

การพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

DISTRICT HEALTH SYSTEM APPRECIATION (DHSA)

คณะกรรมการพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอ
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแก่งคอย

ปรัชญา แนวคิดในการพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอ?

ตามรัฐธรรมนูญปี 2550 มาตรา 51 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 6 ข้อ 44 ได้กำหนดเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ “ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจ และเป็นที่ยึดหลักจากประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นระบบบริการที่มุ่งสนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่นมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและพึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพมากขึ้น”

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการกระจายรพ.สต.ทุกตำบล โรงพยาบาลครอบคลุมอำเภอและจังหวัด และพัฒนาขีดความสามารถการให้บริการมากขึ้น แต่ปัญหาที่คงอยู่คือประชาชนขาดการประกันคุณภาพในระบบบริการปฐมภูมิ

ประชาชนยังเข้าไม่ถึงบริการทั่วทั้งหมุด การดูแลสุขภาพขาดคุณภาพที่ตอบสนองกับสถานการณ์ค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการมุ่งเน้นพัฒนาทางการแพทย์ขั้นสูง และเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากกว่าการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพอย่างผสมผสาน และใช้ความใกล้ชิดกับประชาชน เพื่อการดูแลสุขภาพที่มีความเข้าใจมิติความเป็น “มนุษย์” ของผู้รับบริการให้มากขึ้น รวมทั้งช่วยเสริมศักยภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้สอดคล้องกับบริบทต่าง ๆ ของพื้นที่ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไป

รูปแบบพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิสำหรับพื้นที่ชนบทของประเทศไทย คือ การจัดบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต. หรือที่เรียกว่าระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District health system) การสร้างความเข้มแข็งโรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต.รวมทั้งพัฒนารูปแบบการจัดบริการร่วมกัน จึงเป็นเป้าหมายการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท

การเปลี่ยนแปลงบริบทระบบบริการสุขภาพในระยะหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีการเรียกชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็น

เป็นคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (Contracted Unit Primary Care-CUP) ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit-PCU) ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit-CMU) และคลินิกชุมชนอบอุ่น แต่ละที่จะมีความหมายแตกต่างกันอยู่บ้าง แต่ยังไม่มีการเรียกใดเป็นที่นิยมในวงกว้าง โดยยังสามารถสะท้อนความหมายที่แท้จริงของบริการปฐมภูมิ

กลไกการบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ คือหน่วยคือสัญญาของบริการปฐมภูมิ (cup) โดยส่วนใหญ่ใช้การบริหารจัดการในระดับอำเภอ ทำให้เกิดการจัดการเป็นเครือข่าย และจัดบริการได้ตรงตามปัญหาสุขภาพในพื้นที่ แต่ยังมีจุดอ่อนที่พบได้คือ

- ประชาชนบางกลุ่มยังขาดการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และมีคุณภาพ การดูแลสุขภาพขาดคุณภาพที่ตอบสนองกับสถานการณ์ของระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการมุ่งเน้นพัฒนาบริการทางการแพทย์ขั้นสูง และใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากกว่าการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพอย่างผสมผสาน ประชาชนยังต้องพึ่งพิงการให้บริการสาธารณสุขในโรคที่สามารถดูแลด้วยตนเองได้ รวมทั้งประชาชนและเครือข่ายสุขภาพยังขาดการร่วมมือในการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างจริงจัง

- การสื่อสารนโยบายและแผนการจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ การสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชปฏิบัติครอบครัวที่ยังไม่เป็นเอกภาพ อันเนื่องจากพื้นฐานประสบการณ์และความเข้าใจของผู้บริหารเดิมต่างกัน ทำให้เพียงการประสานงานของสองหน่วยงาน คือ ระหว่าง โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- ด้านการบริหารงบประมาณ เนื่องจากหน่วยบริการได้รับงบประมาณลดลง แต่หน่วยบริการบางส่วนได้รับงบประมาณมากขึ้น บางส่วนลดลง และการคิดงบประมาณแบบเหมาจ่ายจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการจัดสรรให้เหมาะสมกับผลงานของหน่วยบริการ โดยเฉพาะงานด้านส่งเสริมสุขภาพมีการคิดงบประมาณล่วงหน้าได้ยาก

- ด้านการบริหารบุคลากร เนื่องจากบุคลากรจาก โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่รพ.สต.อยู่คนละสายการบริหาร การผสมผสานบริการ การดูแลแบบต่อเนื่อง การประสานบริการ ในระบบบริการปฐมภูมิยังไม่มีความชัดเจน ถึงแม้ว่าจะมี แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559 (คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

- ปัญหาเรื่องภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากที่มีตัวชี้วัด เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย มีตัวชี้วัดจำนวนมาก ไม่บูรณาการ สอดคล้องกับสมรรถนะและผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิน้อย ขาดการมีส่วนร่วมจากการกำหนดโดยผู้ปฏิบัติ และมีตัวชี้วัดจากหลายหน่วยงาน

บุคลากรสาธารณสุขควรปรับบทบาทในการทำงานและการให้บริการ เน้นสร้างความสัมพันธ์ในเชิงราบ (horizontal relationship) ทั้งภายในทีมงานสุขภาพชุมชนและกับประชาชน เพราะเป็น

ความสัมพันธ์ที่สนับสนุนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มากกว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจในแนวดิ่ง (vertical relationship) โดยเฉพาะในการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลและรพ.สต. มีความพยายามพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิขึ้นมาอีกครั้ง (แผนระยะ 5 ปี) โดยสถาบันพัฒนาวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาคีต่าง ๆ ที่เสนอเป็นแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550-2554 ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ คือ

1. เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างสอดคล้องกับบริบท
2. ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรที่หลากหลายสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และบริบทพื้นที่
4. สร้างคุณค่า เอกฉัตถ์ และการยอมรับระบบบริการปฐมภูมิ
5. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

แต่การแปลงไปสู่การปฏิบัติอาจจะยังไม่กว้างขวาง ชัดเจนและจริงจัง ทำให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิยังได้รับการสนับสนุนทางนโยบายไม่เข้มข้น และเป็นระบบ

จากเหตุผลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในแง่ของทางวิชาการแต่ยังขาด การนำไปปฏิบัติให้เห็นรูปธรรม ดังนั้นการมีแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จึงเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพที่จำเป็น

