

ปีที่ ๑๔ | ๑๗๓ | มีนาคม ๒๕๖๘

สานพลัง

สานพลังปัญญา สร้างสรรค์ นโยบายสาธารณะ

บทพิสูจน์พลาญภาพ
การทำงานแบบ **สานพลัง**



๓ ปี

เพื่อระบบสุขภาพท้องถิ่น
ที่พึ่งประสงค์



WWW.NATIONALHEALTH.OR.TH

สารบัญ

ฉบับ ๑๗๓ | มีนาคม ๒๕๖๘

- ๔ **คุยกับเลขา**
ท้องถิ่นทำได้
- ๖ **เรื่องจากปก**
บทพิสูจน์พลาซมาภาพ
การทำงานแบบสานพลัง
๓ ปี เพื่อระบบสุขภาพท้องถิ่น
ที่พึ่งประสงค์
- ๑๕ **สัมภาษณ์พิเศษ**
บนภารกิจ
'พัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น'
๓ ปี บนความหวัง
'ลดเหลื่อมล้ำ-เพิ่มโอกาส ปชช.'
- ๒๒ **สัมภาษณ์พิเศษ**
'สงขลา' กับแนวคิด 'เต็มสุขโมเดล'
ต่อยอดฐานทุนหนุน 'ระบบสุขภาพท้องถิ่น'

๓๐ **เกาะติดคสช.**
คสช.รับทราบกลไก SHARE
สานพลัง 'สช.-สสส.-สปสช.-พอช.'
บูรณาการ 'ข้อมูล' ร่วมกัน

๓๕ **นโยบายสร้างได้**
ลำปาง: แบบอย่างการบูรณาการ
เทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ
เมื่อชุมชนลุกขึ้นดูแลตนเอง

๓๘ **แกะรอยโลก**
ส่องระบบสุขภาพท้องถิ่น
ผ่าน SDGs

๔๐ **Right to Health**
การพัฒนานโยบายรองรับ
ประชากรกลุ่มเสี่ยง
ที่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว :
กรณีศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย

๔๕ **เล่าให้ลึก**
รางวัลแมกไซไซ
กับขบวนการแพทย์ชนบทไทย (๔)

๔๖ **สื่อขอแมก**
Very Gen...

๔๘ **คลิปดีที่ต้องดู**
อภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่น
Telemedicine เสริมกำลัง



ห้องถิ่น ทำได้



องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในประเทศไทยมีวิวัฒนาการมายาวนานถึง ๑๒๐ ปี เริ่มตั้งแต่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๕ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ยกฐานะตำบลท่าฉลอมเป็น “สุขาภิบาลท่าฉลอม” ในวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๔๔๘ (ร.ศ. ๑๒๔) ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจการปกครองให้ประชาชนในท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อันนำไปสู่การวางรากฐานการปกครองระบอบประชาธิปไตย

มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๓ กำหนดให้วันที่ ๑๘ มีนาคมของทุกปี เป็นวันท้องถิ่นไทย

มีกฎหมายต่อเนื่องมาหลายฉบับ พระราชบัญญัติการดำเนินการสุขาภิบาล พ.ศ. ๒๔๕๐ พระราชบัญญัติการปกครองท้องที่ พ.ศ. ๒๔๕๗ ทำให้เกิดสุขาภิบาลเมืองและสุขาภิบาลตำบล พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. ๒๔๙๖ พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. ๒๕๒๑ พระราชบัญญัติกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๒๘ พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ รวมทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ๒๐ ฉบับ ที่ต่างก็ให้ความสำคัญกับการปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจุบันมี อปท. ๗๘๕๐ แห่ง แบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๗๖ แห่ง เทศบาล ๒๔๖๙ แห่ง (เทศบาลนคร ๓๐ เทศบาลเมือง ๑๙๒ เทศบาลตำบล ๒๒๔๗) องค์การบริหารส่วนตำบล ๕,๓๐๓ เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร

อปท. ทุกระดับมีการพัฒนาไปมาก ระยะแรกมุ่งไปที่โครงสร้างพื้นฐาน ต่อมาเริ่มมุ่งไปที่การพัฒนาคุณภาพชีวิต มีโรงเรียนดีๆ ที่สังกัดท้องถิ่น ในส่วนของระบบสุขภาพ ระยะแรกที่ให้ถ่ายโอนสถานีอนามัยและ รพ.สต. ไป อบต. หรือเทศบาล เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๑ กระทั่งถึง พ.ศ. ๒๕๖๕ ถ่ายโอนได้เพียง ๘๔ แห่ง มีการปรับแก้ให้ถ่ายโอนไป อบจ. ในปี ๒๕๖๖ ถ่ายโอนไป ๓,๒๖๓ แห่ง ปี ๒๕๖๗ อีก ๙๓๔ แห่ง และปี ๒๕๖๘ อีก ๒๕๖ แห่ง โดยมี อบจ. ที่รับการถ่ายโอน ๖๓ อบจ. ในจำนวนนี้มี ๑๕ อบจ. ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งหมด ๑๐๐% ขณะที่บุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งไม่สมัครใจไปอยู่ อบจ. ยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ขาดแคลนบุคลากรใน รพ.สต. ที่สังกัด อบจ. ส่งผลถึงการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ แต่หลาย ๆ ที่ก็สามารถแก้ปัญหาพัฒนาไปได้ดี

มีความเห็นแตกต่างกันอยู่บ้าง ฝ่ายที่สนับสนุนการถ่ายโอนก็บอกว่าถ้ากระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนทรัพยากรเหมือนก่อนถ่ายโอน เช่น ให้บุคลากรไปช่วยราชการ ให้แพทย์จาก รพช. ไปตรวจที่ รพ.สต. ต่อไป ประชาชนจะได้บริการที่ดีขึ้น ส่วนฝ่ายที่ไม่สนับสนุนการถ่ายโอนก็บอกว่า อบจ. ยังไม่มีความพร้อม อาจกระทบต่อประชาชนที่ควรจะได้รับบริการสุขภาพที่มาตรฐาน

จะรอให้พร้อมแล้วจึงถ่ายโอน ก็ไม่มีวันพร้อม มีคนเปรียบเหมือนคู่บ่าวสาวหากจะรอให้พร้อมมีหน้าที่การงานดี มีรายได้ดี มีบ้าน มีรถ ชาตินี้อาจจะไม่ได้แต่ง แต่ถ้าดูแล้วไปกันได้ ขาดเหลือค่อยช่วยกันหาเพิ่ม พ่อแม่คู่บ่าวสาวช่วยเหลือสนับสนุนบ้าง ก็จะ

สร้างครอบครัวที่มั่นคงได้

การถ่ายโอน รพ.สต. มาถึงเวลานี้คงต้องมาช่วยกันคิดช่วยกันทำแต่ละองค์กรจะร่วมสนับสนุนอะไรได้บ้าง โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน ปฏิบัติวิธีคิดวิธีทำจาก command & control เป็น collaboration & synergy ประสานความร่วมมือสานพลังกันแทนการควบคุมสั่งการ เสริมสร้างประชาชนให้เรียนรู้และมีส่วนร่วม (engaged citizen) มุ่งเป้าหมายเดียวกันให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น เชื่อมันว่า อปท. ทำได้แน่นอน

ตามกฎหมายให้บทบาทหน้าที่ของ อปท. ใหญ่มากมายหลายอย่าง ผู้นำ อปท. บอกว่ากระจายภารกิจความรับผิดชอบ แต่ยังไม่ได้กระจายอำนาจ ไม่ได้กระจายทรัพยากรไปให้สมดุลกัน

ในระยะยาวต้องมาทบทวนเชิงโครงสร้างประเทศไทยมี อปท. จำนวนมาก อีกทั้งแบ่งการบริหารราชการแผ่นดิน เป็นส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ในญี่ปุ่นหรือประเทศพัฒนาแล้ว จะมีแต่ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น จำนวนอปท. มีขนาดใหญ่พอควรไม่แตกแยกย่อยแบบประเทศไทย ประสบการณ์ในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ ญี่ปุ่น แรกเริ่มก็มี อปท. จำนวนมาก ต่อมาได้ควบรวมเหลือจำนวนน้อยลง เกิดประสิทธิภาพ (economy of scale) รองรับการถ่ายโอนภารกิจทำอะไรต่างๆ ได้มากมาย

เป็นทิศทางการพัฒนาประเทศ ส่วนกลางจะมีขนาดเล็กลง ส่วนท้องถิ่นเติบโตขึ้น ภาคประชาชนเข้มแข็งขึ้น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม มีบทบาทมากขึ้น

เชื่อมันนะครับ ท้องถิ่นทำได้ 🙌

บทพิสูจน์พลาซามา การทำงานแบบสานพลัง

๓ปี

เพื่อระบบสุขภาพท้องถิ่น ที่พึงประสงค์



“สุขภาพ” ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค แต่เป็นสมดุลแห่งความสมบูรณืทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม เป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา แต่ไม่อาจสำเร็จได้ด้วยระบบบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว

วันนี้ เราเผชิญกระแสคลื่นแห่งภัยคุกคามสุขภาพที่ถาโถมเข้ามาอย่างรุนแรงและรวดเร็ว ทั้งโรคอุบัติใหม่ วิกฤตสภาพภูมิอากาศ สังคมเมืองที่ขยายตัว ผลกระทบจากเทคโนโลยีดิจิทัล ปัญหาความเหลื่อมล้ำที่ฝังรากลึก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ

รัฐบาลกลางและกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ไม่อาจแบกรับภาระอันหนักหน่วงนี้เพียงลำพัง การแก้ปัญหาด้วย “สูตรสำเร็จ” แบบเดียวกันทั่วประเทศไม่อาจตอบโจทย์พื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดูแลสุขภาพของประชาชนจึงไม่ใช่ทางเลือก แต่เป็น “ทางรอด” ของระบบสุขภาพไทย

พลังท้องถิ่น: รากฐานสุขภาวะยั่งยืน

ใครจะเข้าใจปัญหาและความต้องการของชุมชนดีไปกว่าคนที่ใช้ชีวิตอยู่ที่นั่น? ใครจะรู้จักภูมิปัญญา วัฒนธรรม และทุนทางสังคมของพื้นที่ดีไปกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชน?

ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีภารกิจสำคัญในการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เป็นพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิต



อบต. และ เทศบาล ซึ่งอยู่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด มีบทบาทโดยตรงในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลความสะอาด การจัดการขยะ การส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกาย การควบคุมโรคในพื้นที่ การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน รวมถึงการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนตนเอง

อบจ. ที่ปัจจุบันรับโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กว่า ๔,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ มีบทบาทสำคัญในการประสานงานและสนับสนุนการทำงานของ อบต. และเทศบาล เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานด้านสุขภาพในระดับจังหวัด ทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดหาเครื่องมือและเทคโนโลยีที่จำเป็น การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพที่ตอบโจทย์พื้นที่

ระบบสุขภาพท้องถิ่นที่เข้มแข็งจึงเป็นดั่งเกราะป้องกันแนวหน้าที่สามารถตอบสนองวิกฤตสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและตรงจุด เพราะอยู่ใกล้ชิดปัญหา ช่วยเสริมพลังประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชนของตนเอง ลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่มักถูกมองข้าม ตลอดจนผลงานพลังทุกภาคส่วนในพื้นที่ให้ร่วมขับเคลื่อนงานสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ

แต่ศักยภาพอันยิ่งใหญ่จะไม่อาจเกิดขึ้นได้ หากเรายังไม่ได้ถอดรหัส “การทำงานแบบแยกส่วน” ที่ฝังรากลึกในสังคมไทยมานาน

ถึงเวลาเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีทำงาน

แม้มีความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น แต่เราไม่อาจปฏิเสธความจริงที่ว่า ระบบสุขภาพท้องถิ่นของไทยยังเผชิญความท้าทายหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรกระจุกตัวในเมืองใหญ่ ขณะที่พื้นที่ห่างไกลยังขาดแคลนอย่างรุนแรง งบประมาณและทรัพยากรจำกัดไม่สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น



รวมถึงการแบ่งแยกระบบข้อมูลทำให้ขาดภาพรวมในการวางแผนและตัดสินใจ วัฒนธรรมการทำงานแบบต่างคนต่างทำยังฝังลึกในหน่วยงานรัฐ และ อบต. หลายแห่งยังขาดความมั่นใจและประสบการณ์ในการบริหารจัดการงานสุขภาพ

คำถามสำคัญที่ต้องตอบให้ได้คือท่ามกลางข้อจำกัดมากมาย เราจะสร้างระบบสุขภาพท้องถิ่นที่เข้มแข็งได้อย่างไร ?

คำตอบอยู่ที่การเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส โดยอาศัยพลังสร้างสรรค์แห่งการทำงานร่วมกัน หรือที่เรียกว่า “การสานพลัง”

จุดประกายการเปลี่ยนแปลง ด้วยพลังเครือข่าย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) แม้ไม่ใช่หน่วยงานใหญ่โต แต่มีพลังอำนาจในการเชื่อมประสานและสานพลังทุกภาคส่วน ด้วยบทบาทที่ไม่ซ้ำใครในการเป็น “สะพาน” ที่เชื่อมต่อระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

สช. มุ่งมั่นที่จะร่วมพลิกโฉมระบบสุขภาพท้องถิ่น ด้วยการ

สร้างต้นแบบระดับนโยบาย จุดประกายการสนทนาระดับชาติเพื่อผลักดันให้การพัฒนาสุขภาพท้องถิ่นเป็นวาระแห่งชาติ ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพและเวทีนโยบายสาธารณะ

ประสานเครือข่ายภาคียุทธศาสตร์ เชื่อมโยงหน่วยงานสำคัญทั้ง บพท. สวรส. สปสช. สสส. สพฉ. สรพ. สถ. และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ให้บูรณาการทรัพยากร องค์ความรู้ และกลไกสนับสนุน เพื่อหนุนเสริมการทำงานของ อบต.

สร้างเสริมศักยภาพกลไกท้องถิ่น สนับสนุนให้กลไกสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และกองสาธารณสุขของ อบต. มีความเข้มแข็งเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่

ส่งเสริมนวัตกรรมบริการสุขภาพท้องถิ่น สนับสนุนการพัฒนากระบวนการและรูปแบบบริการ

ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น



ฉากทัศน์ระบบสุขภาพท้องถิ่นที่พึงประสงค์

“ภายในปี 2570 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งถึง เป็นธรรม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีทั้งสี่มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ”

จุดเน้นในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2568-2570)

วัตถุประสงค์

1.

อปท. มีขีดความสามารถดำเนินงานด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน

2.

ประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพท้องถิ่น

3.

ประชาชนได้รับการคุ้มครองสิทธิทางสุขภาพโดย อปท.

แผนกลยุทธ์การดำเนินงาน

แผนงานนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศด้านการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น

1. จัดสมัชชาสุขภาพ “ระบบสุขภาพท้องถิ่น” และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น”
2. กำหนดพื้นที่ร่วม สร้างความร่วมมือภาคี และบูรณาการความสำเร็จจังหวัดเป้าหมายบูรณาการฯ ปี 2568: เชียงราย นครสวรรค์ ขอนแก่น ตรัง พัทลุง ปี 2569: กระจายครบเขตสุขภาพทุกเขต เขตละ 1 จังหวัด
3. พัฒนารูปแบบและแนวปฏิบัติสำหรับ อปท. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพทุกมิติ
4. สร้างระบบ CHIMS (Composite Health Index Monitoring System) เฝ้าระวังและติดตามสุขภาพภาวะของประชากรและสังคมโดยดัชนีชี้วัดสุขภาพแบบองค์รวม

แผนงานการสร้างความเข้มแข็งกลไกนโยบายเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่น

1. ยกกระดับขีดความสามารถ อปท. พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการบริหารระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
2. เสนอปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
3. จัดทำแผนกำลังคนและผลักดันให้มีการผลิตและเพิ่มจำนวนบุคลากรสุขภาพในระบบบริการสุขภาพท้องถิ่น
4. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง อปท. และสถาบันการศึกษาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

แผนงานการพัฒนากระบวนการสุขภาพท้องถิ่นและการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

1. การพัฒนาระบบและแนวทางในการจัดการระบบบริการสุขภาพโดย อปท. ที่ครอบคลุมทุกมิติ
2. การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ โดย อปท. และภาคประชาสังคม
3. การพัฒนาระบบ LAA (Local Authority Accreditation) ประกันคุณภาพและเกณฑ์คุณภาพสำหรับบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น

แผนงานการสร้างเมืองตัวอย่างด้านการสร้างสังคมสุขภาพะ

1. คัดเลือกและพัฒนาเมืองตัวอย่าง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานด้านสุขภาพที่ดี มอบรางวัลเชิดชูเกียรติ
2. ขยายผลการเรียนรู้จากเมืองตัวอย่างไปยังพื้นที่อื่นๆ เพื่อยกระดับการบริการสุขภาพในท้องถิ่น



สุขภาพที่ตอบโจทย์พื้นที่ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

คำถามที่ท้าทายคือ การทำงานร่วมกันอย่างไร ร้อยต่อระหว่างหน่วยงานที่มีบริบท วัฒนธรรม และเป้าหมายที่แตกต่างกันจะเกิดขึ้นได้จริงหรือไม่?

แผน ๓ ปี: บทพิสูจน์พลังแห่งการเปลี่ยนแปลง

แผนพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นของ สช. ในระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๐) เกิดจากการระดมความคิดเห็นของหลากหลายภาคส่วน ที่ไม่ใช่เพียงเอกสารธรรมดา แต่เป็นพิมพ์เขียวแห่งการเปลี่ยนแปลงที่จะปลดล็อกศักยภาพของ อปท. ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ประกอบด้วย ๔ แผนงานหลักที่เชื่อมโยงและเสริมพลังซึ่งกันและกัน โดยกำหนดว่าภายในปี ๒๕๗๐ อปท. สามารถบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งถึง เป็นธรรม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีทั้ง ๔ มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ โดยดำเนินการผ่าน

๑. สร้างฉันทมติระดับนโยบาย ยกย่องการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นให้เป็น “ทศวรรษแห่ง

การพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น” เพื่อสร้างความมั่นใจว่านโยบายนี้จะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แม้มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง

๒. เสริมสร้างกลไกอภิบาลในท้องถิ่น พัฒนาศักยภาพของ กสพ. และหน่วยงานด้านสาธารณสุขของ อปท. ให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถวางแผน บริหารจัดการ และประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ยกย่องคุณภาพบริการและการคุ้มครองสิทธิ พัฒนาระบบและกลไกที่ช่วยให้ อปท. สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

๔. สร้างพื้นที่ต้นแบบและขยายผล พัฒนา “เมืองสุขภาพะต้นแบบ” ที่แสดงให้เห็นถึงพลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของประชาชน และขยายบทเรียนความสำเร็จไปสู่พื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ

แผนนี้จะเป็นจริงได้ต้องอาศัยการลงมือทำร่วมกันอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงแค่การประชุม หรือการลงนามในบันทึกข้อตกลง แต่ต้องเป็นการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมเรียนรู้ไปด้วยกัน

คำถามที่ท้าทายคือ เราจะวัดความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้ได้อย่างไร?

กรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

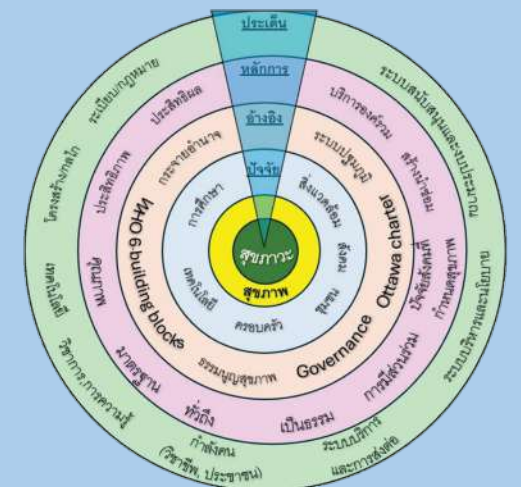
พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

หมวด 2 การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ

ม. 16 ให้เทศบาล เมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง

ม. 17 ภายใต้ ม. 16 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง

ม. 18 ให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง



พลังแห่งการสานพลัง: จากจินตนาการสู่ความเป็นจริง

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นไม่อาจเกิดจากการทำงานแบบ “ต่างคนต่างทำ” หรือ “สั่งการจากบน” แต่ต้องอาศัยพลังแห่งการทำงานร่วมกันแบบ “สานพลัง” ที่ทุกฝ่ายเท่าเทียม เคารพซึ่งกันและกัน และมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็น อบจ. เทศบาล หรือ อบต. ต้องเปิดใจ กล้าเรียนรู้ กล้าริเริ่ม และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน

สร. และหน่วยงานส่วนกลาง ต้องปรับบทบาทจาก “ผู้สั่งการ” เป็น “ผู้สนับสนุน” พร้อมถ่ายโอนทั้งภารกิจ ทรัพยากร และอำนาจการตัดสินใจไปสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง

หน่วยงานด้านสุขภาพ ทั้ง สปสช. สสส. สปพ. สรพ. และอื่นๆ ต้องบูรณาการการทำงานและทรัพยากร เพื่อสนับสนุนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ ไม่ซ้ำซ้อนหรือแยกส่วน

ภาควิชาการและวิชาชีพ ต้องสนับสนุนองค์ความรู้และนวัตกรรมที่ตอบโจทย์พื้นที่ รวมทั้งพัฒนาบุคลากรที่มีทั้งความรู้และจิตวิญญาณในการทำงานเพื่อท้องถิ่น

ภาคประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น ทั้งในฐานะผู้ร่วมกำหนดนโยบาย ผู้ร่วมดำเนินการ และผู้ติดตามตรวจสอบ

ประชาชน ต้องตื่นรู้ เท่าทัน และพร้อมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

คำถามที่ท้าทายคือ เราจะสร้างเวทีและกระบวนการที่ทำให้ทุกภาคส่วนได้มาพบกัน แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และร่วมกันสร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร?



เชิญชวนสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ

๓ ปีข้างหน้าคือบทพิสูจน์ผลงานภาพแห่งการทำงานแบบสานพลัง เป็นโอกาสที่เราจะได้แสดงให้เห็นว่า การทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร ข้ามกรอบความคิดเดิม และข้ามข้อจำกัดต่างๆ จะสามารถสร้างระบบสุขภาพท้องถิ่นที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ครอบคลุมทุกพื้นที่ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

ช่วยลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ เสริมพลังให้ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง ตลอดจนสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ที่ตอบโจทย์บริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ และสามารถปรับตัวรับมือกับวิกฤตสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

วันนี้ ไม่ว่าจะคุณจะเป็นผู้บริหารหรือบุคลากรของ อบต. หน่วยงานรัฐ องค์กรด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษา ภาคประชาสังคม หรือประชาชนทั่วไป คุณล้วนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้

ขอเชิญชวนทุกท่านร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการเขียนประวัติศาสตร์หน้าใหม่ของระบบสุขภาพไทย ร่วมเปิดบทพิสูจน์ผลงานภาพแห่งการทำงานแบบสานพลัง เพื่อสร้างระบบสุขภาพท้องถิ่นที่เข้มแข็ง เป็นธรรม และยั่งยืน อันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของประชาชนไทยทุกคน ทุกพื้นที่ อย่างแท้จริง 🌟



บนภารกิจ 'พัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น'

3 ปี บนความหวัง ลดเหลื่อมล้ำ- เพิ่มโอกาส ปชช.

ราวกับเสียงพลุที่ดังสนั่น และแสงนั้นก็ฉายไปทั่วทั้งผืนฟ้ายามค่ำคืน จากกรณีการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หลายพันแห่งทั่วประเทศในระยะเวลา ๒-๓ ปีที่ผ่านมา

แม้จะไม่จำเป็นต้องถกเถียงกันอีกถึงความจำเป็นและความเหมาะสมของการยกเครื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิไปไว้ใน การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร แม้กระนั้น ก็อย่างที่ผู้สังเกตการณ์ หรือผู้ที่ติดตามสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ ย่อมรับรู้รับทราบถึงปัญหาและความท้าทายที่เกิดขึ้น โดยตลอดในห้วงเวลาที่ผ่านมามีอีกไม่น้อย

ทั้งเรื่องความขาดแคลนบุคลากร เรื่องคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ เรื่องข้อจำกัดทางกฎหมายและระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่เอื้อให้เกิดการระเบิดพลังของท้องถิ่นในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ฯลฯ

สิ่งเหล่านี้คือความท้าทายที่จะต้องร่วมกันสานพลังในการปิดช่องโหว่ เพื่อให้ทิศทางของระบบสุขภาพท้องถิ่นเกิดความเข้มแข็ง และกลายเป็นฐานที่มั่นทางสุขภาพให้กับประชาชนในระยะใกล้บ้านใกล้ใจ

ห้วงเวลากว่า ๒ ปีที่ผ่านมา **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** ในฐานะหน่วยงานสานพลัง ได้พยายามที่จะลงไปเป็นส่วนหนึ่งในการปิดช่องว่างความท้าทายและปัญหาอันเกิดจากการถ่ายโอนภารกิจฯ ด้วยการทำโครงการวิจัยเพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่นผ่านพื้นที่ ๑๒ รพ.สต. นวัตกรรม (Sandbox) ใน ๖ อบจ. โครงการวิจัยศึกษาการยกระดับศักยภาพการรับมือกับภาวะวิกฤตด้านสุขภาพโดยชุมชน ซึ่งใช้พื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำนวน ๑๗ ชุมชน เป็นพื้นที่ศึกษา รวมไปถึงนวัตกรรมการศึกษาการปรับใช้ระบบ Telemedicine ในพื้นที่ รพ.สต. นวัตกรรม ภายใต้การสังกัดของ อบจ.ลำปาง

ภายหลังจากการศึกษาประเด็นต่างๆ สิ้นสุดลง **นพ.ปริดา แต่อารักษ์** ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และประธานศูนย์วิชาการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อเสริมพลัง

พลเมืองตื่นรู้ (ศสพ.) ซึ่งเป็นหัวหน้าชุดโครงการวิจัยทั้ง ๓ โครงการที่กล่าวมาข้างต้น บอกว่า มาจนถึงวันนี้ สช. ภายใต้การขับเคลื่อนของ ศสพ. กำลังจะขยายขอบข่ายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ โดยนำเอาองค์ความรู้ เครือข่ายจากพื้นที่นำร่อง มาสังเคราะห์ต่อยอด และขยายผล ไปยัง อบท. อื่นๆ

ทั้งนี้ ดำเนินการภายใต้กลไกความร่วมมือของหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.) สมาคมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันยุทธศาสตร์ 'การพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น' ภายในกรอบระยะเวลา ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๐)

"สานพลัง" ชันอาสาเจาะลึกการขับเคลื่อนในหลักกิโลเมตรถัดไป ผ่านการพูดคุยกับ "นพ.ปริดา" แบบลงลึกในรายละเอียด

ทิศทางการทำงานต่อจากนี้ นพ.ปริดา เล่าว่า จะต้องเริ่มต้นจากการสร้างฉันทมติระดับนโยบาย ผ่านการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องระบบสุขภาพท้องถิ่นเพื่อสร้างสุขภาพของประชาชน โดยร่วมมือกับ สสส. เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ในช่วงเดือนมิถุนายน





เป้าหมายของภารกิจการพัฒนา
ระบบสุขภาพท้องถิ่น คือ
**การยกระดับสมรรถนะและ
ขีดความสามารถในมิติต่างๆ
ทั้งในเรื่องของคุณ และระดับ
มาตรฐานการให้บริการทั้งใน
พื้นที่ของ รพ.สต. รวมไปถึง
มิติด้านการบริหารจัดการของ
กองสาธารณสุข ซึ่งสังกัด อบจ.
และคณะกรรมการสุขภาพระดับ
พื้นที่ (กสพ.)**



ของปีนี้ ซึ่งจะมีการเชิญ อปท. จากทั่วทั้งประเทศให้ได้มา
พบปะกัน ก่อนจะนำไปสู่การสร้างแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษ
การพัฒนาาระบบสุขภาพท้องถิ่น” ร่วมกัน ในระยะต่อไป

