชุมชนเข้มแข็ง เศรษฐกิจดี การศึกษาดีสุขภาพดี ทุกชีวิปลอดภัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อม
 เพียบพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน

ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพ

1. การเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพ ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย
2. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน ในการจัดการระบบสุขภาพด้วยตนเอง

3. การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรเครือข่าย

4. การพัฒนาตำบล เป็นตำบลสุขภาวะ



การสร้างและพัฒนาทีมสุขภาพตำบล

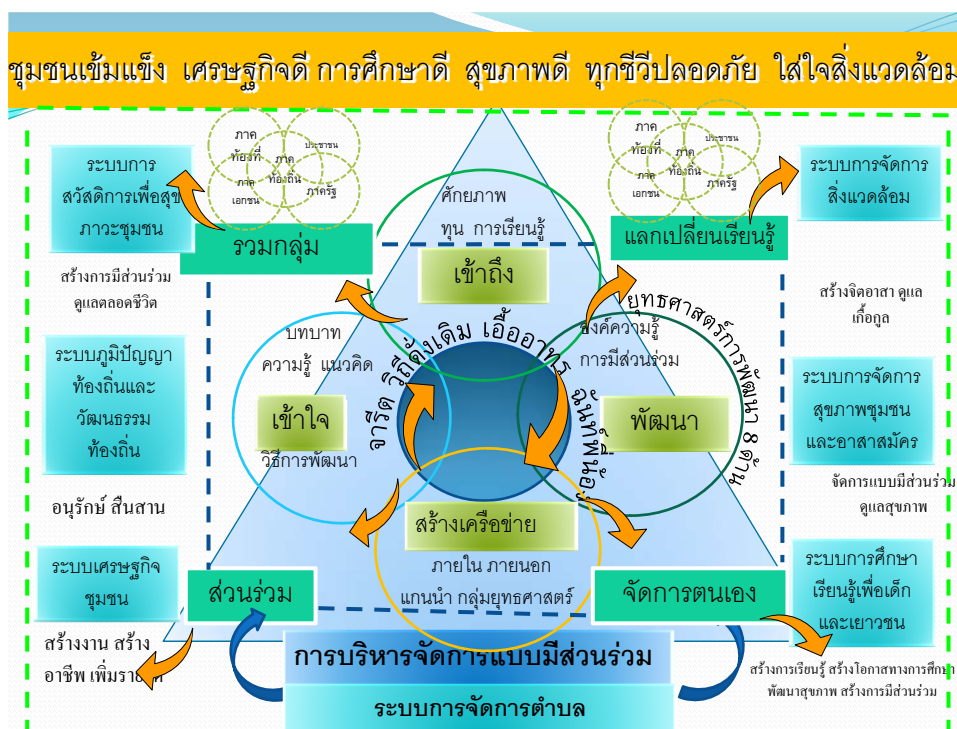
- พุดคุย ประสานงาน/ประชาสัมพันธ์
- จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ/ระดมความเห็น
- การคัดเลือกทีมงานจัดการสุขภาพตำบล
- การจัดตั้งคณะกรรมการ/กำหนดบทบาทหน้าที่
- การอบรม/สัมมนา/ศึกษาดูงาน
- สรุปผลการพัฒนา/ถอดบทเรียน

แหล่งเรียนรู้สุขภาพตำบลฝ่ายแก้ว

ระบบ	แหล่งเรียนรู้	ระยะทางจากแหล่งเรียนรู้ มายัง อบต. ฝ่ายแก้ว
ระบบการบริหารจัดการ ตำบล	องค์การบริหารส่วนตำบลฝ่ายแก้ว	-
	ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย อบต.ฝ่ายแก้ว และชมรม อปพร. ตำบลฝ่ายแก้ว	-

ระบบ	แหล่งเรียนรู้	ระยะทางจากแหล่งเรียนรู้ มายัง อบต. ฝ่ายแก้ว
ระบบเศรษฐกิจชุมชน	กลุ่มจักสานบ้านปัวชัย ม.7	3 กิโลเมตร
	กลุ่มถั่วอก ม.2	1 กิโลเมตร
	กลุ่มไข่เค็ม ม.17	1 กิโลเมตร
	กลุ่มเลี้ยงโคขุน	3.5 กิโลเมตร
	กลุ่มแปรรูปผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์บ้านท่าล้อ	1 กิโลเมตร
	ศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจชุมชน ม.4	3.5 กิโลเมตร
	กลุ่มขนมบ้านท่าล้อ ม.1	1 กิโลเมตร
ระบบการจัดการ สิ่งแวดล้อมและ พลังงานทดแทน	การจัดการขยะโดยชุมชน หมู่ 15	2 กิโลเมตร
	ป่าชุมชน (ม.11)	25 กิโลเมตร
	ป่าชุมชน (ม.7)	
	กลุ่มปื๋ยหมัก (ม.7)	3 กิโลเมตร
ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมท้องถิ่น	เรือแข่งเมืองน่าน(เสือเผ่นท่าล้อ)	1 กิโลเมตร
	กลุ่มอนุรักษ์พุทธศิลป์พื้นถิ่นน่าน ม.17	1 กิโลเมตร
ระบบการศึกษาและการ เรียนรู้เพื่อเด็กและ เยาวชน	โรงเรียนพุทธศาสนาวินาศิตย(วัดแสงดาว)	1 กิโลเมตร
	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.ฝ่ายแก้ว	3 กิโลเมตร
	โครงการเข้าพรรษาฯ (ม.3)	2 กิโลเมตร
ระบบการจัดการ สุขภาพชุมชนและ อาสาสมัคร	กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลฝ่ายแก้ว	
	กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลฝ่ายแก้ว	2 กิโลเมตร
	กองทุนสวัสดิการ อสม.	2 กิโลเมตร
	อผส.	2 กิโลเมตร
	ชมรมผู้สูงอายุตำบล	2 กิโลเมตร

ระบบ	แหล่งเรียนรู้	ระยะทางจากแหล่งเรียนรู้ มายัง อบต. ฝ่ายแก้ว
	กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ	2 กิโลเมตร



หมู่บ้านต้นแบบ ปัวชัย...ชุมชนจัดการสุขภาพ

ชื่อแกนนำ นางประนอม ภิมมณ อสม.ดีเด่นสาขาการจัดการสุขภาพชุมชน ระดับภาคเหนือ ปี ๒๕๕๕