การทำงานโดยใช้การบริหารระดับอำเภอเป็นฐานในการนำไปสู่ (CUP Base) จะนำไปสู่ Single district health team อย่างเป็นรูปธรรม โดยอาศัยกรอบยุทธศาสตร์ 5 ด้าน โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่สอง เรื่องการปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ มีกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพในข้อ 2.4 พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทต่างๆ ของพื้นที่ และ 2.5 การสนับสนุน การประสานงานเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และระหว่างพื้นที่เพื่อการช่วยเหลือและสนับสนุนการพัฒนาระหว่างกัน เป็นกลยุทธ์ที่มีความสำคัญ ซึ่งถ้าพัฒนากลยุทธ์นี้ได้จะส่งผลให้แผนยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน มีความสำเร็จเป็นรูปธรรม ร่วมกับการทำงานเชิงคุณภาพของ สรพ. ที่ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบแนวราบ ทำให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันของโรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, รพ.สต., รพ.สต. และ อปท. ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ร่วมกันคิดแก้ปัญหาของพื้นที่ ดังนั้นการพัฒนาร่วมกันแบบเป็นเครือข่าย (network) โดยการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ. สต. และ สอ. ทำให้การพัฒนาคุณภาพบริการแก่ประชาชนได้ดีกว่าการพัฒนาแต่ละ รพ.สต. โดยลำพัง ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจึงควรพัฒนาเป็นระบบเครือข่ายซึ่งจะ

นำไปสู่การพัฒนางานบริหาร, บริการ และวิชาการ อย่างจริงจัง และมีส่วนร่วม ส่งผลให้ประชาชน
ได้รับการบริการที่ดีขึ้น

วิธีการจัดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอและรูปแบบที่ควรจะเป็น?

ในด้านการทำงานร่วมกันระดับอำเภอ (Unity district health team)

แนวคิดที่สำคัญ ประเด็นปัญหา เป้าหมาย การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้สำเร็จนั้น
จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันในหลายระดับ หลายภาคส่วนในอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน การบริหาร
นั้นจะต้อง โปร่งใส และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย และถือเป็นภารกิจร่วมกัน ต้องนำไปสู่ผลลัพธ์ทาง
สุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน ในปัจจุบันการทำงานในระดับอำเภอเป็นการประสานกันของหน่วยงาน
ด้านสุขภาพสองส่วน คือ โรงพยาบาลชุมชน และ เครือข่าย รพ.สต.ภายใต้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
แม้ภารกิจของทั้งสองหน่วยงานจะเป็นภารกิจทางด้านสุขภาพเหมือนกัน แต่เนื่องจากที่มาที่ต่างกันทำให้
สายการบังคับบัญชาที่ต่างกันและวัฒนธรรมการทำงานที่ต่างกันอาจทำให้เกิดความขัดแย้งทั้งในระดับ
นโยบายและระดับบุคคลได้ง่าย ช่องว่างการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างกันทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและขาด
ประสิทธิภาพ เป้าหมายการให้บริการที่ต่างกันทำให้ทิศทางการทำงานไม่สอดคล้องกัน จึงมีความจำเป็น
อย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจในแนวคิดและมองเห็นภาพรวมของระบบบริการปฐมภูมิ รวมไปถึงภาคี
เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะช่วยปรับปรุงการจัดการให้สอดคล้องกับความจริงในแต่ละพื้นที่ โดยมี
เป้าหมาย คือทีมบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวมของอำเภอมีทีมเดียว มีศักยภาพใน
การบริหารจัดการให้ระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอมีคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุข
แบบบูรณาการ หมายถึง การบริหารนั้นสามารถให้บริการทางสุขภาพที่ประชาชนต้องการ ด้วยรูปแบบที่
เป็นมิตร และสำเร็จตามผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ โดยมีความเหมาะสมทางเศรษฐกิจ

สรุปการทำงานเป็นทีมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ

ประเด็นมีการวางแผนร่วมกันในระดับนโยบาย เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ควรมีการ
จัดตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Management Team) เป็น
รูปแบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและเชื่อมประสานงานกัน วางกรอบแนวคิดและ
การดำเนินงาน และเป้าหมายการพัฒนาบริการสุขภาพระดับอำเภอที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ร่วมกัน
ภายใต้รูปแบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ตัวแทนจากภาค
ประชาชน, ตัวแทนจากผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพ.สต.)) โดยมีหน้าที่วางแผน และกำหนดทิศทางการดำเนินงานในการจัดบริการสุขภาพและ
แก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

ประเด็นการทำงานร่วมกันในระดับปฏิบัติการ การทำงานผสมผสานไปด้วยกัน และการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีต่างๆ ควรมีการประสานความร่วมมือ สร้างความเป็นเอกภาพขององค์กรที่มีส่วนในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ บริหารจัดการให้มีการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เป็นไปตามทิศทางนโยบายที่กำหนด จัดหาและร่วมสนับสนุนงบประมาณ โดยมีบริหารจัดการงบประมาณแบบเครือข่าย

นอกจากนี้ควรมีการกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาอย่างชัดเจน เช่น การเพิ่มความเข้มแข็ง District Management Team, การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ, พัฒนาระบบการสนับสนุนการบริการและบริหารจัดการของสถานบริการปฐมภูมิ, พัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย, พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร, พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน, พัฒนาระบบการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน, โรคหอบหืดและถุงลมโป่งพอง, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต, ผู้พิการโรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็ง และควรมีคณะทำงานซึ่งเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอหรือ รพ.สต. ร่วมกันรับผิดชอบดำเนินการในแต่ละกลยุทธ์ มีการจัดประชุมเพื่อกระตุ้นติดตามและแลกเปลี่ยนแนวคิดระหว่างคณะกรรมการบริหารและคณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ 2-3 เดือน/ครั้ง ตลอดจนมีกิจกรรมอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งและสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีของ District Health Team อาทิ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ แข่งกีฬา ศึกษาดูงาน การพัฒนาวิชาการ

ในด้านการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน (Resource sharing)

แนวคิดที่สำคัญ ประเด็นปัญหา เป้าหมาย ในขณะที่ภารกิจของระบบบริการสุขภาพนั้นกว้างขวาง แต่ทรัพยากรที่มีนั้นค่อนข้างจำกัด จึงไม่อาจพัฒนาทุกเรื่องได้พร้อมกัน ความสำคัญคือการจัดลำดับภารกิจทางสุขภาพ และจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม เพื่อภารกิจทางสุขภาพนั้นเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โดยการจัดสรรทรัพยากรนั้นต้องเป็นไปด้วยความโปร่งใส ยุติธรรม และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย รูปแบบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละเครือข่ายอาจแตกต่างกัน ทั้งเรื่องงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนด้านบุคลากรด้วย ในบางแห่งการแบ่งปันทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียม การจัดสรรเงินสนับสนุนไม่สอดคล้องกับภาระงาน จึงทำให้ไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน สถานการณ์ด้านกำลังคนมีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมาก ยิ่งเพิ่มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจมีผลกระทบด้านลบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการ ดังนั้นเป้าหมายคือการที่สถานบริการที่อยู่ในชุมชนมีวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทาง

การแพทย์ การเข้าถึงห้องปฏิบัติการ และมีการสนับสนุนทางวิชาการ เพื่อทีมผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้อย่างเต็มสมรรถนะ ตามขอบเขตบริการปฐมภูมิ