จากกรอบระยะเวลาของโครงการ ที่วางไว้ ๓ ปี นั้น
นพ.ปริดา ให้ภาพว่า ในช่วง ๖ เดือน – ๑ ปีแรก จะเกิดการ
สังเคราะห์องค์ความรู้ และนำรูปแบบตัวอย่างต่างๆที่เกิดจาก
การดำเนินโครงการวิจัยในช่วงที่ผ่านมา ผ่านการจัดสมัชชา
สุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อนำ ‘ตัวแบบ’ ส่งมอบให้ อปท. ทั่ว
ทั้งประเทศ เพื่อนำไปศึกษาและปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในการ
บริหารงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ของตนเอง

ผลงานกับช่วงต้นปีที่ผ่านมา ได้มีการแต่งตั้ง
คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุข
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุดใหม่ ซึ่งมี **นายสมพร
ใช้บางยาง** เป็นประธาน พร้อมด้วย **นพ.ปริดา แต่อารักษ์**
และ **น.ส.ปรานอม ไอสาร** หัวหน้า ศสพ. เป็นหนึ่งในคณะ
อนุกรรมการฯ

“ทาง ศช. จะมีการเสนอแผนการขับเคลื่อนการพัฒนา
ระบบสุขภาพท้องถิ่น รวมไปถึงการนำองค์ความรู้ เครือข่าย
จากพื้นที่ต้นแบบ มาสรุปเป็นฐานข้อมูลตัวแบบ และนำเสนอ
ไปยังคณะอนุกรรมการถ่ายโอนฯ หากทางคณะอนุกรรมการ
เห็นชอบ ก็จะส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศถ.
สำนักงาน ก.ก.ถ ฯลฯ เพื่อให้เกิดการกระจายรูปแบบเหล่านี้
ให้ อปท. ในพื้นที่อื่นๆ นำไปดำเนินการได้โดยต่อยอดนี้ ก็จะ
รีบดำเนินการพัฒนาศักยภาพของ อปท. ให้ได้ตามตัวแบบ
โดยเร็ว” นพ.ปริดา ให้ภาพ

เมื่อกระบวนการพัฒนาตัวแบบเสร็จสิ้นแล้ว ก้าวต่อไป
คือ การพัฒนา ‘สมรรถนะคนทำงาน’ ในระดับท้องถิ่นเพื่อ
เพิ่มความรู้ และทักษะในด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
และการบริหารจัดการระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านการ
สร้างหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และผลักดันให้เกิดการฝึกอบรม
พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ด้วยความร่วมมือ



และการสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลต่างๆ ซึ่งอยู่ภายใต้การสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) ที่มีอยู่ทั่วประเทศ

เมื่อถามถึงกรณีที่ สช. ได้มีการขับเคลื่อนเรื่องภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง (ภสพ.) หรือชื่อย่อ “ภาคีอาสา” (Area Strengthening Alliance - ASA) ทั้ง ๗ หน่วยงาน เพื่อผลักดันแผนงานการสร้างจังหวัดเข้มแข็งโดยใช้พื้นที่เป็นฐานผ่าน ๕ จังหวัดนำร่อง (เชียงใหม่ ขอนแก่น นครสวรรค์ ตราด และพัทลุง) ว่าจะมีส่วนในการเข้ามาหนุนเสริมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นได้อย่างไร?

นพ.ปริดา ให้ภาพว่า แท้ที่จริงแล้วทั้ง ๒ เรื่อง อาจไม่ได้เป็นสิ่งที่แยกขาดจากกันเสียทีเดียว เพราะในบางพื้นที่ การดำเนินงาน อาจเกิดการซ้อนทับกัน ซึ่งจะสามารถช่วยกันหนุนเสริมภารกิจระหว่างกันได้

“ยกตัวอย่างเช่น ที่ จ.ขอนแก่น ก็อาจจะมีการทับซ้อนของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้หน่วยงานท้องถิ่น อย่าง อบจ. ในขณะที่เดียวกันก็เป็นหนึ่งในจังหวัดเป้าหมายของการขับเคลื่อนเรื่องภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง หรือภาคีอาสาด้วย โดยดำเนินการคู่ขนานกันไป และหนุนเสริมกัน เพราะทั้งสองภารกิจนี้ มีมิติของการให้ความสำคัญกับพื้นที่เป็นหลักอยู่แล้ว” นพ.ปริดา กล่าว

ท้ายที่สุดนี้ เป้าหมายของภารกิจพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น คือ การยกระดับสมรรถนะและขีดความสามารถในมิติต่างๆ ทั้งในเรื่องของคน และระดับมาตรฐานการให้บริการทั้งในพื้นที่ของ รพ.สต. รวมไปถึงมิติด้านการบริหารจัดการของกองสาธารณสุข ซึ่งสังกัด อบจ. และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (ภสพ.)

“ซึ่งจะทำให้ท้องถิ่นสามารถดูแลระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ให้ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชน ผ่านการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการแก้ไขปัญหา และลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการแก่ประชาชน สิ่งเหล่านี้คือเจตจำนงที่จะทำให้เกิดขึ้นในระยะ ๓ ปีนี้” นพ.ปริดา กล่าวสรุปในตอนท้าย 🗨️



‘สงขลา’ กับแนวคิด ‘เต็มสุขโมเดล’

ต่อยอดฐานทุน หนุน ‘ระบบสุขภาพ ท้องถิ่น’

จ.สงขลา มีฐานทุนที่แข็งแกร่งเรื่องการทำงานบูรณาการร่วมกันทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน จนเกิดความเป็นเอกภาพในการทำงาน ทลายข้อจำกัดเรื่องการแยกส่วนกันทำโดยมุ่งเป้าและยึดหลัก ‘เอาพื้นที่เป็นฐาน’ เอาความเดือดร้อนของประชาชนเป็นตัวตั้ง แล้วจึงนำทรัพยากรต่างๆ ที่มีมาระดมสรรพกำลัง และร่วมกันคิดวิเคราะห์ในลักษณะ Think Tank โดยพยายามทำให้อุปสรรคอันเกิดจากความต่างสังกัดของหน่วยงานเกิดขึ้นได้น้อยที่สุด

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทราชินี (สนอ.) ไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ยิ่งทำให้ภาพข้างต้นนี้ชัดเจนขึ้น-จับต้องได้ ภายใต้ยุทธศาสตร์การทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการอย่างหน่วยงานภาครัฐ และไม่เป็นทางการอย่างภาคประชาสังคม โดยให้ชื่อกลไกนี้ว่า ‘เต็มสุขโมเดล’

หนึ่งในรูปธรรมความสำเร็จล่าสุดของแนวคิด
เติมสุขโมเดล คือการที่ทาง อบจ.สงขลา กำลังต่อยอด
เรื่องเติมสุขโมเดลให้กลายเป็น “ศูนย์เติมสุข” ซึ่งเป็นการ
จัดระเบียบข้อมูลของ ๑๑ หน่วยงานภายในจังหวัดให้
เป็น ‘ฐานข้อมูล’ เดียวกัน กลายเป็น ‘Data Center’
ข้อมูลของจังหวัด ซึ่งจะเป็นศูนย์บูรณาการฐานข้อมูล
ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ผู้สูงอายุ และ
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จ.สงขลา เพื่อนำไปสู่การออกแบบ
นโยบายของภาคีเครือข่าย และจะกลายเป็นกลไกการ
ประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในการขับเคลื่อนภารกิจ
ต่างๆ ด้วย

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ กองทุนฟื้นฟู
สมรรถภาพจังหวัดสงขลา ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายใน
การพัฒนางานโปรแกรมปรับสภาพบ้านให้กับคนพิการ
ติดเตียงสิทธิบัตรทองและการพัฒนาเพื่อสนับสนุนการ
บริการรถรับส่งสาธารณะรองรับผู้ป่วยไปพบแพทย์โดย
การสร้างฐานข้อมูลกลางและเซ็นเตอร์ประสานงาน
ระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนระบบบริการร่วม โดยนำร่อง
ใน ๔ อำเภอ ได้แก่ อ.ควนเนียง อ.สะบ้าย้อย อ.เทพา
อ.นาทวี ทั้งนี้ ๒ ภารกิจดังกล่าว มีกลไกศูนย์เติมสุขเป็น
ตัวเชื่อมโยงในการขับเคลื่อน”

แน่นอนว่า ภาพการบูรณาการทำงานอย่างเป็น
เนื้อเดียวกัน โดยมีมิตรภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ดังที่ยก
เพียงบางผลงานไปข้างต้นนั้น ไม่อาจสร้างได้ด้วยเวลา
เพียงชั่วครู่ ทว่า ต้องอาศัยระยะเวลาในการบ่มเพาะการ
ทำงานร่วมกันเป็นทีมมาอย่างต่อเนื่อง จึงนำตั้งคำถาม
เพื่อถอดบทเรียนว่า จ.สงขลา มีรากความเป็นมาอย่างไร
ถึงก่อให้เกิดฐานทุนที่เข้มแข็งดังว่า

หนึ่งในคนที่น่าจะฉายภาพเรื่องนี้ได้ดีที่สุด ก็คง
หนีไม่พ้น **ชาคริต โภชะเรือง** มุลนิธิชุมชนสงขลา และ
ผู้ประสานงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ตัวแทน
ภาคประชาสังคม ที่ขับเคลื่อนการทำงานด้านสุขภาพ
โดยรวมหัวจมท้ายกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน
มาอย่างยาวนาน





หัวใจความสำเร็จ
ส่วนตัวคิดว่ามีอยู่ ๓ เรื่อง

เรื่องแรก คือการที่มีภาคประชาสังคม
คอยเกาะติด ทำงานมาอย่างต่อเนื่อง

เรื่องที่สอง คือการมีระบบสนับสนุน
ให้เกิดการคิดเชิงรุก เพื่อมองหา
ช่องว่าง แล้วออกแบบกลไก เครื่องมือ
เพื่อไปช่วยสนับสนุน

เรื่องสุดท้าย ก็คือฐานคิดของคนที่เชื่อ
ในการพัฒนาเชิงระบบและการทำงาน
ร่วมกันแบบเครือข่าย

เมื่อคนที่มีวิธีคิดคล้ายกันแบบนี้ได้มาเจอกัน
มันจะไปด้วยกันได้ โดย ๓ เรื่องนี้ ก็สามารถ
นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของ
ตนเองได้



“มันคงต้องย้อนไปตั้งแต่ช่วง ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘ เกือบ ๒๐ ปีที่แล้ว” เขาเริ่มต้น ก่อนจะย้อนรอยเหตุการณ์ เป็นฉากๆ ตามลำดับว่า

- ปี ๒๕๔๗ เกิดโครงการพัฒนาเครือข่าย สร้างเสริมสุขภาพจังหวัดสงขลา ที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างกลไก การจัดการระดับจังหวัดที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ และ สร้างกระบวนการเรียนรู้การทำงานอย่างมีส่วนร่วม ผสมกับการร่วมดำเนินงานโดยใช้หลักคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งขณะนั้นยังเป็น สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ภายใต้การนำของ **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ** ดำรง ตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการ สปรส.