ความเป็นมา

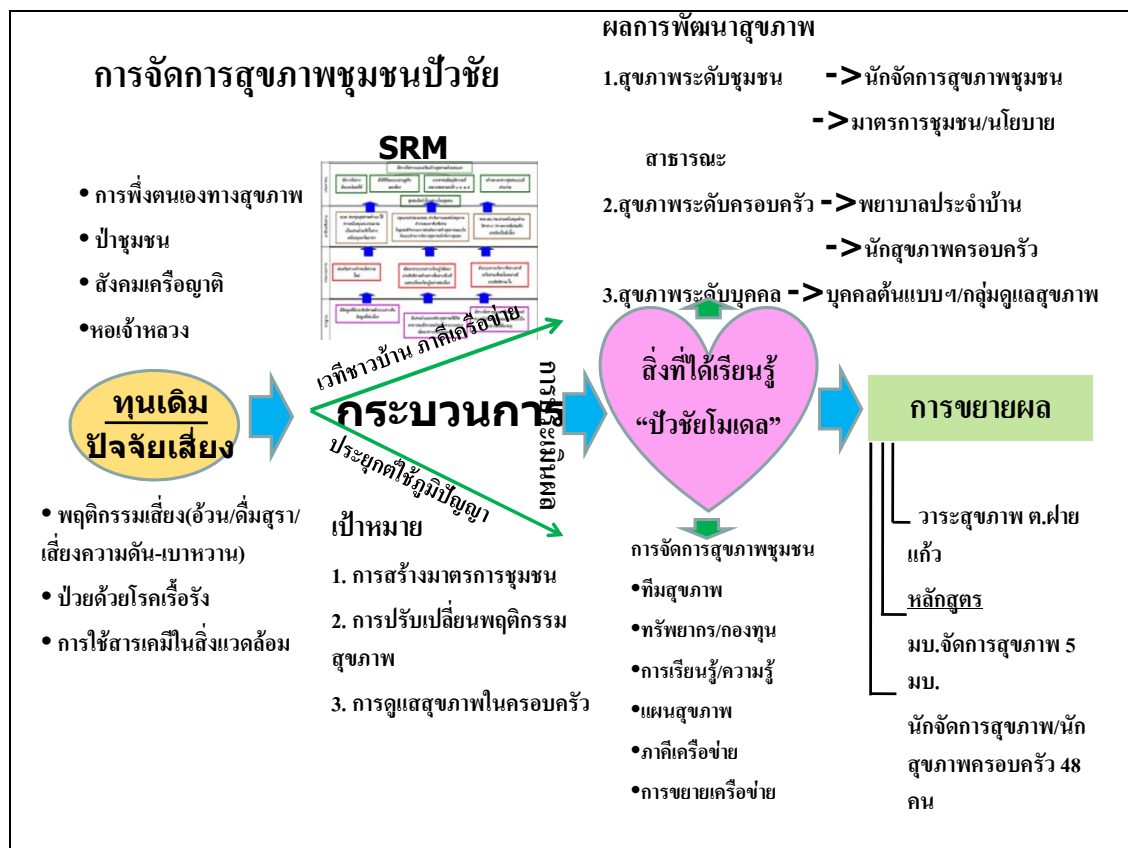
ชุมชนปัวชัยอยู่ในตำบลฝ่ายแก้ว อำเภอกู่เพียง จังหวัดน่าน มีจำนวน 214 หลังคาเรือน ประชากร 758 คน เป็นชาย 372 คน หญิง 386 คน จากการคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชนปัวชัยพบว่าประชาชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 33 คน โรคเบาหวาน 18 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด 16 คน เมื่อแยกกลุ่มสุขภาพแล้วพบว่า มีกลุ่มเสี่ยงต่อสุขภาพ ร้อยละ 18.75 เช่น อ้วน ลงพุง ดื่มสุรา เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง มีสารเคมีตกค้างในร่างกาย จากปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การ ร่วมกันจัดทำเป็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ครอบคลุม 4 มิติ ตั้งแต่ พื้นฐาน กระบวนการ ภาวการณ์และประชาชน และขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ โดยการจัดการสุขภาพมีเป้าหมาย 3 ระดับคือ

การจัดการสุขภาพระดับชุมชน ชุมชนร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดมาตรการลดละเลิกสุราในงานประเพณี มาตรการควบคุมการใช้สารเคมีภายในชุมชนด้วยการ

ส่งเสริมการผลิตปุยชีวภาพ สารชีวภาพ ส่งเสริมการปลูกและรับประทานผักพื้นบ้าน “ผักสวนครัวรั้วกินได้” มีการจัดตั้งกลุ่มผู้พิทักษ์อาหารในชุมชน การต่อ ยอดป่าชุมชนเนื้อที่ 72 ไร่ให้เป็นแหล่งอาหารสดของชุมชน และสมุนไพรพื้นบ้าน และมีกระบวนการปลูกฝังแนวคิดการพัฒนาชุมชนผ่านเยาวชน “ต้นกล้าปัวชัย” โดยการจัดค่ายและเวทีเรียนรู้คุณค่าของชุมชนทุกวันพระ

การจัดการสุขภาพระดับครอบครัว มีการอบรมแกนนำครอบครัวเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เรียกว่า “พยาบาลประจำบ้าน” นอกจากนี้ส่งเสริมให้แม่บ้านประกอบอาหารที่ลดเสี่ยง เช่น อาหารไขมันต่ำ อาหารรสจืด อาหารสุกสะอาดปลอดภัย เน้นการประกอบอาหารจากพืชผักปลอดสารพิษที่ปลูกไว้ในครัวเรือนตนเอง

การจัดการสุขภาพระดับบุคคล กลุ่มเสี่ยงจะเข้าสู่หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกาย การกินข้อมูลด้านสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การควบคุมการรับประทาน อาหารให้พอดี เน้นรับประทานผักปลอดสารพิษ ลดอาหารไขมันสูง ลดอาหารรสเค็ม กลุ่มออกกำลังกาย รอบสมุนไพร



ผลการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย สามารถลดค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.51 เป็น ร้อยละ 93.10 เมื่อหลังดำเนินการ **ดัชนีมวลกาย** กลุ่มเป้าหมายมีดัชนีมวลกายระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.93 เป็นร้อยละ 68.96เมื่อหลังดำเนินการ และ**เส้นรอบเอว** กลุ่มเป้าหมายมีเส้นรอบเอวระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.82 เป็นร้อยละ 51.72 เมื่อหลังดำเนินการ ระดับสารเคมีในร่างกายของกลุ่มเป้าหมาย พบว่าระดับสารเคมีในร่างกายระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.68 เป็นร้อยละ 18.31 และระดับสารเคมีในร่างกายระดับไม่ปลอดภัย ลดลงจากร้อยละ 16.19 เหลือร้อยละ 10.56 เมื่อหลังดำเนินการ

บทเรียนของปัวชัยนำไปสู่การขยายผล เป็นศูนย์เรียนรู้การจัดการสุขภาพชุมชน ในระดับจังหวัด โดยมีการขยายผลไปยังตำบลอื่นๆในอำเภอภูเพียง อำเภอนาน้อย หมู่บ้านพื้นที่สูงในจังหวัดน่าน จำนวน 23 หมู่บ้าน

พลังเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพ จังหวัดน่าน

ยุคแรก เมื่อปี พ.ศ. 2537 จากการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลน่าน พบว่า มีผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรค CVA และโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ไม่หายขาด ต้องเข้ารับการรักษายาพยาบาลบ่อย ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรคเหล่านี้จะสูงมาก จึงได้ปรับปรุงระบบการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยในขึ้น โดยใช้กระบวนการ **D-METHOD** ของคิวคัสโซ(Cucuzzo) ประกอบด้วย Diagnosis(ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่) Medicine(ยาที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษาพยาบาล) Economic(ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือที่จำเป็น) Treatment(การปฏิบัติการดูแลสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วย) Health(การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ) Out Patient(ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน มีผู้ดูแล อุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย Diet(อาหารที่เหมาะสมกับโรค) หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้วจะมีการออกติดตามผู้ป่วยถึงบ้าน เยี่ยมติดตามอาการ การรับประทานยาและการปฏิบัติตน ตลอดถึงสภาพแวดล้อมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง(Self Care) และมีการแนะนำญาติให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน โดยในระยะแรกได้เริ่มดำเนินการเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลน่านเท่านั้น

ยุคขยาย ในช่วงปี 2539 - 2544 หลังจากที่ได้ทดลองดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและครัวเรือนในเขตโรงพยาบาลน่านระยะแรก พบว่า ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง ทั้งความถี่ในการมารับบริการ เนื่องจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติในครัวเรือน และการเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วย ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น จึงได้มีการขยายพื้นที่ดำเนินการ ไปโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยที่มีความพร้อมสามารถจะดำเนินการได้ทั้งทางด้านบุคลากร และการจัดบริการ มี

การจัดบริการเพิ่มให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ(NCD) และผู้ป่วยวัณโรค ที่จะต้องให้การดูแลรักษาเป็นประจำ โดยใช้วิธีการ Dot Matrix ในการให้ยารักษาโรคและการติดตามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

กอปรกับ ช่วงนี้มีนโยบายเร่งรัดให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 จึงได้ใช้แนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน มาพัฒนาศักยภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ให้มีความรู้ความสามารถในการเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ป่วยและกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอีกทางหนึ่ง รวมถึงได้มีการนำข้อมูลผู้ป่วย และผู้ที่เสียชีวิตมาศึกษาวิเคราะห์ใช้เป็นแนวทางช่วยป้องกันโรคให้แก่ประชาชน เป็นกลวิธีการใช้ **คนป่วย(คนตาย) สอนคนดี** ให้เกิดความตระหนักและเกิดการป้องกันตนเองมากยิ่งขึ้น



ยุค 30 บาท

ในช่วงปี 2545-2547 เป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงของการจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนจะต้องเข้าถึงระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า และมีการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นรายบุคคล จึงได้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชน(Screening) เพื่อเป็นการจัดกลุ่มประชาชนออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเรื้อรัง และกลุ่มพิการทุพพลภาพ โดยการประเมินสุขภาพประชาชนทุกคน ด้วยการตรวจสมรรถภาพร่างกาย การซักประวัติ และการตรวจสุขภาพ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงจากการผิดปกติ สังเกตพฤติกรรม การตรวจร่างกาย ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้ Family Folder เป็นเครื่องมือในการบันทึก จากการดำเนินการในยุคนี้ พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น เนื่องจาก การค้นหาผู้ป่วยที่ทั่วถึง และการเข้าถึงบริการของประชาชนมีมากขึ้น ในระยะที่มีการจัดสรรงบประมาณให้เป็นรายหัวประชากร พบว่า หน่วยบริการต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก เพื่อนำไปดูแลกลุ่ม ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ แทนที่จะนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งหมดอย่างเท่าเทียมกัน

ยุคเมื่อนานข้ามแข็ง เมืองไทยแข็งแรง ในช่วงปี 2547 ถึงปัจจุบัน เป็นยุคแห่งการมุ่งเน้น การสร้าง **นำซ่อมสุขภาพ** มีการสร้างตัวชี้วัดสุขภาพประชาชน เป็นรายหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด การให้ความสำคัญกับการสำรวจข้อมูล การตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชน การพัฒนาโปรแกรม Health Thailand เป็นเครื่องมือช่วยในการจัดเก็บและประเมินผลด้านสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน(Community Based) ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตามนโยบาย “3 ต้อง (ต้องกินอาหารถูกหลัก

นอกจากนั้น ในช่วงนี้มีการประเมินสุขภาพประชาชนของ UNDP พบว่า จังหวัดน่าน เป็นจังหวัดที่มีเด็กขาดสารอาหารมากเป็นอันดับสองของประเทศ แต่จังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาดีที่สุดของประเทศ ดังนั้นจึงได้มีแนวคิดในการจัดการสุขภาพเด็กขาดสารอาหารในพื้นที่จังหวัดน่านแบบบูรณาการ ภายใต้วามร่วมมือของทุกภาคส่วน ระดมสรรพกำลังในการดูแลเด็กอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องจนทำให้สามารถแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารได้ในที่สุด

[illegible]

ในอดีตประชาชนจังหวัดน่านมีอัตราการดื่มสุรามากที่สุดในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 52.67 ได้ส่งผลให้สาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนจังหวัดน่าน 10 อันดับแรก ส่วนใหญ่มีสุราเป็นปัจจัยสำคัญของ