สรุปการจัดการทรัพยากรภายในเครือข่าย

ประเด็นการรวมทรัพยากรเข้าด้วยกัน และมีการจัดสรรทรัพยากร พบว่า ในด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล / การใช้ทรัพยากรบุคคลรวมกัน เครือข่ายสุขภาพอำเภอควรมีการบริหารจัดการบุคลากรในหลายส่วน เช่น กำหนดให้มีแพทย์ และทันตบุคลากร รับผิดชอบในทุก รพ.สต. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพ ตลอดจนสุขภาพช่องปากครบทุกพื้นที่ ซึ่งอาจมีวางแผนร่วมกันระดับอำเภอในการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็นโซน มีพยาบาลวิชาชีพ (เวชปฏิบัติ) ครบทุก รพ.สต. มีทีมควบคุมโรค SRRT ระดับอำเภอที่เข้มแข็ง ในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อในท้องถิ่น เช่น DHF, TB, DM, HT เป็นต้น มีทีมงานคุ้มครองผู้บริโภค มีการตรวจร้านขายยา สถานพยาบาล โรงผลิตน้ำ GMP และโรงอาหารตามโรงงานต่างๆ นอกจากนั้นหากมีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานอาจต้องมีการพิจารณาจ้างบุคลากรเพิ่มเติม เช่นการจ้างนักวิชาการสาธารณสุข, ลูกจ้าง ให้ รพ.สต. ที่ขาดแคลน เป็นต้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรมีการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เกษัตริกร นักกายภาพ พยาบาล โภชนากร เพื่อให้การดูแลได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนั้นยังมีการสับเปลี่ยนบุคลากรตามความเหมาะสมเพราะอยู่ในเครือข่ายเดียวกัน แผนการศึกษาต่อของบุคลากรมีการกำหนดร่วมกัน จัดอบรมให้ผู้รับผิดชอบงานที่สถานบริการ ในด้านการจัดการด้านการเงิน มีการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่าย มีคณะกรรมการในการดำเนินงาน มีการจัดสรรงบประมาณ โดยผ่านคณะกรรมการบริหารจัดการ โดยมี จนท.การเงินตรวจสอบให้เป็นไปตามระเบียบการเงิน นอกจากนั้นแล้วเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ อาจจัดให้มีคณะอนุกรรมการบริหารงบประมาณระดับอำเภอเป็นคนทำข้อมูลเพื่อจัดสรรเงินตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนงบลงทุนมีการพิจารณาคือ โรงพยาบาลจะขอของลงทุนอะไร ใน รพ.สต. มีแผนงานพัฒนาปรับปรุงส่วนไหนบ้าง จะนำมาพิจารณาตามความเห็นของคณะกรรมการ งบประมาณ ถ้าไม่ผ่านคณะกรรมการจะไม่สามารถโอนเข้าเงินบำรุงสถานบริการได้ นอกจากนั้นแล้วจะมีการกันเงินไว้ส่วนหนึ่งเพื่อใช้ในการจ้างลูกจ้างชั่วคราวเข้าทำงาน (ในภาพรวมของโรงพยาบาลและ รพ.สต.) ทั้งในส่วน of ลูกจ้างชั่วคราวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆ เพื่อที่จะได้กระจายกำลังบุคลากรสหวิชาชีพลงไปยังทุกพื้นที่ ในด้านการสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ ในด้านเวชภัณฑ์ ยาและวัคซีน มีการจัดทำแผนจัดซื้อโดยคณะกรรมการ ด้านเครื่องมือมีคณะกรรมการเครื่องมือเป็นผู้รับผิดชอบ เช่น เครื่องเจาะ DTX การเบิกจ่ายยา เบิกทาง online มาที่ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลจัดส่งยาและวัคซีนให้ รพ.สต. ทุกแห่งทุกเดือน ด้านการกำจัดขยะติดเชื้อ โรงพยาบาลจัดรถไปรับขยะติดเชื้อมาเผาที่เตาเผาขยะติดเชื้อที่โรงพยาบาลทุกสัปดาห์ นอกจากนั้นยังมีการวางระบบ IC มีพยาบาล ICN ของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดูแลเรื่อง ระบบการป้องกันการติดเชื้อ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน เรื่อง

Set ต่างๆ โรงพยาบาลเป็น Supply Center ให้ รพ.สต.นำ Set มาแลกตามรอบที่กำหนด กรณีฉุกเฉินไม่เพียงพอ รพ.สต. สามารถทำเองได้

ประเด็นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและเกิดผลลัพธ์ที่สำคัญจากการจัดสรรทรัพยากร เมื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนการบริหารจัดการบุคลากร การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรด้านต่างๆ ควรมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยอาจมีการร่วมมือกันทั้งที่แบบเป็นทางการคือมีคณะกรรมการและคณะทำงานในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้อง และการร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ เมื่อทำงานได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ควรมีการนำผลการดำเนินงานมาประเมินถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะได้ร่วมกันแก้ไข มีการพัฒนาและออกแบบให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ดังนั้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงน่าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพโดยรวมในการให้บริการ และส่งผลให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

ในด้านการให้บริการปฐมภูมิที่จำเป็น (Essential service)

แนวคิดที่สำคัญ ประเด็นปัญหา เป้าหมาย ระบบบริการปฐมภูมิมิมีความสำคัญและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเป็นหน่วยบริการหลักที่ให้บริการแก่ประชาชน การบริการปฐมภูมิเป็นพื้นฐานของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในด้านของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ บริการปฐมภูมิเป็นบริการที่มีความหลากหลาย และรอบด้าน บริการปฐมภูมิเป็นบริการที่มีความแตกต่างจากบริการระดับทุติยภูมิมาก เพราะเป็นบริการที่ใกล้ชิดประชาชน อีกทั้งหลายกิจกรรมต้องให้บริการที่บ้านหรือในชุมชน การจัดการจึงต้องสะท้อนคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้ เป็นบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่, การจัดการจึงต้องเป็นไปตามบริบทอย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรม, การบริหารจัดการต้องสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่, การให้บริการต้องคำนึงถึงคุณภาพ มิใช่บริการชั้นสอง, การให้บริการที่มีคุณภาพจะมีได้ ต้องมีกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (context based learning) สอดคล้องกับบริการที่จัดใหม่ การจัดการภายนอกสถานบริการหรือในชุมชนนั้น มีความแตกต่างกัน และยังไม่ได้มีข้อกำหนดที่เด่นชัดว่า ต้องมีกิจกรรมอย่างไรบ้าง ทำให้บริการภายนอกสถานบริการหรือในชุมชนที่มักเรียกกันว่า “บริการเชิงรุก” นั้นในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมาก อาจจะมีคล้ายกันแต่คุณภาพบริการก็อาจมีความแตกต่างกันมาก จึงนำมาสู่ข้อสังเกตที่ว่า สำหรับบริการเชิงรูกนั้น ไม่มีข้อกำหนดคุณภาพบริการขั้นต่ำที่ประชาชนคาดหวังได้

