

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทย คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โดยในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด เนื่องจากอัตราเกิดต่ำกว่าระดับทดแทน สัดส่วนวัยแรงงานลดลง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ ภัยพิบัติภัยสุขภาพ การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับเป้าหมายระดับโรคที่ต้องลดการตายก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อร้อยละ ๒๕ ภายในปี ๒๕๖๘ การจัดการระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ รวมถึงปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะปัจจัยทางพฤติกรรมเป็นวาระเร่งด่วนของประเทศ โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่หลายประเทศกำลังเผชิญ การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะในปี ๒๕๕๖ มากถึง ๑๕.๓ ล้านปี โดย ๒ ใน ๓ เป็นการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร สาเหตุหลักเป็นผลจากโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะ ๔ โรคสำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยด้านสุขภาพยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและงานวิจัยได้อย่างเพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ การเปลี่ยนแปลงสู่ยุค Digital Age ที่เทคโนโลยีมีส่วนสำคัญต่อทุกด้าน การเปลี่ยนแปลงองค์กรในยุค Disruptive World ทำให้เกิดนวัตกรรมองค์กรขึ้นมากมาย รวมถึง AIHR ที่ปัญญาประดิษฐ์เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ กรอบการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพเหล่านี้ การวางแผนเตรียมพร้อมรองรับและเผชิญกับสภาพปัญหาจะช่วยให้สามารถรับมือกับความเสี่ยงและภัยคุกคามด้านสุขภาพที่จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รัฐบาลมุ่งเน้นให้ประชาชนในสังคมไทยได้รับโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมและเสมอภาค โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพในข้อที่ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน (๕.๒) “การพัฒนาบริการสุขภาพ” โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากร และทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น และให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากร เพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับ ดูแล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน ในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยส่งเสริมการร่วมลงทุน การใช้ทรัพยากร และบุคลากรร่วมกันโดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาการจัดบริการทางสุขภาพ ให้แก่ประชาชนไทยตลอดช่วงวัยทุกคน รวมถึงสังคมเพื่อประชาชน

สุขภาพดี สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานที่สอดคล้องกับงานสุขภาพภาคประชาชน คือ การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบด้วย เป็นการอภิบาลแบบเครือข่ายเอื้ออำนาจระบบสุขภาพแห่งชาติเชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน กระทรวงฯ ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศก้าวสู่ประเทศไทย ๔.๐ เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี ๒๕๗๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง ๑ ใน ๔ ของประชากรทั้งหมดในการดำเนินงานได้กำหนดแผนเป็น ๔ ระยะ ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน ๔ ด้าน คือ ๑) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence) ๒) ด้านระบบบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) ด้านการบริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence) ตลอดจนดำเนินการขับเคลื่อนงานเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศสู่ประเทศไทย ๔.๐ กำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) มีกลไกการขับเคลื่อนงาน ประกอบด้วย ๓ กลไก ๑๐ ประเด็นหลัก ภายใต้การพัฒนา “มั่งคั่ง มั่งคั่ง ยั่งยืน” งานสุขภาพภาคประชาชนมีบทบาทเข้าร่วมในการขับเคลื่อนในกลไก Inclusive Growth Engine (ลดรายจ่าย) ภายใต้กรอบประเด็น “**อสม.๔.๐**” มุ่งเน้นให้ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา เบื้องต้น พื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ให้บริการทางด้านสุขภาพที่เพิ่มเติมจากระบบการให้บริการทางสุขภาพที่รัฐจัดให้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมระบบสุขภาพภาคประชาชน ตามวิสัยทัศน์ตามยุทธศาสตร์ระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ คือ “**เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชนให้มีคุณภาพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม**” เป้าประสงค์ที่ ๒ ประชาชนทุกคนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้และชุมชนจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาและยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่าย การบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ จำเป็นต้องมีการวางแผนและบริหารจัดการ “กำลังคนด้านสุขภาพ” ให้เพียงพอ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ตลอดจนพร้อมเผชิญกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญที่ควรอยู่ในความสนใจของสังคมอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง ภายใต้เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ มีประมาณ ๑.๐๔ ล้านคน กรมฯ มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นหัวใจสำคัญในการช่วยให้ประเทศไทยก้าวสู่ยุค Thailand ๔.๐ สามารถพัฒนาตนเองผ่านเครื่องมือสมัยใหม่ให้มีความรอบรู้และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการจัดการสุขภาพชุมชน (TPAR) ได้แก่ การสร้างทีมสุขภาพ (Team) การวางแผนการดำเนินงานในชุมชน (Plan) การจัดกิจกรรมโดยชุมชน (Activity) และการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Result) การวางแผนการพัฒนา อสม. ซึ่งถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญให้สอดคล้องกับสถานการณ์ยุคประเทศไทย ๔.๐ เป็นเรื่องที่มีความจำเป็นมาก ผู้วิจัยจึงศึกษาสถานการณ์และทิศทางการพัฒนา อสม. ในยุคประเทศไทย ๔.๐

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๒.๑ เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย

๒.๒ เพื่อศึกษาทิศทางการพัฒนา อสม. ให้สอดคล้องกับยุคประเทศไทย ๔.๐

๑.๓ ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาสถานการณ์การพัฒนา อสม. ปัจจุบันในครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการสรรหาและคัดเลือก นโยบายและวิธีการพัฒนา บทบาทหน้าที่ สวัสดิการและการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ และผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม. รวมถึงทิศทางการพัฒนา อสม. ในยุคประเทศไทย ๔.๐

๑.๔ นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า ๑๐ หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ

สถานการณ์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง กระบวนการพัฒนา อสม. ตั้งแต่ ๑. การคัดเลือก สรรหา อสม. ๒.การพัฒนาศักยภาพ อสม. ๓.บทบาทหน้าที่ อสม. ๔. สวัสดิการ และเสริมสร้างขวัญกำลังใจ อสม. และ ๕. ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม.

การสรรหาและคัดเลือก อสม. หมายถึง การคัดเลือกผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนด เข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำคุ้มบ้านนั้น

การพัฒนาศักยภาพ อสม. หมายถึง กระบวนการที่จะส่งเสริมให้ อสม. มีความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจ ตลอดจนทัศนคติ เพื่อให้มีการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การให้ความรู้ผ่านการประชุมประจำเดือน การอบรม/ฝึกปฏิบัติ การศึกษาผ่านช่องทางดิจิทัล เช่น website application สุขภาพ

บทบาทหน้าที่ อสม. หมายถึง บทบาทและหน้าที่ของ อสม. ตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนด รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ในการสร้างสุขภาพในชุมชน

สวัสดิการ อสม. หมายถึง สิทธิประโยชน์ของ อสม. และบุคคลในครอบครัว ตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนด ได้แก่ ๑) บัตรประจำตัว อสม. ๒) การลดค่าโดยสารรถไฟ ๓) การเทียบตำแหน่ง อสม. ๔) การยกระดับการศึกษาขึ้นพื้นฐาน ๕) การเบิกค่าใช้จ่ายในการออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ๖) ค่าป่วยการ ๗) ค่าตอบแทนครูประจำกลุ่ม ๘) การได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับ อสม. และบุคคลในครอบครัว ๙) การจัดสรรโควตาเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข ๑๐) คุณสมบัติการสมัครและการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

การเสริมสร้างขวัญกำลังใจ อสม. หมายถึง การเชิดชูเกียรติ อสม. ที่มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน จะได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. ดีเด่น ใน ๑๑ สาขา โดยดำเนินการคัดเลือกตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพ ภาค และระดับชาติ ได้แก่ สาขาที่ ๑ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สาขาที่ ๒ การส่งเสริมสุขภาพ สาขาที่ ๓ สุขภาพจิตชุมชน สาขาที่ ๔ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน สาขาที่ ๕ การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ สาขาที่ ๖ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สาขาที่ ๗ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ สาขาที่ ๘ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน สาขาที่ ๙ การจัดการสุขภาพชุมชน สาขาที่ ๑๐ นมแม่ อนามัยแม่และเด็ก และ สาขาที่ ๑๑ ทันตสุขภาพ

ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม. หมายถึง ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นในชุมชน จากการปฏิบัติงานของ อสม. ในชุมชน เริ่มจากการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เป็นแกนนำในการสร้างเครือข่ายในชุมชนจากทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดการรวมทีม (Team) ร่วมกันวางแผน/แนวทางการพัฒนาชุมชน (Plan) ร่วมกันดำเนินกิจกรรมในชุมชน (Activity) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ (Result) ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่พึ่งตนเองได้

การพัฒนา อสม. ยุค ๔.๐ หมายถึง การนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในการพัฒนา อสม. และ อสม. สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยในการเข้าถึงข้อมูล ตัดสินใจ และปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา

๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๕.๑ เพื่อทราบสถานการณ์การพัฒนา อสม. ในปัจจุบัน

๑.๕.๒ เพื่อทราบทิศทางการพัฒนา อสม. ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของประเทศ

บทที่ ๒ แนวคิด และทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๓ ส่วน ได้แก่

๒.๑ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

- ๑) พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ๒) นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและการพัฒนา อสม. ในยุคปัจจุบัน
- ๓) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคน

๒.๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ กรอบแนวคิดในงานวิจัย

มีรายละเอียด ดังนี้

๒.๑ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๑) พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การทบทวนพัฒนาการของการพัฒนา อสม. ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข แบ่งเป็น ๕ ระยะ ดังนี้

ทศวรรษที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๙) อยู่ในช่วงระหว่างแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ - ๖ ช่วงครึ่งแรก เป็นการจัดโครงสร้างพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐานฝึกรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นครูฝึกสาธารณสุขมูลฐาน คัดเลือกและอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อทำหน้าที่ *ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน* ให้ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ ช่วงครึ่งหลังพัฒนาเชิงคุณภาพของโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ เช่น การจัดตั้งกองทุนต่างๆ ในชุมชน และการดำเนินงานตามความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

แผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๙)

- แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔)

- บรรจุการสาธารณสุขมูลฐานไว้ในนโยบาย และแผนสาธารณสุขแห่งชาติ
- จัดตั้งการสาธารณสุขมูลฐาน ๘ องค์กรประกอบให้ครอบคลุมพื้นที่ชนบท ร้อยละ ๕๐
- มุ่งเน้นการค้นหาคัดเลือก และฝึกรวมชาวบ้านเป็น ผสส. และ อสม. โดยกำหนดบทบาทให้ *เป็น*

ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

- กระจายแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับให้เข้าใจและยอมรับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

- จัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้าน และการจัดการบริหาร ด้วยหลัก ๓ ก.

- แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙)

- ขยายการจัดตั้งและพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุข (ผสส./ อสม.) ให้ครบทุกพื้นที่ในชนบท และริเริ่มทดลองดำเนินการในเขตเมือง

- มุ่งเน้นให้ชุมชนระดับหมู่บ้านบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐาน ๘ องค์กรประกอบ และเพิ่มเป็น ๑๐ องค์กรประกอบในปลายแผนฯ ๕

- ผสมผสานการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานกับการพัฒนาชุมชนด้านอื่นโดยกำหนดให้สาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งเป้าหมายและวิธีการ

- ริเริ่มโครงการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น โครงการปีรณรงค์ พัฒนาคุณภาพชีวิต หมู่บ้านพึ่งพาตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน

ทศวรรษที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๓๐ – ๒๕๓๙) อยู่ในช่วงระหว่างแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๖ - ๗ มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เกิดความก้าวหน้าของกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน และกองทุนบัตรสุขภาพ *ผลส. ยกระดับขึ้นมาเป็น อสม. ทั้งหมด และจัดตั้ง ชมรม อสม. ระดับต่างๆ*

การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๙)

● แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๔)

- เน้นพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานให้สามารถพึ่งตนเองทางสาธารณสุขในระดับชุมชนพัฒนา ๓ ก. ในหมู่บ้าน

- โครงการนำร่องการดูแลตนเองในระดับชุมชนครอบครัว และปัจเจกบุคคล

- ส่งเสริมองค์กรภาคธุรกิจเอกชนองค์กรพัฒนาเอกชนเข้าร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน

- โครงการนำร่อง ๔ องค์กรประกอบสาธารณสุขมูลฐาน (๔ PHC)

● แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๓๕๓๙)

- ปรับปรุงโครงสร้าง ศสมช. พัฒนา ๓ ก. และเพิ่มการพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน และจัดตั้ง ศสมช.

- สนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรประชาชน และธุรกิจเอกชนเข้าร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

- เพิ่มองค์กรประกอบสาธารณสุขมูลฐานจาก ๑๐ องค์กรประกอบ เป็น ๑๔ องค์กรประกอบ

- พัฒนากลไกและกระบวนการถ่ายทอดความรู้ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุขมูลฐาน

- เน้นการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว

ทศวรรษที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๔๐ – ๒๕๔๙) อยู่ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๙ ช่วงครึ่งแรก เร่งรัดการพัฒนาเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ โดยมี อสม. เป็นผู้ปฏิบัติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน ปัญหาสาธารณสุขลดลง ประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ครึ่งหลัง มีการปฏิรูประบบราชการ ส่งผลให้หน่วยงานที่รองรับภารกิจต้องปรับจาก “สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน” เป็น “กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน” สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ส่งผลให้สาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพภาคประชาชน เน้นเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ *พัฒนา อสม. จากนักปฏิบัติเป็นนักพัฒนา*

การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ ๓ (๒๕๔๐ - ๒๕๔๙)

● แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๔๔)

- เน้นพัฒนาคณะกรรมการสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)

- จัดสรรงบประมาณแนวใหม่ จากงบสนับสนุนรายกิจกรรมเป็นรายหมู่บ้าน (พัฒนาศักยภาพกำลังคน แก้ปัญหาสุขภาพ และจัดบริการใน ศสมช.)
- ประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้าปี ๒๕๔๓ (Health for All by the year ๒๐๐๐)
- แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙)
 - ถ่ายโอนงบอุดหนุนเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ร.บ. กระจายอำนาจ) หมู่บ้านละ ๗,๕๐๐ บาท/หมู่บ้าน/ปี ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปรับเพิ่มเป็น ๑๐,๐๐๐ บาท
 - จัดตั้งกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อรับผิดชอบการสาธารณสุขมูลฐานแทนสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
 - ขยายแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานสู่ระบบสุขภาพภาคประชาชนเน้นการมีส่วนร่วมและสนับสนุนพหุภาคี
 - ส่งเสริมให้ชุมชนจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง ใช้รูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการพัฒนา

ทศวรรษที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๗) อยู่ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๐ - ๑๑ ปรับกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน มุ่งเน้นการบริหารจัดการ เสริมพลังชุมชน สร้างเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วม *พัฒนาศักยภาพ อสม.* จากนักพัฒนาเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน พัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลจัดการสุขภาพ เชื่อมระบบบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายระดับอำเภอ

การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙)

- แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔)
 - ส่งเสริมการใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชน
 - โครงการส่งเสริม อสม. เชิงรุก
 - แผนสุขภาพตำบล และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล
- แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)
 - เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่โดยใช้รูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ๕ องค์กรหลัก คือ รพ.สต. อบต. อสม. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 - สร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้รูปแบบ “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ” ในการพัฒนาเพื่อยกระดับองค์ประกอบ ๖ ด้านคือ การมีส่วนร่วม การจัดทำแผนด้านสุขภาพด้าน การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรม พัฒนาการประเมินผลและผลสัมฤทธิ์
 - *พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม.เชี่ยวชาญ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน*
 - สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ อสม. ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน อสม. ในชุมชน
 - พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

ทศวรรษที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน) อยู่ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

- มีการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) คนในครอบครัวเป็นตัวแทนคนในครอบครัวตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Long Term Care) โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney disease) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicated disease)
- พัฒนา อสม. ๔.๐ เน้นส่งเสริมทักษะทางดิจิทัล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ส่งเสริมบทบาท อสม. เป็นพี่เลี้ยง อสค.
- พัฒนาคำาบลจัดการสุขภาพสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เชื่อมกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและการพัฒนา อสม. ในยุคปัจจุบัน

การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ถือเป็นงานดำเนินงานในระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชน และชุมชนมากที่สุด การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานเชิงรุก ในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การปฐมพยาบาลเบื้องต้นฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการให้บริการสุขภาพของประชาชนชุมชน

การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน จึงให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคคลให้มีความเข้มแข็ง มีสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นฐานรากในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนในอนาคต ดังนั้นจึงยกตัวอย่างนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ดังนี้

(๑) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ไว้ดังนี้
หมวดที่ ๓ สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา ๔๗ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกัน และขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

หมวดที่ ๕ หน้าที่ของรัฐ มาตรา ๕๕ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวาระหนึ่งต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ (ข) ด้านอื่น ๆ (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

(๒) นโยบายด้านสาธารณสุข

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของไทย มีการพัฒนาเริ่มต้นในปี พ.ศ.๒๕๒๑ เมื่อประเทศไทยประกาศ “นโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน” ตามคำประกาศ Alma - Ata ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของการพัฒนาสาธารณสุขจากเดิมที่เน้นบทบาทของรัฐ และวิชาชีพเป็นศูนย์กลาง เป็นการพัฒนาบนฐานความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นที่ผสมผสานสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีการขยายความร่วมมือ

กับกระทรวงต่างๆ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และเริ่มให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชน โดยให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) นับเป็นก้าวแรกที่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพอย่างเต็มตัว ในฐานะกำลังคนสุขภาพนอกภาครัฐ เกิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามลำดับและก้าวสำคัญของการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทศวรรษที่ผ่านมา คือ การประกาศใช้ “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐”

แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ในเวทีระดับโลกปรากฏครั้งแรกในการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๙ ที่ประเทศแคนาดา ภายใต้คำประกาศ “กฎบัตรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” ได้กำหนด “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” เป็น ๑ ใน ๕ กลยุทธ์ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขแนวใหม่ (New public health)” ที่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ และเห็นถึงความจำเป็นของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ **นโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy)** คือ นโยบายเพื่อการดำเนินงานสาธารณสุข เช่น นโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นโยบายหลักประกันสุขภาพ นโยบายการควบคุมโรค นโยบายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ฯลฯ ซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนในส่วนของจัดการบริการสาธารณสุขต่างๆ การจัดการให้เกิดสุขภาพดีต้องคำนึงถึงการป้องกันหรือจัดการผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ดำเนินการด้วยนโยบายสาธารณะอื่นๆ นโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) จึงเป็นส่วนประกอบสำคัญส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) และทั้ง ๒ ส่วนต่างก็เป็นนโยบายสาธารณะ (Public Policy) เช่นกัน

รัฐบาลภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีนพคุณประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้แถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาของประเทศ มีนโยบาย ๑๑ ข้อ ข้อที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน คือ ข้อที่ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน (๕.๒) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมกกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น และให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐ และเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยส่งเสริมการร่วมลงทุน การใช้ทรัพยากร และบุคลากรร่วมกัน โดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

กระทรวงสาธารณสุข นำโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้ขานรับนโยบายรัฐบาล และกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกัน ในข้อที่ ๓ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบด้วย เป็นการอภิบาลแบบเครือข่าย เอื้ออำนวยระบบสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน

(๓) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)

นายกรัฐมนตรีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ในการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป และจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง ๒) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ๓) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ๔) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาค และเท่าเทียมกันทางสังคม ๕) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ๖) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสาธารณสุข ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ และการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคทางสังคม กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมทุนทางวัฒนธรรม และความเข้มแข็งของชุมชน

(๔) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีฯ โดยกำหนดวิสัยทัศน์ เป็นองค์การหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีเป้าหมายระยะ ๒๐ ปี คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” เนื่องจากระบบสุขภาพไทยที่กำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ ให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพของประเทศต่อไป สอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งและมั่นคง ยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพ ทัดเทียมกับนานาประเทศในเอเชีย ทิศทางการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) มี ๔ ระยะๆ ละ ๕ ปี ระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ปฏิรูประบบ ระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๙ สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๗๐ - ๒๕๗๔ สู่อุณหภูมิยั่งยืน ระยะที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๗๕ - ๒๕๗๙ เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย

ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence Strategies ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) (แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐)

(๕) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ ได้จัดทำขึ้นท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของประเทศที่เข้าสู่ประเทศไทย ๔.๐ โดยได้น้อมนำหลักปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งเป็นปรัชญาในการพัฒนาประเทศมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ - ๑๑ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้คนไทยเข้มแข็งและสามารถยืนหยัดได้อย่างมั่นคง ในการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้จัดทำบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ ตลอดจนประเด็นการปฏิรูปประเทศ นอกจากนี้ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน ทั้งในระดับกลุ่มอาชีพ ระดับภาค และระดับประเทศ ในทุกขั้นตอนอย่างกว้างขวาง และต่อเนื่องเพื่อร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ และทิศทางการพัฒนาประเทศ รวมทั้งร่วมจัดทำรายละเอียดยุทธศาสตร์ของแผนฯ เพื่อมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ซึ่งในมิติทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ ได้กำหนดแผนฯ ในการบริหารจัดการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ผ่านการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ควบคุมระบบควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ พร้อมนำเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารมาใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ห่างไกล จึงได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี ซึ่งจะเป็นตัวเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