การเกิดโรค ได้แก่ มะเร็งทุกระบบ ไตวาย หลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุขนส่ง และโรค
ดับ ตามลำดับ

จากการฝึกกำลังระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนกระทั่งปัจจุบัน ในระดับบุคคล ประชาชนจังหวัดน่านลดพฤติกรรมดื่มสุราลงเหลือ
ร้อยละ 39.65 ระดับชุมชน มีมาตรการทางสังคมลดละเลิกสุรา โดย มาตรการปลอดสุรา อาทิ งานศพ งาน
แข่งขันกีฬาปลอดสุรา ระดับสังคมจังหวัดน่าน ร่วมกันกำหนด งานประเพณีแข่งเรือจังหวัดน่านปลอดเหล้า-
เบียร์ ซึ่งเป็นต้นแบบของจังหวัดพื้นที่ลุ่มน้ำอื่นๆ นำไปเป็นแบบอย่าง และตั้งแต่จังหวัดน่านประกาศ
มาตรการแข่งเรือประเพณีปลอดเหล้า-เบียร์ ทำให้ไม่มีใครเสียชีวิตจากอุบัติเหตุแม้แต่รายเดียว จากบทเรียนดีๆ
ดังกล่าว มติสมัชชาสุขภาพจังหวัดน่าน ร่วมกันประกาศมาตรการปลอดสุราเป็นวาระจังหวัดน่านในปี พ.ศ.
2553 จำนวน 5 งาน คือ งานศพ งานแข่งเรือประเพณี งานบวช งานกาชาดและงานของดีเมืองน่าน และวัน
พระปลอดสุรา

การร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาแบบบูรณาการและนำไปสู่การปฏิบัติกรอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ
การสร้างระบบและเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านด้วยพลัง อสม.
จำนวนกว่า 10,695 คน ที่ครอบคลุมพื้นที่ 917 หมู่บ้านและชุมชนเขตเมือง เฉลี่ยหมู่บ้านละ 11.67 คน เป็น
อีกหนึ่งทุนทางสังคมที่มีศักยภาพสูงยิ่ง และเป็นภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ที่ร่วมขับเคลื่อนงานทางด้าน
สุขภาพจนประสบความสำเร็จในระยะเวลาที่ผ่านมา ภายใต้การผลักดันให้ อสม.เป็นแกนหลักร่วมกับแกน
นำกลุ่มต่างๆในระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาทางด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้านและ
ตำบล อันก่อให้เกิดการพัฒนางานสาธารณสุขตั้งแต่ระดับรากหญ้าจนขยายสู่สังคมใหญ่ ทำให้อสม.ได้รับ
รางวัลดีเด่นในระดับประเทศมากกว่า 3 สาขาต่อปี

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

จากบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การบริหารจัดการโดยเครือข่ายได้ช่วยดึงเอาศักยภาพพลัง
ทางสังคมที่มีอยู่ให้มาร่วมกันขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเครือข่ายทางสังคม
(Learning social networks) ถือเป็นการสร้างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้องค์กรและสังคมปรับตัวอยู่ใน
คุณภาพได้ จะเป็นสิ่งที่ช่วยรวมพลังแห่งจิตสำนึกของสมาชิกและองค์กรเครือข่ายต่างๆ เกิดการยึดโยง
ความสามารถและพลังย่อยๆ ในแต่ละส่วนของสังคมเข้ามาเชื่อมต่อผสมผสานกัน ให้เกิดเป็นพลังขับเคลื่อนทาง
สังคม ซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์กันในเนวราบ ซึ่งหากสามารถประสานกับโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์
ในแนวดิ่งที่มีอยู่ก็จะสามารถช่วยขับเคลื่อนสังคมให้เป็นสังคมที่มีคุณภาพได้ ตามแนวคิดทฤษฎีการ
แลกเปลี่ยน หรือ Exchange theory ซึ่งอธิบายถึงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน และแนวคิดการรวม
พลัง หรือ Synergy ซึ่งอธิบายได้ด้วยสมการ $2 + 2 = 5$ หมายความว่า การรวมพลังกันทำงานนำไปสู่ผลได้ที่มี
คุณค่าหรือความเข้มแข็งมากกว่าการที่แต่ละองค์กรจะทำงานโดยโดดเดี่ยว ซึ่งความเป็นเครือข่ายจะช่วย

ยกระดับของการเรียนรู้และประสิทธิภาพของกลุ่มให้ดีขึ้น รวมทั้งมีพลังและอำนาจในการจัดการ การต่อรองบางอย่างด้วย

การนำแนวคิดเรื่องการจัดการเครือข่ายมาใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของบุคคลและชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ ตลอดจนกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะร่วมกันในการที่จะกำหนดทิศทาง มาตรการ และแนวทางในการสร้างสุขภาพของคนในพื้นที่ ซึ่งความเป็นเครือข่ายจะช่วยดึงเอาบุคคล แกนนำ และกลุ่มองค์กรทางสังคมที่มีเข้ามาร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรับประโยชน์ อันเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ดังบทเรียนที่พบจนเป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่สำคัญได้แก่

บทเรียนการจัดการเครือข่ายด้านสุขภาพจังหวัดน่าน

บทเรียนการจัดการเครือข่ายในภาวะวิกฤต กรณีการเกิดโรคโบทูลิซึม (Botulism) อำเภอบ้านหลวง พบว่า ประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคโบทูลิซึมในอำเภอท่าวังผา เมื่อปี 2541 เป็นบทเรียนสำคัญ ทำให้การจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีอำเภอบ้านหลวงทำได้ทันทั่วทั้งและมีประสิทธิภาพ ไม่มีผู้เสียชีวิต โดยการประสานกับเครือข่ายด้านการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและนอกประเทศ รวมไปถึงเครือข่ายประชาคมที่มีอยู่ในการเข้าดูแลเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านการสื่อสารผ่านวิทยุชุมชน การระดม การดูแลด้านจิตใจ และการฟื้นฟูหลังวิกฤต ส่วนบทเรียนการจัดการเครือข่ายในภาวะวิกฤต กรณีน้ำท่วม จังหวัดน่าน ก่อให้เกิดพลเมืองจิตอาสา เข้าไปช่วยเหลือ ทั้งในระยะวิกฤติและการฟื้นฟู เป็นเครือข่ายจิตอาสาเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ปราศจากการสั่งการใดๆ โดยนำเอาภูมิปัญญาในการจัดการตนเองมาปรับใช้อย่างชาญฉลาด บนพื้นฐานของการพึ่งตนเองเป็นหลัก

บทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะลดละเลิกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนของสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2547, พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปในจังหวัดน่าน มีการดื่มเหล้าร้อยละ 52.67 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ทำให้มีการขับเคลื่อนการลดละเลิกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยเครือข่ายประชามนัน และภาคีเครือข่าย หลากหลายภาคส่วน ได้ร่วมกันขับเคลื่อนในการที่จะลดเหล้าเบียร์ในงานประเพณีอย่างจริงจัง โดยเริ่มจาก “งานประเพณีแข่งเรือ” ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายสร้างสุขและหลายๆ ฝ่าย ทั้งในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด ได้จัดเวทีประชาคม จัดกิจกรรมรณรงค์ลดละเลิกเหล้าเบียร์ในชุมชน เกิดมาตรการทางสังคมในระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ อย่างหลากหลาย มีการกำหนดเขตปลอดเหล้าเบียร์ช่วงเวลาในการขาย การดื่ม จนเกิดชุมชนต้นแบบในการลดละเลิกเหล้าเบียร์ในหลายพื้นที่ กลายเป็นกระแสที่สอดคล้องและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในการลดเหล้าเบียร์ในงานประเพณีในระดับจังหวัดในที่สุด และขยายไปยังงานประเพณีอื่นๆ เช่น งานศพ, งานกีฬา, งานบวช, งานทานสลากภัตร, รวมไปถึงการดำเนินงานชุมชนปลอดป้ายโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นแบบอย่างให้กับจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

บทเรียนการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ จากการขับเคลื่อนงานสมัชชาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน ได้ร่วมกันกำหนดทิศทางและนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และนำไปสู่การขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ และกิจกรรมด้านต่าง เช่น นโยบายสาธารณะเรื่อง งานประเพณีปลอดเหล้า, อาหารปลอดภัย, เมืองน่าเมืองน่าอยู่สำหรับเยาวชน, เมืองน่าเมืองจักรยาน เป็นต้น การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำให้เกิดพลังที่หลอมเอาจุดแข็งของพลังภาครัฐ พลังท้องถิ่น พลังภาคประชาชนมาหลอมรวมกัน ปิดจุดอ่อนของแต่ละภาคส่วนที่มีอยู่ มาช่วยกันดำเนินการในลักษณะของจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่นให้น่าอยู่

ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การบริหารจัดการเครือข่ายด้านสุขภาพให้ได้ผลดีมีหลายประการ ได้แก่

การยึดโยงทางวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่ช่วยหล่อหลอมความคิด ความศรัทธา และยึดโยงคนในชุมชนเข้าหากัน เพื่อที่จะช่วยกันจรรโลงไว้ซึ่งสิ่งที่ดีงาม ที่เป็นตัวคุณค่า ความหมาย และความศรัทธาของคนที่มีต่อวัฒนธรรมของตนเอง ลดค่าใช้จ่าย ลดผลกระทบทางสุขภาพ ครอบครัวและสังคม การสร้างแรงขับภายใน เป็นจุดระเบิดภายในที่เป็นแรงขับให้คนในชุมชนได้ลุกขึ้นมาพูดคุยและหาทางออกของปัญหาร่วมกัน นำเอาปัญหาเปลี่ยนเป็นปัญญาและพลัง สร้างโอกาสในการจัดการสุขภาพ

แกนนำและองค์กรขับเคลื่อนที่ชัดเจน มีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมจากหลากหลายฝ่าย จึงเป็นจุดแข็งสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในชุมชน กระบวนการขับเคลื่อน พบว่า กระบวนการขับเคลื่อนส่วนใหญ่เริ่มจากการจัดเวทีชาวบ้าน เวทีประชาคม ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ข้อมูล ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพ และนำไปสู่การกำหนดแนวทางการร่วมกัน

กระบวนการทางชุมชน ได้เริ่มจากเวทีประชาคมในการวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหา และกำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกันที่ชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการสรุปงาน การสรุปบทเรียน การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค การศึกษาดูงานพื้นที่อื่น ทำให้เกิดกิจกรรมใหม่ๆ หลากหลาย ต่อเนื่อง มีกลไกการตรวจสอบผลการดำเนินงาน นำเอาปัญหามาสู่กระบวนการประชาคม เพื่อแก้ไขปรับปรุง การสร้างแรงจูงใจ ยกย่องคนดี พื้นที่ตัวอย่าง ให้เป็นคนต้นแบบ พื้นที่ต้นแบบ รวมทั้งการให้ใบประกาศเกียรติคุณสร้างแรงจูงใจให้คนที่กล้าทำ กล้าเปลี่ยนแปลง ได้มีกำลังใจการทำงานต่อไป

การสื่อสาร อาศัยการสื่อสารสร้างความคุ้นเคย สื่อมวลชน ทำให้เรื่องของผู้นำแพร่กระจายในวงกว้างและการได้รับการยกย่องว่าได้ทำในสิ่งที่มีคุณค่า เป็นการนำเอาองค์ความรู้ ข้อมูล ทักษะในการสร้างความสัมพันธ์ ติดต่อสื่อสารกัน แพร่ขยายทางความคิด เชื่อมความหลากหลายให้เกิดโอกาสในการนำไปสู่เป้าหมายหรือวิสัยทัศน์ร่วมกัน

อย่างไรก็ตามปัจจัยเงื่อนไขของความสำเร็จเหล่านี้หาได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งไม่ หากแต่เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมกันและกัน เป็นฟันเฟืองที่ทำให้การขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพมีความต่อเนื่องและเกิดผลเป็นรูปธรรม หัวใจสำคัญของเครือข่ายอยู่ที่สัมพันธ์ภาพระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ แกนกลางอยู่ที่จิตใจ จะเป็น