สรุปการบริการที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ ควรมีการพิจารณาตามบริบทของพื้นที่โดยอาจแบ่งเป็นกลุ่มอายุหรือกลุ่มปัญหา เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้พิการ, กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ และระบบส่งต่อ เป็นต้น การดำเนินงานในแต่ละพื้นที่อาจจะไม่ได้มีกฎเกณฑ์หรือขั้นตอนที่ตายตัวหรือขั้นตอนตามการสั่งการ แต่ควรเป็นกระบวนการที่เกิดจากแนวคิด การสร้างความสมดุลของผู้ให้และผู้รับบริการ และเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นต่อกระบวนการทำงานและสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่

(ตัวอย่างที่ 1) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน / ความดันโลหิตสูง)

ในด้านการทำงานร่วมกันระดับอำเภอ มีการประเมินความต้องการและศักยภาพของชุมชน โดยใช้กระบวนการทบทวนฐานข้อมูล การทำประชาคมในพื้นที่ และการคัดกรองโรคในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนการดูแลประชาชน มีการจัดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ครอบคลุม และเชื่อมโยงการดูแลในภาพรวมของอำเภอ ทั้งในโรงพยาบาล และในรพ.สต. ครอบคลุมกลุ่มปกติ กลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงสูง โดยกำหนดเป็นเข็มมุ่ง มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง เบาหวาน-ความดันโลหิตสูงในอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และพยาบาลวิชาชีพจากรพ.สต.ทุกแห่ง เพื่อกำหนดและจัดกิจกรรมการดูแลประชากรในพื้นที่ให้ครอบคลุมในภาพรวม มีการจัดการประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูง (CPG) ที่รพ.สต. บริหารจัดการช่องทางการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเข้ารับการรักษาจากแพทย์ที่โรงพยาบาล จัดการการเข้าถึงบริการที่ใกล้บ้านในประชากรกลุ่มป่วย โดยเปิดบริการคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูงที่รพ.สต. พร้อมทั้งจัดทำเกณฑ์ในการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เข้ารับบริการที่รพ.สต.ใกล้บ้าน และเกณฑ์ในการส่งกลับกรณีพบปัญหาจากการดูแล มีการบริหารจัดการการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย บริหารจัดการช่องทางการให้คำปรึกษาจากแพทย์โดยช่องทาง Skype และโทรศัพท์ มีช่องทาง Green channel เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลส่งต่ออย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.ทุกแห่ง จัดทำแผนการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่รับบริการคลินิก จัดระบบทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ไม่ใช่แพทย์ในคลินิก และจัดทำแผนติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รพ.สต.ในภาพรวม ในด้านการดูแลสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน จากการคัดกรองโรค มีการจัดทำแผน สร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่ม จัดอบรมหมอบ้าน และอาสาสมัครเพื่อดูแลให้คำแนะนำ ให้กับประชาชน จัดทำแผนร่วมกับองค์กรในท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน การให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพและการตรวจสุขภาพต่างๆ ในกลุ่มเสี่ยงสูง มีการจัดทำแผนดำเนินงานเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการจัดทำโครงการชุมชนต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง เบาหวานความดันโลหิตสูงในคลินิกของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และรพ.สต. มีการจัดการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ให้กับเจ้าหน้าที่หลายรูปแบบ เช่น การจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับ การตรวจรักษาผู้ป่วย การใช้ยา การตรวจ Lab ที่จำเป็น การฝึกปฏิบัติในการตรวจผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ การปฏิบัติตาม CPG ในการดูแลผู้ป่วยที่รพ.สต. ผลจากการดำเนินงานด้านวิชาการในภาพรวม มีการจัดประชุมวิชาการ และการฝึกปฏิบัติ การจัดทำคู่มือการใช้ยาโดยเภสัชกรให้กับรพ.สต.ทุกแห่ง การจัดการ Conference case ร่วมกัน โดยสหสาขาวิชาชีพ การตรวจเยี่ยมคลินิกโรคเรื้อรังโดยแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ และการจัดประชุมถอดบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาต่อยอดและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในคลินิกให้เป็น

รูปแบบเดียวกัน ในด้านการจัดการทรัพยากรภายในเครือข่าย จากปัญหาการมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่รพ. สด.จำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถบริการผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูงได้ตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ จึงมีการบริหารจัดการบุคลากรในหลายส่วน ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิก เช่น จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพในคลินิก มีการบริหารจัดการบุคลากรร่วมกันเป็นเครือข่าย มีการหมุนเวียนพยาบาลจากโรงพยาบาลไปปฏิบัติงานที่รพ.สด. มีการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพ จากโรงพยาบาลในการออกคัดกรองการเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการด้านการเงิน มีคณะกรรมการบริหารจัดการโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูงอำเภอ กำหนดโครงการและกิจกรรมตามการจัดสรรงบประมาณ โดยมี จนท.การเงินตรวจสอบให้เป็นไปตามระเบียบการเงิน การสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ มีการจัดสรรเครื่องมือตามความต้องการใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องเจาะ DTX การเบิกจ่ายยา เบิกทาง online มาที่โรงพยาบาล ในด้านปัญหาอุปสรรค พบว่าในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นงานที่มีขอบเขตการทำงานกว้าง ทำให้การดำเนินงานล่าช้า ในการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ บุคลากรในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และในรพ.สด. มีน้อย หรือมีภาระงานอื่นมาก ทำให้มีการจัดประชุมร่วมกันไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด ซึ่งอาจส่งผลให้การดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่

(ตัวอย่างที่ 2) ระบบการส่งต่อในเครือข่าย

ในด้านการทำงานร่วมกันระดับอำเภอ มีรพ.สด.ซึ่งให้บริการประชาชนทุกพื้นที่ บางแห่งมีระยะทางอยู่ไกลจากโรงพยาบาลมาก ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการของประชาชนล่าช้าในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือในกรณีผู้ป่วยทั่วไป ที่ได้รับการส่งต่อจากรพ.สด. เพื่อรับการวินิจฉัยโรคและรับการรักษาจากแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลาในการเดินทาง ผู้ป่วยต้องสูญเสียระยะเวลาในการรับบริการในแต่ละขั้นตอนของโรงพยาบาล และในกรณีของรพ.สด.ในพื้นที่ ที่ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาจากแพทย์ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถรับทราบข้อมูล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและแผนการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในส่วนของการประสานงานระหว่างสถานบริการโรงพยาบาลและรพ.สด. ยังขาดช่องทางการประสานงานการส่งต่อที่รวดเร็ว การให้คำปรึกษา ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นจากแพทย์หรือผู้ที่ชำนาญกว่า ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้น อย่างครอบคลุม ครบถ้วน ตามมาตรฐาน ตั้งแต่แรกรับในชุมชน จึงมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยเครือข่าย ได้เริ่มดำเนินการกำหนดเป็นเข็มมุ่งของอำเภอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ ตัวแทนในแต่ละหน่วยงาน จากโรงพยาบาลและตัวแทนจากรพ.สด. มีการจัดการประชุมร่วมกัน กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยครอบคลุมกิจกรรม ทั้งรูปแบบการ Refer in และการ Refer back มีการวิเคราะห์ปัญหา ส่วนขาด การบริการผู้ป่วยระหว่างสถานบริการ จัดทำนวัตกรรม ช่องทางด่วน โดยการใช้ Green card ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จัดศูนย์ประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง จัดช่องทางการให้คำปรึกษาจากแพทย์