(๖) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นแผนระยะ ๕ ปี เป็นกลไกในการเชื่อมเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยยึดหลัก ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อคนไทยมีสุขภาพที่ดี ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี ๒๕๗๙ ควบคู่กับกรอบการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การปรับโครงสร้างประเทศไทยสู่ประเทศไทย ๔.๐ การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ แนวทางแผนระยะ ๒๐ ปีด้านสาธารณสุข เพื่อวางรากฐานการพัฒนาระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี ให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ โดยแผนพัฒนาสุขภาพ ได้ดำเนินงานสอดคล้องกับงานสุขภาพภาคประชาชน ได้เริ่มต้นขึ้นในครั้งจัดทำฉบับที่ ๔ ขณะนั้น ใช้ชื่อว่า แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ (๒๕๒๐ - ๒๕๒๔) มุ่งเน้นการแก้ไขและลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเริ่มตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๓ **ด้วยกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐาน** และมีการอบรม ผสส./อสม. ครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๕๒๐

การพัฒนา **สาธารณสุขมูลฐาน** ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ (พ.ศ.๒๕๒๐ - ๒๕๒๔) ได้มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้ ๑.บรรจุการสาธารณสุขมูลฐานไว้ในนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ ๒.จัดตั้งการสาธารณสุขมูลฐาน ๘ องค์ประกอบ ให้ครอบคลุมพื้นที่ชนบท ร้อยละ ๕๐ ๓.มุ่งเน้นการค้นหาคัดเลือก และฝึกอบรมชาวบ้านเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยกำหนดบทบาทของอาสาสมัครเหล่านี้ให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ๔.กระจายแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภท และทุกระดับ ให้เข้าใจและยอมรับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน และ ๕.จัดตั้งกองทุนยา ประจำหมู่บ้าน และการบริหารจัดการด้วยหลัก ๓ ก (กำลังคน กองทุน กรรมการ)

(๗) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น ริเริ่มโดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly: UN) เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๑๐ โดยเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals: MDGs มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ประเทศต่างๆ พัฒนาประเทศเพื่อขจัดความยากจน ความหิวโหย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๑๕ หลังจากนั้น UN จึงได้ริเริ่มกระบวนการหารือเพื่อกำหนดวาระการพัฒนา ภายหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (The Post – ๒๐๑๕ Development Agenda) ตามกระบวนการทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยประเด็นสำคัญของการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals: SDGs ประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมายหลัก ที่ต้องบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ และเป้าหมายที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ คือ เป้าหมายที่ ๓ GOOD HEALTH AND WELL-BEING โดยเฉพาะข้อ ๓.๘ บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ เป็นประเด็นที่มีความสอดคล้องกับปฏิญญาอัสตานา (Declaration of Astana) ประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้เข้าร่วมประกาศเจตนารมณ์ในประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ (WHA) ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

(๘) ประเทศไทย ๔.๐ (Startup Thailand)

ตามยุทธศาสตร์สำคัญภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี เน้นเรื่องการพัฒนาสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ด้วยการสร้าง ความเข้มแข็งจากภายใน ขับเคลื่อนตามแนวคิด “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ผ่านกลไก “ประชารัฐ” หลายประเทศได้กำหนดโมเดลเศรษฐกิจรูปแบบใหม่เพื่อสร้างความมั่งคั่งในศตวรรษที่ ๒๑ เช่น สหรัฐอเมริกา ใช้ “A Nation of Makers” อังกฤษผลักดัน “Design of Innovation” จีนใช้ “Made in China ๒๐๒๕” อินเดีย ขับเคลื่อนด้วย “Made in India” เกาหลีใต้ใช้โมเดล “Creative Economy” เป็นต้น

ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่เริ่มจากสังคมเกษตรกรรม หรือประเทศไทย ๑.๐ เน้นการสร้างรายได้จากการเกษตรเป็นหลัก ต่อมาปรับเข้าสู่อุตสาหกรรมเบา หรือ ประเทศไทย ๒.๐ โดยมุ่งเน้นแรงงานราคาถูก ใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ เช่น สิ่งทอ อาหาร หลังจากนั้นปรับเปลี่ยนเข้าสู่ ประเทศไทย ๓.๐ ที่ให้ความสำคัญกับอุตสาหกรรมหนัก เช่น รถยนต์ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ต้นทุนและเทคโนโลยี

จากต่างประเทศเพื่อเน้นการส่งออก ทำให้ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อถึงหลังปี พ.ศ. ๒๕๔๐ อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจปรับลดลง และทำให้ประเทศไทย ติดอยู่ในกับดักประเทศรายได้ปานกลางมากกว่า ๒๐ ปี การปรับเปลี่ยนอีกครั้ง เพื่อเข้าสู่ประเทศไทย ๔.๐ หรือ Thailand ๔.๐ จึงเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจแบบเดิมที่ขับเคลื่อนด้วยอุตสาหกรรมไปสู่ เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม เพื่อผลักดันให้ประเทศหลุดพ้นจาก ๓ กับดักที่กำลังเผชิญ นั่นคือกับดักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำ และ กับดักความไม่สมดุลของการพัฒนา โดยใช้พลังประชารัฐในการขับเคลื่อน ผู้มีส่วนร่วมหลักประกอบด้วยภาคเอกชน ภาคการเงิน การธนาคาร มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยต่างๆ โดยเน้นตามความถนัดและจุดเด่นของแต่ละองค์กร และมีภาครัฐคอยสนับสนุนโดยแปลงความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ ให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน โดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา แล้วต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น ๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย อันประกอบด้วย

๑ กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ (Food, Agriculture & Bio – Tech)

๒ กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีการแพทย์ (Health, Wellness & Bio – Med)

๓ กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์และระบบเครื่องกลที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ควบคุม (Smart Devices, Robotics & Mechatronics)

๔ กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์

และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว (Digital, IoT, Artificial Intelligence & Embedded Technology)

๕ กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการที่มีมูลค่าสูง

(Creative, Culture & High Value Services)

จากประเด็นที่ได้กล่าวมาข้างต้น ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ โดยในระยะ ๕ ปีแรก **เน้นการปฏิรูประบบสุขภาพ** เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนตั้งแต่ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรงไปจนถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยควบคู่ไปกับการให้บริการด้านสุขภาพในเชิงรุก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มกำลังคนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไทย พร้อมทั้งนำนวัตกรรมเดิมเสริมนวัตกรรมใหม่ โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันมาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย และครอบคลุมทั้งประเทศ สอดรับกับการเป็น “ประเทศไทย ๔.๐” โดยเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล โปร่งใส และมีคุณธรรม

(๙) ระบบราชการยุคดิจิทัล

รัฐบาลดิจิทัล (Digital Government) หมายถึง การออกแบบและปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการของรัฐ โดยอาศัยข้อมูลดิจิทัลเพื่อสร้างบริการของรัฐในรูปแบบใหม่ผ่านเทคโนโลยี Mobile Social Cloud Technology ในยุคอินเทอร์เน็ต โดยมีลักษณะ ๓ ประการ ได้แก่

๑) Reintegration เป็นการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิด การกำกับควบคุมการบริหารภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ

๒) Needs-based holism เป็นการปรับปรุงองค์รภาครัฐเพื่อให้เกิดการให้บริการสาธารณะที่ให้ความสำคัญต่อการนำความต้องการของพลเมืองมาเป็นศูนย์กลาง

๓) Digitalization เป็นการใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ในการนำระบบบริหารสารสนเทศมาใช้ รวมถึงการให้ความสำคัญต่อการสื่อสารผ่านทางอินเทอร์เน็ตซึ่งจะเข้ามาแทนที่วิธีการทำงานแบบเดิม (Digital Economy Thailand, ม.ป.ป.)

แนวโน้มทิศทางการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลโลก

๑) Single View of Citizen การบูรณาการข้อมูลประชาชนให้เป็นภาพเดียว เป็นการบูรณาการข้อมูลบุคคลและนิติบุคคลที่กระจัดกระจายอยู่ในหลายหน่วยงานให้เป็นภาพเดียว เพื่อต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในการยกระดับคุณภาพงานบริการและการบริหารจัดการภาครัฐ

ตัวอย่าง ระบบอัลทีนน์ (Altinn) ของประเทศนอร์เวย์ ซึ่งมีการบูรณาการข้อมูลภาครัฐ ทำให้มีข้อมูลเพียงพอในการคำนวณและยื่นภาษีโดยอัตโนมัติ พลเมืองนอร์เวย์จึงไม่จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มเพื่อยื่นภาษี

๒) Personalized Customer Experience การให้บริการภาครัฐแบบเฉพาะเจาะจงรายบุคคล เป็นการมุ่งเน้นการให้บริการภาครัฐโดยคำนึงถึงความต้องการของประชาชน มีระบบวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อให้บริการแบบเฉพาะเจาะจงรายบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ตัวอย่าง พอร์ทัลการท่องเที่ยว (Incredible India) ของประเทศอินเดีย ซึ่งนำเสนอแผนการท่องเที่ยวที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคลให้แก่นักท่องเที่ยวและได้รับรางวัล World Travel Award ใน พ.ศ. ๒๕๕๒

๓) One Stop Service Management การให้บริการภาครัฐแบบครบวงจร ณ จุดเดียวเป็นการบริการที่รวบรวมข้อมูลและบริการของหลายหน่วยงานมาไว้ ณ จุดเดียวแบบครบวงจร

ตัวอย่าง ระบบจดทะเบียนธุรกิจออนไลน์ (Online Business Licensing Service: OBLs) ของประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นระบบกลางที่อำนวยความสะดวกให้นักธุรกิจสามารถยื่นขอใบอนุญาตเพื่อเริ่มต้นธุรกิจทุกประเภทได้ผ่านระบบเดียว และใช้เอกสารชุดเดียว

๔) Internet of Things & Mobility การเชื่อมต่ออุปกรณ์เคลื่อนที่เป็นการเชื่อมต่อข้อมูลจากอุปกรณ์ดิจิทัลต่างๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และอำนวยความสะดวกต่อประชาชน

ตัวอย่าง โครงการ Safe City ของประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นระบบรักษาความปลอดภัยสาธารณะที่บูรณาการข้อมูลจากกล้องวงจรปิดไปยังศูนย์บัญชาการ และนำเครื่องมือวิเคราะห์ภาพเคลื่อนไหวเชิงลึกมาประเมินสถานการณ์เสี่ยงเพื่อแจ้งเตือนเจ้าหน้าที่ก่อนเกิดเหตุ

๕) Big Data & Analytics การจัดการข้อมูลขนาดใหญ่และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เป็นการบริหารและจัดการข้อมูลจำนวนมาก ทั้งข้อมูลที่ถูกจัดเก็บในฐานข้อมูล และข้อมูลที่ยังไม่มีระบบจัดการ (Unstructured Data) โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเพื่อนำไปใช้ต่อยอดให้เกิดผล

ตัวอย่าง ระบบบูรณาการตลาดแรงงานแบบครบวงจร (Integrated Virtual Labor Market: IVLM) ของประเทศเยอรมัน ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคาดการณ์และวางแผนการผลิตบุคลากรให้ตรงความต้องการของตลาดแรงงาน

๖) Shared Services การใช้บริการทางเทคโนโลยีร่วมกัน เป็นการใช้เครือข่ายข้อมูลและโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยี เช่น บริการด้านซอฟต์แวร์ร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพจากการเพิ่มขนาด (Economies of Scale)

ตัวอย่าง ระบบ SingPass และ CorpPass ของประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นระบบกลางสำหรับยืนยันตัวตนและบริหารจัดการสิทธิในการเข้ารับบริการทางอิเล็กทรอนิกส์ทุกประเภทของทุกหน่วยงานภาครัฐ

๗. Rebalancing between Security & Facilitation การสร้างสมดุลระหว่างความปลอดภัยและการอำนวยความสะดวก การยืนยันตัวตนและการบริหารจัดการสิทธินั้นอาจมีขั้นตอนมาก จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความสมดุลระหว่างการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและการอำนวยความสะดวกให้เหมาะสม

ตัวอย่าง โปรแกรม Automated Passport Control ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งให้ผู้โดยสารที่ได้รับการยกเว้นวีซ่า สามารถลงทะเบียนล่วงหน้าเพื่อลดขั้นตอนการพิสูจน์ตัวตน ในขณะที่สามารถรักษามาตรฐานความปลอดภัยไว้ได้

๘. Outcome-driven Transformation การเปลี่ยนแปลงโดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ กระบวนการทำงานแบบครบวงจรทั้งในด้านทรัพยากรมนุษย์ ขั้นตอนการทำงาน เทคโนโลยี และกฎระเบียบ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงให้เกิดตามเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม

ตัวอย่าง การพัฒนาระบบยืนยันตัวตน (Aadhar) ของประเทศอินเดีย ที่ได้ศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศและนำมาประยุกต์ใช้เพื่อขับเคลื่อนการจัดเก็บข้อมูลลายนิ้วมืออิเล็กทรอนิกส์ให้เกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรม

๙. Change Leadership ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงโดยผู้นำระดับประเทศ มีความมุ่งมั่น มีวิสัยทัศน์ และเล็งเห็นความสำคัญของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาประเทศ

ตัวอย่าง การพัฒนารัฐบาลดิจิทัลในประเทศสาธารณรัฐเกาหลีที่ภาครัฐสามารถดำเนินงานได้ตามนโยบายและแผนปฏิบัติการที่วางไว้ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้นำประเทศอย่างต่อเนื่อง (Digital Government of Thailand, ๒๕๕๙)

รัฐบาลได้กำหนดวิสัยทัศน์รัฐบาลดิจิทัล คือ “ยกระดับภาครัฐไทยสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัลที่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน มีการทำงานแบบอัจฉริยะให้บริการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริง” ในการยกระดับขีดความสามารถเชิงดิจิทัลของภาครัฐไทยสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัลดังวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้นั้น ต้องอยู่บนพื้นฐานของการดำเนินการ ๔ ประการ ได้แก่ การบูรณาการภาครัฐ (Government Integration) การดำเนินงานแบบอัจฉริยะ (Smart Operation) การให้บริการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-centric Services) และการสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Driven Transformation)

๑) การบูรณาการภาครัฐ (Government Integration) การบูรณาการภาครัฐ (Government Integration) คือการบูรณาการระหว่างหน่วยงานรัฐต่างๆ ตั้งแต่การเชื่อมโยงข้อมูล บริการ ไปจนถึงการดำเนินงานเพื่อยกระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและการให้บริการของรัฐ ทั้งในระดับหน่วยงานย่อยไปจนถึงระดับกระทรวง ซึ่งการเกิดการบูรณาการภาครัฐดังกล่าวจะทำให้รัฐบาลตระหนักถึงความต้องการและความจำเป็นใน

การนำเทคโนโลยีมาปรับใช้กับการดำเนินงานต่างๆ ในแต่ละหน่วยงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ ระยะเวลาการดำเนินการ หรือแม้แต่การดูแลรักษาระบบต่างๆ อีกทั้งยังเพิ่มประสิทธิภาพจากการใช้บริการทางเทคโนโลยีร่วมกัน (Share Services) และการประหยัดต่อขนาด (Economies of Scale) ในการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานกลาง นอกจากนี้ การบูรณาการภาครัฐยังนำไปสู่การให้บริการภาครัฐแบบครบวงจร จุดเดียว (One Stop Service) ที่สามารถตอบโจทย์ด้านการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนได้มากยิ่งขึ้น

๒) การดำเนินงานแบบอัจฉริยะ (Smart Operation) การดำเนินงานแบบอัจฉริยะ (Smart Operation) คือการนำเทคโนโลยีและอุปกรณ์ดิจิทัลที่เหมาะสมมาสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐไทย เพื่อให้สามารถดำเนินงานอย่างถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว และตรงจุดมากขึ้น โดยมีการเชื่อมต่อระหว่างเครื่องมืออุปกรณ์ (Internet of Things) ต่างๆ อย่างทั่วถึง ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้เป็นปัจจุบันและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นอาจมีการเชื่อมต่อเครื่องมืออุปกรณ์ให้สื่อสารถึงกันแบบอัตโนมัติโดยไม่ต้องอาศัยการควบคุมของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา ซึ่งเมื่อนำระบบการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) มาช่วยจัดระเบียบฐานข้อมูล ประกอบกับนำเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก (Analytics) มาช่วยทำความเข้าใจข้อมูลอย่างลึกซึ้ง จะช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ภาครัฐไทยสามารถคาดการณ์ล่วงหน้า เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ และหน่วยงานภาครัฐไทยสามารถจัดทำบริการแบบเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓) การให้บริการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-centric Services) การให้บริการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-centric Services) คือการยกระดับงานบริการภาครัฐให้ตรงกับความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยภาครัฐไทยจะต้องรักษาสมดุลระหว่างความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน ข้อมูลของประชาชน และการอำนวยความสะดวก (Rebalancing between Security & Facilitation) ตลอดจนกำหนดระดับการรักษาความปลอดภัยและระดับความเข้มงวดของการยืนยันพิสูจน์ตัวตนให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของงานบริการ ประเภทของงานบริการ และกลุ่มผู้รับบริการต่างๆ

๔) การสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Driven Transformation) การสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Driven Transformation) คือการวางแนวทางการขับเคลื่อนภาครัฐไทยสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัลในทุกระดับของบุคลากรภาครัฐโดยอาศัยกระบวนการเปลี่ยนแปลงโดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Outcome-driven Transformation) ที่มีการปรับเปลี่ยนองค์กรแบบครบวงจร (End-to-End Transformation) ทั้งในด้านทรัพยากรมนุษย์ (People) ขั้นตอนการทำงาน (Process) เทคโนโลยี (Technology) และกฎระเบียบ (Regulation) รวมทั้งมีการขับเคลื่อนโดยมีการบริหารจัดการโครงการและการกำกับดูแล (Project Management and Governance) ที่ชัดเจน ภายใต้การสนับสนุนของผู้นำระดับประเทศที่มีความมุ่งมั่น มีวิสัยทัศน์ และเล็งเห็นความสำคัญของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาประเทศอย่างแท้จริง (Change Leadership) อันจะส่งผลให้ภาครัฐสามารถดำเนินงานตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการได้อย่างไร้รอยต่อ

(๑๐) ปฏิญญาด้านสาธารณสุขมูลฐาน

๑๐.๑) ปฏิญญาอัลมา - อตา (Declaration of Alma-Ata)

จากมติที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปี พ.ศ. ๒๕๒๐ มีมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึง

ความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” ที่ประชุมได้เรียกร้องให้รัฐบาลทุกประเทศเป็นผู้รับผิดชอบและจัดหาวิธีที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๓ (Health for all by the year ๒๐๐๐)

พ.ศ. ๒๕๒๑ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care; PHC) ที่เมือง อัลมา - อตา ประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย เพื่อร่วมกันพิจารณาหาวิธีที่จะทำให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ และที่ประชุมได้มีแถลงการณ์ที่กันเรียกว่า ปฏิญญาอัลมา - อตา ซึ่งระบุว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเพื่อความยุติธรรมในสังคม และเป็นกุญแจที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี ๒๕๔๓ ได้” โดยเน้นว่าจะต้องนำสาระสำคัญของกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพมาบรรจุไว้เป็นนโยบายภาครัฐ ได้แก่ ๑) การเข้าถึงการให้บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ๒) การมีส่วนร่วมของชุมชน ๓) การพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพ ๔) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และ ๕) ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และได้มีการย้ำถึงความสำคัญเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครที่ทำงานด้านสุขภาพ หรือที่เรียกกันว่า อาสาสมัครสุขภาพชุมชน (Community Health Worker: CHW) ซึ่งพบว่ามีความหลากหลายในคำเรียกที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่คำที่เรียกที่รับรู้กันโดยทั่วไปคือ อาสาสมัครสุขภาพชุมชน หรือ CHW ปฏิญญาอัลมา - อตา (พ.ศ. ๒๕๒๑) มีคำแถลงการณ์ ๑๐ ข้อ ประกอบด้วย

๑. การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า “ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มีได้เพียงปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วยเท่านั้น”

๒. ความไม่เสมอภาค เรื่องสุขภาพของประชาชนระหว่างประเทศรวย/จน เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ทุกประเทศต้องร่วมมือแก้ไข

๓. การพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม สำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า เพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำระหว่างสุขภาพประชาชนในประเทศที่รวย/จน การส่งเสริมปกป้องสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างถาวร

๔. ประชาชนทุกคนมีสิทธิและหน้าที่ ที่จะต้องร่วมมือในการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพอนามัยของทุกคน

๕. ทุกรัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน: ประชาชนบนโลกทุกคนบรรลุการมีสุขภาพดี ใน ๒๕๔๓ กุญแจสำคัญ คือ “การสาธารณสุขมูลฐาน”