พลังวิญญู มีการต่อท่อพลังชีวิตเข้าด้วยกัน จะทำให้มีความสุข และเครือข่ายเกิดความยั่งยืนได้ ซึ่งรูปแบบการทำงานในลักษณะเครือข่ายจะเป็นการสร้างพลังอำนาจในการต่อรอง การจัดการ และพลังความร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งความเป็นเครือข่ายจะมีอยู่ 3 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) เครือข่ายในการจัดการ ทั้งด้านงบประมาณ และความร่วมมือในการจัดการ 2) เครือข่ายการเรียนรู้ที่เป็นลักษณะของเวที พื้นที่ศึกษาดูงาน กระบวนการแลกเปลี่ยนทางความคิด วิธีการในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการสร้างกำลังใจในการทำงาน 3) เครือข่ายความช่วยเหลือทางกระบวนการ วิทยากรกระบวนการ และการสนับสนุนการเรียนรู้ ซึ่งเครือข่ายนี้จะเป็นเครือข่ายของคนทำงานที่ผสมผสานทั้งภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายแบบใด บุคลากรและองค์กรสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการประสาน สนับสนุน และเชื่อมโยงเครือข่ายเหล่านี้ในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพและสังคม

การบริหารจัดการเครือข่ายเป็นการจัดการความสัมพันธ์ในแนวราบ เป็นความสัมพันธ์หลายทิศทาง ไม่มีขอบเขตหรือเส้นแบ่งเขตแดน ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างเท่าเทียมกัน รวมทั้งมีความเชื่อมโยงหลายมิติและเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน โดยแกนหลักในการประสานเครือข่ายจะมีเป็นเสมือนคุณอำนวย (Facilitator) ในการออกแบบและสนับสนุนกระบวนการขับเคลื่อน เพื่อดึงเอาศักยภาพของกลุ่มองค์กรภาคีเครือข่าย มาร่วมกันทำงานให้เกิดการประสานกันอย่างมีพลัง เป็นพลังที่ช่วยหนุนเสริมให้งานภาคสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยรัฐให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืนขึ้น โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน เกิดมาตรการทางสังคม ลด ละ เลิกสุรา ทั้งในระดับชุมชน ระดับสังคมจังหวัดน่าน เช่น งานศพปลอดเหล้า งานแข่งเรือประเพณีปลอดเหล้า วัดปลอดเหล้า งดเหล้าเข้าพรรษา สถานที่ราชการปลอดเหล้า งานบวช งานตานสลาก ลดเหล้า และผลของการขับเคลื่อนมาตรการลดละเลิกสุรา ส่งผลให้การเกิดอุบัติเหตุลดลง โดยเฉพาะในช่วงการจัดงานประเพณีแข่งเรือจังหวัดน่าน ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเดิมที่เคยมีผู้เสียชีวิต 1-2 ราย เป็นประจำทุกปี รวมถึงการแข่งเรือประเพณีปลอดเหล้าจังหวัดน่านเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดพื้นที่ลุ่มอื่นๆ นำไปประยุกต์ใช้ในการแข่งเรือปลอดเหล้า เช่น พิชญ์โลก พิจิตร ฯลฯ

ก้าวที่มั่นคงสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน

การจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนนั้น ประเด็นสำคัญอยู่ที่การทำให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่มักจะขาดความตระหนักในประเด็นเหล่านี้ ดังนั้นการใช้หลักการนำประสบการณ์ การเจ็บป่วย การนำคนป่วย คนตายมาสอนคนดี เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์จริง จึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้

เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเกิดความยั่งยืน (Sustainable) จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานสู่ภาคประชาชน ได้แก่ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care (การดูแลสุขภาพในกลุ่ม) Self Health Groups (โดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำครอบครัว หรือกลุ่มองค์กรในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะ

ของชุมชน การใช้เทคนิคประชาม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในชุมชน(Social Movement) ตามแนวทาง 3 ต้อง 6 ไม่ (ต้องกินอาหารถูกหลัก ต้องออกกำลังกายที่เพียงพอ ต้องมีอารมณ์ดี และไม่อ้วน ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม ไม่ดื่ม ไม่สูบบุหรี่) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด(CEO) แผนพัฒนาท้องถิ่น และแผนชีวิตชุมชน ที่ประชาชนสามารถคิดเองและทำเอง เป็นวิถีชีวิตของชุมชน(Life Style) ส่งผลให้เกิดสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามวิถีเมืองไทยแข็งแรงต่อไป

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพประกอบด้วย ด้านการบริหารจัดการ ด้านการบังคับใช้ตามกฎหมายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ด้านการจัดบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน และภารกิจด้านสาธารณสุขเพิ่มเติมซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้การจัดบริการเกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด การดำเนินงานดังกล่าวมุ่งสู่เป้าหมาย 3 ประการ คือ มุ่งประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นมีพลวัต และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่นคือการกำหนดนโยบายหรือแผนพัฒนาสุขภาพ การรับรองแผนพัฒนาสุขภาพในการประชุมสภาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การนำแผนพัฒนาสุขภาพสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการควบคุมกำกับให้แผนสุขภาพบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการปฏิบัติตามกฎหมายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อปี 2553 พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่มีความต้องการให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรท้องถิ่น ในการรองรับงานด้านสาธารณสุข ในหัวข้อเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและการปฏิบัติงาน อาทิ หลักการและแนวทางปฏิบัติตามกฎหมายสาธารณสุข ระเบียบหลักเกณฑ์ในการตั้งงบประมาณช่วยเหลือเกี่ยวกับงานด้านสวัสดิการสังคม การสุขภาพสถานบริการ การส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชน บทบาทงานสาธารณสุขชุมชนกับปัญหาสังคมในท้องถิ่น แนวทางการดำเนินงานด้านควบคุมป้องกันโรค การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถดำเนินการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องเข้าใจในงานสาธารณสุข โดยกำหนดกรอบแนวทางหลักสูตรและเนื้อหาการพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ดังต่อไปนี้

หลักสูตรและเนื้อหาที่จะต้องจัดเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ผู้บริหาร (นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/รอง นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ประธานสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/รอง ประธานสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และส่วนที่เป็นข้าราชการ เช่น ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน หัวหน้าส่วนการศึกษา หัวหน้าส่วนคลัง และส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง หลักสูตรและเนื้อหาบังคับต่อไปนี้

1.1 ด้านการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบ ข้อบังคับและข้อพึงปฏิบัติในด้านสาธารณสุข ได้แก่ กรม กอง ต่างๆ เป็นผู้กำหนดแนวนโยบายและสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ และหลักวิชาการ ถ้าเข้าใจในการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดระบบบริการด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ด้านภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งมีหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้าใจบทบาทภารกิจและการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพก็จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการทางด้านสุขภาพได้ ซึ่งภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ทำหน้าที่ ฝึกอบรมสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งจะสนับสนุนงบประมาณตามรายหัวประชากรในพื้นที่ การสนับสนุนงบประมาณตามปริมาณการให้บริการด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมป้องกันโรคและงานฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้พื้นที่ร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม และการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพประจำปี

3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในด้านต่างๆ เช่น ลดละเลิกการบริโภคสุรา บุหรี่ ลดอุบัติเหตุ และกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ

1.3 ด้านงานบริการสาธารณสุข ครอบคลุม 4 งานหลัก คือ งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมป้องกันโรคและงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เห็นว่าการทั้ง 4 งานนั้นมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด จะแยกออกจากกันไม่ได้

1)งานรักษาพยาบาล งานระบบส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ไปยัง รพ.สต.-รพช. – รพท. –รพศ. ที่มีคุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด

2)งานส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา คลอดออกมาเป็นทารก พัฒนาเป็นวัยเด็ก เจริญวัยเป็นวัยรุ่น เติบโตเป็นผู้ใหญ่ และสุดท้ายวัยผู้สูงอายุ ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามวัยอย่างเหมาะสม

3)งานควบคุมป้องกันโรค เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคระบาด แต่ถ้าหากมีการเกิดโรคระบาดให้เร่งดำเนินการควบคุมโรคไม่แพร่ระบาดไปยังบุคคลอื่นหรือพื้นที่อื่น ทั้งนี้ให้สอดคล้องกับโรคระบาดตามฤดูกาล หรือโรคระบาดประจำปี

4)การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กลับมาเหมือนเดิม หรือให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น

1.4 ด้านการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

1)การกิจด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขไปบังคับใช้ เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เหตุรำคาญ การควบคุมและป้องกันโรคระบาด การกิจด้านการบริหารจัดการและการกิจด้านการจัดบริหาร

2)การกิจด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม

1.5 การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการความรู้ เพื่อเป็นผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ หรือสนับสนุนให้มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุข ภาาีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านการจัดทำแผนสุขภาพงานด้านบริการ งานสร้างเสริมสุขภาพ งานควบคุมโรค งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผู้พิการ การพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการด้านสาธารณสุข การทำผลงานทางวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรมสุขภาพ ด้านการปรับทัศนคติต่อรูปแบบการดำเนินงาน และการจัดการภาวะทางอารมณ์ เช่น ปรับรูปแบบการทำงานให้เหมาะสมตามบริบทและสถานการณ์ การทำงานเป็นทีมเชิงบูรณาการแบบสหวิชาชีพ และระหว่างทีมงานอปท.และบุคลากรสาธารณสุข ด้านการจัดการอารมณ์และภาวะ ความสามารถที่จะเข้าใจ วิเคราะห์และใช้ความรู้สึกเกี่ยวกับอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ (Emotional Quotient : EQ) ควรเน้นให้บุคลากรได้รับการอบรมหรือจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการจัดการทางภาวะทางอารมณ์ (EQ) ให้มากขึ้น นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นมาร่วมจัดระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ พยาบาลประจำบ้าน นักจัดการสุขภาพชุมชน และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

อย่างไรก็ตามการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนสู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจพิจารณาประเด็นการพัฒนาเหล่านี้เพิ่มเติม

1) การพัฒนาทางวิชาการตามสาขาวิชาชีพ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน เช่น พยาบาลวิชาชีพ จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการวินิจฉัยโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านงานวิจัย งานR2R การเขียนงานเชิงวิชาการ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านทันตสาธารณสุขที่เป็นความรู้ใหม่ๆ เป็นต้น

2) การเข้าร่วมเวทีวิชาการ เวทีนวัตกรรมสุขภาพ เวที R2R ในระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ ทั้งเป็นผู้นำเสนอผลงานทางวิชาการและการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการ

3) การเข้าใจปฏิทินการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มทำแผนสุขภาพ การประชุมสภาพิจารณางบประมาณ อยู่ในช่วงเวลาไหน รายละเอียดเป็นอย่างไร จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

4) การได้รับโอกาสศึกษาต่อเนื่องทั้งระดับประกาศนียบัตร ปริญญาตรี ปริญญาโท หรือ ปริญญาเอก

ส่วนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสนับสนุนงานสาธารณสุขภาคประชาชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้สูงอายุ เยาวชน กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มต่างๆในพื้นที่ ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการสนับสนุนการจัดระบบบริการและการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่

- 1)การพัฒนาศักยภาพของ อสม. เชี่ยวชาญด้านต่างๆ
- 2)พัฒนาองค์ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพแก่ อสม. “นักจัดการสุขภาพ”
- 3)การคัดกรอง เฝ้าระวังทางสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิต การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง การแปลผลดัชนีมวลกาย การเจาะโลหิตเพื่อหาระดับน้ำตาล การตรวจสารพิษตกค้างในร่างกาย
- 4)การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
- 5)การอบรมญาติผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการได้ “พยาบาลประจำบ้าน”
- 6)การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการของกลุ่มจิตอาสาในชุมชน
- 7)การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
- 8)การประเมินผลด้านสุขภาพ
- 9)ทักษะการนำเสนอ

อย่างไรก็ตามประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นแต่ละระดับ เนื่องด้วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 กำหนดให้รัฐมีการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นมากขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้มีการถ่ายโอนงานงบประมาณ

และบุคลากรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นบุคลากรของ อปท. (อบจ. เทศบาล อบต.) มีหน้าที่ที่สำคัญในการปฏิบัติงานของ อปท. ให้เป็นไปตามระเบียบ กฎหมาย ภารกิจและอำนาจหน้าที่ของ อปท. รวมทั้งปฏิบัติงานให้บริการสาธารณะ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ บุคลากร ของ อปท. จะต้องมีความรู้ความสามารถ มีความเข้าใจในบทบาทอำนาจหน้าที่ของตนเอง สามารถประสานสัมพันธ์ระหว่างราชการส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค มีความเข้าใจในนโยบายรัฐบาล แนวทางปฏิบัติงานตามกฎหมายที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ รวมทั้งแนวทางการบริหารงานรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานตามภารกิจของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นจะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์อยู่เสมอ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามภารกิจด้านสาธารณสุขท้องถิ่น ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้าใจถึงระบบบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบบริการภารกิจหลักด้านสาธารณสุขของ อปท. และการจัดการความรู้(KM) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพตามวิชาชีพ การเข้าร่วมเวทีวิชาการ การสัมมนาหลักสูตรที่สำคัญ ตลอดจนการศึกษาต่อเนื่องทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรปริญญา และการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ที่จะมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพของประชาชนให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้บริบทของชุมชน อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะให้บรรลุเป้าหมายด้านการจัดระบบสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับบริบทชุมชน จะต้องมุ่งการพัฒนา 3 ประการคือมุ่งประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นมีพลวัต และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งจะต้องมีการเรียนรู้บนฐานความรู้จากบทปฏิบัติการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยและพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดน่าน พบว่า รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องมีโครงสร้างในการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอำเภอ และคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับพื้นที่(อบจ. เทศบาล และอบต.) โครงสร้างคณะกรรมการควรประกอบไปด้วย ไตรภาคี 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายท้องถิ่น ฝ่ายสาธารณสุข และฝ่ายประชาชน ในสัดส่วนที่เท่าๆกัน เพื่อกำหนดนโยบาย กรอบภารกิจด้านสาธารณสุข การจัดทำแผนสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณ การควบคุม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการกำหนดภารกิจด้านสาธารณสุข ประกอบไปด้วย 3 ภารกิจ ได้แก่ ภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาทิ ด้านการบริหารจัดการ (การจัดทำแผน การสนับสนุนงบประมาณ การควบคุม กำกับ ประเมินผล) ด้านการจัดบริการและเฝ้าระวังทางสุขภาพ และด้านภารกิจสนับสนุนอื่นๆ เน้นการจัดระบบสวัสดิการ สวัสดิภาพของประชาชน การนำกฎหมายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมาบังคับใช้ ภารกิจของบุคลากรสาธารณสุข อาทิ การจัดบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน มุ่งประโยชน์ของประชาชน และภารกิจของภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการจัดบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน ด้วยกลุ่มจิตอาสา การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ

ประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นแต่ละระดับ เนื่องด้วยบุคลากรของ อบต. (อบจ. เทศบาล อบต.) มีหน้าที่ที่สำคัญในการปฏิบัติงานของ อบต. ให้เป็นไปตามระเบียบ กฎหมาย ภารกิจและอำนาจหน้าที่ของ อบต. รวมทั้งปฏิบัติงานให้บริการสาธารณะ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ บุคลากรของ อบต. จะต้องมีความรู้ความสามารถ มีความเข้าใจในบทบาทอำนาจหน้าที่ของตนเอง สามารถประสานสัมพันธ์ระหว่างราชการส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค มีความเข้าใจในนโยบายรัฐบาล แนวทางปฏิบัติงานตามกฎหมายที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ รวมทั้งแนวทางการบริหารงานรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานตามภารกิจของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นจะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์อยู่เสมอ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามภารกิจด้านสาธารณสุขท้องถิ่น ประกอบด้วย การพัฒนา

ศักยภาพของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้าใจถึงระบบบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบบริการ ภารกิจหลักด้านสาธารณสุขของ อปท. และการจัดการความรู้(KM) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพตามวิชาชีพ การเข้าร่วมเวทีวิชาการ การสัมมนาหลักสูตรที่สำคัญ ตลอดจนการศึกษาต่อเนื่องทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรปริญญา และการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ที่จะมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพของประชาชนให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้บริบทของชุมชน อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะให้บรรลุเป้าหมายด้านการจัดระบบสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับบริบทชุมชน จะต้องมุ่งการพัฒนา 3 ประการคือมุ่งประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นมีพลวัต และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งจะต้องมีการเรียนรู้บนฐานความรู้จากบทปฏิบัติการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ส่วนการจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของอปท. เนื่องด้วยภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสำคัญต่อการดูแลทุกข์สุขของประชาชน การคุ้มครองและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บังคับใช้ หลังจากทมิวจัยได้ทำการวิเคราะห์กฎหมายดังกล่าวแล้วพบว่าคู่มือการปฏิบัติงานตามกฎหมายการสาธารณสุขของกรมอนามัยเป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสามารถลดปัญหาอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่ได้ ส่วนภารกิจเฉพาะด้านการสาธารณสุข (Public Health) เช่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การสุขาภิบาลอาหาร การคุ้มครองผู้บริโภค อาชีวอนามัย การส่งเสริมการออกกำลังกาย การวางแผนครอบครัว การโภชนาการ การส่งเสริมฟื้นฟู เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจต้องมีการพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้คือกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้กับอปท. และมีการประสานงานระหว่างกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรของท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ แม้ว่าภารกิจสาธารณสุขบางด้านท้องถิ่นอาจทำได้ดีแล้วเช่นงานจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม แต่ยังมีอีกหลายงานที่เป็นบทบาทของส่วนราชการทั้งสำนักงานปลัดและกรมวิชาการในการสนับสนุนท้องถิ่นเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เช่น การจัดฝึกอบรมบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภค การบริหารจัดการศูนย์บริการสาธารณสุข ฯลฯ) นอกจากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมกำกับ ตรวจสอบ และประเมินคุณภาพงานสาธารณสุขของ อปท. ด้วย

บรรณานุกรม

- เกียรติ จันทฤกษ์, นันทมิตร นันทะเสน, มานพ จวีศักดิ์, ชวลิต เจดีย์ธา. รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดน่าน. คณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด, 2553.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์. สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.
- วินัย ลิสมิทธิ และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.
- สงครามชัย ลีทองดี. การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.
- เวียงรัฐ เนติโพธิ์. กระบวนการทางการเมืองในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ศึกษากรณีการถ่ายโอนสถานีอนามัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, จิรบุรณ โตสงวน, หทัยชนก สุมาลี. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.
- สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. สรุปรบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์, นิภาพรณ สุขศิริ, ราไฟ แก้ววิเชียร, กริณา เต๋ออารักษ์. ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี 2542-2550. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2551.
- จรวยพร ศรีศสลักษณ์, จเร วิชาไทย, ราไฟ แก้ววิเชียร. ประสพการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีอนามัย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552. 3(1) : 16-34.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ถอดบทเรียนการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบทั่วประเทศ. 2552
- กลุ่มบริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานตามกฎหมายการสาธารณสุข. กุมภาพันธ์ 2555.