และผู้ที่มีอำนาจกว่า ที่ห้องตรวจแพทย์ ประชาสัมพันธ์ ห้องยา และแผนกฉุกเฉิน เปิดช่องทางด่วนในการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ทางโทรศัพท์ กำหนดแพทย์ในการรับผิดชอบรพ.สต.จัดระบบ EMS เชื่อมต่อเครือข่ายระหว่างชุมชน, รพ.สต., โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ จัดการระบบสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย จัดแผนการตรวจเยี่ยมเชิงรุก โดยสหสาขาวิชาชีพ ในด้าน การจัดการ เครื่องมือแพทย์ และเวชภัณฑ์ยา มีเครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินในเครือข่าย มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการจัดสรรเครื่องมือเป็นผู้รับผิดชอบ ประเมินส่วนขาด ทำแผนจัดซื้อ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับรพ.สต. จัดทีมดูแลติดตั้งอุปกรณ์ พร้อมกับสาธิตวิธีการใช้เครื่องมือที่ถูกต้อง ในส่วนของ การบำรุงรักษา มีการบริหารจัดการให้มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกเดือน มีการจัดการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น CPR, การใส่ยาที่จำเป็น, การเก็บรักษา ยา การใช้เครื่องมือแพทย์ และการให้ความรู้ในสถานบริการเชิงรุกในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำ แนวทางปฏิบัติ (CPG) ในผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่รับบริการที่รพ.สต.ก่อนการนำส่ง ในด้านการสร้างคุณค่า และคุณภาพกับบริการปฐมภูมิ มีเครือข่ายในการบริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วยระดับอำเภอ โดยทุกรพ.สต.มีการให้บริการผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ในการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนการส่งต่อ พร้อมทั้งจัดสรรเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอ โดยทีมโรงพยาบาลเป็นที่เลี้ยงและสนับสนุนทางวิชาการ นอกจากนี้ ยังมีการตรวจเยี่ยมเชิงรุกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหา และพัฒนาร่วมกัน มีการจัดพยาบาลวิชาชีพทดแทนกรณีการขาดบุคลากรในรพ.สต. และมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำให้ผู้รับบริการในชุมชนมีความมั่นใจและยอมรับในการบริการเพิ่มมากขึ้น

(ตัวอย่างที่ 3) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายได้รับการเยี่ยมอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข, นักกายภาพบำบัด, เจ้าหน้าที่ รพ.สต., เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น และจิตอาสา โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา การติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการปรับระบบ โดยเริ่มจาก มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านโดยตรง ซึ่งจะทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและ chart ในตึกผู้ป่วยชายและหญิงในตอนเช้าของทุกวัน เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาในการที่ต้องกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับแพทย์และพยาบาลประจำตึก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส พร้อมทั้งการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติในขณะที่ยังนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ถ้าในรายที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดหรือสภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านจะลงไปปรับสถานที่ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากตึก ก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้านพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกรอกรายละเอียด ข้อมูลและปัญหาที่ต้องการให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านลงในแบบสรุปผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและการส่งต่องาน Home Health Care เพื่อติดตามดูแล

ต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งเขียนที่อยู่และแผนที่ เบอร์โทรศัพท์ทำให้ชัดเจน หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านไป แล้วทางหอผู้ป่วยส่งต่อข้อมูลมาที่ทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งทีมเยี่ยมบ้านจะลงบันทึกในสมุดทะเบียนเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยพร้อมวางแผนกำหนดการเยี่ยมบ้าน ก่อนออกเยี่ยมบ้านมีการประสานงานกับทางรพ.สต.และอสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบนั้นๆ ร่วมดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วันหลังผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล เมื่อไปถึงบ้านผู้ป่วยมีการสำรวจสภาพแวดล้อมของบ้าน ความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมทั้งซักถามปัญหา ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจของตัว ผู้ป่วยเองและญาติเกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งได้เสนอวิธีแก้ปัญหาหรือปรับ วิธีการดูแลผู้ป่วย และวางแผนเยี่ยมครั้งต่อไป ร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.และ อสม.ที่รับผิดชอบในเขต นั้นๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากเยี่ยมบ้านจะมีการบันทึกข้อมูลที่ได้รับกลับไปเยี่ยม บ้านพร้อมแนวทางแก้ไขปัญหาและการวางแผนเยี่ยมครั้งต่อไปลงใน OPD card และ โปรแกรม HOSxP และนำข้อมูลที่ได้ไปแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วยรับทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ต่อไปในกรณี Case ที่มีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและที่บ้านจะมีการนำปัญหาเข้า คณะกรรมการ PCT เพื่อหาแนวทางแก้ไข และในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีปัญหาในการดูแลมีการให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยและญาติเฉพาะราย และลงไปเยี่ยมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในกรณีที่ผู้ป่วยมี ภาวะคุกคามต่อชีวิตและส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพร้อมใบส่งตัว (Green card) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างทันที่ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่นอนนานจะต้องมีการเบิกอุปกรณ์ ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน มีการอำนวยความสะดวกในการเบิกจ่ายของให้กับญาติผู้ป่วย

(ตัวอย่างที่ 4) การดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลและจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ คัดกรอง ภาวะสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดความดันโลหิต, ค่า BMI, ตรวจวัดสายตา, FBS, ตรวจ สุขภาพช่องปาก, ประเมินภาวะซึมเศร้า, ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กรณีผู้สูงอายุ มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลได้จัดช่องทางด่วนไว้บริการผู้สูงอายุ ในกรณีที่ได้รับการ ฟื้นฟูสภาพร่างกายและผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการได้ จะมีการจัดทีมเยี่ยมบ้านเข้าไปให้แนะนำและ ดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สำหรับในรายที่มีปัญหาด้านอื่นๆ นอกเหนือด้านสุขภาพ เช่น ด้าน เศรษฐกิจ การเดินทาง และไม่มีญาติพามาโรงพยาบาลเนื่องจากต้องประกอบอาชีพ และอีกปัญหาหนึ่ง ที่ พบคือ ปัญหาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและไม่มีคนดูแล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต ดังนั้นจึงมีความ จำเป็นที่จะต้องพัฒนาอย่างเป็นระบบและบูรณาการทั้งด้านการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) โดยภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและร่วมกันดูแล หารูปแบบที่เหมาะสมและประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น พัฒนาชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผน การพัฒนางาน ปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอ โดยจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุในชุมชน (care giver) โดย รับสมัครผู้สนใจเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยประหนึ่งญาติของผู้ป่วย ให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ ตามหลักสูตร