๖. การสาธารณสุขมูลฐาน คือ บริการสุขภาพอนามัยอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตของมนุษย์ ที่ใช้วิธีการและเทคโนโลยีตามหลักวิทยาศาสตร์เป็นที่ยอมรับของสังคม

๗. การสาธารณสุขมูลฐานต้องมีลักษณะ ดังนี้ (๑) สะท้อนสภาพปัญหาของประเทศ (๒) วินิจฉัยปัญหาสุขภาพ จัดบริการสอดคล้องกับปัญหา (๓) มีองค์ประกอบตามความจำเป็นพื้นฐาน (๔) สัมพันธ์กับการพัฒนาประเทศ (๕) ส่งเสริมการพึ่งตนเอง สร้างการมีส่วนร่วม (๖) เชื่อมโยงระบบบริการ การส่งต่อ บริการทั่วถึงให้ความสำคัญแก่ผู้ด้อยโอกาสก่อน (๗) อาศัยความร่วมมือทุกระดับ

๘. ทุกรัฐบาลควรกำหนดนโยบายวิธีการเพื่อพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขที่สมบูรณ์

๙. ทุกประเทศร่วมมือกันเพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชากรของโลก

๑๐. ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชากรโลก ภายในปี ๒๕๔๓ จะบรรลุได้ด้วยการใช้ทรัพยากรของโลกให้เป็นไปอย่างสมบูรณ์ เช่น การพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม

๑๐.๒) ปฏิญญาอัสตานา (Declaration of Astana)

ในการประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน : จากปฏิญญาอัลมา - อตา สู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ณ เมืองอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน พ.ศ. ๒๕๖๑ การรับรองข้อความในพันธสัญญาตามความปรารถนาแห่งปฏิญญาอัลมา - อตา เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๑ และเพื่อให้บรรลุ SDGs และ UHC ซึ่งได้จัดทำเป็นปฏิญญาระดับนี้ขึ้น มองภาพในอนาคตว่า ภาครัฐและสังคม จะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม คุ้มครองสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน การสาธารณสุขมูลฐานและการบริการด้านสุขภาพ จะต้องมีความปลอดภัย ครอบคลุม เข้าถึงบริการง่าย และราคาเหมาะสม บุคลากร มีทักษะชำนาญ กระจือรื้อวัน ประชาชนและชุมชน จะต้องได้รับเสริมพลังและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ภาคเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องจะต้องให้การสนับสนุนที่ดีต่อนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาและแผนการดำเนินงานของประเทศ ปฏิญญาอัสตานา (พ.ศ. ๒๕๖๑) มีคำแถลงการณ์ ๗ ข้อ ประกอบด้วย

๑. ความมุ่งมั่นที่จะเคารพ ปกป้อง และส่งเสริมการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานสูงสุดเท่าเทียมทุกคน ครอบคลุม ๔๐ ปีของปฏิญญาอัลมา - อตา ยังคงยืนยันหลักการของปฏิญญา โดยเฉพาะความเป็นธรรม เป็นหนึ่งเดียวกัน ความสำคัญของสุขภาพ มั่นคงและปลอดภัย

๒. การสาธารณสุขมูลฐานที่เข้มแข็งจะเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีทุกด้าน เป็นรากฐานของระบบสุขภาพที่ยั่งยืน บรรลุ UHC และ SDGs เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเท่าเทียมกัน ตามสมควร โดยไม่เป็นภาระด้านการเงิน

๓. การดำเนินที่โดดเด่นตลอดเวลา ๔๐ ปี แต่ยังมีผู้คนจำนวนมากในภาคส่วนต่างๆ ของโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ยากไร้, ผู้ด้อยโอกาส ฯลฯ ยังไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ เกิดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ ระบบการบริการสุขภาพต้องเข้าถึงได้ง่าย เท่าเทียม ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

๔. กำหนดนโยบายการสร้างสุขภาพดีในทุกภาคส่วน ทำให้ทุกคนพอใจในการรับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในท้องถิ่น ทุกภาคส่วนต้องมีนโยบายด้านสุขภาพบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อให้บรรลุ UHC โดยไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง

๕. สร้างการสาธารณสุขมูลฐานที่ยั่งยืน สร้างความเข้มแข็ง เพิ่มขีดความสามารถและโครงสร้างพื้นฐานของบริการปฐมภูมิ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเท่าเทียมทางเพศ เป็นที่ยอมรับ เข้าถึงได้ง่าย ราคาเหมาะสม ให้บริการอย่างต่อเนื่อง อย่างบูรณาการตลอดช่วงวัย สาธารณสุขมูลฐานจะบรรลุผลได้ โดยการผลักดัน : การสร้างองค์ความรู้และศักยภาพ ประยุกต์ใช้ความรู้ทุกเรื่อง ศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่อง แบ่งปันความรู้และประสบการณ์ ทรัพยากรมนุษย์ในด้านสุขภาพ สร้างงานที่มีคุณค่า ค่าตอบแทนเหมาะสม สร้างแรงจูงใจ และรักษาบุคลากร เทคโนโลยี สนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ ใช้ยาที่คุณภาพ ราคาไม่สูง ใช้เทคโนโลยีที่ช่วย ด้านการเงิน เรียกร้องให้ทุกประเทศลงทุนในการสาธารณสุขมูลฐาน

๖. เราจะสนับสนุนให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชนส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการที่มีผลต่อสุขภาพ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะ ในการรักษาสุขภาพ เพิ่มความเป็นเจ้าของชุมชน เพื่อช่วยเหลือชาวบ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงสุขภาพที่ดี และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

๗. เราเรียกร้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ร่วมสร้างความเข้มแข็ง และความยั่งยืนผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บนพื้นฐานของสาธารณสุขมูลฐาน อำนาจความสะดวกรวดเร็วกว่าประเทศสมาชิก และร่วมมือกันแบ่งปันความรู้และแนวปฏิบัติในการดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จ จะดำเนินการทันทีที่ประกาศฯ ด้วยความสามัคคีและร่วมมือกัน ระหว่างรัฐบาล, องค์การอนามัยโลก, กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ทุกองค์กรให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนครั้งนี้ และตรวจสอบผลการดำเนินงานตามปฏิญญานี้ภายใต้ร่วมมือทุกภาคส่วน ทุกความร่วมมือจะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการมีสุขภาพ และสุขภาพที่ดีของทุกคน “โดยจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

(๑๑) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนระบบคุ้มครองประชาชนด้านบริการสุขภาพ ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน และองค์กรภาคเอกชนเพื่อการบริการสุขภาพ อันทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถพิทักษ์สิทธิและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๖ วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ “เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชนให้มีคุณภาพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม” เป้าประสงค์ข้อ ๒ “ประชาชนทุกคนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้และชุมชนจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน” ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนา และยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่าย มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ คือ ประชาชน ครอบครัว และชุมชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้

๓) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษา รวบรวม และทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายถึง แนวทางการพัฒนากำลังคน เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

ความหมายและความสำคัญของการจัดการทรัพยากรมนุษย์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักทฤษฎี นักวิชาการ นักวิจัยได้ให้ความหมาย ของการจัดการ ทรัพยากรมนุษย์ ไว้ในแง่มุมมองที่แตกต่างกัน มีดังนี้ พิชิต เทพวรรณ (๒๕๕๔) ได้ให้ความหมายว่าของการจัดการ ทรัพยากรมนุษย์ว่า หมายถึง เป็นนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่เป็นการจัดหาการใช้และการรักษาไว้ซึ่งทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานและส่งต่อความสำเร็จต่อความสำเร็จขององค์กร ซึ่งความหมายโดยนัยนี้สอดคล้องกับทัศนะของปราชญา กล้าผจญ และ พงศา บุตรสุทธีวงศ์ (๒๕๕๐) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจและการ

ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทุกระดับในหน่วยงาน เพื่อให้เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด อันจะส่งผลให้พวกเขาเหล่านั้น สามารถสร้างความสำเร็จสูงสุดให้แก่องค์กร

บรรพต วิรุณราช (๒๕๕๒) ได้ให้ความหมายของการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ไว้อย่างกว้างๆ หมายถึง การมองในแง่มุมที่ลูกจ้างเป็นทรัพยากรมากกว่าผลงานที่ลูกจ้างทำตามใบสั่ง เพราะลูกจ้างเป็นทรัพยากร ดังนั้น นายจ้างจะต้องใช้ลูกจ้างอย่างระมัดระวังและดูแลเอาใจใส่เหมือนทรัพยากรอื่นๆ เช่น เงิน, รถ, บ้าน เป็นต้น ซึ่งใช้อย่างระมัดระวังและต้องบำรุงรักษาด้วย

Andersen, Cobbold, and Lawrie (๒๐๐๕) ให้ความหมายของ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ว่า หมายถึง กิจกรรมการจัดการ และงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและรักษาคุณภาพการทำงาน ทรัพยากรมนุษย์ เป็นทางซึ่งนำไปสู่ประสิทธิภาพขององค์กร สอดคล้องกับ Terry-Armstrong, Biddle, Mulas, and Anderson (๒๐๑๐) ที่ได้ให้ ความหมายของการจัดการทรัพยากรมนุษย์ไว้ว่าคือ ความสัมพันธ์ของการว่าจ้างและการจัดการ พนักงานในองค์กรซึ่งครอบคลุมกิจกรรม กลยุทธ์การจัดการทรัพยากรมนุษย์ การจัดการทุนมนุษย์ การจัดการ องค์ความรู้ การพัฒนาองค์กร ทรัพยากรมนุษย์ (การวางแผนการสรรหา การเลือกและการจัดการคนเก่ง) การ จัดการผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาและการเรียนรู้ในองค์กร การจัดการค่าตอบแทน แรงงานสัมพันธ์และการ จัดการด้านสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงาน

นอกจากการให้ความหมายด้วยการระบุถึงกิจกรรมของ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ข้างต้น ยังมีผู้ให้ ความหมายในเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ French, Bell, Zawacki, and Contreras (๒๐๐๗) ได้ให้ความหมาย ไว้ว่า หมายถึง การนำเอาปรัชญา นโยบาย กระบวนการ และการปฏิบัติงานที่มีความสำคัญกับการจัดการคนในองค์กร การจัดการคน หรือบางที่เรียกว่า การจัดการบุคคลสมัยใหม่ ซึ่งโดยความหมายในเชิงปฏิบัติคือการสอดคล้องกับ แนวคิดของ Dessler and Tan (๒๐๐๙) ที่ได้ให้ความหมายเช่นเดียวกันว่า หมายถึง นโยบายและการปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะประเด็นการได้มาซึ่งทรัพยากรมนุษย์ การฝึกอบรม การ ประเมินผล การปฏิบัติงาน การให้รางวัลและการจัดการเรื่องความปลอดภัย จริยธรรมและความยุติธรรมให้กับ พนักงานในองค์กร

Wongsansri, ๒๐๐๒ ได้ให้ความหมายไว้ว่าหมายถึง กระบวนการที่ผู้บริหารใช้ศิลปะและกลยุทธ์ ดำเนินการสรรหา คัดเลือก และบรรจุบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้าปฏิบัติงานในองค์กรพร้อมทั้งใส่ใจ พัฒนาบำรุงรักษาให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีในการ ปฏิบัติงาน และยังรวมถึงการแสวงหาวิธีการที่ทำให้บุคลากรในองค์กรที่ต้องพ้นจากการปฏิบัติงานด้วยเหตุ ทุพพลภาพ เกษียณอายุ หรือเหตุอื่นใดในงานให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากความหมายของ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ ทั้งหมดที่กล่าวมา เมื่อสรุปความหมายในแง่มุมที่ แตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้ให้ความหมายในแต่ละคน ซึ่งผู้วิจัย ให้ความหมาย การจัดการทรัพยากรมนุษย์ หมายถึง การบริหารบุคลากรในองค์กรอย่างเหมาะสมเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลและองค์กร ซึ่งให้ความสำคัญต่อ บุคคลเสมือนทรัพย์สินขององค์กร โดยบุคลากรจะนำ เอานโยบาย วิธีการปฏิบัติงานและองค์ความรู้ต่างๆ มาใช้ ในการพัฒนาองค์กร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อองค์กรโดยรวม โดยผ่านกระบวนการการ จัดการทรัพยากรมนุษย์ การวิเคราะห์และออกแบบงาน การวางแผนกำลังคน การสรรหา การคัดเลือก การฝึกอบรม

การพัฒนา การบริหารค่าจ้างและเงินเดือน การประเมินผลการปฏิบัติงาน การธำรงรักษาหลักคุณธรรม (Merit system) โดยการบริหารทรัพยากรมนุษย์จะต้องอาศัยระบบคุณธรรมเข้ามาใช้ประกอบ เนื่องจาก ระบบคุณธรรมเป็นวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน โดยใช้การสอบรูปแบบต่างๆ เพื่อประเมินความรู้ ความสามารถของบุคคลที่มีคุณสมบัติครบตามต้องการ โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลทางการเมืองหรือความสัมพันธ์ส่วนตัวเป็นสำคัญ (ไพโรจน์ อุลิต, ๒๕๔๗) โดยการบริหารทรัพยากรมนุษย์ตามระบบคุณธรรมยึดหลัก ๔ ประการ ได้แก่ ๑) ความเสมอภาคในโอกาส (Equality of opportunity) หมายถึง การเปิดโอกาสที่เท่าเทียมกันในการสมัครงาน โดยไม่กีดกัน ฐานะ เพศ ผิวและศาสนา เข้ามาสอบแข่งขัน ตกลงเรื่องค่าตอบแทน รวมถึงการเสนอหน้าในเรื่องระเบียบและมาตรฐานขององค์การ ๒) หลักความสามารถ (Competence) หมายถึง การยึดถือความรู้ความสามารถเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยเลือกผู้สมัครที่เหมาะสม ๓) หลักความมั่นคงในอาชีพการงาน (Security on tenure) หมายถึง หลักประกันการปฏิบัติงานที่จะคุ้มครองพนักงานไม่ให้ถูกให้ออกจากงานโดยปราศจากความผิด และ ๔) หลักความเป็นกลางทางการเมือง (Political neutrality) หมายถึง การไม่เปิดโอกาสให้มีการใช้อิทธิพลทางการเมืองเข้าแทรกแซงในกิจการงาน หรืออยู่ภายใต้อิทธิพลของนักการเมืองหรือพรรคการเมืองใด ๆ (ไพโรจน์ อุลิต, ๒๕๔๗) นอกจากนี้ บุษบา กรัยวิเชียร (๒๕๕๑) ได้กล่าวถึง พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในเรื่องของระบบคุณธรรมแนวใหม่ (Redefined merit principle) ที่ประกอบไปด้วย การสรรหา/ แต่งตั้งระบบเปิด มีการแข่งขันภายในและภายนอกทุกระดับตำแหน่ง, การพิจารณาสมรรถนะ ผลงาน และความประพฤติของเจ้าหน้าที่ ความมั่นคงในการจ้างงานตามผลงานและการดูแลการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเรื่องของโอกาสและรายได้ และความเป็นกลางทางการเมืองในการคุ้มครองระบบคุณธรรม กล่าวโดยสรุปในเรื่องของระบบคุณธรรมในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ คือ การนำคุณธรรมเข้ามาสู่ระบบการบริหารทุกระดับของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ โดยไม่ใช้เหตุผลทางการเมืองหรือความสัมพันธ์เป็นหลักสำคัญตามระบบอุปถัมภ์ (Patronage system) หรือ ที่เรียกว่าระบบซุบเลี้ยง ระบบพรรคพวก ซึ่งต้องยึดหลัก ๔ ประการ ได้แก่ ๑) ความเสมอภาคในโอกาส (Equality of opportunity) เป็นการเปิดโอกาสที่เท่าเทียมกันในการสมัครงาน การสรรหา แต่งตั้ง การพิจารณาค่าตอบแทน การอยู่ในกรอบระเบียบองค์การ ๒) หลักความสามารถ (Competence) เป็นการคัดเลือกจากความรู้ความสามารถของผู้เข้าสมัครให้ได้บุคลากรที่เหมาะสม ๓) หลักความมั่นคงในอาชีพการงาน (Security on tenure) เป็นหลักการที่ผู้บริหารใช้ในเรื่องของความมั่นคงในอาชีพการงาน โดยการตั้งใจ จูงใจให้ผู้มีความสามารถเข้าร่วมกับองค์การ ทำงานอยู่กับองค์การ มีความมุ่งมั่น และพัฒนาให้ก้าวหน้าในเส้นทางอาชีพ และ ๔) หลักความเป็นกลางทางการเมือง (Political neutrality) เป็นการไม่เปิดโอกาสให้อิทธิพลทางการเมืองเข้าแทรกแซงในกิจการงานหรือนักการเมืองหรือพรรค หลักผลงาน (Performance) เป็นหลักการเดียวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยอาศัยขั้นตอนที่นำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ได้กำหนดไว้

๒.๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรรัตน์ อยู่ยอด (๒๕๔๔) ศึกษาเรื่องความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงาน คือ ประสิทธิภาพการทำงานด้านพัฒนาชุมชน การได้รับการอบรมให้ความรู้ต่อเนื่อง

การศึกษาคุณงานด้านสาธารณสุขการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข การยอมรับจากสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ยุคนธ์ ชูติปัญญาบุตร (๒๕๔๖) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในอำเภอแก่ง จังหวัดระยอง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานมี ๒ ปัจจัย คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สวนเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ วิธีการคัดเลือกมาเป็น อสม. และการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

จิรภา สุขสวัสดิ์ (๒๕๔๗) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเข้ามาเป็น อสม. อายุ รายได้ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน

คเชนทร์ ชาญประเสริฐ (๒๕๕๑) ศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๕๓ มีเจตคติระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย=๓.๓๙ S.D.=๐.๓๕) แรงกดดันในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย=๓.๓๑ S.D.=๐.๙๕) การมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = ๓.๓๔ S.D.=๐.๔๒) และยังพบว่า แรงกดดันทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนความรู้และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

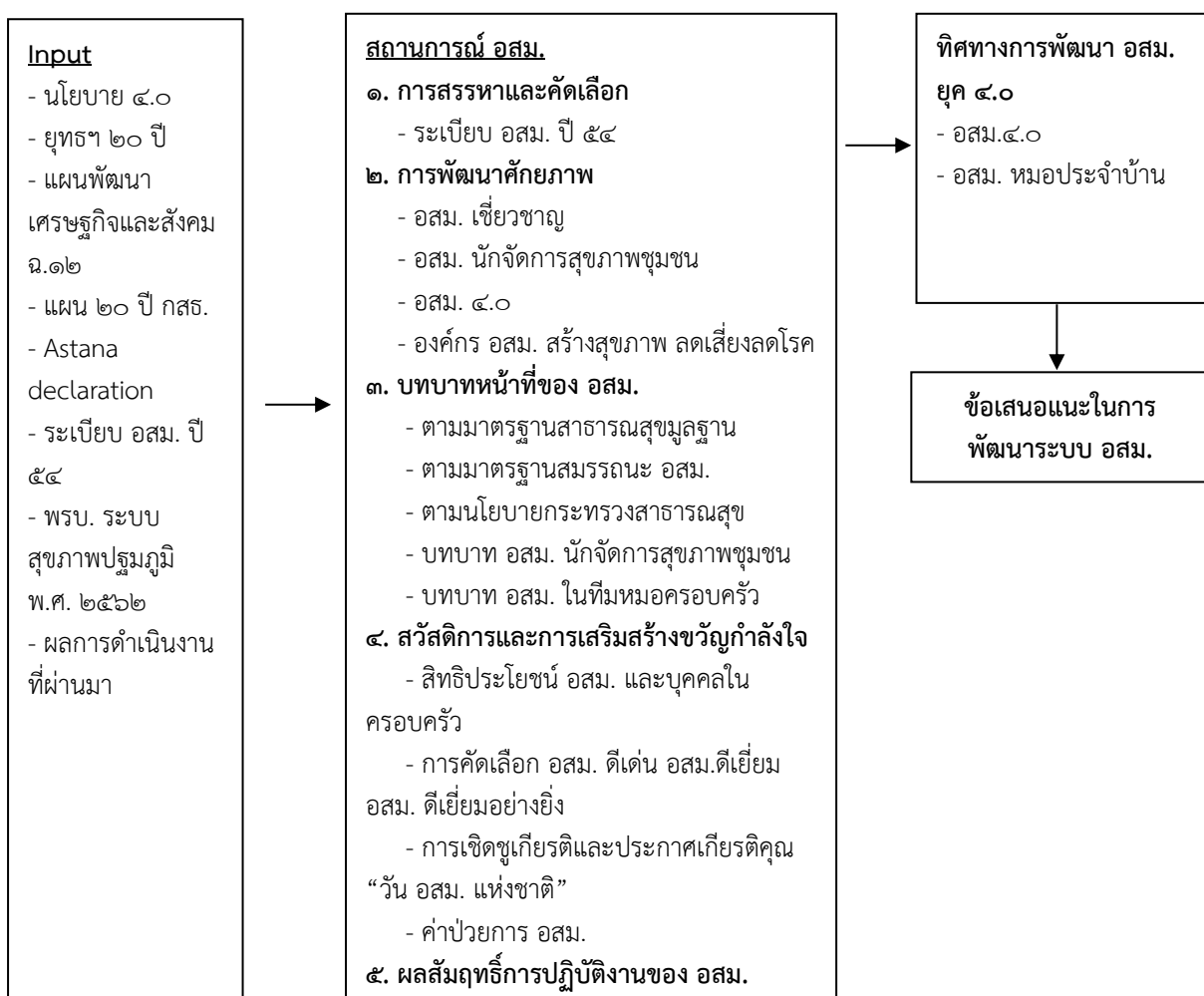
สิริญา ไผ่ป้อง (๒๕๕๙) ได้ศึกษาความรู้และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา ในกลุ่ม อสม. ตัวอย่างจำนวน ๓๓๗ คน ผลการศึกษา พบว่า อสม. ร้อยละ ๕๑ มีความรู้ของเรื่องการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ โดยข้อคำถามที่ อสม. ตอบได้มากที่สุด คือ การดำเนินงานตามแผนงาน เมื่อสิ้นสุดโครงการต้องมีการประเมินผล ร้อยละ ๙๗.๖ ส่วนข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ การจัดทำแผนงานโครงการ ร้อยละ ๕๓.๗ ส่วนบทบาทของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๖๐.๕ เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อสม. เขียนแผนงานโครงการด้วยตัวเองน้อยที่สุด ร้อยละ ๔๐.๔