- ปี ๒๕๔๘ **สมพร ใช้บางยาง** ผู้ว่าราชการจ.สงขลา ในขณะนั้น ได้ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสร้าง สุขภาพจังหวัดสงขลาแบบบูรณาการ ซึ่งเป็นคณะกรรมการ หลายภาคส่วน เพื่อผลักดันให้เกิดแผนสุขภาพจังหวัดสงขลา และติดตามการสร้างสุขภาพแก่คนสงขลาในระยะยาว โดย ใช้บูรณาการระหว่าง อบจ.สงขลา สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบ สุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ สปรส.

- ปี ๒๕๕๒ มูลนิธิชุมชนสงขลา ตั้งขึ้นด้วย วัตถุประสงค์สำคัญในการที่จะเชื่อมประสานความร่วมมือ กับบุคคล เครือข่าย องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนภาครัฐ เพื่อดำเนินกิจกรรมสาธารณประโยชน์ ซึ่งแน่นอนว่ามี “ชาคริต” เป็นหนึ่งในคณะผู้ก่อตั้ง และเขายังมีส่วนสำคัญในการร่วม ผลักดันให้เกิดธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล ขึ้นเป็นแห่งแรก ของประเทศไทย ในพื้นที่ ต.ชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา โดย “ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้” ได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๓ พ.ค. ๒๕๕๒ ก่อนจะกลายเป็นพื้นที่ธรรมนูญต้นแบบให้กับ ที่อื่นๆ ทั่วประเทศ



รายละเอียดของกระบวนการที่กล่าวมา ทั้งหมดนี้ คือ ต้นทุนที่ทางสมัชชาสุขภาพ ได้ เข้าไปเชื่อมโยง และมีมูลนิธิชุมชนสงขลา ทำ หน้าที่เป็นกองเลขา ซึ่งเป็นหน่วยสนับสนุนใน การทำงานให้ สช. ในการเข้ามาขับเคลื่อน เครือข่ายความร่วมมือระดับจังหวัด และได้ ทำงานร่วมกับทาง อบจ.สงขลา อย่างใกล้ชิด เกินกว่า ๑๐ ปี

“จนมาถึงยุคนี้ ที่มีเรื่องการถ่ายโอน รพ.สต. มี กสพ. เข้ามา ทาง สช. นำโดย **นพ.ปริดา เต๋ออารักษ์** ก็ได้ลงมาทำวิจัยเรื่อง การอภิบาลระบบในสงขลาด้วย อบจ.สงขลา ก็เลยยกระดับ (ฐานทุนเดิมที่มีอยู่) และต่อยอด เป็นแนวคิด เต็มสุขไม่เดล โดยนำคนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทำงานร่วมกันมาโดย ตลอด มาบูรณาการทำงานและเติมเต็มซึ่งกัน และกัน โดยมี อบจ.เป็นแกนกลาง ขณะที่

บทบาทของมูลนิธิชุมชนสงขลา คือการเข้าไป หนุนเสริมด้านการบริหารจัดการข้อมูลด้วย แอปพลิเคชัน imed @home” ชาคริต กล่าว

ชาคริต อธิบายต่อไปว่า แอปพลิเคชัน imed @home เริ่มต้นเกิดขึ้นภายใต้การ สนับสนุนงบประมาณจาก สช. และได้รับการ ออกแบบพัฒนาโดยมูลนิธิชุมชนสงขลา เริ่มใช้ งานตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ มีบทบาทในการหนุนเสริม การทำงานให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสงขลา อบจ.สงขลา และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง มาจนถึงปัจจุบัน

ทั้งนี้ เพราะเป็นนวัตกรรมการบริหาร จัดการข้อมูล ด้วยวิธีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน ประชากรกลุ่มเปราะบางทางสังคมเป็นราย บุคคล ไม่ว่าจะเป็นคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย รอคอยฟื้นฟู ฯลฯ และนำข้อมูลมาประมวลผล เพื่อให้เห็นสถานการณ์ด้านสุขภาพของ ประชากรรายนั้น หรือพื้นที่นั้นๆ เพื่อนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปัจเจก หรือ การออกแบบนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไข ปัญหาในภาพรวมสำหรับหน่วยงานภาครัฐ

“หัวใจความสำเร็จ ส่วนตัวคิดว่ามีอยู่ ๓ เรื่อง เรื่องแรก คือการที่มีภาคประชาสังคม คอยเกาะติด ทำงานมาอย่างต่อเนื่อง เรื่องที่ สอง คือการมีระบบสนับสนุนให้เกิดการคิดเชิง รุก เพื่อมองหาช่องว่าง แล้วออกแบบกลไก เครื่องมือ เพื่อไปช่วยสนับสนุน เรื่องสุดท้าย ก็ คือฐานคิดของคนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาเชิงระบบ และการทำงานร่วมกันแบบเครือข่าย เมื่อคน ที่มีวิถีคิดคล้ายกันแบบนี้ได้มาเจอกัน มันจึงจะ ไปด้วยกันได้ โดย ๓ เรื่องนี้ ก็สามารถนำไป ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของ ตนเองได้” ชาคริต กล่าวทิ้งท้าย

คสช.รับทราบกลไก SHARE สานพลัง 'สช.-สสส.-สปสช.-พอช.' บูรณาการ 'ข้อมูล' ร่วมกัน



รองนายกรัฐมนตรี และ รมว.ดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ดีอี) ประเสริฐ จันทรรวงทอง ในฐานะประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธานในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๔ ก.พ. ๒๕๖๘ ณ ทำเนียบรัฐบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โดยที่ประชุมได้รับทราบและให้ข้อเสนอแนะถึงการดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคียุทธศาสตร์ในการบูรณาการข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่ (Social and Health: Area Resources Empowerment Project; SHARE)



สำหรับการดำเนินการดังกล่าว สช. และหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ได้ร่วมกันจัดตั้งกลไกการดำเนินงานเพื่อรวบรวมจัดเก็บวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลจากแหล่งข้อมูลของทั้ง ๔ หน่วยงาน เข้ามาจัดการและปรับโครงสร้างของข้อมูลให้สามารถใช้ร่วมกันได้ บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยี Data Lake, Data Warehouse, Data Pipeline ในการจัดการข้อมูล รองนายกฯ ประเสริฐ ระบุว่า เป้าหมายของทั้ง ๔ หน่วยงานในการเชื่อมโยงบูรณาการ และใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลร่วมกันนั้น นับว่าเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญและสอดคล้องกับโจทย์ทิศทางนโยบายของประเทศไทยในการเข้าสู่รัฐบาลดิจิทัล ที่มุ่งมั่นให้หน่วยงานต่างๆ เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในยุคที่

การสานพลังของ ๔ หน่วยงาน ได้แก่ สช. สสส. สปสช. และ พอช. จะช่วยให้เกิดภาพการทำงานแบบมีส่วนร่วม สามารถวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขได้อย่างทันสถานการณ์ เต็มเต็มส่วนที่ยังขาด อันจะนำไปสู่การสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของรัฐบาลที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเพิ่มศักยภาพการทำงาน และตอบสนองความต้องการของประชาชน

เทคโนโลยีดิจิทัลกลายเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยยกระดับการให้บริการภาครัฐตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน บนพื้นฐานการใช้ระบบเทคโนโลยีต่างๆ เช่น คลาวด์ ปัญญาประดิษฐ์ (AI) เข้ามาสนับสนุน

ในส่วนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของทั้ง ๔ หน่วยงาน นอกจากจะมีการจัดกลุ่มข้อมูลให้สามารถใช้ร่วมกันได้แล้ว ยังมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ Business Intelligence (BI) ทั้งข้อมูลภาคีเครือข่าย ข้อมูลความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และข้อมูลแผนงานและโครงการในแต่ละพื้นที่ รวมไปถึงข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่ ได้แก่ ข้อมูลประชากร ข้อมูลด้านสุขภาพและอายุคาดเฉลี่ย ตลอดจนข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ที่นำมาแสดงผลในรูปแบบแดชบอร์ด (Dashboard) ซึ่งหน่วยงานภายนอกยังสามารถนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์ให้เกิดประโยชน์ในด้านต่างๆ ได้

“การสานพลังของ ๔ หน่วยงาน ได้แก่ สช. สสส. สปสช. และ พอช. จะช่วยให้เกิดภาพการทำงานแบบมีส่วนร่วม สามารถวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขได้อย่างทันสถานการณ์ เต็มเต็มส่วนที่ยังขาด อันจะนำไปสู่การสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของรัฐบาลที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเพิ่มศักยภาพการทำงาน และตอบสนองความต้องการของประชาชน” ประธาน คสช. กล่าว

นอกจากนี้ที่ประชุม คสช. ยังมีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบด้วย ๑. พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาพ และ ๒. การท่องเที่ยวแนวใหม่ สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน ซึ่งภาคีเครือข่ายรวมกว่า ๑,๖๓๙ คน ที่เข้าร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพฯ เมื่อวันที่ ๒๗-๒๘ พ.ย.

