



ที่ นศ ๐๐๒๓.๖/ว ๕๑๐๓

ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง คู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice Manual) การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้
สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๕๔๒๓
ลงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่า วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้จัดทำ "โครงการขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ : การขยายผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด" ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.รัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา อาจารย์ประจำวิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นหัวหน้าโครงการ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองนำร่องการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และขยายผลแนวทางการปฏิบัติที่ดีให้แก่พื้นที่อื่น โดยดำเนินการในพื้นที่ ๑๐ จังหวัด ได้แก่ พิจิตร ขอนแก่น มุกดาหาร ศรีสะเกษ ปทุมธานี ชลบุรี สมุทรสาคร สงขลา นราธิวาส และยะลา และได้ดำเนินการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice Manual) การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งเป็นการรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดีขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย

จังหวัดนครศรีธรรมราชพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นประโยชน์ และแนวทางให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงขอประชาสัมพันธ์ คู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice Manual) การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุพงษ์ จิตรเพ็ชร)
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานบริการสาธารณะท้องถิ่นฯ

โทร.๐ ๗๕๓๕ ๖๑๔๔ ต่อ ๓๑

๗๖



ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๕๕๒๓

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ถนนนครราชสีมา กทม. ๑๐๓๐๐

๒๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง คู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice Manual) การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย คู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice Manual) การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน ๑ ชุด

ด้วยวิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์แจ้งว่า ได้จัดทำ “โครงการขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ : การขยายผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา อาจารย์ประจำวิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นหัวหน้าโครงการ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองนำร่องการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและขยายผลแนวทางการปฏิบัติที่ดีให้แก่พื้นที่อื่น โดยดำเนินการในพื้นที่ ๑๐ จังหวัด ได้แก่ พิจิตร ขอนแก่น มุกดาหาร ศรีสะเกษ ปทุมธานี ชลบุรี สมุทรสาคร สงขลา นครราชสีมา และยะลา และได้ดำเนินการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice Manual) การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งเป็นการรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดีขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้ว เพื่อเป็นประโยชน์และแนวทางให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในกรณีนี้ จึงขอความอนุเคราะห์จังหวัดประชาสัมพันธ์คู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice Manual) การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนานามัย ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานต่อไป ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ <https://shorturl.asia/nSg1o> หรือ QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริพันธุ์ กริ่งพล)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น

โทร. ๐-๒๒๔๑-๙๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๗/๐๘๑ ๑๗๔ ๓๗๓๘

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

ผู้ประสานงาน นางสาวภัชร์จิรสม ธัมเมรัตน์/นางสาวแสงระวี สวัสดิบุตร

กลุ่มงานบริหารสาธารณสุขท้องถิ่น	
และประสานงานท้องถิ่นอำเภอ	
เลขที่รับ	๘๘๘
วันที่	๒๑ พ.ย. ๖๘
เวลา	



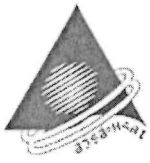
คู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (GOOD PRACTICE MANUAL)

การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

โดย รองศาสตราจารย์ ดร.รัชเฉลิม สุกธิพงษ์ประชา และคณะ
วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



เอกสารเนื่องในการประชุมสัมมนาทางวิชาการสังคินข้อมูลและถ่ายทอดความรู้ให้แก่พื้นที่ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๘
"สร้างต้นแบบด้วยเครือข่าย: สู่ก้าวอย่างที่มีนคองของระบบสุขภาพปฐมภูมิถ่ายโอนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์: การขยายผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
วันศุกร์ที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ณ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์



คู่มือแนวทางปฏิบัติที่ดี (Good Practice Manual) การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ภายใต้โครงการศึกษาวิจัย

โครงการขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์:

การขยายผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัด

องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

จัดทำโดย

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ

เนื่องในการประชุมสัมมนาทางวิชาการส่งคืนข้อมูลและถ่ายทอดความรู้ให้แก่พื้นที่

“สร้างต้นแบบด้วยเครือข่าย: สู่ก้าวอย่างมั่นคงของระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