ชาติชาย สุวรรณินิตย์ (๒๕๖๐) ได้ศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชน ในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต ใช้รูปแบบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ๓ กลุ่ม คือ (๑) อสม. จำนวน ๙๖๗ คน (๒) เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอและตำบล จำนวน ๑๖๐ คน และ (๓) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและสุขภาพภาคประชาชน จำนวน ๒๔ ท่าน ผลการศึกษา พบว่า บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย ๑.บทบาทในทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การสำรวจ/ รวบรวมข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เพื่อใช้ประโยชน์ ในการจัดบริการสุขภาพ และการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ ๒.บทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์/จัดรณรงค์ให้

ความรู้ในการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ๓. บทบาทในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ การจัดกิจกรรมและร่วมรณรงค์ด้านสุขภาพดี วิถีไทยบทบาทในการทำงานร่วมกับชมรม อสม. ได้แก่ การประสานแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานในพื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน

๒.๓ กรอบแนวคิดในงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปตัวแปรในการศึกษาแนวทางการพัฒนา อสม. ตามหลักการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ประกอบด้วย การวางแผนสรรหาและคัดเลือก การพัฒนาศักยภาพ บทบาทหน้าที่ สวัสดิการ และการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ และการประเมินผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม. ดังนี้



บทที่ ๓ วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งได้จากการวิจัยในเอกสารในการศึกษาสถานการณ์การพัฒนา อสม. ยุคปัจจุบันและแนวทางการพัฒนา อสม. ในยุค ๔.๐ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึกข้อมูล และตารางวิเคราะห์ สรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา อสม. ที่ผู้ศึกษาสร้างในการสกัดและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่คัดเลือกตามเกณฑ์ เอกสารนำเข้าสู่การวิเคราะห์เป็นเอกสารและบทความรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนา อสม. โดยสืบค้นข้อมูลจากกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เอกสารจากฐานข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งด้วยการสืบค้นด้วยมือและการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ คัดเลือกเอกสารตามเกณฑ์การศึกษา

๓.๑ รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหรือการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยคัดเลือกเอกสารระดับทุติยภูมิ คือ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง หนังสือทางราชการ กฎระเบียบต่างๆ ของภาครัฐ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลงานวิจัยออนไลน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ อสม. โดยเอกสารหรือบทความที่คัดเลือกมาจะต้องเป็นหนังสือทางราชการที่มีการระบุหน่วยงานที่สังกัดอย่างชัดเจนเช่น กฎกระทรวง พระราชบัญญัติ หนังสือสั่งการ รายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ อสม. เพื่อสังเคราะห์ทิศทางการพัฒนา อสม. ในยุค ๔.๐

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารที่เป็นหนังสือทางราชการ กฎระเบียบต่างๆ ของภาครัฐ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลงาน วิจัยออนไลน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา อสม. ประกอบด้วย ๑) พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ๒) นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและการพัฒนา อสม. ในยุคปัจจุบัน ๓) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผลการคัดเลือกพบว่ามีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร และวัตถุประสงค์งานวิจัย ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๒ (๑๕ ปี) จำนวน ๕๐ เรื่อง

เกณฑ์ในการเลือกเอกสาร

การคัดเลือกเอกสาร หนังสือทางราชการ กฎระเบียบต่างๆ ของภาครัฐ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลงาน วิจัยออนไลน์ต่างๆ จะต้องเป็นข้อมูลที่มีการเผยแพร่อย่างเป็นทางการ ข้อมูลการวิจัยเอกสารต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ด้วยเหตุนี้ การคัดเลือกเอกสารเพื่อนำมาวิเคราะห์จึงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นในการศึกษามีจำนวนมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการคัดเลือกเอกสารมาใช้ในการวิจัย ซึ่งเกณฑ์ที่สำคัญประกอบด้วย ๑) ความจริง ๒) ความถูกต้องน่าเชื่อถือ ๓) การเป็นตัวแทน และ ๔) ความหมาย ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์ต่างๆ สรุปได้ดังนี้ (Scott, ๑๙๙๐: ๑-๒)

๑) ความจริง (authenticity) หมายถึง เอกสารที่มาจากแหล่งเชื่อถือได้ มีความถูกต้อง สมบูรณ์ สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ตีพิมพ์

๒) ความถูกต้องน่าเชื่อถือ (credibility) หมายถึง เอกสารที่ปราศจากข้อผิดพลาดและการบิดเบือนข้อมูล เอกสารนั้นจะต้องไม่มีข้อมูลที่ผิดพลาด บิดเบือนหรือคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

๓) การเป็นตัวแทน (representativeness) หมายถึง เอกสารที่สามารถแสดงรายละเอียดแทนเอกสารประเภทเดียวกันได้ รายละเอียดเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรได้ การเป็นตัวแทนมีหลายระดับ ระดับแรก หมายถึง การที่เอกสารนั้นสามารถใช้แทนหรือเป็นแบบฉบับที่แทนเอกสารประเภทเดียวกันได้หรือไม่ และระดับที่สองคือ ข้อมูลในเอกสารที่จะนำมาวิเคราะห์นั้นจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนของประชากรได้

๔) ความหมาย (meaning) การใช้เกณฑ์ความหมาย หมายถึง เอกสารที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนัยสำคัญของการวิจัย การคัดเลือกเอกสารที่มีความชัดเจนและสามารถที่จะเข้าใจได้ง่าย

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาได้กำหนดรูปแบบการศึกษา (methodology) โดยการวิจัยเชิงเอกสาร เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูล สร้างโดยผู้วิจัยเพื่อใช้สำหรับบันทึกข้อมูลที่สกัดได้จากการศึกษาและค้นคว้าจากเอกสาร วิชาการ ตำรา ตลอดจนผลงานวิจัยประเภทต่างๆ รวมทั้งข้อมูลค้นคว้าทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือข้อมูลที่ได้มาจากเว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ต เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนา อสม. ให้สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน รายละเอียดตามภาคผนวก

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑) สืบค้นข้อมูลเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง หนังสือทางราชการ กฎระเบียบต่างๆ ของภาครัฐ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลงานวิจัยออนไลน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

๒) บันทึกข้อมูลสาระสำคัญของรายงานวิจัย พร้อมกับบันทึกรายละเอียดของงานวิจัยในแบบสำรวจข้อมูลเพื่อการสังเคราะห์งานวิจัย จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึก

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ การพรรณนาข้อค้นพบตามประเด็นของเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลจัดประเภทเรื่อง (categorization) ตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายของการศึกษาโดยเฉพาะเพื่อให้ตอบคำถามงานวิจัย (Research questions) รวมถึงการบรรยายเปรียบเทียบ (comparative description) และการตีความเพื่อการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การวิจัยเอกสารวิเคราะห์เนื้อหาสำคัญจากผลการศึกษา โดยการใช้ตารางวิเคราะห์และจำแนกหมวดหมู่ จุดเด่นของการใช้ตารางวิเคราะห์ คือ ได้เห็นภาพรวมของเนื้อหาที่ศึกษารวมทั้งการตีความข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ มีดังนี้ ๑) กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ คำว่า “อสม.” “สาธารณสุขมูลฐาน” “ทิศทางการ

พัฒนา อสม.”และ“ยุคดิจิทัล” ๒) กำหนดระยะเวลาการศึกษาตามเกณฑ์ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๒ (๑๕ ปี) ๓) การรวบรวมข้อมูล แล้วคัดกรองเอกสารตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ประมวลข้อมูล บันทึกข้อมูลที่ได้ลงในตารางวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนา อสม. ๔) การวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิเคราะห์ที่กำหนด วิเคราะห์จำนวน ลักษณะทั่วไปของงานศึกษาโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ๕) สังเคราะห์แก่นความคิดจากการวิเคราะห์เอกสาร ๖) วิเคราะห์แนวทางการพัฒนา อสม. และ ๗) สรุปรายงานการวิจัย

ผลการรวบรวมและวิเคราะห์เอกสารเอกสารทางราชการ กฎระเบียบต่างๆ ของภาครัฐ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลงาน วิจัยออนไลน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา อสม. ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๒ (๑๕ ปี) จำนวน ๕๐ เรื่อง ประกอบด้วย ผลการพัฒนา อสม. ที่ผ่านมา จำนวน ๒๘ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๕๖ ทิศทางการพัฒนา อสม. จำนวน ๒๒ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๔๔ รายละเอียดดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา อสม. (n=๕๐)

ประเด็น	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
ผลการพัฒนา อสม. ที่ผ่านมา		
การพัฒนาโดยส่วนกลาง	๒๐	๔๐
การพัฒนาในพื้นที่	๘	๑๖
ทิศทางการพัฒนา อสม.	๒๒	๔๔

บทที่ ๔ ผลการศึกษา

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ตามเกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร ผลการศึกษาข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ส่วนที่ ๒ ทิศทางการพัฒนา อสม.

มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การศึกษาสถานการณ์การพัฒนา อสม. ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ ๑. การสรรหาและคัดเลือก อสม. ๒. การพัฒนาศักยภาพ อสม. ๓. บทบาทหน้าที่ อสม. ๔. การจัดสวัสดิการและการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ อสม. และ ๕. ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม.

๑.๑ การสรรหาและคัดเลือก อสม.

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดคุณสมบัติพื้นฐานผู้ที่จะเป็น อสม. (โกมาตร ๒๕๕๐) ได้แก่

๑) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวก/คุ้ม ให้การยอมรับและเชื่อถือ รวมถึงได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชนในพื้นที่

๒) ต้องสมัครใจและเต็มใจช่วยเหลืองานชุมชนด้วยความเสียสละ มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุข

๓) มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน มีภูมิลำเนาในหมู่บ้านนั้น อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา ๑ - ๒ ปี

๔) มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้

๕) เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน และต้องได้รับการรับรองจากกรรมการหมู่บ้านว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติที่ดี

๖) ไม่ควรเป็นข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภิกษุ หรือแพทย์ประจำตำบล

ทั้งนี้อาจมีการกำหนดคุณสมบัติเพิ่มเติมตามความเหมาะสมของพื้นที่ เช่น ชุมชนชนบทมีสัดส่วน อสม. ๑ คน ต่อ ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน ส่วนพื้นที่เขตเมือง แบ่งเป็น ๓ ลักษณะ คือ ชุมชนหนาแน่น ไม่มี อสม. เขตชุมชนแออัด มีสัดส่วน อสม. ๑ คน ต่อ ๒๐ - ๓๐ หลังคาเรือน และเขตชุมชนชานเมือง อสม. ๑ คน ต่อ ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน เฉลี่ยแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. ประมาณ ๑๘ - ๒๐ คน

กลไกการคัดเลือก ในแต่ละพื้นที่ใช้วิถีทางประชาธิปไตยหรือวิธีการทางสังคมมิติ เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ชาวบ้านไว้วางใจให้มาทำหน้าที่ และตัวผู้ที่ได้รับการคัดเลือกก็ยอมรับที่จะทำหน้าที่อย่างเต็มใจ มีแนวปฏิบัติ ดังนี้

๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และ อสม. ทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของ อสม. จำนวน อสม. และบทบาทของศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) แล้วมอบหมายให้องค์ประชุมดังกล่าวเป็นคณะดำเนินการสรรหา อสม.

๒) แบ่งละแวก/คุ้มบ้านละ ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน ดำเนินการ ดังนี้

- กรณีที่ละแวกคุ้มบ้านมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุขเดิมอยู่แล้ว ให้สอบถามความสมัครใจ และคัดเลือกเข้ารับ การอบรมเป็น อสม.ประจำละแวก/คุ้มบ้านนั้น

- กรณีที่ละแวก/คุ้มบ้านไม่มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ให้หาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่ต้องการคัดเลือก เข้ารับการอบรมเป็น อสม. แต่กรณีที่มีผู้สมัครใจมากกว่า ๑ คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุม หัวหน้าครอบครัว/ผู้แทนครอบครัวในละแวก/คุ้มบ้าน โดยกำหนดวาระการทำหน้าที่ อสม. คราวละ ๒ ปี เมื่อ ครบวาระแล้วให้พิจารณาต่ออัตราประจำตัว จากผลการดำเนินการร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน และจะฟื้นฟูสภาพในกรณีฟื้นฟูสภาพตามวาระ ตาย ย้ายที่อยู่ ลาออก และประชาชนลงมติให้ฟื้นฟูสภาพ

ปัญหาที่พบจากการสรรหา

๑) การหาคนทำงานในลักษณะอาสาสมัครหายาก ส่วนคนที่มีจิตอาสาและพร้อมที่จะทำงานมักได้รับ มอบหมายให้ทำงานเกินตัวส่งผลต่องานประจำของตนเอง

๒) ไม่มีคนรุ่นใหม่มาช่วยทำงานอาสาสมัคร เนื่องจากระบบเศรษฐกิจที่ดึงคนเข้าไปทำงานในเมือง

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนดให้ใช้ วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

๑. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับประธานกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชนจัดประชุมหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน ในหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาท อสม. แล้วมอบหมายให้ประธานกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน และ อสม. เป็นคณะกรรมการคัดเลือก อสม. ใหม่

๒. จัดแบ่งหลังคาเรือนให้เป็นคุ้มบ้าน คุ้มละ ๑๐ - ๑๕ หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติ ตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับอบรมเป็น อสม.

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กำหนดโควต้า อสม. ทั่วประเทศ จำนวน ๑,๐๓๙,๗๒๙ คน มีอัตราส่วน อสม. ๑ คน ต่อ ๒๒ หลังคาเรือน เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตที่มี อัตราส่วน อสม. ต่อ จำนวนหลังคาเรือนมากที่สุด คือ เขต ๖ อัตราส่วน อสม. ๑ คน ต่อ ๔๓ หลังคาเรือน รองลงมา คือ เขต ๔ และ ๕ มีอัตราส่วนต่อหลังคาเรือน ๓๗ และ ๒๙ ตามลำดับ ส่วนเขตที่มีอัตราส่วนน้อยที่สุด คือ เขต ๗ มีอัตราส่วน อสม. ๑ คน ต่อ ๑๕ หลังคาเรือน รายละเอียดดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนโควต้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวน อสม. ตามโควต้า (คน)	อัตราส่วน อสม. ต่อหลังคาเรือน
๑	๑๓๒,๓๘๐	๑๘
๒	๗๐,๗๒๕	๑๘
๓	๖๐,๑๔๐	๑๘
๔	๖๔,๘๒๑	๓๗
๕	๗๒,๙๓๙	๒๙
๖	๗๒,๘๘๒	๔๓

ตารางที่ ๒ จำนวนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (อสม.) จำแนกรายเขตสุขภาพ (ต่อ)

เขตสุขภาพ	จำนวน อสม. ตามโรคติดต่อ (คน)	อัตราส่วน อสม. ต่อหลังคาเรือน
๗	๑๐๔,๗๙๘	๑๕
๘	๑๐๖,๑๖๗	๑๗
๙	๑๒๙,๓๒๐	๑๗
๑๐	๘๖,๖๕๔	๑๖
๑๑	๗๕,๖๔๔	๒๕
๑๒	๖๓,๒๕๙	๒๕
รวมทั่วประเทศ	๑,๐๓๙,๗๒๙	๒๒

ที่มา : ฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net ณ วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๒

จากฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net ปัจจุบันมีจำนวน อสม. ทั้งหมด ๑,๐๖๔,๘๒๒ คน เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๕๑ - ๖๐ ปี รองลงมาอายุระหว่าง ๔๑ - ๕๐ ปี และ ๖๑ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๔๑ ร้อยละ ๒๘.๙๓ และ ร้อยละ ๑๙.๘๙ ตามลำดับ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๗.๕๘ หรืออัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ ๑ : ๓.๗๒ การศึกษา อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๑๕ ร้อยละ ๑๕.๗๕ ร้อยละ ๓.๔๔ ตามลำดับ ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา ๑๑ - ๒๐ ปี รองลงมาคือ ๐ - ๑๐ ปี และ ๒๑ - ๓๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๘๗ ร้อยละ ๓๔.๙๓ ร้อยละ ๑๘.๔๖ ตามลำดับ อาชีพ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมา คือ รับจ้าง และ ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๖๑ ร้อยละ ๑๗.๘๐ ร้อยละ ๖.๘๙ ตามลำดับ การรับค่าป่วยการ พบว่า มีสิทธิรับค่าป่วยการ จำนวน ๑,๐๕๐,๔๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖๕ รอรับสิทธิ จำนวน ๑๑,๐๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๔ และไม่ขอรับสิทธิ จำนวน ๓,๓๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๑ รายละเอียดดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวน อสม. ทั้งหมด ๑,๐๖๔,๘๒๒ คน (ไม่รวม กทม.)		
อายุ		
๒๐ - ๓๐ ปี	๒๗,๙๓๙	๒.๖๒
๓๑ - ๔๐ ปี	๑๐๓,๔๗๓	๙.๗๒
๔๑ - ๕๐ ปี	๓๐๘,๐๓๐	๒๘.๙๓
๕๑ - ๖๐ ปี	๓๖๖,๔๑๙	๓๔.๔๑
๖๑ ปีขึ้นไป	๒๑๑,๘๓๐	๑๙.๘๙
ไม่ระบุ	๔๗,๑๓๑	๔.๔๓

ตารางที่ ๓ คุณลักษณะพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๒๒๑,๙๙๖	๒๐.๘๕
หญิง	๘๒๖,๑๐๒	๗๗.๕๘
ไม่ระบุ	๑๖,๗๒๔	๑.๕๗๑
การศึกษา		
ประถมศึกษา	๖๔๐,๔๖๖	๖๐.๑๕
มัธยมศึกษา	๑๖๗,๖๗๘	๑๕.๗๕
อนุปริญญา	๓๖,๕๘๑	๓.๔๔
ปริญญาตรี	๒๔,๕๕๔	๒.๓๑
สูงกว่าปริญญาตรี	๗๕๓	๐.๐๗
ไม่ระบุ	๑๙๔,๗๙๐	๑๘.๒๙
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
๐ - ๑๐ ปี	๓๗๑,๙๔๙	๓๕.๙๓
๑๑ - ๒๐ ปี	๔๑๓,๙๑๖	๓๘.๘๗
๒๑ - ๓๐ ปี	๑๙๖,๕๕๘	๑๘.๕๖
๓๑ - ๔๐ ปี	๕๐,๖๓๗	๔.๗๖
๔๐ ปีขึ้นไป	๒,๒๖๐	๐.๒๑
ไม่ระบุ	๒๙,๕๐๒	๒.๗๗
อาชีพ		
รับจ้าง	๑๘๙,๕๒๑	๑๗.๘๐
เกษตรกร	๖๔๕,๓๙๖	๖๐.๖๑
ค้าขาย	๗๓,๓๙๑	๖.๘๙
งานบ้าน	๔๗,๓๘๒	๔.๕๕
อื่นๆ	๙,๘๕๔	๐.๙๓
ไม่ระบุ	๙๙,๒๗๘	๙.๓๒
การรับค่าป่วยการ		
มีสิทธิรับค่าป่วยการ	๑,๐๕๐,๔๑๒	๙๘.๖๕
รอรับสิทธิ	๑๑,๐๕๗	๑.๐๔
ไม่ขอรับสิทธิ	๓,๓๕๓	๐.๓๑

ที่มา : ฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net ณ วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๒

การฝึกอบรม อสม. ใหม่ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔

วิธีการ : ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขวางแผนการอบรมตามความเหมาะสมของพื้นที่ มีทั้งการให้ความรู้ทางทฤษฎีและหารฝึกปฏิบัติ รวมทั้งประเมินผลว่า อสม. มีความรู้และความสามารถตามบทบาทที่กำหนดหรือไม่

หลักสูตร : ฝึกอบรมตามมาตรฐาน อสม. ประจำปี ๒๕๕๐ แบ่งเป็น ๒ หมวดใหญ่ ได้แก่ หมวดวิชาหลัก จำนวน ๘ วิชา เวลาอบรม ๓๗ ชั่วโมง ประกอบด้วย ๑) วิชาสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ๒) วิชา อสม. ๓) วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ๔) วิชาสุขภาพดีมีสุข ๕) วิชาการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ๖) วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐาน ๗) วิชาการจัดทำแผน/โครงการของชุมชน ๘) วิชาการบริหารจัดการ และหมวดวิชาเลือก เวลา ๖ ชั่วโมง

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพ อสม.