๒๕๖๗ โดยที่ประชุม คสช. ได้มอบหมายให้ สช. เสนอมติทั้ง ๒ ต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อทราบและมอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ รับผิดชอบพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ด้าน นพ.สุเทพ เพชรมาก เลขาธิการ คสช. กล่าวว่า สช. เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสานพลังกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน โดยที่ผ่านมา สช. และหน่วยงานยุทธศาสตร์ทั้ง สสส. สปสช. และ พอช. ได้หนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกันในหลายรูปแบบตามภารกิจของหน่วยงาน เช่น การประสานการดำเนินงาน การสนับสนุนงบประมาณแก่ภาคีเครือข่าย การกำหนดและขับเคลื่อนประเด็นร่วมสำหรับกลุ่มประชากรเป้าหมาย หรือพื้นที่การทำงาน เป็นต้น

“ภาคีทั้ง ๔ องค์กร เรามองว่าการมีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง บูรณาการ และใช้ประโยชน์ร่วมกัน จะทำให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการมีข้อมูลทางสังคม ข้อมูลสถานะทางสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้เป็นฐานของการดำเนินงาน การวางแผนแก้ไข ปัญหา ตลอดจนพัฒนาโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่ หรือเรียกว่า Data-Driven Policy จึงเป็นที่มาที่ได้ร่วมกันดำเนินการเชื่อมโยงบูรณาการและใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลร่วมกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเสริมประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งล่าสุดก็นับเป็นเกียรติที่ สช. ได้รับรางวัลหน่วยงานคุณภาพด้านส่งเสริมการมีส่วนร่วมผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ประจำปี ๒๕๖๗ จากสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัลด้วย” นพ.สุเทพ กล่าว

ลำปาง: แบบอย่างการบูรณาการ เทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึง บริการสุขภาพ เมื่อชุมชนลุกขึ้นดูแลตนเอง



จังหวัดลำปางกำลังเผชิญความท้าทายสำคัญด้านสุขภาพ ทั้งการเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ ๒ ของประเทศ ความไม่เสมอภาคทางรายได้ และสภาพภูมิประเทศที่กว้างขวางซึ่งทำให้ประชาชนหนึ่งในสามอาศัยในพื้นที่ห่างไกล

ปัญหาเหล่านี้สร้างอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายแฝงตั้งแต่ ๓๐๐ - ๓,๒๙๐ บาทต่อครั้งในการมารับบริการ ทั้งค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าเสียโอกาสจากการประกอบอาชีพ บางรายต้องใช้เวลาเดินทางมากกว่า ๑๐ ชั่วโมงเพื่อรับการรักษาเพียงไม่ถึง ๑๕ นาที ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากจำใจต้องเลิกรักษากลางคัน

องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง (อบจ. ลำปาง) ซึ่งรับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จาก ๑๐ อำเภอ รวม ๖๗ แห่ง



ปฏิรูประบบ สุขภาพท้องถิ่น เปลี่ยนแปลง ชีวิต ปชช.

จึงร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ริเริ่มโครงการวิจัย “การปรับใช้นวัตกรรมผสมผสานระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) สู่อสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ” โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) และหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.)

ตลอดระยะเวลาหนึ่งปีของการวิจัย เกิดผลลัพธ์เป็นระบบ iHealthCare ที่เชื่อมต่อแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนกับ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำงานใกล้ชิดประชาชน โดย อสม. จะบันทึกข้อมูลพื้นฐาน อาการเบื้องต้น ลงระบบ และนัดหมายให้ผู้ป่วยพบบุคลากร รพ.สต. และแพทย์ต่อไป

ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับสูงสุดใน ๓ ด้าน ได้แก่ การลดระยะเวลาและระยะทางในการเข้ารับบริการ การลดระยะเวลารอคอยพบแพทย์ และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เคยขาดความต่อเนื่องในการรักษาที่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น

นอกจากความสำเร็จในจังหวัดลำปางแล้ว การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยมีภาคชุมชนและ รพ.สต. เป็นศูนย์กลาง ยังขยายไปสู่อีก ๕ จังหวัด ใน ๔ ภูมิภาค ได้แก่ เชียงใหม่ (ภาคเหนือ) ปทุมธานี (ภาคกลาง) ขอนแก่น และนครราชสีมา (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) สงขลา และภูเก็ต (ภาคใต้) รวมทั้งสิ้น ๑๒ รพ.สต. โดยแต่ละพื้นที่มีการพัฒนานวัตกรรมที่โดดเด่นแตกต่างกันตามบริบทท้องถิ่น ที่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ท่ามกลางความท้าทายด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น ๖ อบจ. และ ๑๒ รพ.สต. ได้ลุกขึ้นมาสร้างปรากฏการณ์ใหม่ที่นำตื่นตาตื่นใจ ในภาคเหนือ รพ.สต.บ้านร่มเกล้า ในเชียงใหม่ได้ใช้พลังชุมชนแก้ปัญหาการเข้ายาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะที่ รพ.สต.แม่ข่า ใช้หลักการ “บ ว ร ส + ค” ผ่านกลไก “ช่วงผลงา” และ “จ้อง” ดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างครอบคลุม

ในภาคอีสาน รพ.สต.เมืองเพี้ย ที่ขอนแก่นสร้าง “ศูนย์โฮมฮักรักษ์สุขภาพ” ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่นครราชสีมา รพ.สต.โตนด จัดตั้งศูนย์เยี่ยมผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และ รพ.สต.ตลาดแค ยกกระดับเป็น CUP Split ให้มีแพทย์ตรวจทุกวัน

ที่ปทุมธานี รพ.สต.บ่อเงิน พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล ภูเก็ตแก้ปัญหาเฉพาะถิ่นด้วยระบบเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินจากเกาะมะพร้าว และคลินิกทันตกรรมนอกเวลา “Dental by Heart” ที่ รพ.สต.ราไวย์ ขณะที่สงขลา นำเทคโนโลยีมาใช้ผ่านระบบ iMed@home จัดทำแผนสุขภาพรายบุคคล

ความสำเร็จเหล่านี้เป็นบทพิสูจน์ว่าการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น ร่วมกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สามารถสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง เป็นธรรม และยั่งยืน ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง





ร่องระบบ สุขภาพท้องถิ่น ผ่าน SDGs


จากการเลือกตั้งนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (นายก อบจ.) และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ส.อบจ.) พร้อมกันทั้งหมด ๔๗ จังหวัดทั่วประเทศ เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ลงสมัครหลายคนประกาศนโยบายด้านสุขภาพ-สุขภาพะ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะผลพวงจากการผลักดัน พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ จนเกิดการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และสถานีอนามัย มาสังกัด อบจ. ในช่วง ๒-๓ ปีที่ผ่านมา^๑

สำหรับเรื่องระบบสุขภาพในมือท้องถิ่นนั้น ไม่ได้พูดกันแค่เพียงระดับประเทศเท่านั้น แต่ยังมี การพูดถึงในระดับโลก โดยเฉพาะในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs (Sustainable Development Goals) ที่ได้รับการรับรองจาก ๑๙๓ ประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ค.ศ. ๒๐๑๕ ครอบคลุมช่วงระยะเวลาที่ต้องบรรลุ ภายใน ๑๕ ปี ได้เป็นทิศทางการพัฒนาที่ทุกประเทศต้องดำเนินการร่วมกันมาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๑๖ ไปจนถึงปี ค.ศ. ๒๐๓๐ หรือต้องบรรลุภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ หรืออีก ๕ ปีนับจากนี้

SDGs ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ ในระบบสุขภาพหรือระบบสุขภาพท้องถิ่น

มี SDGs หลายเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตในระดับท้องถิ่นซึ่ง นายก

อบจ. หรือภาครัฐในระดับท้องถิ่นนับเป็น “ผู้เล่นสำคัญ” ที่จะทำให้สำเร็จได้ เช่น เป้าหมายที่ ๑๖: ส่งเสริมสังคมที่สงบสุขและครอบคลุม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้ทุกคนเข้าถึงความยุติธรรมและสร้างสถาบันที่มีประสิทธิภาพ รับผิดชอบ และครอบคลุมในทุกระดับ โดยเป้าหมายย่อยที่ ๑๖.๖ มีความรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป้าหมายที่ ๑๑: ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ มีความครอบคลุม ปลอดภัย ยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง และยั่งยืน โดยมีเป้าหมายย่อยที่ ๑๑.๒ ที่ระบุเรื่องของการวางแผนบริหารจัดการการเมืองและชุมชนอย่างมีส่วนร่วม บูรณาการ และยั่งยืน^๒

เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย โดยมีเป้าหมายย่อย ๓.๘ บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ และเป้าหมายที่ ๖: สร้างหลักประกันเรื่องน้ำและการสุขาภิบาล ให้มีการจัดการอย่างยั่งยืนและมีสภาพพร้อมใช้ สำหรับทุกคน โดยมีระบุในเป้าหมายย่อย ๖.๖ สนับสนุนและเพิ่มความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการจัดการน้ำและสุขาภิบาล 