วันศุกร์ที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘

ณ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์



คำนำ

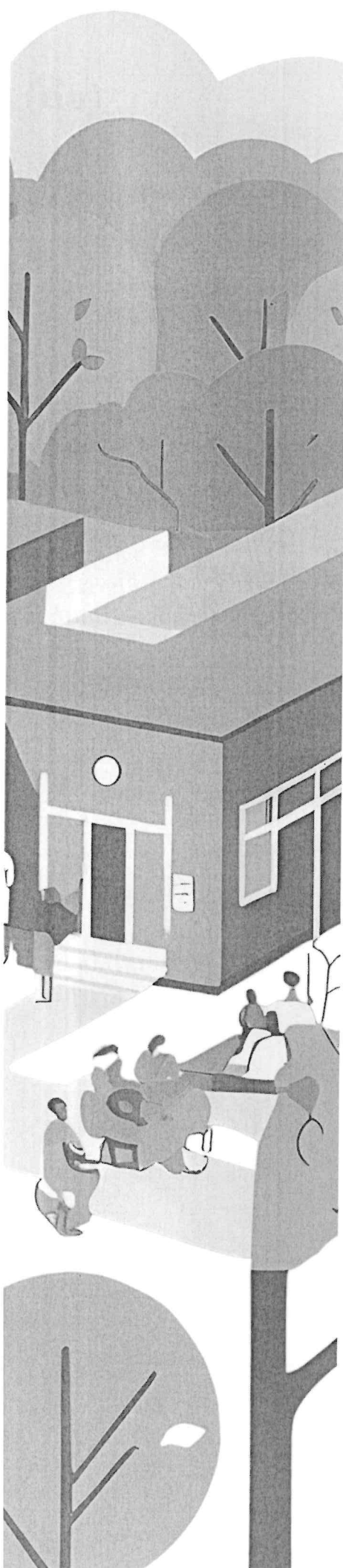
พระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร รัชกาลที่ ๙ ได้พระราชทานพระบรมราโชวาทในพิธีพระราชทานธงประจำรุ่นลูกเสือชาวบ้านจังหวัดสระบุรี เมื่อวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๒๑ ความว่า “...คนเราอยู่คนเดียวไม่ได้ จะต้องอยู่เป็นหมู่เป็นคณะและถ้าหมู่คณะนั้นมีความสามัคคี คือเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือในทุกเมื่อ ช่วยกันคิดว่าสิ่งใดสมควร สิ่งใดไม่สมควร สิ่งใดที่จะทำให้นำมาสู่ความเจริญ ความมั่นคง ความสุข ก็ทำ สิ่งใดที่นำมาซึ่งหายนะหรือเสียหายก็เว้น และช่วยกันปฏิบัติทั้งหน้าที่ทางกาย ทั้งหน้าที่ทางใจ”

ในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุข การทำงานร่วมกัน (Collaboration) เป็นหัวใจสำคัญของปฏิญญาอัลมา-ออตตา ค.ศ. 1978 (Alma-atta Declaration) ที่มุ่งขับเคลื่อนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Healthcare) เพื่อมุ่งสู่ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” การทำงานร่วมกันดังกล่าวประกอบด้วย การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ (Intersectoral Collaboration) และการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน (Multisectoral Collaboration) เพื่อระดมทุกสรรพกำลังในการพัฒนา “ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม (Social Determinants of Health)” ของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มคนเปราะบาง