๑.๒.๑ อสม. เชี่ยวชาญ ๑๐ ด้าน

จากนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นยุทธศาสตร์การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ทุกคนโดยสนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติภารกิจตามที่ได้รับมอบหมาย ประกอบด้วย ๑) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ ๒) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๓) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ๔) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ๕) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ ๖) การดูแลตนเอง และชุมชนด้วยชุดทดสอบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ) ๗) การส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ๘) การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคเอดส์ ๙) การจัดการสุขภาพชุมชน และ ๑๐) การจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ๒๕๖๗ และ จำนวน ๓๓๔,๙๙๔ คน และ จำนวน ๒๐๙,๔๙๘ คน ตามลำดับ

๑.๒.๒ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน

อสม. ที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพตามหลัก ๓อ. ๒ส. และ เป็นผู้ร่วมดำเนินการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ ๔ ด้าน ได้แก่ การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพ และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่พึ่งตนเองได้ ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ - ๒๕๖๑ ดังนี้ จำนวน ๔๙,๑๖๘ คน จำนวน ๕๑,๐๒๗ คน จำนวน ๒๕๕,๔๗๗ คน จำนวน ๕๓,๐๘๐ คน จำนวน ๗๔,๖๘๒ คน จำนวน ๘๖,๒๒๘ คน และ จำนวน ๑๖๔,๒๒๕ คน ตามลำดับ

๑.๒.๓ อสม. ๔.๐

ตามที่รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาประเทศไทยให้เข้าสู่ยุคประเทศไทย ๔.๐ ที่เน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยนวัตกรรมบนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงมีการ

พัฒนา อสม. ให้เป็น อสม. ๔.๐ มีคุณลักษณะ คือ สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีจิตอาสาและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มุ่งเน้นให้มีความรอบรู้และทักษะด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉินและมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม และปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มุ่งเน้นการชวนคนสูบบุหรี่ให้เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทวายไทยเทิดไท้องค์ราชัน รวมถึงการติดตาม ให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโครงการให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ กระบวนการพัฒนามีการปรับเปลี่ยนจากวิธีการอบรมเป็นการส่งเสริมให้ อสม. สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองจากช่องทางต่างๆ เช่น สื่อความรู้ต่างๆ application “Smart อสม.” เป็นต้นผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ คือ จำนวน ๓๐๑,๐๙๐ คน และ จำนวน ๓๑๙,๓๘๘ คน ตามลำดับ

๑.๒.๔ องค์กร อสม. สร้างสุขภาพ ลดเสียง ลดโรค

ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ มีการพัฒนาบทบาทการเป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพโดยประกวด องค์กร อสม. ต้นแบบ สร้างสุขภาพ ลดเสียง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการส่งเสริมบทบาท ชมรม อสม. ในการเป็นต้นแบบสุขภาพดีให้ชุมชน

นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพ อสม. ข้างต้นแล้ว ส่วนกลางยังมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละยุคสมัย เช่น ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ มีการพัฒนา อสม. นครบาล เพื่อพัฒนา ศักยภาพ อสม. ในเขตชุมชนเมือง ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ มีการพัฒนา อสม. เผื่อระวังป้องกันการทุจริต ในระดับชุมชน รายละเอียดดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างปีงบประมาณ

พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๒

ปีงบประมาณ	ประเด็นการพัฒนา	วิธีการพัฒนา อสม.	บทบาท อสม. ในการปฏิบัติงาน	ผลงาน (คน)
๒๕๕๖	อสม. เชี่ยวชาญ	อบรม	อสม. มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ ปฏิบัติงานได้ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ๑๐ ด้าน	๓๓๔,๙๙๔
	อสม. นักจัดการ สุขภาพชุมชน	อบรม	อสม. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน	๔๙,๑๖๘
	อสม. นครบาล		นักจัดการสุขภาพชุมชนเมือง เพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการเข้าถึงระบบบริการพื้นฐาน ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพของคนชุมชน เมือง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน ใน กทม. ๓ มิติ ได้แก่ ประสานราษฎร์ เชื่อมรัฐ ขจัดภัยสุขภาพ	๒,๐๐๐
	อสม. ดีเด่น	คัดเลือก	๑๐ สาขาหลัก	๗๗๖

ตารางที่ ๔ ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างปีงบประมาณ

พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๒ (ต่อ)

ปีงบประมาณ	ประเด็นการพัฒนา	วิธีการพัฒนา อสม.	บทบาท อสม. ในการปฏิบัติงาน	ผลงาน (คน)
๒๕๕๗	อสม.เชี่ยวชาญ	อบรม	อสม.มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะปฏิบัติงานได้ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ๑๐ ด้าน	๒๐๙,๔๙๘
	อสม.นักจัดการ สุขภาพกลุ่มวัย	อบรม	นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย	๕๑,๐๒๗
	อสม. นครบาล	อบรม	เพื่อการดำเนินงานสุขภาพเชิงรุกเขตเมือง
	อสม. เชี่ยวชาญ โรคมะเร็ง	อบรม	ถ่ายทอด ให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชนให้ตระหนักถึงความสำคัญ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง	๔๕๔
	อสม. โรคติดเชื้อ ไวรัสอีโบล่า	อบรม	สื่อสารสร้างความเข้าใจในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชนอีกทั้งช่วยเฝ้าระวัง ป้องกัน ความเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในชุมชน	๑,๐๐๐
อสม.ดีเด่น	คัดเลือก	๑๐ สาขาหลัก	๗๗๖	
๒๕๕๘	อสม.ป้องกันและ ปราบปรามการ ทุจริตในระดับชุมชน	อบรม	มีส่วนร่วมในการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในระดับชุมชนและสามารถขยายเครือข่ายได้ ๑๐-๑๕ รายต่อคน	๙๑,๘๐๐
	อสม.นักจัดการ สุขภาพกลุ่มวัย	อบรม	จัดบริการปฐมภูมิระดับชุมชนตามกลุ่มวัย	๒๕๕,๔๗๗
	อสม.ชวนคนเลิกสูบบุหรี่	ประชุมชี้แจง	๑. ชักชวนประชาชน/อสม. เลิกบุหรี่ ๒. ให้ความรู้พิษภัยบุหรี่ ให้กำลังใจ และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่หรือเข้าระบบบำบัด ๓. ติดตาม ๓ เดือน-๑ ปี	๑๑๒,๒๓๕
	องค์กร อสม. สร้าง สุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค	ประกวด องค์กร อสม. ดีเด่นระดับ เขตสุขภาพ	องค์กร อสม. ต้นแบบ สร้างสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๓๖ องค์กร
อสม.ดีเด่น	คัดเลือก	๑๐ สาขาหลัก	๗๗๖	

ตารางที่ ๔ ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๒ (ต่อ)

ปีงบประมาณ	ประเด็นการพัฒนา	วิธีการพัฒนา อสม.	บทบาท อสม. ในการปฏิบัติงาน	ผลงาน (คน)
๒๕๕๙	อสม.ป้องกันและ ปราบปรามการ ทุจริตในระดับชุมชน	อบรม	มีส่วนร่วมในการป้องกันและปราบปราม การทุจริตในระดับชุมชนและสามารถขยาย เครือข่ายได้ ๑๐ รายขึ้นไป	๘๗,๙๔๗
	อสม.นักจัดการ สุขภาพกลุ่มวัย	อบรม	จัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยในชุมชน	๕๓,๐๘๐
	องค์กร อสม. สร้าง สุขภาพ ลดเสียง ลดโรค	ประกวด องค์กร อสม. ดีเด่นระดับ เขตสุขภาพ	องค์กร อสม. ต้นแบบ สร้างสุขภาพ ลด เสียง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๓๖ องค์กร
	อสม.ดีเด่น	คัดเลือก	๑๐ สาขาหลัก	๗๗๖
๒๕๖๐	อสม.เฝ้าระวัง ป้องกันการทุจริต ในระดับชุมชน	อบรม	มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการทุจริต ในระดับชุมชนและสามารถขยายเครือข่ายได้	๘๗,๙๒๔
	อสม.นักจัดการ สุขภาพกลุ่มวัย	อบรม	จัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยในชุมชน	๗๔,๖๘๒
	องค์กร อสม. สร้าง สุขภาพ ลดเสียง ลดโรค	ประกวด องค์กร อสม. ดีเด่นระดับ เขตสุขภาพ	องค์กร อสม. ต้นแบบ สร้างสุขภาพ ลด เสียง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๓๖ องค์กร
	อสม.ดีเด่น	คัดเลือก	๑๑ สาขาหลัก	๘๕๔
๒๕๖๑	อสม.๔.๐	๑. อบรม ๒. เรียนรู้ผ่าน เครื่องมือ เทคโนโลยี ดิจิทัล เช่น application “Smart อสม.”	๑. สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ ๒. มี ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ๓. มีจิตอาสาและเป็นผู้จัดการ เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ	- ๓๐๑,๐๙๐ (อสม. ๔.๐) - ๒๘๘,๗๕๖ (มีความรู้ firstaid) - ๒๕๐,๕๖๗ (มีทักษะ CPR)

ตารางที่ ๔ ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๒ (ต่อ)

ปีงบประมาณ	ประเด็นการพัฒนา	วิธีการพัฒนา อสม.	บทบาท อสม. ในการปฏิบัติงาน	ผลงาน (คน)
๒๕๖๑ (ต่อ)	อสม. นักจัดการ สุขภาพชุมชน	อบรม	เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน	๘๖,๒๒๘
	อสม. เฝ้าระวัง พฤติกรรมเสี่ยงวัย ทำงาน	อบรม	มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม/บริการเพื่อ สร้างสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม วัยทำงานของชุมชน ดังนี้ ๑. เฝ้าระวัง คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน กลุ่มวัยทำงาน ๒. ให้ความรู้ในการดูแล สุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ๓. สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐. ๒ ส. ในชุมชน ๔. เฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุในชุมชน ๕. จัด สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดพฤติกรรม เสี่ยงของกลุ่มวัยทำงานในชุมชน	๓๗,๒๙๑
	อสม. เฝ้าระวัง พฤติกรรมเสี่ยงวัย สูงอายุ	อบรม	มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม/บริการเพื่อ สร้างสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม วัยผู้สูงอายุของชุมชน ดังนี้ ๑. เฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ๒. ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ๓. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรม สร้างสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม วัยสูงอายุ ๔. ร่วมกับทีมหมอครอบครัว ให้บริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) ๕. จัดสภาพแวดล้อม เพื่อเอื้อต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่ม ผู้สูงอายุ	๒๖,๓๒๐
	อสม. เต็ม	คัดเลือก	๑๑ สาขาหลัก	๘๕๔

ตารางที่ ๔ ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๒ (ต่อ)

ปีงบประมาณ	ประเด็นการพัฒนา	วิธีการพัฒนา อสม.	บทบาท อสม. ในการปฏิบัติงาน	ผลงาน (คน)
๒๕๖๒	อสม.๔.๐	๑. อบรม ๒. เรียนรู้ผ่าน เครื่องมือ เทคโนโลยี ดิจิทัล เช่น application “ Smart อสม.” www.อสม. com, Official Line@ Smart อสม. หรือ โปรแกรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้	๑. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การลด ละ เลิกบุหรี่ การดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน (LTC) การใช้ยาอย่างสม เหตุผล (RDU) การป้องกันวัณโรคในชุมชน (TB) หรือเรื่องอื่นๆ ๒. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ได้แก่ การเป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพใน การลด ละ เลิกบุหรี่ และชักชวนผู้ที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้ รวมถึงการจัดการ สุขภาพชุมชน ๓. เป็นจิตอาสาด้านการแพทย์และ สาธารณสุข : การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR)	๓๑๙,๓๘๘
	อสม. นักจัดการ สุขภาพชุมชน	อบรม	เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน	๑๖๔,๒๒๕
	อสม.ดีเด่น	คัดเลือก	๑๑ สาขาหลัก	๘๕๔

ที่มา : ฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net ณ วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๒

ข้อเสนอแนะการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในพื้นที่

การฝึกอบรม อสม. เป็นการจัดการกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้ อสม.เปลี่ยนแปลงเจตคติ และมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเนื้อหาหลักสูตรที่อบรม แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

(๑) กลุ่มความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ๑) บทบาทหน้าที่ อสม. ๒) สิทธิ อสม. ๓) การทำงานเป็นกลุ่ม ๔) ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหมู่บ้าน การค้นหาปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น และการแก้ไข ๕) สุขวิทยาส่วนบุคคล ๖) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ๗) การส่งเสริมสุขภาพ ๘) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค ๙) การฟื้นฟูสุขภาพ ๑๐) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ ๑๑) การใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และ ๑๒) ความรู้เรื่องโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุและอุบัติเหตุร้ายโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

(๒) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขต่างๆ ในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น

ในแต่ละพื้นที่ควรมีการพัฒนากระบวนการที่มุ่งเน้นให้ อสม. มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ โดยนำมาตรฐานกลางมาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของบริบทหรือวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ในการพัฒนาหลักสูตร จะต้องมีการแสวงหาการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และหลังจากอบรมแล้วควรมีการติดตามและกระตุ้นพฤติกรรมของ อสม. เป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแสดงออกของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของ อสม. และทักษะที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมให้ อสม. คือ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

นอกจากนี้มีการศึกษาที่พัฒนารูปแบบ TAMILine model สำหรับการพัฒนา อสม. ในสภาพชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประกอบด้วย ๑) Team coaching คือ การทำงานเป็นทีม และใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม. เก่า ดูแล อสม. ใหม่ ๒) Area working คือการจัดเขตพื้นที่ทำงานของ อสม. ตามสภาพของกลุ่มประชากร ๓) Meeting คือการประชุมทีม อสม. ทุกวันอาทิตย์แทนวันทำการ ๔) Public information คือการจัดการฐานข้อมูลประชาชน เพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมการใช้สื่อสาธารณสุขกับผังความรับผิดชอบแต่ละครัวเรือน และ ๕) Line connection คือการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ (Line) เพื่อการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันในเวลารวดเร็ว ซึ่งรูปแบบที่นำเสนอสามารถพัฒนาศักยภาพแก่ อสม. และทำให้ อสม. มีความมั่นใจในตัวเอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติงานในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท

๑.๓ บทบาทหน้าที่ของ อสม.

บทบาทหน้าที่ของ อสม.กำหนดตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔

๑.๓.๑ ตามมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐาน

๑) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน

๒) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่างๆ

๑๔ องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

๓) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ

๔) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. ในการ

- จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

- ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้านชุมชน

- ให้บริการที่จำเป็นใน ๑๔ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

๕) เผื่อระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน

๖) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน

๗) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

๘) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสาธารณสุขของหมู่บ้าน

๑.๓.๒ ตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม.

- ๑) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- ๒) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น พื้นฟูสมรรถนะ และคุ้มครองผู้บริโภค
- ๓) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- ๔) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชนและสิ่งแวดล้อมของชุมชน
- ๕) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๖) สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน
- ๗) สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แกนนำอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

๑.๓.๓ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก)

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก เพื่อส่งเสริมบทบาท อสม. ให้ปฏิบัติการเชิงรุกในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังโรคในชุมชน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของ อสม. พ.ศ. ๒๕๕๒ ดังนี้

- ๑) ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
- ๒) เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหนูนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน รพ.สต.

๓) เป็นทูตไอโอดีน ในเรื่องการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสอบสารไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน

ต่อมาในปี ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับบทบาท อสม. ตามโครงการฯ เพื่อรองรับสถานการณ์สังคมที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชาชนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนปฏิบัติตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล นโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทที่เพิ่มขึ้นของ อสม. ดังนี้

- ๑) โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ยึดใจองค์กรฯ
 - อสม. ชักชวนผู้สูบบุหรี่ให้เข้าร่วมโครงการฯ และติดตามผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่เป็นเวลา ๖ เดือน จำนวน ๓,๐๐๐,๐๐๐ คน และปีต่อๆ ไป อีกจำนวน ๗,๐๐๐,๐๐๐ คน
 - ทำงานเชิงรุกป้องกันนักสูบหน้าใหม่ (เยาวชน)

๒) บทบาทเป็นพี่เลี้ยงอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง ดังนี้ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหัวใจและหลอดเลือด สุขภาพช่องปากผิดปกติ สมองเสียม AMT ซึมเศร้า ๒Q ข้อเข่าผิดปกติ ภาวะหกล้ม ติดบ้านติดเตียง (ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๗ โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น คิดเป็นจำนวนประมาณ ๔.๘ ล้านคน โรคความดันเพิ่มเป็น ๒ เท่าของโรคเบาหวาน คิดเป็นจำนวนประมาณ ๑๓ ล้านคน ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ /โรคไตเรื้อรัง จากสถิติพบว่าประชาชนไทยจำนวนกว่า ๘ ล้านคน ที่มา: สถาบันโรคไตครบวงจร พ.ศ.๒๕๕๕)

๔) ปฏิบัติงานด้านการรักษา ฟันฟู ร่วมกับทีมหมอครอบครัว (เดิมภารกิจ อสม. เฉพาะด้านส่งเสริมป้องกัน) งานที่เพิ่มขึ้นคือ รักษา ฟันฟูผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายใต้การดูแลของแพทย์ทีมหมอครอบครัว เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล อสม. ต้องออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยฟันฟูสภาพมากกว่าเดิม ๒ เท่า

๑.๓.๔ บทบาท อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กำหนดบทบาท อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน ตามคู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน ปี ๒๕๕๖ ดังนี้

๑) เป็นผู้ปฏิบัติตน และนำพาบุคคลในครอบครัวปฏิบัติตามหลัก ๓อ. ๒ส.

๒) เป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ ๔ ด้าน

๒.๑) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ ระดมพลังความคิดเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ และแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๒.๒) การจัดการงบประมาณ เป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๓) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่นการเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นบุคคลตัวอย่างในการนำออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสมตามวัยสัปดาห์ละอย่างน้อย ๕ วัน เป็นต้น

๒.๔) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

๓) เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนตื่นตัว และรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๔) เป็นแกนนำในการริเริ่มและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ

๑.๓.๕ บทบาท อสม. ในทีมหมอครอบครัว

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้มีทีมหมอครอบครัวดูแลสุขภาพประชาชนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ อสม. เป็นหนึ่งในทีมหมอครอบครัว โดยกำหนดบทบาท ดังนี้

๑) ติดตามรับฟังปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

- ๒) ให้สุศึกษาหรือคำแนะนำประชาชนตามสภาพปัญหาที่พบ
- ๓) มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน
- ๔) มีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการ/แผนงานฯ ส่งเสริมและป้องกันโรคตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน
- ๕) ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๓ อ. ๒ ส. ตามกลุ่มวัย
- ๖) คิดค้นกลวิธี/กิจกรรมรูปแบบใหม่ที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๓ อ. ๒ ส. ได้
- ๗) มีส่วนในความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่นอนที่บ้าน และการส่งต่อผู้ป่วย
 - ๘) ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือได้มากกว่าที่คาดหวังของทีมหมอครอบครัว
 - ๙) สื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่นในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่
 - ๑๐) สื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้การให้คำปรึกษา ค้นหาโรค/ส่งต่อรวดเร็วขึ้น
 - ๑๑) สำรวจ/รวบรวมข้อมูล ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ
 - ๑๒) จัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างเป็นระบบร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - ๑๓) ติดตาม รวบรวมผลการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ทราบผลของการดำเนินกิจกรรม และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
 - ๑๔) สรุปผล และรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้อื่นรับทราบได้
 - ๑๕) เป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ
 - ๑๖) เป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้กับประชาชนในพื้นที่

จากการศึกษาผลการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่า บทบาทที่ อสม. ปฏิบัติในทีมหมอครอบครัวมากที่สุด ได้แก่ ข้อ ๑๕ เป็นแบบอย่างที่ดี ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ ข้อ ๑๑ สำรวจ/รวบรวมข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ รองลงมา คือ ข้อ ๑๒ จัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างเป็นระบบร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และข้อ ๙ สื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และท้องถิ่นในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่

บทบาทที่ อสม. ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมได้แก่ การเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง การคิดค้นกลวิธี/กิจกรรมรูปแบบใหม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ

กล่าวโดยสรุปเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อบทบาทของ อสม. ในทุกพื้นที่ ทั้งบทบาทด้านการประสานงาน การจัดเตรียมข้อมูลในพื้นที่ ความเสียสละทุ่มเท การถ่ายทอดความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

- กำหนดให้ อสม. เป็นคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ มาตรา ๑๐ ระบุหน้าที่และอำนาจ (๘) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

- มาตรา ๒๐ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ตลอดจนเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคมที่จะรับดูแลผู้รับบริการก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และบริการ รวมทั้งการขอรับค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๖) ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามมาตรา ๒๔

บทบาทหน้าที่ของ อสม. ในพื้นที่

จากการศึกษาบทบาทของ อสม. ในแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน พบว่า อสม.เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประชาชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการระบบสุขภาพ ได้แก่ การสำรวจ/คัดกรองข้อมูลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การจัดทำแผนงานโครงการ การระดมทุน/ทรัพยากร การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ และการจัดการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน

๑.๔ สวัสดิการและการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ

๑.๔.๑ สิทธิประโยชน์ อสม. และบุคคลในครอบครัว

๑) บัตรประจำตัว อสม.