การดูแลผู้ป่วยที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอจัดทำขึ้น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยงคอย
แนะนำ และประสานความร่วมมือการดำเนินงาน โดยมีความคาดหวังว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยและขาดคนดูแล
ให้คำแนะนำ จะมีคนคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เกิดการพัฒนาความร่วมมือการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขและชุมชนต่อไป

(ตัวอย่างที่ 5) การพัฒนาการบริหารระบบยาในเครือข่ายบริการสุขภาพ

ในด้านการทำงานร่วมกันระดับอำเภอ คณะกรรมการระดับอำเภอ มีนโยบายในการพัฒนา
ระบบบริการที่มีมาตรฐานแก่ประชาชนให้อย่างทั่วถึงและเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยส่วนหนึ่งจะมุ่งเน้น
พัฒนามาตรฐานและความปลอดภัยด้านยา เพื่อให้การดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว เป็นไปอย่างมี
ประสิทธิภาพ มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน (Essential care) โดย
ประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานทั้งจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต.ทุกแห่ง เพื่อ
ดำเนินงานในการพัฒนามาตรฐานและความปลอดภัยด้านยา ร่วมกับการส่งเสริมความร่วมมือกันในการ
วางแผนการจัดการด้านยา โดยมีการประชุมพัฒนาความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่รพ.สต. เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยกันในส่วนของชุมชนให้มี
การจัดการในเรื่องการใช้ การส่งยามาให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ จิตเวช โดยการร่วมมือทุกสพ
สาขาวิชาชีพ มีการดูแล มีการจัดเภสัชกรดูแลตามรพ.สต. และออกติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
ร่วมกันในระดับอำเภอ ในด้านการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน มีการจัดสรรเภสัชกรผู้รับผิดชอบประจำ
แต่ละรพ.สต. นอกจากนี้ยังมีการจัดทำระบบการนำส่งยาแบบส่งตรงถึงที่ (Drug Delivery Logistics
System) โดยวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการกระจายยาจากโรงพยาบาลสู่รพ.สต.ใน
เครือข่าย กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ได้แก่ การลดขั้นตอนการรออนุมัติใบเบิกเวชภัณฑ์ยาของรพ.สต.
เครือข่ายจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นการส่งใบเบิกทางระบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)
และปรับระบบการกระจายยาเป็นโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่งยา องค์กรความรู้ การนิเทศติดตาม และการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยตรงถึงที่แก่รพ.สต. โดยมีการแบ่งโซนรพ.สต.เป็นโซน โซนเดียวกัน ที่ตั้งรพ.สต.
ใกล้กันส่งพร้อมกัน มีระบบการแลกเปลี่ยนยาที่ใกล้หมดอายุ ในด้านการให้บริการที่จำเป็น มีการ
ดำเนินงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านยา ได้แก่ การวางระบบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการ
ใช้ยา ระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ระบบการรายงานและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โดยวาง
แนวทางให้เจ้าหน้าที่ของรพ.สต. ค้นหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หากพบการแพ้ยาให้รายงาน
การแพ้ยา ส่งโรงพยาบาลทุกสิ้นเดือน ทำการเก็บข้อมูล แล้วนำข้อมูลปัญหา ความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์
ความคลาดเคลื่อนทางยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่เกิดขึ้นจริงมาวิเคราะห์ จัดระดับความรุนแรง
โดยเน้นการมีส่วนร่วมและเชิงรุกเพิ่มขึ้น แล้วนำไปพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องมีการจัดทำมาตรฐานด้าน
ยา พัฒนาการรู้เรื่องยา โดยให้ปลอดภัย ถูกต้องและเป็นไปในทางเดียวกัน โดยให้เภสัชกรช่วยจัดทำ
ข้อมูลยาหรือคู่มือที่สะดวกในการใช้และใช้บ่อย เช่น ขนาดยาเด็ก การแจ้งระดับความปลอดภัยของการ

ใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ผ่านโปรแกรม HOSxP และจัดทำแนวทางมาตรฐานในการจัดเก็บยา การแบ่งบรรจุยาและการเฝ้าระวังยาหมดอายุ ในด้านการสร้างคุณค่าและคุณภาพกับบริการปฐมภูมิ การทำงานชุมชนของเภสัชกรปฐมภูมิ ที่สะท้อนปัญหาเรื่องยาให้เภสัชกรที่ออกเยี่ยมบ้านต้องคบคิด ปัญหาพื้นฐานคือ กินยาไม่ครบ ไม่ยอมกินยา กินยาผิด เป็นหน้าที่ของเภสัชกรต้องสอบถาม ค้นหาความจริงถึงสาเหตุองค์ประกอบโดยรวม ปัญหาการใช้ยา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เชื่อมโยงไปกับโรคที่คนไข้เป็น ทำอย่างไรไม่ให้มีปัญหา กลับมาเป็นซ้ำ คุมอาการไม่ได้หรือกลับมานอนรพ.บ่อย หลังจากที่มีการออกเยี่ยมบ้านในครั้งนั้น ได้มีการติดตามผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อมา พบว่าผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องและไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ สามารถควบคุมอาการได้ดี ซึ่งบรรลุเป้าหมายของการออกไปเยี่ยมบ้านของเภสัชกรที่มีความคาดหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วย ได้มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและดีขึ้น

(ตัวอย่างที่ 6) การป้องกันและควบคุมโรคที่สำคัญในพื้นที่ (ไข้เลือดออก)

มีการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่ การเฝ้าระวังโรค การป้องกันโรค การควบคุมโรค

ขั้นตอนการเฝ้าระวังโรค จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคระดับอำเภอ และระดับเครือข่าย ภารกิจศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงเพื่อประกอบการวางแผนดำเนินการและเฝ้าระวังในเชิงรุก จัดประชุม War room เพื่อติดตามสถานการณ์และวางแผนร่วมกันควบคุมโรคอย่างทันทั่วถึง จัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคทุกเดือน แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอำเภอ สถานบริการสาธารณสุข ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ โดยกำหนดพื้นที่เสี่ยงเพื่อดำเนินการ / มาตรการป้องกันโรค ปรับปรุงด้านสุขาภิบาล โดยมีการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ ผ่านเสียงตามสาย/หอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน รณรงค์ให้มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ มีการสอบสวนและควบคุมโรคทุกราย โดยทีมเคลื่อนที่เร็วของรพ.สต.เครือข่าย