๕ ข้อเสนอ เพื่อให้รัฐบาลท้องถิ่นร่วมผลักดันให้บรรลุ SDGs^๓

๑

ผนวกรวมเป้าหมายย่อยของ SDGs เข้ากับกระบวนการหรือแผนการดำเนินงานที่กำกับดูแล

๒

เสริมสร้างการปกครองท้องถิ่น โดยให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถทำงานเพื่อเสริมสร้างระบบการกำกับดูแลและแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนได้

๓

รัฐบาลท้องถิ่นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพลเมืองและตอบสนองต่อความคิดเห็นของพลเมืองได้

๔

สร้างรัฐบาลที่ครอบคลุมโดยรัฐบาลท้องถิ่นควรส่งเสริมนวัตกรรมในการมีส่วนร่วม

๕

ส่งเสริมความร่วมมือ โดยรัฐบาลท้องถิ่นสามารถอำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกันระหว่างเมืองต่างๆ



^๑ <https://www.hfocus.org/content/2025/01/32865>
^๒ <https://www.sdgmovement.com/2016/10/07/goal-11-sustainable-cities-and-communities/>
^๓ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959378023000365#:~:text=However%2C%20local%20communities%20worldwide%20are,transformation%20driven%20by%20governance%20institutions.,https://www.undp.org/asia-pacific/sdg-localization-local-governance-and-urbanization#:~:text=l:%20Strengthening%20local%20governance%20and,social%20innovation%20platforms%5B4%5D.>

Right to Health

เรื่อง ปรางทิพย์ เนตรน้อย (ผู้เชี่ยวชาญ)
กลุ่มงานพัฒนาและขับเคลื่อน
สิทธิด้านสุขภาพ (กสส.)



การพัฒนานโยบายรองรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Aged Society) อย่างเป็นทางการในปี ๒๕๖๖ โดยมีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจำนวนกว่า ๑๓ ล้านคน คิดเป็น ๒๐.๐๘% ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความท้าทายต่อระบบสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่ม “ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง” และ “ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง” ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และจากการคาดการณ์ของกรมอนามัย พบว่าในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวเผชิญกับความเปราะบางในหลายมิติ คือ



ด้านสุขภาพ: สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอยตามวัย และการขาดคนดูแล เพิ่มโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพ



ด้านเศรษฐกิจ: รายได้ลดลงจากการเลิกทำงาน ประกอบกับค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น



ด้านสังคม: การขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ทำให้เกิดความโดดเดี่ยว



การเข้าสู่สังคมสูงวัยของไทยต้องการการจัดการเชิงระบบและโครงสร้างที่ครอบคลุมทุกมิติ การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง รวมถึงการมีนโยบายเชิงรุกเพื่อป้องกันปัญหาการเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ การดำเนินการการพัฒนา นโยบายดังกล่าวจะช่วยสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและความมั่นคงสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทยอย่างยั่งยืน อันเป็นเป้าหมายสำคัญของ สช. ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตามมาตรา ๖ และมาตรา ๑๒ ที่เน้นการสร้างเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม และสร้างระบบสังคมที่ยั่งยืน นโยบายดังกล่าวไม่เพียงตอบโจทย์เฉพาะกลุ่ม แต่ยังเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและสังคมไทยในภาพรวมอีกด้วย 🇹🇹



ASIA'S PREMIER PRIZE AND HIGHEST HONOR



รางวัลแมกไซไซ กับขบวนการแพทย์ชนบทไทย (๘)

กรรมการมูลนิธิรางวัลรามอน แมกไซไซ ได้อ่านประกาศเกียรติคุณ (Citation) ขบวนการแพทย์ชนบท ดังนี้

สำหรับประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก, การให้บริการสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ยังคงเป็นความฝันที่เลื่อนราง, คนยากจนในชนบทคือผู้ที่ถูกระทบมากที่สุด, เพราะเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานได้เพียงส่วนน้อยหรือเข้าไม่ถึงเลย.

สำหรับประเทศไทย - ปัจจุบันเป็นประเทศรายได้ปานกลางขั้นสูง - สภาพนี้ไม่เป็นความจริงอีกต่อไปแล้ว, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๕, และตั้งแต่นั้นก็ได้รับความชื่นชมยินดีว่าเป็นระบบที่ให้บริการรักษาฟรีแก่ประชาชนคนไทยส่วนใหญ่.

แต่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและความสำเร็จสำคัญในระบบบริการสุขภาพของไทย มิได้เกิดขึ้นในเวลาชั่วข้ามคืน. ทว่า, เป็นผลของการต่อสู้ยาวนานหลายทศวรรษโดยแพทย์ไทยที่หัวก้าวหน้า, เปี่ยมด้วยวิสัยทัศน์, และทุ่มเทอุทิศตน ทั้งในวงวิชาชีพและวงการเมือง เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพที่เพียงพอ และสามารถแบกรับได้แก่ประชาชน, โดยเฉพาะในชนบท. แพทย์เหล่านั้นจับมือผนึกกำลังกัน

สร้างสิ่งที่เรียกว่าขบวนการแพทย์ชนบท – ประกอบด้วย
ชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิแพทย์ชนบท. หลายคน
เป็นสมาชิกของทั้งสององค์กร โดยชมรมแพทย์ชนบท
เป็นองค์กรที่ไม่เป็นทางการและยืดหยุ่นกว่า, ส่วนมูลนิธิ
แพทย์ชนบทเป็นองค์กรเอกชนที่เป็นทางการที่ปฏิบัติงาน
งานในโรงพยาบาลของรัฐ

การกำเนิดขึ้นของขบวนการแพทย์ชนบทมี
รากฐานมาตั้งแต่ทศวรรษนับแต่ พ.ศ. ๒๕๐๓ เมื่อแพทย์
ไทยจำนวนมากหลังไหลไปยังแผ่นดินที่อุดมสมบูรณ์
กว่าในต่างประเทศ. เหตุการณ์นี้ทำให้รัฐบาลต้องออก
มาตรการบังคับให้แพทย์ต้องออกไปปฏิบัติงานใน
ชนบท, ซึ่งทำให้พวกเขามีโอกาสเผชิญกับความเป็นจริง
แห่งความทุกข์ยากของประชาชน.

ช่วงต้นทศวรรษนับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๓, ขบวนการ
ประชาธิปไตยได้เติบโตขึ้นในประเทศไทย, เรียกร้องให้
มีสิทธิเสรีภาพและความยุติธรรมทางเศรษฐกิจและ
สังคม. แพทย์หนุ่มสาวที่มีอุดมการณ์หลายคนได้เข้า
ร่วมในขบวนการดังกล่าว, นักศึกษาได้ออกสู่ชนบทเพื่อ
เรียนรู้เรื่องความยากจน และความขาดแคลนบริการ
สุขภาพ.

ประสบการณ์และการตื่นรู้ของพวกเขา ปรากฏ
ชัดเจนในคำกล่าวของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ที่กล่าว
ว่า “เมื่อผมเป็นแพทย์ในชนบท, ผมเห็นคนจำนวนมาก
ที่เจ็บป่วยและแทบไม่มีเงินติดบ้านเลย. พวกเขาต้อง
ขายไร่นา หรือขายแม่แต่ลูกสาวเพื่อให้มีเงินไปจ่ายค่า
รักษา. มันเป็นเรื่องที่เจ็บปวดและขมขื่นที่ทำให้
พวกเราฝันถึงการรักษาฟรีแก่คนที่เจ็บป่วย.”

ในปี ๒๕๒๑, หลังการปราบปรามขบวนการ
นักศึกษาอย่างโหดร้ายทารุณ, นักศึกษาแพทย์จำนวนมาก
หลบภัยอยู่ในชนบท. เพื่อให้สามารถทำงานต่อไป
ได้กับระบอบใหม่ ชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิแพทย์



**ผลกระทบของ
ขบวนการแพทย์ชนบท
ต่อสังคมไทยนั้นชัดเจน
และยังยืน แพทย์ชนบท
ของไทยได้แสดงให้เห็น
ว่า บริการสุขภาพที่
เพียงพอ สามารถแบกรับได้ มีผลอย่างไรต่อ
ความยุติธรรมในสังคม
ประชาธิปไตย
มีความจำเป็นอย่างไร
ต่อการเปลี่ยนแปลง
สังคมให้ดีขึ้น, และ
จิตวิญญาณของ
จิตอาสาสามารถ
ก่อให้เกิดผลสูงสุดได้
อย่างไร**



ชนบทได้รวมตัวกันขึ้นใหม่ในเวลาต่อมา

โดยผู้นำที่มีภูมิหลังเป็นนักกิจกรรม ได้แก่ วิชัย โชควิวัฒน์, ชูชัย ศุภวงศ์, เกียรติศักดิ์
วัชรกุลเกียรติ, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, และ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ลี้ภัยไปแล้ว – ชมรม
แพทย์ชนบทได้ต่อสู้เพื่อเสรีภาพในวงกว้าง และการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันในทศวรรษ
นับแต่ พ.ศ. ๒๕๓๓.

โดยบทบาทของพวกเขาในการอภิบาลระบบสุขภาพ, แพทย์ในชมรมแพทย์ชนบท
ยังคงสนับสนุนนโยบายปฏิรูปต่างๆอย่างต่อเนื่อง. โดยมูลนิธิแพทย์ชนบท, แผนงานบริการ
สุขภาพที่ก้าวหน้าได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพผ่านช่องทางของทางราชการ.