๒) การลดค่าโดยสารรถไฟ

๓) การเทียบตำแหน่ง: กรมบัญชีกลาง เห็นควรเทียบตำแหน่ง อสม. กับ ข้าราชการพลเรือนระดับ ๓

๔) การยกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน : เทียบโอนผลการเรียนจากความรู้และประสบการณ์ของ อสม. สามารถเทียบโอนได้ตามข้อกำหนด ดังนี้

- ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

- พิจารณาจากระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. และผลงาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

➤ ระดับประถมศึกษา ต้องปฏิบัติหน้าที่ อสม. ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป

➤ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ต้องปฏิบัติหน้าที่ อสม. ตลอดระยะเวลา ๑ ปี ๖ เดือนขึ้นไป

➤ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ต้องปฏิบัติหน้าที่ อสม. ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ ๒ ปีขึ้นไป

๕) การเบิกค่าใช้จ่ายในการออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน : กรมบัญชีกลาง อนุมัติให้เบิกค่าตอบแทนให้ อสม. ได้เท่าที่จ่ายจริงอัตราวันละไม่เกิน ๑๐๐ บาท

๖) ค่าป่วยการ สำหรับ อสม. ที่ปฏิบัติงานเชิงรุก ในเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การให้คำแนะนำหญิงหลังคลอด การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

๗) ค่าตอบแทนครูประจำกลุ่ม อสม.ที่มีวุฒิปริญญาตรี สามารถได้รับเลือกให้เป็นครูประจำกลุ่ม อสม. โดยรับผิดชอบนักเรียนหลายระดับการศึกษา หรือระดับใดระดับหนึ่ง กลุ่มละไม่เกิน ๔๐ คน โดย กศน. จ่ายค่าตอบแทนให้กับครูประจำกลุ่ม ๘๐ บาทต่อคนต่อเดือน ตามจำนวนนักเรียนที่รับผิดชอบ

๘) การได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับตัว อสม. และบุคคลในครอบครัว

- อสม. ที่ปฏิบัติงาน ๑๐ ปีขึ้นไป หรือ อสม. ดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป ได้รับการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษเฉพาะตัว

- อสม. ที่ปฏิบัติงานต่ำกว่า ๑๐ ปี ได้รับการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร ครึ่งราคาของอัตราที่กำหนด

- บุคคลในครอบครัว อสม. ทุกคนได้รับยกเว้นค่าห้องพิเศษและอาหารครึ่งราคาของอัตราที่กำหนด

๙) การจัดโควตาเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข

- อสม.: หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๗๕ โควตาต่อปี

- บุตร-ธิดา อสม. : หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน ๑๕๐ โควตาต่อปี หลักสูตรทันตสาธารณสุข จำนวน ๗๕ โควตาต่อปี และหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม จำนวน ๗๕ โควตาต่อปี

๑๐) คุณสมบัติการสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑.๔.๒ การคัดเลือก อสม. ดีเด่น อสม.ดีเยี่ยม อสม. ดีเยี่ยมอย่างยิ่ง

การคัดเลือก อสม. ได้ถูกกำหนดขึ้นสืบเนื่องจากคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้วันที่ ๒๐ มีนาคมของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” และกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จัดให้มีการประกวดผลงานดีเด่นของ อสม. เพื่อนำมาเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักและยอมรับของสังคม และเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติเสริมสร้างขวัญกำลังใจแก่ อสม. ทั่วประเทศ พร้อมทั้งจัดพิธีรับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ฯ การประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลให้แก่ อสม. ที่ผ่านเกณฑ์และมีกระบวนการคัดเลือกประเมินผลงานที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับได้

ในการคัดเลือกผลงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น จะมีการคัดเลือกใน ๑๑ สาขาหลัก (ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้เพิ่มสาขาในการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ในสาขาทันตสุขภาพ เป็นสาขาที่ ๑๑) และ ๓ สาขาพิเศษ โดยดำเนินการคัดเลือกตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพ ภาค และระดับชาติ ดังนี้ **๑๑ สาขาหลัก** สาขาที่ ๑ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ สาขาที่ ๒ การส่งเสริมสุขภาพ สาขาที่ ๓ สุขภาพจิตชุมชน สาขาที่ ๔ การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน สาขาที่ ๕ การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ สาขาที่ ๖ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สาขาที่ ๗ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ สาขาที่ ๘ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน สาขาที่

๙ การจัดการสุขภาพชุมชน สาขาที่ ๑๐ นมแม่ สายใยรักแห่งครอบครัว สาขาที่ ๑๑ พันตสุขภาพ ๓ สาขาพิเศษ (๑) อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นกรุงเทพมหานคร (๒) อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (๓) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นที่ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษชายแดนภาคใต้ โดยได้ดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๗ จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ซึ่งแบ่งการคัดเลือกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

(๑) อสม. ดีเด่น ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพภาค และระดับชาติ ทั้ง ๑๑ สาขา โดย อสม. ดีเด่นระดับชาติจะได้รับการเสนอขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ ชั้นเหรียญเงินดิเรกคุณาภรณ์ (ร.ง.ภ.)

(๒) อสม. ดีเยี่ยม อสม. เป็น อสม. ที่มีคุณสมบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยม โดย อสม. ดีเยี่ยมระดับชาติจะได้รับการเสนอเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ชั้นเหรียญทองดิเรกคุณาภรณ์ (ร.ท.ภ.)

(๓) อสม. ดีเยี่ยมอย่างยิ่ง เป็น อสม. ที่มีคุณสมบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่ง โดยอสม. ดีเยี่ยมอย่างยิ่งระดับชาติ จะได้รับการเสนอเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ชั้นเหรียญเบญจมาภรณ์ดิเรกคุณาภรณ์ (บ.ภ.)

๑.๔.๓ การเชิดชูเกียรติและประกาศเกียรติคุณ “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ”

คณะรัฐมนตรี ได้มีมติกำหนดให้วันที่ ๒๐ มีนาคมของทุกปี เป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” เพื่อเป็นการประกาศเกียรติคุณยกย่องเชิดชูเกียรติและเสริมสร้างขวัญกำลังใจแก่ อสม. ที่เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันโรคเชิงรุกอย่างเป็นระบบ โดยการจัดงานวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติและจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นประจำทุกปีจัดงานวัน อสม. แห่งชาติ ๒๐ มีนาคมของทุกปี

๑.๔.๔ ค่าป่วยการ อสม.

ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๒ เห็นชอบตามยุทธศาสตร์และแผนงานเสริมสร้างรายได้พัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงด้านสังคม โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก เพื่อส่งเสริมบทบาท อสม. ให้ปฏิบัติการเชิงรุกในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังโรคในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจของ อสม. ทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ.๒๕๕๒ กำหนดไว้ในข้อ ๖ อัตราค่าป่วยการสำหรับ อสม. ให้เบิกจ่ายเป็นรายเดือนในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อคน โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดออกคำสั่งการให้ได้รับเงินค่าป่วยการ สำหรับคำสั่งให้เก็บไว้ที่ส่วนราชการ เพื่อให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบ

กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. พ.ศ. ๒๕๖๐ กำหนดไว้ในข้อ ๑๐ อัตราค่าป่วยการสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เบิกจ่ายเป็นรายเดือนในอัตราห้าบาทต่อคน หรือตามอัตราที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

ต่อมาคณะรัฐมนตรีพิจารณา ให้ความเห็นชอบต่อการเสนอขอเพิ่มค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ จึงเห็นควรเพิ่มค่าป่วยการ อสม. จากอัตราเดิมเดือนละ ๖๐๐ บาทต่อคน เป็นเดือนละ ๑,๐๐๐ บาทต่อคน โดยเริ่มจ่ายตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

๑.๔.๕) อื่นๆ

เช่น การมอบเข็มเชิดชูเกียรติและใบประกาศเกียรติคุณ สำหรับ อสม. ที่ปฏิบัติงานต่อเนื่อง ๑๐, ๒๐, ๓๐ และ ๔๐ ปี ในบางพื้นที่ มีการจัดงานเชิดชูเกียรติเนื่องในวัน อสม. แห่งชาติ นอกจากนี้จะมีกิจกรรมการมอบรางวัลให้ อสม. ดีเด่นแล้ว ยังมีการจัดกิจกรรมแข่งขันกีฬาสามัคคี การจัดกิจกรรมรณรงค์ และกิจกรรมดูงานนอกสถานที่ ทั้งภายในจังหวัด ภายในประเทศ และบางจังหวัดให้โอกาสไปต่างประเทศ เป็นต้น

๑.๕ ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม.

จากการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย ๔ ประเด็น คือ การลดปัญหาสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การกำหนดมาตรการทางสังคม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ผลการศึกษามีดังนี้

๑.๕.๑ การลดปัญหาสุขภาพ พบว่า การลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง ลดสารพิษจากการบริโภค ช่วยทำให้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ลดลง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนลดลง ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ลดปัญหาความแออัดในสถานบริการ

๑.๕.๒ การลดปัจจัยเสี่ยงหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พบว่า ปัจจัยเสี่ยงยังลดลง หรือมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จัดสถานที่ออกกำลังกาย สร้างรั้วกินได้ การทำแปลงผัก ปลอดภัยจากสารพิษ เป็นต้น

๑.๕.๓ การกำหนดมาตรการทางสังคม พบว่ามีการกำหนดมาตรการทางสังคม เช่น ข้อตกลงงดเหล้าในงานบุญ ไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาและวัด สวมหมวกกันน็อก การคัดแยกขยะ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑.๕.๔ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง พบว่า ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่น การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม สวมหมวกกันน็อก ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้ยาเสพติด ฯลฯ

ส่วนที่ ๒ ทิศทางการพัฒนา อสม.

๒.๑ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

๒.๑.๑ คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒

คณะรัฐมนตรีได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา ตามมาตรา ๑๖๒ แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดิน ภายใต้ต้นนโยบายหลัก ๑๒ ข้อ ในข้อที่ ๙ กล่าวว่า การพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม มุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุขและระบบควบคุมครอง

ทางสังคมที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอย่างเหมาะสมนำไปสู่ความเสมอภาค โดยในรายละเอียดข้อที่ ๙.๓ พัฒนาและยกระดับความรู้ด้านสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็น **หมอประจำบ้าน** ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ เร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชากรทุกภาคส่วน ลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการบริการในแต่ละระบบ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการยกระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ประชาชนในทุกครัวเรือนทุกพื้นที่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ซึ่งเป็นนโยบายเร่งด่วนในข้อที่ ๒ การปรับปรุงระบบสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยปรับปรุงระบบบัตรสวัสดิการแห่งรัฐและเบี้ยยังชีพของประชาชน อาทิ ผู้สูงอายุ และคนพิการที่มีรายได้น้อย ผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส และพิจารณาขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มมารดาตั้งครรภ์ เด็กแรกเกิด และเด็กวัยเรียนที่ครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ และเร่งรัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการบริการในแต่ละระบบ ลดภาระการเดินทางไปสถานพยาบาลของประชาชน และลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระบบการแพทย์ทางไกลและภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ

คณะทำงานกำกับและติดตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขด้านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การสาธารณสุขและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตามที่รัฐบาลมีนโยบายในการพัฒนา อสม. ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว โดยการบูรณาการร่วมกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ จัดตั้งคณะทำงานกำกับและติดตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขด้านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การสาธารณสุขและระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากผลการประชุมคณะทำงานดังกล่าว มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา อสม. ดังนี้

ภายใต้ พรบ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ) พ.ศ.๒๕๖๑ ทำให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งส่วนราชการ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม โดยมี พชอ เป็นกลไกเชื่อมโยงที่สำคัญ (นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

การทำงานของ พชอ. จะทำงานร่วมกับระบบบริการปฐมภูมิที่มีในพื้นที่ ทั้ง รพ.สต. ดิิดดาว ทีมหมอครอบครัว และ อสม. โดยมีเป้าหมายคือ พัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการและเครือข่ายปฐมภูมิให้สามารถทำงานร่วมกับ รพ. แม่ข่าย เพื่อบริหารจัดการแพทย์และทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. และร่วมกันยกระดับ อสม. เป็นหมอประจำบ้าน มีการสนับสนุนงบในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ จากกระทรวงฯ และ สสส. ในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน พชอ. ทางด้านกระทรวงมหาดไทย มีการสั่งการผ่านผู้ว่าราชการจังหวัดในการติดตามและสนับสนุนนายอำเภอขับเคลื่อนงาน พชอ. และให้ถือเป็นงานที่สำคัญในการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ประชาชนในพื้นที่ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.))

ในการผลิต อสม. ควรพัฒนา อสม. ให้มีประสิทธิภาพให้สูงขึ้นและสอดคล้องกับระบบปฐมภูมิ เดิมมี การพัฒนาเป็นลักษณะของ Model development แต่ ณ วันนี้ เรามี อสม. เป็นล้านคนคงทำแบบนั้นไม่ได้ การ คิดอาวุธ คิดงบประมาณ ที่กรม สบส. เราดูแลเรื่องนี้ ว่าจะต้องพัฒนา อสม. เป็นระบบใหญ่ ไม่ใช่แบบที่ผ่านมา เพราะฉะนั้น อสม. จะอ่านออกเขียนได้ ยกตัวอย่างเช่น อสม. ต้องจบ ป.ตรี เพราะเรายังมีแพทย์ พยาบาล ที่จะ ไปพัฒนา เรามี อสม. ที่อยู่ที่หมู่บ้าน อ่านออกเขียนได้ เพราะฉะนั้นวันนี้ อสม. ก็ต้องพัฒนาโรคบางโรค อสม. ก็ ต้องรู้ที่จะแก้ปัญหา โรคทั่วไป อสม. จะต้องเข้าไปจัดการได้ หรือความชำนาญด้านอื่น ต่อไปในแต่ละหมู่บ้าน ถ้า อสม. พัฒนาเป็นนักสาธารณสุขหมู่บ้านแล้ว ดูแลหมู่บ้านด้วยตนเอง เป็นหมู่บ้านจัดการตนเอง ทำให้การ เจ็บป่วยของคนในหมู่บ้านลดลง รพ.ก็ไม่ต้องแออัด ค่าใช้จ่ายก็ลดลง ความเหลื่อมล้ำของประชาชนก็ลดลง ถึงเวลาที่ กรม สบส. ต้องเตรียมการที่จะพัฒนา อสม. เป็นระบบใหญ่ (ดร.เมธี จันทน์จารุภรณ์)

การพัฒนา อสม. ขอให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ และให้ อสม. หมอประจำบ้าน เชื่อมกับปฐมภูมิ พขอ. เพื่อขับเคลื่อน กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ เช่น พขอ. มีงบสนับสนุนและมอบงานให้ทำ ปฐมภูมิก็จะมี การ ผลิตแพทย์เอาคนลง ส่วน อสม. ก็ยกระดับเป็นหมอประจำบ้าน เพราะฉะนั้นให้มันไปด้วยกันได้ แต่การผลักดัน ด้านปฏิบัติที่เดินไปอย่างรวดเร็ว ก็ให้เอานโยบายเป็นหลัก เพื่อให้นโยบายมันเป็นอันเดียวกัน ในหมู่บ้านก็จะมีหมอ ประจำบ้านทุกครอบครัว อาสาสมัครประจำครอบครัว ซึ่งเป็นหน้าที่ของหมอครอบครัว พอลงมาระดับ รพ.สต. ก็มีนายแพทย์และทีมลงไป ระดับอำเภอมี พขอ. เป็นหน่วยประสานงาน ดังนั้น ถ้าระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เราเชื่อมโยงกันได้ จะสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องสุขภาพ แก้ไขความแออัดได้ พัฒนาคุณภาพชีวิตได้ (นพ.สำเร็จ แหียงกระโทก)

(จากสรุปรายงานการประชุมคณะทำงานกำกับและติดตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ด้าน อสม. การสาธารณสุขและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ วันที่ ๑๙ พ.ย. ๖๒)

๒.๑.๒ ปฏิญญาแห่งอัสตานา (Astana Declaration)

ตามที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอ (ร่าง) ปฏิญญาแห่งอัสตานา (Declaration of Astana) เมื่อวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๑ และคณะรัฐมนตรีลงมติเห็นชอบต่อปฏิญญาดังกล่าวในการประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน (Global Conference on Primary Health Care) ครั้งที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ เมืองอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน และในการประชุมฯ ดังกล่าว ได้ประกาศปฏิญญาอัสตานาให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็น หัวใจหลักของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage : UHC) ซึ่งจะนำไปสู่ การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓

สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจากการประกาศปฏิญญาอัสตานา ได้แก่

“เป้าหมายของปฏิญญาเพื่อให้บริการสาธารณสุขเน้นไปที่การรักษาคน โดยพิจารณาจากบริบทของผู้ป่วยแทนที่จะมุ่งแต่การรักษาโรคหรือความผิดปกติ อย่างไม่อย่างหนึ่ง”

“กำลังคนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรื่องการคงอยู่ ของบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะใน

ระดับ primary health care (PHC) ยังเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพในหลายประเทศ จึงมีความสำคัญที่ต้องเน้นย้ำถึงเรื่อง community health workers (CHW)”

นอกจากนี้ประเทศอื่นยังให้ความสำคัญต่อ CHW ในการให้บริการในระดับชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง primary health care โดยเฉพาะช่วยในเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จึงควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสม การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน การจัดทำตัวชี้วัดเพื่อติดตามและประเมินผลในเรื่อง CHW การเพิ่มงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ การสร้างการมีส่วนร่วมของพื้นที่การทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เป็นต้น

(จากสรุปผลการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๔ ระหว่างวันที่ ๒๔ ม.ค. – ๑ ก.พ. ๖๒ ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดย ๑.ดร. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ปรึกษาดานตางประเทศ ๒.ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัชรนฤมล กองการตางประเทศ และ ๓. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พาณิชเกียรติกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

“ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องเข้าถึงได้ง่าย เท่าเทียม และไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ”

“กลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG ๓: ทุกคนมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี) มี ๓ ประการ คือ ๑) การกำหนดนโยบายสร้างสุขภาพดีในทุกภาคส่วน ๒) การเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนและชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพ และ ๓) การเพิ่มขีดความสามารถของการจัดบริการปฐมภูมิโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเท่าเทียมทางเพศ เป็นที่ยอมรับ เข้าถึงได้ง่าย ราคาเหมาะสม ให้บริการอย่างต่อเนื่อง อย่างบูรณาการตลอดช่วงวัย”

ประเทศสมาชิกอื่นๆ ได้ให้ความเห็นต่อประเด็นดังกล่าว ให้เน้นพัฒนาศักยภาพของ **frontline health workers** ในการดำเนินงาน PHC เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านประชากรและด้านระบาดวิทยา ควรเน้นทั้งผู้ป่วยและระบบการดูแลสนับสนุนผู้ป่วย (เช่น ครอบครัวและชุมชน) รวมถึงการรับรองระบบ PHC เป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยจะต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ

(จากสรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ ระหว่างวันที่ ๒๐ – ๒๘ พ.ค. ๖๒ ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดย ๑. ดร.ววรรณฤดี อิศรานวัณชัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ๒. นายชาติชาย สุวรรณนิธย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๓. นางกาญจนา ศรีชมภู สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๔. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัชรนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

“เพื่อให้ บรรลุ SDGs และ UHC ซึ่งได้จัดทำเป็นปฏิญญาฉบับนี้ขึ้นมองภาพในอนาคตว่า ภาครัฐและสังคม จะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม คุ้มครองสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน การสาธารณสุขมูลฐานและการบริการด้านสุขภาพ จะต้องมีความสูง ปลอดภัย ครอบคลุม เข้าถึงบริการง่าย และราคาเหมาะสม บุคลากร มีทักษะชำนาญ กระตือรือร้น ประชาชนและชุมชน จะต้องได้รับเสริมพลังและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ภาคีเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้อง จะต้องให้การสนับสนุนที่ดีต่อนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาและแผนการดำเนินงานของประเทศ”

“การสร้างการสาธารณสุขมูลฐานที่ยั่งยืน สร้างความเข้มแข็ง เพิ่มขีดความสามารถและโครงสร้างพื้นฐานของบริการปฐมภูมิ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเท่าเทียมทางเพศ เป็นที่ยอมรับ เข้าถึงได้ง่าย ราคาเหมาะสมให้บริการอย่างต่อเนื่อง อย่างบูรณาการตลอดห่วงโซ่ สาธารณสุขมูลฐานจะบรรลุผลได้โดยการผลักดัน: การสร้างองค์ความรู้และศักยภาพ ประยุกต์ใช้ความรู้ทุกเรื่อง ศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่องแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ ทรัพยากรมนุษย์ในด้านสุขภาพ สร้างงานที่มีคุณค่า ค่าตอบแทนเหมาะสม สร้างแรงจูงใจ และรักษาบุคลากรเทคโนโลยีสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ ใช้ยาที่คุณภาพ ราคาไม่สูง ใช้เทคโนโลยีที่ช่วยด้านการเงิน เรียกร้องให้ทุกประเทศลงทุนในการสาธารณสุขมูลฐาน”

“สนับสนุนให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชนส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการที่มีผลต่อสุขภาพส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะในการรักษาสุขภาพ เพิ่มความเป็นเจ้าของชุมชน เพื่อช่วยเหลือชาวบ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงสุขภาพที่ดีและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ”

“การบูรณาการเรื่อง CHW ในระบบสุขภาพของประเทศและกำหนดให้เป็นนโยบายสำคัญระดับชาติ เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อปรับปรุงคุณภาพและความยั่งยืนของ *frontline services* ที่ดำเนินการโดย CHW”

นอกจากนี้ในที่ประชุมดังกล่าว ประเทศไทยได้ให้ข้อเสนอใน ๓ ประเด็น คือ

- ๑) ควรต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความทันสมัยและมีความพร้อมใช้งาน
- ๒) นโยบายที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมกันในระบบสุขภาพ โดยใช้ PHC ขอให้เน้นเรื่องการให้การศึกษา และฝึกอบรมและความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและสถาบันการศึกษาเพื่อให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่ง CHW มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน และมีปฏิสัมพันธ์อย่างเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยโดยตรงและ
- ๓) แนวทางการพัฒนาฯ ควรเน้นเรื่องบทบาทของ CHW ในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ และภัยพิบัติผ่านระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรเทาผลกระทบหลังจากเกิดเหตุการณ์ต่างๆ

(จากสรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ ระหว่างวันที่ ๒๐ – ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดย ๑. นายชาติชาย สุวรรณนิธย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๒. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวงฉิษา ชื่นกองแก้ว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และเลขาธิการมูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษา บุคลากรสุขภาพ ๓.ดร. เกสัชกรหญิงฉลวยพร พัทธนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ๔. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ)

๒.๑.๓ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๑๓ “การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี” และมอบหมายให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รับผิดชอบประเด็นย่อย “การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี” โดยมีภารกิจหลักในการจัดทำแผนระดับ ๓ โดยการบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการยกร่างและพิจารณาภายในกรมฯ และเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นต่อไป

๒.๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปข้อเสนอแนะการพัฒนา อสม. จำแนกตามกระบวนการพัฒนา อสม. ได้ดังนี้

๑) การสรรหาและคัดเลือก ควรคัดเลือก อสม. ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีจิตอาสา หรือ จิตสาธารณะ มีความสมัครใจและความพร้อมในการทำงาน เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพได้ ชาวบ้านยอมรับ การสร้างอุดมการณ์จิตอาสาให้กับ อสม. รุ่นใหม่ โดยเฉพาะการทำงานเพื่อชุมชนอย่างอิสระและเป็นกลาง ในการอบรม อสม. ใหม่ ให้มีการกำหนดพี่เลี้ยงในลักษณะคู่หู (buddy) มีการสอนงานกันในภาคการปฏิบัติจริง ในพื้นที่ ในบางพื้นที่ พบว่า อสม. ใหม่ได้รับการอบรมแบบรวบรัด ไม่ครบถ้วนตามหลักสูตร จึงควรมีนโยบาย ส่งเสริมการเพิ่มพูนศักยภาพ ด้วยวิธีการต่างๆ ในช่วงการปฏิบัติงานหรือการประชุมประจำเดือน ให้มีการใช้ เทคโนโลยีเข้าช่วย มีการสร้างการเรียนรู้ในกลุ่ม อสม. ด้วยกันเอง โดยเฉพาะ อสม. ที่มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) วิทยาลัยชุมชน มหาวิทยาลัยชีวิต เป็นต้น

อสม.รุ่นใหม่ เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันอุดมการณ์ของ อสม. ถูกทำลายด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น ค่าป่วยการ การได้รับค่าตอบแทนจากนักการเมืองและภาครัฐ จึงควรมีการ **ปลูกฝังอุดมการณ์จิตอาสา**ให้กับ อสม. รุ่นใหม่ โดยเฉพาะการทำงานเพื่อชุมชนอย่างอิสระและเป็นกลาง (จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสาธารณสุขมูลฐานและงานสุขภาพภาคประชาชน)

๒) การพัฒนาศักยภาพ อสม.

๒.๑) รูปแบบที่ใช้ :

- (๑) การเรียนรู้เป็นกลุ่มย่อย
- (๒) อสม.พี่เลี้ยง/คู่หู (Buddy)
- (๓) การสอดแทรกในการประชุมประจำเดือน
- (๔) การเสริมสร้างประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน หรือการปฏิบัติงานใน รพ.สต. และควรมี การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น
- (๕) การเรียนรู้ผ่านช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือสื่อสังคมออนไลน์
- (๖) การเรียนรู้รูปแบบอื่น เช่น ค่ายฝึกอบรมทักษะ การศึกษาดูงานของ อสม. การสนับสนุน อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน

๒.๒) เนื้อหาและหลักสูตร :

- (๑) กำหนดตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่ได้ เช่น เรื่องการทำกายภาพบำบัด การนวด การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเจาะเลือด การคัดกรองโรค ฯลฯ นอกจากนี้ควรสำรวจประเมินความต้องการอบรมของ อสม. และเพิ่มศักยภาพที่จำเป็น ในบางพื้นที่ ต้องการเน้นการทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ นอกจากนี้การพิจารณาช่วงอายุหรือทักษะของ อสม. เช่น ทักษะด้านภาษาและคอมพิวเตอร์ เพื่อช่วยในการจัดระบบรวบรวมผลงานของ อสม.

(๒) จากการศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือมีการทดลอง “หลักสูตรการพัฒนานักวิจัยชุมชน” ในกลุ่ม อสม.ที่เป็นแกนนำ ให้มีการเรียนรู้เครื่องมืออย่างง่าย ๆ ได้แก่ แผนที่ชุมชน ปฏิทินชุมชน ต้นไม้ชุมชน และตุ๊กตาชุมชน ทำให้เกิดกระบวนการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ผลที่ได้พบว่า กลุ่ม อสม. ที่เป็นนักวิจัยเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด วิถีทำงาน เกิดการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางออก อย่างเป็นระบบ

๒.๓) การจัดตั้งสถาบันฝึกอบรม อสม. กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ให้ข้อเสนอแนะให้มี บทบาทในการศักยภาพพัฒนา อสม. มีการทำการศึกษาวิจัย ประเมินผลงานและประเมินศักยภาพ อสม. รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของ อสม. โดยเฉพาะ อสม.รุ่นใหม่

๓) บทบาท อสม. จากการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสนับสนุน อสม. ให้มีการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ อสม. เกิดทักษะความชำนาญและได้รับการยอมรับจากชุมชน การเปิดโอกาสให้มีกลุ่มจิตอาสาเข้ามา ทำงานร่วมกับ อสม. และบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปิดโอกาส ให้ผู้ที่มีเวลาว่าง เช่น กลุ่มข้าราชการเกษียณอายุ ผู้สูงอายุที่มีเวลาว่าง เป็นการสร้างคุณค่าของงานอาสาสมัครให้ สามารถดึงดูดผู้ที่เสียสละด้านเวลา กำลังความรู้ และศักยภาพที่มีมาช่วยงานเพิ่มมากขึ้น

การป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ เช่น มีทีม อสม. เคลื่อนที่เร็ว ในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค สามารถ ควบคุมโรคได้ทันทั่วถึง รมณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก กระตุ้นการตื่นตัวของชุมชนในการแก้ปัญหาในพื้นที่

การสนับสนุนการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จากการศึกษาในพื้นที่เสนอ ให้มีการสนับสนุนงบประมาณให้กับ ศสมช. ด้านครุภัณฑ์ การแพทย์วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ และยาให้เพียงพอใน การปฏิบัติงานของ อสม.

บทบาทในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว พบว่า อสม.สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรม สุขภาพ แต่ยังคงขาดความเชี่ยวชาญในการสร้างความเปลี่ยนแปลงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรสนับสนุนให้ อสม. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันโดยเฉพาะในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีการพัฒนาการเรียนรู้ จนเกิดทักษะการทำงานมากขึ้น เช่น การถอดบทเรียนหลังการทำงาน การจดบันทึก สิ่งที่ปฏิบัติงาน การเล่าประสบการณ์และวิเคราะห์ตนเอง เพื่อให้ อสม. มีความมั่นใจ มีทักษะและศักยภาพใน การปฏิบัติงานร่วมกับทีมมากขึ้น

สร้างความเข้มแข็งของชมรม อสม. จากการศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือ พบว่า การแก้ปัญหาสุขภาพใน พื้นที่ต้องดำเนินการเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะในระดับตำบลมีการขับเคลื่อนงานในรูปของคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. และกรรมการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งทำงานร่วมกันเป็นภาคีสุขภาพตำบล เมื่อทดลองพัฒนาศักยภาพในกลุ่มชมรมระดับตำบล พบว่าสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน และขยายผลสู่ แกนนำอื่นๆ ได้ และจากรายงานผลการประเมินงานสุขภาพภาคประชาชน พบว่า ควรเพิ่มทักษะด้านการบริหารจัดการของกลุ่มแกนนำ ส่งเสริมให้ชมรม อสม. มีเป้าหมายในการทำงานและการพึ่งตนเองได้ รวมทั้งสนับสนุน กลไกการตรวจสอบเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและปลอดภัยจากการเมืองอย่างแท้จริง

๔) การสร้างขวัญกำลังใจ ระบบการสร้างขวัญและกำลังใจควรยกย่อง อสม. ในรูปแบบต่างๆ การสื่อสารกับสังคมเพื่อเสริมสร้างคุณค่าในการทำงานของอาสาสมัคร การนำผลงานมาเผยแพร่เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำงานที่อาสาสมัคร การจัดทำเครื่องแบบของ อสม. หรือสัญลักษณ์แสดงอัตลักษณ์ของ อสม. ที่สังคมชื่นชม นอกจากนี้พบว่าควรมีการจัดสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล อสม. และครอบครัว เพื่อเป็นการตอบแทนความเสียสละ

แนวทางการบริหารจัดการเงินค่าป่วยการของ อสม. พบว่า ค่าป่วยการถือเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับ อสม. ทำให้ อสม. เกิดความสะดวกในการทำงานมากขึ้น เป็นการลดค่าใช้จ่ายที่เดิม อสม. ต้องรับภาระ หน่วยงานส่วนกลางควรพิจารณาแนวทางในการส่งเสริมเพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมที่ทุกฝ่ายยอมรับได้ โดยจะต้องพิจารณาให้รอบคอบในด้านเงื่อนไขและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ข้อเสนออีกประการคือให้พัฒนาหลักการควบคุมดูแลกันเองเพื่อให้เกิดองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ฝักใฝ่พรรคการเมือง เช่น การสร้างระบบการสนับสนุนผ่านองค์กรอิสระแทนการจ่ายเงินสนับสนุนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอให้มีการกำหนดค่าป่วยการแตกต่างกันตามระดับความเชี่ยวชาญหรือความสามารถของ อสม. หรือใช้ระบบอื่นแทนการจ่ายเงิน มีผลจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิฯ พบว่าในบางพื้นที่สามารถกำหนดแนวทางการบริหารจัดการค่าป่วยการในรูปแบบกองทุน หน่วยงานส่วนกลางควรส่งเสริมรูปแบบนี้เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ

๑) กระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทจากการเป็นเจ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขไปเป็นผู้ส่งเสริมแนวคิดอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น

๒) สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขในทุกๆ ด้านของงานสาธารณสุข โดยทุกหน่วยงานของสาธารณสุขควรสร้างเครือข่ายอาสาสมัครของตนเอง เพื่อที่จะได้ไม่ต้องนํางานของทุกกรมกองไปลงที่ อสม. แต่ให้มีกลุ่มหรือเครือข่ายของผู้มีจิตอาสาที่สนใจช่วยเหลืองานของตนขึ้น เช่น อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภคอาสาสมัครส่งเสริมสมุนไพร อาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือกันด้านโรคเอดส์ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องดำเนินงานด้วยการสร้างจิตใจอาสาสมัครอย่างแท้จริง

๓) เปิดพื้นที่ในหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อรองรับงานอาสาสมัครให้กว้างขวางที่สุด โดยทำให้หน่วยงานต่างๆ สามารถเปิดรับอาสาสมัครมาช่วยงานในหน่วยงานได้ งานสงเคราะห์ผู้ป่วยหรือเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครรับฝากดูแลเลี้ยงเด็กเล็กเพื่อให้แม่สามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคที่โรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ควรจัดให้มีระบบฐานข้อมูลอาสาสมัคร ข้อมูลหน่วยงานที่ต้องการอาสาสมัคร รวมทั้ง matching หรือ placement services และระบบการฝึกอบรมให้แก่ผู้สนใจมาเป็นอาสาสมัครในระบบสาธารณสุข อาจกำหนดให้การมีองค์กรอาสาสมัครเข้าร่วมงานในระบบโรงพยาบาลเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพมาตรฐานในโรงพยาบาล

๔) ส่งเสริมรูปแบบอาสาสมัครในชุมชนชนบทให้มีความหลากหลาย เพื่อเสริมส่วนที่เป็นข้อจำกัดซึ่ง อสม. ไม่สามารถทำได้มากนัก

๕) ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของการเป็นอาสาสมัครด้วยตนเอง

บทที่ ๕ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

การศึกษาทิศทางการพัฒนา อสม. ในยุคประเทศไทย ๔.๐ ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนา อสม. ในยุคปัจจุบัน และทิศทางการพัฒนา อสม. ในอนาคต ใช้รูปแบบการศึกษาเป็นวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลในการเก็บข้อมูล จากการทบทวนสถานการณ์และแนวคิดสำคัญ โดยนักวิจัย ตามประเด็นการพัฒนา อสม. ได้แก่ กระบวนการสรรหาและคัดเลือก การพัฒนาศักยภาพ บทบาทหน้าที่ สวัสดิการและการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ และผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม. และทิศทางการพัฒนาในอนาคต การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ รวมถึงการตีความเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาแบ่งได้เป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) สถานการณ์การพัฒนา อสม. ในปัจจุบัน และ ๒) ทิศทางการพัฒนา อสม. สรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การพัฒนา อสม. ในปัจจุบัน

กระบวนการคัดเลือกและสรรหา อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยกรรมการหมู่บ้านและ อสม. คัดเลือกจากผู้ที่มีสมัครใจและเป็นที่ยอมรับของชุมชน พบว่าปัจจุบันมี อสม. จำนวน ๑,๐๖๔,๘๒๒ คน มีอัตราส่วน อสม. ต่อจำนวนครัวเรือน เท่ากับ ๑ ต่อ ๒๒ หลังคาเรือน เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขต ๖ มีอัตราส่วน อสม. ต่อ จำนวนหลังคาเรือนมากที่สุด คือ อสม. ๑ คน ต่อ ๔๓ หลังคาเรือน รองลงมา คือ เขต ๔ และ ๕ มีอัตราส่วนต่อหลังคาเรือนเท่ากับ ๓๗ และ ๒๙ ตามลำดับ ส่วนเขตที่มีอัตราส่วนน้อยที่สุด คือ เขต ๗ มีอัตราส่วน อสม. ๑ คน ต่อ ๑๕ หลังคาเรือน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ ๑ : ๓.๗๒ การศึกษา อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๑๕ ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา ๑๑ – ๒๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๘๗ อาชีพ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๖๑ การรับค่าป่วยการ พบว่า มีสิทธิรับค่าป่วยการ จำนวน ๑,๐๕๐,๔๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖๕ ครอบครัวยังไม่มีสิทธิ จำนวน ๑๑,๐๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๔ และไม่ขอรับสิทธิ จำนวน ๓,๓๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๑ อสม. ทุกคนจะผ่านการอบรม อสม. ใหม่ ตามหลักสูตรมาตรฐาน อสม. ปี ๒๕๕๐

การพัฒนาศักยภาพ อสม. อสม.ที่มีความพร้อมจะได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้อบรมตามนโยบายส่วนกลางกำหนดในแต่ละปี เช่น อสม.เชี่ยวชาญ อสม.เฝ้าระวังป้องกันการทุจริตในระดับชุมชน อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนและ อสม. ๔.๐ นอกจากนี้ยังได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมตามบริบทของพื้นที่

บทบาทหน้าที่ของ อสม. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนดบทบาท อสม. ตามมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐาน ๑๔ องค์ประกอบ บทบาทการดำเนินงานตามโครงการ อสม.เชิงรุก อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน การเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน การถ่ายทอดองค์ความรู้ การเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ ตลอดจนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพชุมชน ได้แก่ เป็นแกนนำในการสร้างทีมสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยกำหนดสุขภาพในชุมชน การวางแผนแก้ปัญหาและประเมินผลการ

ดำเนินงานในชุมชน อสม. ๔.๐ เน้นการมีทักษะเทคโนโลยีดิจิทัลและการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การร่วมทีมหมอครอบครัว และการเป็นองค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ลดเสี่ยงลดโรค

สวัสดิการและการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ กระทรวงสาธารณสุขให้สิทธิสวัสดิการและสร้างขวัญและกำลังใจ สำหรับ อสม. และครอบครัว กระทรวงฯ ยังได้สนับสนุนสร้างขวัญและกำลังใจ ได้แก่ การคัดเลือก อสม. ดีเด่น อสม.ดีเยี่ยม อสม. ดีเยี่ยมอย่างยิ่ง การเชิดชูเกียรติและประกาศเกียรติคุณในงานวัน อสม. แห่งชาติ การจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม. เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน มุ่งส่งเสริม อสม. เชิงรุก ค่าป่วยการถือเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับ อสม. และการมอบเข็มเชิดชูเกียรติและใบประกาศเกียรติคุณ

ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า ปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ลดลง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ การปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จัดสถานที่ออกกำลังกาย มีการกำหนดมาตรการทางสังคม เช่น ข้อตกลงงดเหล้าในงานบุญ ไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาและวัด สวมหมวกกันน็อค การคัดแยกขยะ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่น การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

ส่วนที่ ๒ ทิศทางการพัฒนา อสม.