ขั้นตอนการป้องกันโรค จัดทำแผนปฏิบัติงาน สำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ไล่ทรายที่มีฟอส ฟันสารเคมี จัดนิทรรศการ/สอนสุขศึกษา/จัดการเรียน รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนทางเสียงตามสาย/วิทยุชุมชนอย่างต่อเนื่อง สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำขุ่นลายในสถานพยาบาล การควบคุมโรค ทีมสอบสวนและควบคุมโรค ร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ ออกดำเนินการสอบสวนโรคและควบคุมโรคทันทีพร้อมรายงานการสอบสวนโรคเฉพาะรายทุกรายที่เกิดโรค

สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ไล่ทรายที่มีฟอส ฟันหมอกควัน ให้สุขศึกษาทางหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นครบตามขั้นตอน รายงานผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ

นอกจากตัวอย่างทั้ง 6 เรื่อง ควรมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกในชุมชนดังนี้ โรงพยาบาลต้องมีการจัดศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยมีเตียงผู้ป่วยพักฟื้นสำหรับการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับ และหน่วยบริการเชิงรุกในชุมชน โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือหัวหน้าทีมให้คำปรึกษาและเชื่อม

ประสานกับหน่วยงานอื่น มีพยาบาลเป็นผู้จัดการทีม และมีนักกายภาพบำบัด/อาชีพบำบัด ผู้ช่วย นักสังคมสงเคราะห์ เป็นทีมในการให้บริการเฉพาะราย เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ต้องมีทีมงานในการดูแล อาจมีการตั้งทีมสหวิชาชีพทีมเดียวหรือหลายทีมลงไปทำงาน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ การจัดบริการ สุขภาพในชุมชน จำเป็นต้องประสานกับ อปท. ในการจัดบริการและมีการจัดการระบบอาสาสมัครเพื่อ ช่วยในการดูแล มีศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอในการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา และ เชื่อมประสานการดูแลของทุกภาคส่วน เป็นศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และจัดกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย กำหนดนโยบายการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและบริการในชุมชน มี นโยบายและกำหนดกรอบอัตรากำลังตามความจำเป็น เช่นนักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ใน โรงพยาบาล สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา จัดให้มีกิจกรรมต่างๆในเครือข่าย เช่นจัดตั้งชมรมสร้าง สุขภาพ ชมรมคนรักสุขภาพ โดยแต่ละชมรมมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งกองทุนฯ ให้ อสม.เป็นคนดูแล จัด-จ่ายยาในหมู่บ้าน พัฒนาสมุนไพรเป็นยาสามัญประจำบ้าน โดยมีอาสาสมัครอยู่ที่ บ้าน โดยระบบการกระจายยาที่ดี

ในด้านการสร้างคุณค่าและคุณภาพกับบริการปฐมภูมิ (Appreciation and quality)

แนวคิดที่สำคัญ ประเด็นปัญหา เป้าหมาย เครือข่ายปฐมภูมิแต่ละแห่งควรมีระบบพัฒนา คุณภาพของตนเอง ทั้งที่เป็นการเรียนรู้จากภายนอก และการเรียนรู้จากประสบการณ์ภายในเครือข่ายเอง การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ดีต้องเป็นการเรียนรู้โดยใช้พื้นฐานจากปัญหาในพื้นที่หรือที่เรียกว่า กระบวนการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (context-based learning) ผู้ให้บริการปฐมภูมิ เมื่อต้องทำหน้าที่ที่ สถานบริการที่อยู่ในชุมชน ไม่ว่าจะมีความสมรรถนะตามขอบเขตที่เป็นฐานทางการศึกษาจาก สถาบันการศึกษามาอย่างไร มักจำเป็นต้องให้บริการโดย "ไม่เลือกปัญหาสุขภาพ" ทั้งด้านการรักษา- ส่งเสริม-ป้องกัน-และฟื้นฟูสภาพ และให้บริการทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน ซึ่งเกินกว่า ขอบเขตจากฐานที่เรียนรู้มาจากสถาบันการศึกษา ทำให้ต้องมีการพัฒนาตนเอง ในลักษณะของการเรียนรู้ กันเองร่วมกับผู้รับบริการไปเรื่อยๆ

สรุปการสร้างคุณค่าและคุณภาพกับบริการปฐมภูมิ

ประเด็นการมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และพัฒนาคุณภาพการดูแลของตน และมาตรฐาน คุณภาพนั้นสามารถปฏิบัติได้จริงตามบริบท เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควรมีการจัดบริการสุขภาพที่ มีความครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีความ เหมาะสม สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่ เป็นกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการทำงานทั้งในด้านความช่วยเหลือ การพัฒนา และการ เชิดชูผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่นปรับปรุงโครงสร้าง และจัดหาอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ให้เหมาะสม เพียงพอ ทำให้สถานบริการเป็นที่น่าเชื่อถือทั้งในส่วนภาพลักษณ์และศักยภาพ

การให้บริการ ตลอดจนมีการพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลต้องเป็นพี่เลี้ยงหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ มีระบบ IT ที่ใช้สื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการรับส่งต่อ สามารถเรียกดูได้ทุกหน่วยบริการ เช่น ข้อมูลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานเดียวกัน ข้อมูลการให้บริการเพื่อให้คำปรึกษาและพัฒนาศักยภาพ พร้อมทั้งมีแนวทางการทำงาน (Guideline) ในการให้บริการผู้ป่วยบางกลุ่มเป้าหมายที่พบบ่อย พัฒนาแนวทางหรือมาตรฐานการให้บริการสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การให้บริการและการส่งต่อเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ มีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีส่วนร่วมจากหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย อปท.และชุมชน เพื่อให้มีบทบาทที่เป็นอิสระในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิโดยตรง และจัดระบบการให้บริการโดยคำนึงศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการแต่ละระดับ ตลอดจนมีการจัดสรรทรัพยากรและบุคลากร ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้การบริหารทรัพยากรและบุคลากรแยกเป็นอิสระ โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการหาแนวทางการจัดการร่วมกัน โดยดึงจุดเด่นและทุนทรัพยากรของแต่ละส่วน มีการสมทบงบประมาณส่วนหนึ่งจาก อปท. เช่น การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในด้านการประเมินผล ในการประเมินจะแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกให้ทางคณะกรรมการฯ ซึ่งแจ้งกระบวนการทำงานตามตัวชี้วัดต่างๆในช่วงต้นปีงบประมาณ ส่วนที่สองจะแบ่งคณะกรรมการส่วนหนึ่งเรียกว่าทีมนิเทศงานลงไปติดตามรายละเอียด/สอบถามถึงปัญหาอุปสรรค แนะนำวิธีการดำเนินงานให้ได้ตามตัวชี้วัด (ไม่มีการประเมิน) ส่วนสุดท้ายคณะกรรมการส่วนที่เหลือจะดำเนินการประเมินตามตัวชี้วัดที่ได้ชี้แจงไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ จากการประเมินมีข้อเสนอแนะว่า ควรยังมีการประเมินต่อไป เพียงแต่ว่าการประเมินไม่ควรมาในรูปของการทำจากส่วนกลาง แต่ควรเป็นการประเมินจากชุมชนโดยประชาชน เนื่องจากตัวชี้วัดบางตัวไม่ได้เป็นปัญหาของพื้นที่ ถ้าได้แก้ปัญหาจริงๆจากชุมชน น่าจะมีประโยชน์กับชาวบ้านจะได้สูงสุด หรือจะเป็นในลักษณะส่งจากการประมวลผลของพื้นที่ ทำให้การแก้ปัญหาได้ตรงจุด ทำให้การจัดการเป็นไปได้ง่ายขึ้น สามารถที่จะจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ทำให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น ตรงเป้าหมายตรงประเด็น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ?

ควรมีคณะกรรมการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีองค์กรหลักในการประสานงาน และรับผิดชอบดำเนินการจัดตั้งเครือข่าย ซึ่งหลักสำคัญที่ต้องคำนึงอย่างมากคือ “การสร้างภาพพจน์” ที่แสดงให้เห็นว่า มีการกระจายผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นให้กับสมาชิกเครือข่าย ซึ่งนับเป็นเงื่อนไขและปัจจัยสำคัญยิ่งประการหนึ่งในการที่จะพัฒนาเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ หรือเกิดความยั่งยืน มีการทำงานแบบทีมแนวราบ ทำงานโดยใช้ความสัมพันธ์แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนจัดให้มีเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหา ความต้องการ รวมทั้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนว่า

ต้องการอะไร และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น หรือเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการพัฒนา เพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการและทักษะต่างๆ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งด้วยเทคนิคการประสานงานที่อาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ของเครือข่ายที่มีรูปแบบและเป็นรูปธรรมชัดเจน ขยายอย่างไร มีการดึงแนวร่วม โดยมีวิธีการที่ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ร่วมความรับผิดชอบ และร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของเครือข่าย เช่นมีการติดต่อประสานงาน และสื่อสารกับสมาชิกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งในการประสานงานระหว่างสมาชิกนั้น มิใช่เป็นการผลัดภาระในเรื่องนั้นไปให้หน่วยงานอื่น (หรือสมาชิก) แต่เป็นการประสานความร่วมมือ เพื่อประโยชน์ของเครือข่าย ให้มีแนวทางในการปฏิบัติในทางเดียวกัน ที่สำคัญคือให้งานนั้น ๆ บรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดแก่ผู้มาใช้บริการขององค์กรเครือข่ายนั้นๆ มีการขยายผลการปฏิบัติงานของเครือข่าย มีการเชื่อมโยงเครือข่าย การจะเชื่อมโยงเครือข่าย จะกระทำก็ต่อเมื่อมีปัญหา หรือต้องการความสนับสนุนต่างๆ เกิดขึ้นร่วมกันในองค์กรเครือข่าย โดยอาจจะมีการเชื่อมโยงเครือข่ายกับองค์กร/หน่วยงานภาครัฐ/เอกชน หรือกับเครือข่ายอื่น ๆ ที่มีอยู่ ที่คิดว่าจะให้ความช่วยเหลือได้ หรือประสานความร่วมมือ หรือขอรับการสนับสนุนต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาาร่วมของเครือข่าย เช่น งบประมาณ ทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรม/โครงการขององค์กรเครือข่ายที่ตั้งไว้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอด?

การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ควรดำเนินการ เช่น เชิญผู้เกี่ยวข้องมาร่วมประชุม โดยมีหัวข้อการประชุมที่น่าสนใจเกี่ยวกับ เป้าประสงค์ที่เกี่ยวข้องกัน มอบหน้าที่ในการบริหารจัดการให้กับบรรดาผู้มีส่วนได้เสียร่วมกันรับผิดชอบ การหาข้อตกลงร่วมในกิจกรรมที่เป็นผลประโยชน์ร่วมดังกล่าว กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ ทิศทาง กิจกรรมหลัก โดยให้คณะทำงานมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดด้วย เพื่อป้องกันการครอบงำจากกลุ่มคนบางกลุ่ม ทั้งนี้ควรมีการทบทวนเป็นระยะๆ เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ จัดตั้งกลุ่มแกนของเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ทำหน้าที่ประสานงาน จัดการ ซึ่งต้องไม่ติดอยู่กับกิจกรรมประจำวันขององค์กรตัวเอง และกลุ่มแกนต้องดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายฯ ให้บังเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้อาจต้องมีการหมุนเวียนเปลี่ยนกลุ่มผู้นำเครือข่ายฯ เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำ และป้องกันการผูกขาดอำนาจ เครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ต้องมียุทธศาสตร์และจัดการทรัพยากร เพื่อความมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนกิจการของเครือข่ายฯ และความสามารถในการพึ่งตนเอง ทรัพยากรนี้ไม่ได้หมายถึงเงินทุนเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความรวมไปถึงคุณภาพของคณะทำงาน วิธีการจัดการแบบมีส่วนร่วม เทคโนโลยีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ ควรสนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์ เพื่อเสริมให้เครือข่ายฯ มีความเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งมีได้ทั้งทางแนวราบ แนวตั้ง หรือในภูมิภาคต่างระดับกัน การเชื่อมเครือข่ายฯ

ทำได้ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้วยการมีกิจกรรมร่วมกัน หรือเป็นตัวแทนร่วมกันในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง และการร่วมกันประสานงานการประชุม ควรมีการติดตามผลและประเมินผลเป็นประจำสม่ำเสมอและถี่ถ้วน โดยดูความสอดคล้องของแผนการทำงานกับวัตถุประสงค์ ความก้าวหน้าและความสำเร็จของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในแต่ละระยะ ทั้งนี้ควรให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดวิธีและเรื่องชี้วัดประสิทธิผลของกิจกรรมเครือข่าย และร่วมเรียนรู้ตลอดกระบวนการติดตามและประเมินผล ควรมีการจัดหลักสูตรฝึกอบรมด้านการจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ให้กับองค์กรแกน และคณะทำงานเครือข่ายฯ อย่างสม่ำเสมอ กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายทุกระดับ เพื่อพัฒนารูปแบบและสนับสนุนการทำงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอให้เข้มแข็ง สปสข.ควรกำหนดนโยบายและงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ โดยให้แต่ละอำเภอสามารถกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมตามบริบทแต่ละพื้นที่ ถ้าวัตถุประสงค์ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอดี การเชื่อมโยงภายในเครือข่ายเหมาะสม เอื้อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกิจกรรมและความเข้มข้นของคณะทำงาน โครงการหรือกิจกรรมมีลักษณะกระจายอำนาจไปให้กับมวลสมาชิกที่ได้รับประโยชน์ การดำเนินงานของเครือข่ายจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้ในที่สุด