ผลกระทบของขบวนการแพทย์ชนบทต่อสังคมไทยนั้นชัดเจนและยังยืน. แพทย์
ชนบทของไทยได้แสดงให้เห็นว่าบริการสุขภาพที่เพียงพอ สามารถแบกรับได้ มีผล
อย่างไรต่อความยุติธรรมในสังคม. ประชาธิปไตย มีความจำเป็นอย่างไรต่อการ
เปลี่ยนแปลงสังคมให้ดีขึ้น, และจิตวิญญาณของจิตอาสาสามารถก่อให้เกิดผลสูงสุด
ได้อย่างไร.

ในการคัดเลือกขบวนการแพทย์ชนบทให้ได้รับรางวัลรามอนแมกไซไซในปี ๒๕๖๗,
คณะกรรมการมูลนิธิตระหนักถึงผลงานอันเป็นประวัติศาสตร์และต่อเนื่องที่มีต่อสุขภาพ
ของประชาชนไทย – และที่สำคัญคือ, การที่พวกเขาตระหนักถึง สามารถบรรลุถึงสิทธิ
พื้นฐานของพลเมือง. โดยการมุ่งปกป้องคนยากจนในชนบท, ขบวนการแพทย์ชนบทได้
สร้างความมั่นใจว่าจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ในขณะที่ประเทศชาติก้าวเดินไปสู่ความมั่งคั่ง
ทางเศรษฐกิจและความทันสมัยที่ยิ่งใหญ่กว่าเดิม 🌟

บทสรุปเหตุผลแห่งรางวัล ที่มอบแก่ขบวนการแพทย์ชนบท

“เพื่อผลงานอันเป็นประวัติศาสตร์และต่อเนื่องของพวกเขาก่อนที่พวกเขาจะทำเพื่อ
สุขภาพของประชาชน – และที่สำคัญคือ, เพื่อการที่พวกเขาได้ตระหนัก และ
ทำให้พลเมืองของประเทศได้รับสิทธิพื้นฐาน. โดยการมุ่งปกป้องประชาชนที่
ยากจนในชนบท, ขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างความเชื่อมั่นว่าจะไม่มีการ
ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ในขณะที่ประเทศชาติก้าวเดินไปสู่ความมั่งคั่งและความ
ทันสมัยยิ่งขึ้น”

สื่อขอฝาก

เรื่อง Munthow

วัยรุ่นอย่างเราพอพูดถึง อปท. เราอาจจะผลอ “เฮ้อออ” มองไม่เห็นภาพอะไรเลย โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นตั้งแต่ Gen Y ลงมา ซึ่งนี่ภาพไม่ออกเสียด้วยซ้ำ เพราะการเมือง การปกครอง ความคิดของคนแต่ละ Gen ก็ดูช่างแตกต่างและห่างไกลกันมาก แต่ถ้ามาคิดอีกที หากผู้บริหาร อปท. เห็นความสำคัญของอนาคตของชาติ ก็น่าจะมีการออกแบบกิจกรรมและโครงการที่สนุกสนาน และเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของวัยรุ่นยุคนี้ เพื่อสร้างความน่าสนใจและเชื่อมโยงกับชีวิตพวกเขา และที่สำคัญการเมือง การปกครองท้องถิ่นก็อาจจะมีสีสันและสนุกขึ้นอย่างแน่นอน

Very Gen...



อย่างคน GEN Y ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง Midlife Career เป็นยุคที่เกิดเทคโนโลยีใหม่ๆ มากมาย คน GEN Y จึงสนใจเสพคอนเทนต์การพัฒนาตัวเองพัฒนาทักษะใหม่ๆ ในขณะที่เดียวกันก็สนใจดูแลสุขภาพกายและใจด้วย คนเจนนี้ให้ความสำคัญกับวันพักผ่อนของตัวเองเป็นอย่างมาก และยินดีจ่ายเงินให้กับประสบการณ์ที่แปลกใหม่ให้ตัวเอง นึกเร็วๆ การท่องเที่ยวชุมชนวิถีธรรมชาติต้องมาแหละ

หรืออย่าง GEN Z เกิดมาพร้อมกับสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยเทคโนโลยีพร้อมเปิดรับโอกาสใหม่ๆ ตลอดเวลา แต่มักตั้งคำถามกับพฤติกรรมหรือค่านิยมต่างๆ ที่ไม่สมเหตุสมผล รวมถึงคนเจนนี้จะมีความเป็นตัวเองสูง เห็นได้จากการที่เริ่มคิดหาทางทำเงินด้วยตัวเองตั้งแต่อายุน้อย และที่สำคัญเกิดมาใน Age of Digital Overload ทำให้ชีวิตพวกเขาถูกห้อมล้อมด้วยสื่อออนไลน์ตลอดเวลา ดังนั้นภาพลักษณ์บนโลกออนไลน์ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับคนกลุ่มนี้ ซึ่งเราก็อาจดึงเขามาช่วยชุมชนในการใช้สื่อออนไลน์ในการระดมทุนหรือประชาสัมพันธ์กับตนเองและชุมชน

เห็นไหมแคคิดก็สนุกแล้ว ... ดิฉันนึกไปถึงการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อเด็กและเยาวชน โดยให้เขา (อยาก) เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนมากเท่าไร อนาคตของชุมชนนั้นๆ ก็จะได้สดใสแน่นอน 🌟

คลิปที่ ๑๑

เรื่อง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

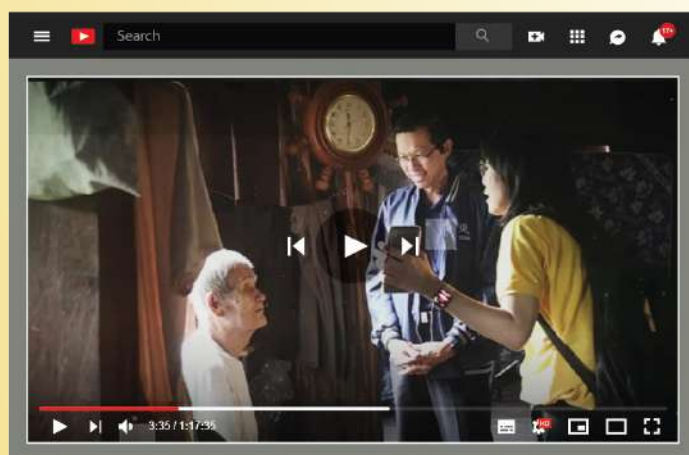
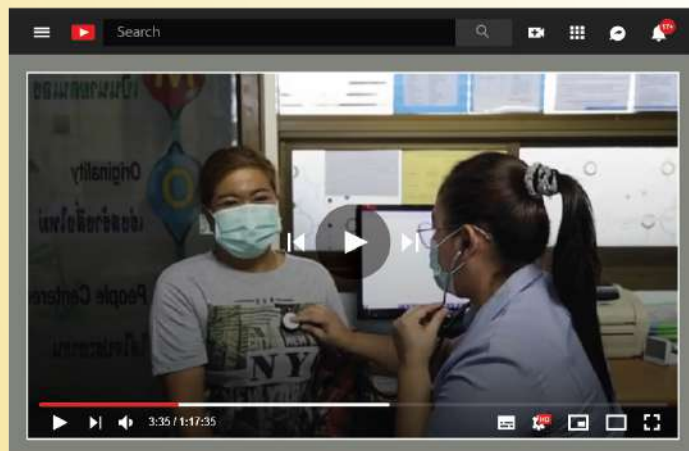
อภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่น Telemedicine เสริมกำลัง

หน่วยบริการปฐมภูมิที่กระจายตัวครอบคลุมทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอน.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เปรียบได้กับ “นักรบด้านหน้า” ทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองประชาชน

พุทธศักราช ๒๕๖๕ เป็นต้นมา นับเป็นปีที่มีการพลิกโฉม “ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ของประเทศไทยครั้งใหญ่ เมื่อเกิดการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. จำนวนมากกว่า ๓,๐๐๐ แห่งจากกระทรวงสาธารณสุข ไปยัง ‘ท้องถิ่นที่มีความพร้อม’ ให้เข้ามารับมือต่อการบริหารจัดการ

เพื่อให้การถ่ายโอนฯ เป็นไปอย่างราบรื่นไม่สะดุด สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดทำงานวิจัยภายใต้ “โครงการการศึกษาและพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่น ภายใต้บริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด”

ขณะเดียวกันเมื่อมองเห็นถึงโอกาสของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล เข้ามาช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล สช. จึงยังได้ร่วมกับภาคีเครือข่าย เดินหน้างานวิจัย “โครงการการปรับใช้นวัตกรรมผสมผสาน



ติดตามรับชมคลิปดี



ติดตามรับชมคลิปดี



ติดตามบทสัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติ

ระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) สู่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์กรบริหารส่วนจังหวัดลำปาง” ซึ่งใช้ จ.ลำปาง เป็นพื้นที่ทดลองนวัตกรรมเชิงนโยบาย

คลิปที่ดีต้องดูฉบับนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านติดตามการดำเนินงานเหล่านี้ไปพร้อมกัน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
นพ.สุเทพ เพชรมาก
กลุ่มงานสื่อสารสังคม สช.

เจ้าของ
ที่ปรึกษา
บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์
ชนิษฐา แซ่เอี้ยว
ปรานอม ไอสาร
ปรางทิพย์ เนตรน้อย
ชนัญชิตา จันทร์หมื่น

ที่อยู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๑๓ แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๘
อีเมล nhco@saraban.mail.go.th
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th
เฟซบุ๊ก www.facebook.com/NHCO.thai

ผลิต
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด

ติดต่อกองบรรณาธิการ
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
๓๕๓/๔๔๕ หมู่บ้าน The Connect
๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง
กทม. ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔



เป็นเพื่อนกับเราไหม
มีไลน์ถามเราได้นะ



SCAN เลย



LINE
OFFICIAL
ACCOUNT

@nhcothai