๑) การพัฒนาตามนโยบายรัฐบาล

การพัฒนาและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ เร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชากรทุกภาคส่วน รวมทั้งการลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและ อสม. ให้มีความสอดคล้องกับการพัฒนาระบบปฐมภูมิที่กำลังพัฒนา ซึ่งขณะนี้ทางด้านระบบปฐมภูมิ ประกอบด้วย พชอ. มีการสนับสนุนงบประมาณร่วมกับ สสส. เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ ให้มีการทำงานร่วมกับนายอำเภอซึ่งมีคำสั่งผ่านไปยังผู้ว่าราชการจังหวัดแล้ว ส่วนทีมหมอครอบครัวได้เพิ่มการผลิตแพทย์จะมาทำงานให้ชุมชนให้มีเพียงพอต่อนโยบายของกระทรวง

๒) การพัฒนาตามปฏิญญาแห่งอัสตานา (Astana Declaration)

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีประเด็นการพัฒนา Community Health Worker (CHW) และ เสริมสร้างสมรรถนะ frontline health workers PHC เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านประชากรและด้านระบาดวิทยา นโยบายที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมกันในระบบสุขภาพ โดยใช้กลวิธีทางการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นเรื่องการให้การศึกษาและฝึกอบรมและความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและสถาบันการศึกษาเพื่อให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่ง CHW มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน และมีปฏิสัมพันธ์

อย่างเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยโดยตรง และจัดทำแผนแม่บทการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ โดยกำหนดให้การพัฒนา CHW เป็นกลยุทธ์สำคัญ

๓) การพัฒนา อสม. จากงานวิจัยที่ผ่านมา

การสรรหาและคัดเลือก อสม. ควรพิจารณาจากคนที่มีจิตอาสา และเป็นที่ยอมรับของชุมชน โดยเฉพาะสนับสนุนคนรุ่นใหม่ ที่มีอุดมการณ์จิตอาสา มุ่งเน้นการทำงานเพื่อส่วนรวม การอบรม อสม. ใหม่ ควรให้มีการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มพูนทักษะและความชำนาญในการทำงาน **การพัฒนาศักยภาพ อสม.** นอกเหนือจากการอบรมที่ได้รับจากหน่วยงานส่วนกลางแล้ว ให้มีการพัฒนาศักยภาพในพื้นที่ตามบริบทความต้องการของพื้นที่ หลักสูตรนักวิจัยชุมชน เป็นต้น การพัฒนาศักยภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น อสม. Buddy การฝึกปฏิบัติที่ รพ.สต. การเรียนรู้แบบกลุ่ม การเรียนรู้ผ่านช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือสื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น **บทบาท อสม.** ควรสนับสนุนการทำงานร่วมกับกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ ในชุมชน เช่นกลุ่มข้าราชการเกษียณอายุ ผู้สูงอายุที่มีเวลา สนับสนุนการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ควรสนับสนุนให้ อสม. มีการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันหลังจากปฏิบัติงานแล้ว เพื่อให้เกิดความมั่นใจและเชี่ยวชาญมากขึ้น นอกจากนี้ควรเพิ่มทักษะด้านการบริหารจัดการของกลุ่มแกนนำ ชมรม อสม. เพื่อให้มีศักยภาพและเข้มแข็ง **การสร้างขวัญกำลังใจ** ควรมีระบบการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม. ในรูปแบบอื่นๆ การสร้างคุณค่าให้สังคมทราบและยกย่องการจัดสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล อสม. และครอบครัว แนวทางการบริหารจัดการค่าป่วยการ ในบางพื้นที่รูปแบบเป็นกองทุน ซึ่งเกิดจากการตกลงภายในพื้นที่นั่นเอง และในบางพื้นที่เสนอให้มีการจ่ายค่าป่วยการแตกต่างกันตามระดับความเชี่ยวชาญและความสามารถของ อสม.

๕.๒ อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนา อสม. ปัจจุบัน และทิศทางการพัฒนาให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาประเทศไทย ยุค ๔.๐ ที่มุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล อสม. เป็นสื่อกลางที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ปัจจุบันมี อสม. กว่าล้านคน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาสถานการณ์ อสม. ที่ผ่านมา จากการศึกษาของ นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (ปี ๒๕๔๙) พบว่า ปัจจุบัน อสม. มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เดิมจำนวน ๗๙๑,๓๘๓ คน เป็นเพศหญิงมากขึ้น อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงในขณะนั้น เท่ากับ ๑ : ๒.๓๔ ซึ่งการที่มีจำนวน อสม. ที่เป็นผู้หญิงอาจมีผลต่อการปฏิบัติงานโดยเฉพาะด้านพิเศษ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก การคัดกรองมะเร็งเต้านม และปากมดลูก การดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งงานเหล่านี้อาจต้องอาศัยความละเอียดอ่อนในการทำงาน การสนับสนุนบทบาท อสม. กลุ่มนี้ในประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น การเฝ้าระวังความรุนแรงของผู้หญิงและเด็กในชุมชน ระดับการศึกษา อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกัน แต่พบในสัดส่วนที่ลดลง ร้อยละ ๘๖.๙ ในปี ๒๕๔๙ และในปัจจุบันพบร้อยละ ๖๐.๑๕ ปัจจัยทางการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการพิจารณากำหนดเนื้อหาและรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับ อสม. ได้ ปัจจุบันส่วนใหญ่ อสม. มีอาชีพเกษตรกรรม เช่นเดียวกับอดีตที่ผ่านมา ในการปฏิบัติงานของ อสม. เงื่อนไขทางอาชีพการทำงานทำให้มีผลต่อรูปแบบการทำงานของ อสม. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมจากกลุ่มอื่นๆ ให้มากขึ้น เช่น กลุ่มข้าราชการเกษียณ หรือกลุ่มที่มีสถานภาพเศรษฐกิจทางสังคมที่สูงขึ้นและมี

ความพร้อมที่จะเสียสละ การขอรับค่าป่วยการของ อสม. มีการเพิ่มค่าป่วยการ อสม. จากอัตราเดิมเดือนละ ๖๐๐ บาทต่อคน เป็นเดือนละ ๑,๐๐๐ บาทต่อคน วัตถุประสงค์ของเงินค่าป่วยการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอในหลายวิจัย แต่ขณะเดียวกันมีข้อเสนอจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน สาธารณสุขมูลฐานให้คำนึงถึงอุดมการณ์จิตสาธารณะด้วยเช่นกัน เมื่อพิจารณาจากข้อมูล อสม. ที่ไม่ขอรับสิทธิ มีร้อยละ ๐.๓๑ ซึ่งในการพัฒนาในอนาคตควรกำหนดเป้าหมายให้มีกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. จะแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ การพัฒนาโดยหน่วยงานส่วนกลาง ซึ่งจะมีการดำเนินงานครอบคลุมทั่วประเทศ สนับสนุนเป้าหมาย งบประมาณ และการประเมินผลทุกปี ซึ่งรูปแบบที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นการอบรมตามหลักสูตรที่ ส่วนกลางกำหนด ส่วนที่ ๒ คือการพัฒนาในพื้นที่ เป็นการพัฒนาตามบริบทของพื้นที่ เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้พิการในชุมชน (พิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ,๒๕๕๖) เป็นต้น ในรูปแบบที่ แตกต่างกัน เช่น การฝึกปฏิบัติในการประชุมประจำเดือน การฝึกงานที่ รพ.สต. ส่วนใหญ่จะอาศัยความสัมพันธ์ ระหว่างเจ้าหน้าที่และ อสม. เช่นเดียวกับบทบาทของ อสม. ส่วนกลางมีการกำหนดบทบาทของ อสม. เน้นการเป็น นักจัดการสุขภาพชุมชน ในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาบทบาทการปฏิบัติงาน อสม. ใน พื้นที่ พบว่ามีผลการปฏิบัติงานในระดับมาก ในด้านป้องกันโรค ด้านฟื้นฟูสภาพ ด้านรักษาพยาบาล และด้าน ส่งเสริมสุขภาพอนามัย (ดร.สิทธิพร เกษจ้อย, ๒๕๖๐) ส่วนบทบาท อสม. ในการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว จากการศึกษาผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่า อสม.ทำได้ดีในแง่การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ แต่ควรพัฒนา เพิ่มเติมในเรื่อง การเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มเครือข่ายมี ทักษะคิดทางบวกต่อบทบาท อสม. ในทีมหมอครอบครัว (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, ๒๕๕๘)

มีการศึกษาแนวทางการพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับนโยบายประเทศไทย ๔.๐ ในกลุ่มแรงงาน อุตสาหกรรม โดยศึกษาจากแนวทางการพัฒนาศักยภาพแรงงานในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีและ ประเทศญี่ปุ่นมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับศักยภาพแรงงานไทย โดยจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ภายในโรงงาน (Learning Factory) โดยภายในศูนย์จะมีการพัฒนาด้าน Lean Automation System Integrator (LASI) มี การฝึกอบรม และสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของแรงงานที่ผ่านการพัฒนา จัดตั้ง Center of Robotic Excellence (CoRE) เป็นการนำพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมหุ่นยนต์ ซึ่งถือเป็นการยกระดับแรงงาน ให้มีทักษะที่สูงขึ้น (Retain/Reskill) (นายภานุวัฒน์ ตรียางกูรศรี, ๒๕๖๑) เพื่อเปรียบเทียบกับการพัฒนา อสม. ในชุมชนมี ศสมช. เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของ อสม. หากฟื้นฟูให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ที่มีอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ที่เพียงพอต่อ อสม. จัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. และจุดให้บริการในชุมชน จะสามารถช่วย ให้ อสม. ปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

จากการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยต่างๆ ที่ได้ศึกษาจากบทที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการพัฒนา อสม. ในยุคประเทศไทย ๔.๐ และอิงตามหลักการศึกษาทางวิชาการโดยข้อเสนอแนะ มีดังนี้

๑) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- (๑) **บูรณาการระหว่างงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพปฐมภูมิ** ผลักดันให้เกิดการบูรณาการในทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม โดยเริ่มจากระดับนโยบายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) และ อสม. เช่น การบูรณาการแผนงานและงบประมาณ การจัดทำตัวชี้วัดร่วม และการประเมินผล เป็นต้น
 - (๒) **การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล** ระหว่างเจ้าหน้าที่และ อสม. ผ่านการสื่อสารด้านดิจิทัล และระบบรายงาน เว็บไซต์ www.thaiphc.net ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
 - พัฒนาต่อยอด application “Smart อสม.” ให้ อสม. สามารถรายงานผลการปฏิบัติงานได้เองและแสดงผลงานในฐานข้อมูล เว็บไซต์ www.thaiphc.net เพื่อช่วยลดภาระเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และการเชื่อมโยงกับ application อื่น ตามความต้องการของพื้นที่ เช่น ระบบการจองคิวโรงพยาบาล การเตือนให้กินยาตามหมอนัด เป็นต้น
 - พัฒนาช่องทางอื่นๆ Official Line@smartอสม., Facebook “อสม ๔.๐” จัดตั้ง admin เพื่อดูแลช่องทางเหล่านี้โดยเฉพาะ เพื่อส่ง-ตอบข้อมูลระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและ อสม. ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
 - (๓) **พัฒนา อสม. รุ่นใหม่** มุ่งเน้นคนรุ่นใหม่ที่มีจิตอาสาในการทำงานเพื่อส่วนรวม โดยกรมฯ ควรมีรูปแบบการปฏิบัติงานใหม่เพื่อรองรับ อสม. กลุ่มนี้ เช่น การดูแลประชาชนผ่าน application
 - (๔) **ฟื้นฟูศูนย์ฝึกอบรม อสม. ในพื้นที่** สนับสนุนบทบาทศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ๕ แห่ง ให้เป็นศูนย์กลางการบูรณาการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นไปตามที่แนวทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และสามารถปฏิบัติงานตามบริบทในพื้นที่ได้
 - (๕) **สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ** ทั้งภาคเอกชน และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่ เช่น การขอสนับสนุนอินเทอร์เน็ตสำหรับ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีโครงการ “เน็ตประชารัฐ”
- (๖) **การสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงานของ อสม.**

๒) ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนา

- (๑) **การจัดสรรโควต้า อสม.** : การจัดสรรโควต้า อสม. ให้มีการกระจายตัว อสม. ต่อการรับผิดชอบหลังคาเรือนให้มีความใกล้เคียงกันในแต่ละพื้นที่ เพื่อลดภาระการทำงานของ อสม. รวมทั้งการพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รูปแบบชุมชนเมือง เป็นต้น
- (๒) **ปรับปรุงหลักสูตรมาตรฐาน อสม.** สำหรับ อสม. กำหนดให้มีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นทักษะพื้นฐาน และมีความพร้อมด้านอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์ Smartphone

(๓) **พัฒนาสมรรถนะ อสม. (Competency) ใหม่** ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาสมรรถนะ อสม. กลางใหม่ ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

(๓.๑) **สมรรถนะหลัก (Core Competency)** กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนเป็นแกนหลักในการพัฒนาสมรรถนะกลาง

(๓.๒) **สมรรถนะตามลักษณะงาน (Functional Competency)** ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต เป็นแกนหลักพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

(๔) **พัฒนารูปแบบการเรียนรู้**

- **การเรียนรู้ด้วยตนเอง** เพื่อให้ อสม. ควรเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องผ่านระบบออนไลน์ หน่วยงานส่วนกลางร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสถาบันการศึกษา พัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น ผ่านการเรียนรู้ออนไลน์ (e-Learning) และกำหนดให้ฝึกปฏิบัติที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับรองการฝึกฝนทักษะในระบบ ผู้ที่ผ่านหลักสูตรจะได้รับใบประกาศนียบัตรจากกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาเพื่อรับรองคุณวุฒิ

- **การแบ่งกลุ่ม อสม.** เนื่องจาก อสม. ทั่วประเทศมีมากกว่า ๑ ล้านคน ความพร้อมและความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละคนแตกต่างกัน เพราะฉะนั้น ควรมีการจัดกลุ่ม อสม. และจัดรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มนั้น เช่น กลุ่มผู้นำ กลุ่มนวัตกรรม กลุ่มที่มีความสามารถเรียนรู้ได้เร็ว กลุ่มที่มีความถนัดการใช้เทคโนโลยี เป็นต้น

(๕) **สร้างความเข้มแข็งให้กับชมรม อสม.**

- กลุ่มประธานชมรมระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล พัฒนาหลักสูตรผู้นำ มุ่งเน้นศักยภาพในด้านการเป็นผู้นำที่ดี และทักษะอื่นๆ ที่จำเป็น
- กลุ่มเลขาประธานชมรมฯ พัฒนาหลักสูตรเพื่อมุ่งเน้นทักษะด้านการบริหารจัดการที่ดี

(๖) **พัฒนาระบบเกษียณอายุ** พัฒนาระบบ Buddy โดยให้ อสม. ที่สูงอายุ (Active Retirement) มีประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์จับคู่กับ อสม. รุ่นใหม่ (new gen) ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ อสม. รุ่นสู่รุ่น อสม. รุ่นใหม่มีโอกาสได้เรียนรู้งาน โดยจัดให้มีสวัสดิการรองรับ อสม. ที่อายุมากหรือจัดให้มีตำแหน่งที่ปรึกษา อสม. สำหรับ อสม. ที่เกษียณอายุ นอกจากนี้ อาจให้บุตรสามารถเป็น อสม. ได้ตามโควตาพื้นที่นั้นๆ

(๗) **ฟื้นฟูศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน (ศสมช.)** จัดให้มีสถานที่ปฏิบัติงานของ อสม. ในชุมชน (ศสมช.) พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน สนับสนุนให้ อสม. มีการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลชุมชนที่รวบรวมโดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. เชื่อมโยงกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

๓) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(๑) การประเมินผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม. อสม. ถือเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนที่สุด เป็นสื่อกลางระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและประชาชน ปฏิบัติหน้าที่ให้กรมวิชาการต่างๆ เพราะฉะนั้นกรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ควรมีส่วนร่วมในการประเมินผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม. โดยมีกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับกองยุทธศาสตร์และแผนงานเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกัน

(๒) การศึกษาทิศทางในการพัฒนา อสม. ในอนาคต ควรมีการเก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ (๒.๑) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขมูลฐาน เช่น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นต้น

(๒.๒) เครือข่ายในการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล สมาชิกทีมหมอครอบครัว เป็นต้น

บรรณานุกรม

- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (๒๕๕๐). **ประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ. ๒๕๕๕ คนชราจะล้นเมือง**. ต้นเมื่อ ๕ เมษายน ๒๕๕๑. จาก http://www.cps.chula.ac.th/pop_base/ageing_๐๓๔.htm.
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (๒๕๕๙). **รายงานผลการดำเนินงานของรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ปีที่ ๒ (๑๒ กันยายน ๒๕๕๘ - ๑๒ กันยายน ๒๕๕๙)**.
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา สำนักกฎหมาย. (๒๕๖๐). **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐**. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. (๒๕๕๐) **ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย**.
- สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๙). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)** จาก <http://www.nesdb.go.th/>
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๕๒). **คู่มือหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปี พ.ศ. ๒๕๕๒**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณิต หนูพลอย. (๒๕๕๓). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง**. มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- คำรพ พงศ์อาทิตย์ และจิรพงษ์ แสงทอง, (๒๕๔๙). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง**. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกงหรา.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. (๒๕๕๒). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อความยั่งยืนโดยเครือข่ายประชาคมในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน**. วิทยานิพนธ์ดุสิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ไชยา ไชยชนะ. (๒๕๔๙). **การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นริศรา ธนาภิวัดนุกร. (๒๕๕๒). **การประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดอ่างทอง**. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพจิตร วัฒนาวัด. (๒๕๓๔). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน จังหวัดสงขลา**. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพฑูรย์ วงษ์จรเลิศเมธา. (๒๕๔๗). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการวางแผนสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดยะลา**. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เมธี จันทร์จารุภรณ์. (๒๕๔๕). **ระบบสุขภาพภาคประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ ๔)**. กรุงเทพฯ: บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.
- ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง (๒๕๕๐). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์**. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน).

วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (๒๕๕๐). *ประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ. ๒๕๕๕ คนชราจะล้นเมือง*. ค้นเมื่อ ๕ เมษายน ๒๕๕๑. จาก http://www.cps.chula.ac.th/pop_base/ageing_๐๓๔.htm.

สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร: จำนวนครัวเรือน จำแนกตามภาคและจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๖*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๐). *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙*. [ม.ป.ท.]: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส และ ยศ ตีระวัฒนานนท์. (๒๕๔๖). *การวิจัยนโยบายสาธารณสุข ใน แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ*, สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ.

สมพร ชุมช่วย, บุญวรรณ สุขเนียม. (๒๕๔๐). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองพัทลุง*. รายงานการวิจัย พัทลุง: เทศบาลเมืองพัทลุง.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, ดารงค์ บุญยืน, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ วิโรจน์

ตั้งเจริญเสถียร. (๒๕๔๑). *การวิจัยนโยบายสาธารณสุข ใน แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ*. สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ.

อำพล จินดาวัฒนา.(๒๕๕๑). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ*. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, ๒๖(๔) ค้นเมื่อ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐. จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/๒๖๔/๒๖๔๐๑.html>

อุไรวรรณ บุญสาส์พิทักษ์. (๒๕๔๒). *การประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดลพบุรี*. มหาวิทยาลัยมหิดล.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๕). *คืนสุนทรียภาพให้สุขภาพ : กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่ : จิตวิญญาณ สุนทรียภาพ และความเป็นมนุษย์*. กรุงเทพฯ: สอนเงินมีมา

ชาติชาย สุวรรณนิตย์. (๒๕๖๐). *การศึกษาสถานการณ์ งานสุขภาพภาคประชาชน ในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต*. นนทบุรี:วารสารสุขภาพภาคประชาชน

สุเทพ พลอยปลายแก้ว, นิษฐา หรุ่นเกษม, อรุณช ภาชีน, ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา. (๒๕๕๖). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี*; กรุงเทพฯ: วารสารพยาบาลทหารบก

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (๒๕๖๒). *การเตรียมความพร้อมบุคลากรภาครัฐในยุค ๔.๐*. ค้นเมื่อ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๒. จาก <https://www.opdc.go.th/content/Mzk>

กิตติยา คัมภีร์ (๒๕๖๐). *การพัฒนาระบบราชการและการบริการภาครัฐยุคดิจิทัล*. ค้นเมื่อ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๒. จาก <https://www.opdc.go.th/content/Mzk>

สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (๒๕๖๒). *ภาครัฐไทยกับการก้าวเข้าสู่รัฐบาลดิจิทัล*. ค้นเมื่อ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๒. จาก <https://www.parliament.go.th/library>

- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (๒๕๖๐). **แนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงาน อสม. ดีเด่น อสม.ดีเยี่ยม อสม.ดีเยี่ยมอย่างยิ่ง และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง**; นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (๒๕๕๘). **ประเมินสถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปี ๒๕๕๗**; นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (๒๕๕๘). **รายงานสรุปผลโครงการประเมินผลสัมฤทธิ์งานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ ๒๕๕๘**; นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (๒๕๖๐). **รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ ๒๕๕๙**; นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (๒๕๖๑). **การประเมินสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐**; นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๒). **สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ วันที่ ๒๐ - ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส**. ค้นเมื่อ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๒. จาก<http://www.bihmoph.net/userfiles/file/Report%๒๐WHA๗๒.pdf>

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูล

การศึกษาสถานการณ์และทิศทางการพัฒนาอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุคประเทศไทย 4.0

ประเภทเอกสาร

() หนังสือ/ตำรา () บทความ () รายงาน () หนังสือราชการ () งานวิจัย () อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อเรื่อง

ผู้เขียน/ผู้วิจัย/หน่วยงาน

ปีที่ทำการศึกษา วันที่เก็บข้อมูล.....

แหล่งที่มา.....

ส่วนที่ ๑ ผลการศึกษาการพัฒนา อสม. ที่ผ่านมา จำแนกตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๑ การสรรหาและคัดเลือก อสม.

.....

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพ อสม.

.....

๑.๓ บทบาทหน้าที่ อสม.

.....

๑.๔ สวัสดิการ อสม. และการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ อสม.

.....

๑.๕ ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของ อสม.

.....

ส่วนที่ ๒ ทิศทางการพัฒนา อสม. จำแนกตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๒.๑ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

.....

๒.๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๑ การสรรหาและคัดเลือก อสม.

.....

๒.๒.๒ การพัฒนาศักยภาพ อสม.

.....
.....

๒.๒.๓ บทบาทหน้าที่ อสม.

.....
.....

๒.๒.๔ สวัสดิการ อสม. และการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ อสม.

.....
.....

๒.๒.๕ ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....
.....