แท้จริง การทำงานร่วมกัน (Collaboration) ควรเป็นวัฒนธรรมหลักของแวดวงสาธารณสุขในประเทศไทย และวัฒนธรรมองค์กรของส่วนราชการและภาครัฐ แต่เนื่องจากวิกฤติการณ์ทางการเมืองตลอดระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา และความตึงตัวของระบบราชการ ทำให้การทำงานร่วมกันกลายเป็นสิ่งต้องห้ามและเรื่องลึกลับ หรือเป็นเพียงกิจกรรมย่อยที่ไม่มีนัยยะสำคัญต่อระบบบริการสาธารณสุข หรือมีความต่อเนื่องจนก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ยั่งยืน ในขณะที่ “การทำงานภายในไซโล (Work in Silo)” กลายเป็นวัฒนธรรมหลักของหน่วยงานภาครัฐไทย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่บ่อนทำลายความสามารถในการแข่งขันของประเทศและสร้างข้อจำกัดให้ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมในภาครัฐ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขหรือการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ใช่เป็นเพียงการเพิ่มอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่นในการปกครองตนเอง แต่เป็นจุดคานงัด (Leverage Point) ในการปฏิวัติวัฒนธรรมองค์กรภาครัฐในประเทศไทย สิ่งที่น่าเสียดาย คือทุกภาคส่วนยังไม่ให้ความสำคัญอย่างเพียงพอกับ “โอกาส” ในการพลิกโฉมภาครัฐไทย ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานบริหารจัดการทุนวิจัยและสถาบันการศึกษา ล้วน “เสียโอกาส” ในการยกระดับระบบบริการสาธารณสุขไปกับการตั้งคำถามและการนำเสนอข้อเท็จจริงที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง หรือการด้อยค่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในสมการการกระจายอำนาจด้วยวาทกรรมเกี่ยวกับ “ความพร้อม”

A stylized illustration in shades of gray and white. It depicts a building with a flat roof and a small circular window. In the foreground, there are several stylized trees and a group of people sitting on a bench. The background shows more trees and a hilly landscape.

คำนำ (ต่อ)

พวกเราไม่ต้องการให้การศึกษาวิจัยนี้จบลงเพียงแค่ “แนวทางการประคับประคอง” ตามวาทกรรม “ถ่ายโอนไปต้องเหมือนเดิม”

แต่พวกเราต้องการให้การศึกษาวิจัยนี้จุดประกายให้ผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละพื้นที่ใช้โอกาสจาก “หน้าต่างแห่งโอกาส (Window of Opportunity)” ที่การกระจายอำนาจหยิบยื่นให้ เพื่อยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนผ่านของโครงสร้างประชากร สภาพการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ และการก้าวกระโดดอย่างรวดเร็วของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ด้วยการทำงานร่วมกันเป็น “เครือข่าย (Network)”

ที่สำคัญ พวกเราต้องการสร้าง “วาทกรรมใหม่ (New Discourse)” หรือ “เรื่องเล่าใหม่ (New Narrative)” ที่จะกลายเป็น “เอกลักษณ์” ของการกระจายอำนาจในประเทศไทย คือ “การทำงานร่วมกันระหว่าง อบจ. ที่รับถ่ายโอน รพ.สต. กับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นเจ้าของภารกิจเดิม”

ความใฝ่ฝันอันสูงสุด คือ การทำงานร่วมกันของ อบจ. กับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะก่อให้เกิด “เครือข่าย” ที่เป็น “นวัตกรรมเชิงระบบ” และ “นวัตกรรมในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ” เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ตามพระบรมราโชวาทแห่งพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร รัชกาลที่ ๙ ที่สอนให้พวกเรารู้จัก “รู้จักสามัคคี”

คณะวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อเสนอแนวทางปฏิบัติที่เกิดจากการศึกษาวิจัยและการทดลองใช้ปฏิบัติในพื้นที่ ๑๐ จังหวัด จะก่อให้เกิด “การเจริญเติบโตทางความคิดและการเรียนรู้” ที่ไม่รู้จักจบของระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา
หัวหน้าโครงการ
๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘

รายชื่อที่ปรึกษา คณะวิจัย และผู้ช่วยปฏิบัติการวิจัย

ที่ปรึกษา

๑. นายสมพร ใบบางยาง
๒. นายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์
๓. นายศิริพันธุ์ ศรีกงพลี
๔. นายกิตติชัย เอ่งฉ้วน
๕. นายวิทยา โชคเศรษฐกิจ
๖. นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง

นักวิจัยพี่เลี้ยง (The Coach)

- | | |
|--|--|
| ๑. รองศาสตราจารย์ ดร.รัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| ๒. รองศาสตราจารย์ ดร.อัชกรณ วังศ์ปรีดี | สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ |
| ๓. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๔. นายแพทย์ภัทรนันท บุนนยะอุดมศาสตร์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๕. แพทย์หญิงลาติน ประสงค์ศิลป์ | โรงพยาบาลระยอง |
| ๖. นางสาวณีย์ อู่ตระกูล | องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง |
| ๗. นายสมบัติ ชูเถื่อน | สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย |
| ๘. นางสาวภัทรีจิรสม รัชเมฆรัตน์ | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น |
| ๙. นายสมหมาย ไกรสมเด็จ | องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง |
| ๑๐. นายสุริยะ ศิริวัฒน์ | องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง |
| ๑๑. ทันตแพทย์พูลพฤกษ์ โสภารัตน์ | กรมอนามัย |
| ๑๒. นายยุทธชัย แสงสุทธิ | องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี |

นักวิจัยในพื้นที่ (The Changemaker)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ๑. นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อ.นาทวี จ.สงขลา |
| ๒. นางฐิตารีย์ เชื้อพราหมณ์ | องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา |
| ๓. แพทย์หญิงดวงพร ยอดจันทร์ | โรงพยาบาลพิจิตร |
| ๔. นายปัญญา ยาแก้ว | องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร |
| ๕. นายบัณฑิต ตั้งเจริญดี | ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โก อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี |
| ๖. นางราชรุจิ จินดาสวัสดิ์ | องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี |
| ๗. แพทย์หญิงโสธยา วงศ์ไธ | โรงพยาบาลชลบุรี |
| ๘. แพทย์หญิงวิจิตา แจ้งเอี่ยม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร |
| ๙. นายอโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา | องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร |
| ๑๐. นายแพทย์นารท เจนประวิทย์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร |
| ๑๑. พันจ่าเอกวิโรจน์ ย่องเหล่ายุง | องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร |
| ๑๒. แพทย์หญิงศศิรินทร์ พันธุ์กิตติยะ | โรงพยาบาลศรีสะเกษ |
| ๑๓. นางเพ็ญทิวา สารบุตร | องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ |

**รายชื่อที่ปรึกษา คณะวิจัย
และผู้ช่วยปฏิบัติការวิจัย (ต่อ)**

ผู้ช่วยปฏิบัติការวิจัย

๒๖. นางสาวสุจิตรา ศรีสถไส
๒๗. นางสาวนริศรา แสงอรุณ
๒๘. นางสาวสุภาพ ชะโปรัมย์
๒๙. นางสาวพนิดา พรหมแก้ว
๓๐. นางสาวจริยา สุวรรณ
๓๑. นางสาวภัทรฤทัย ส่วงค์
๓๒. นางสาวปิยนุช ทุมพัฒน์
๓๓. นางสาวภัทรานุช คุ่มม่วง
๓๔. นายฐิติพงศ์ จันทฤทธิ์
๓๕. นายสุรพงศ์ เอียดช่วย
๓๖. นางสาวอาภิลา คงเจริญ
๓๗. นางสาวยัสมีน มะเต๊ะ
๓๘. นางสาวมารียัน หะยีเยนา
๓๙. นายสุไลมาน อาลซาลิม
๔๐. นางมิ่งรา ทมดิงแหว
๔๑. นางสาวนุรเดียนี เเงาะ
๔๒. นางวาสนา เพ็ญศิริญ
๔๓. นางสาวคนธ์ อัจฉลา
๔๔. นางสาวรียฮาน กิโร
๔๕. นางสาวเบญจรัตน์ สุขเกษม
๔๖. นางสาวปรีศนีย์ น้อยสุข
๔๗. นางสาวพรธิดา ศรีลาชัย
๔๘. นางสาวสิรินทร เลิศคุปนิจ
๔๙. นางกิตติยาภรณ์ สาดหลี่
๕๐. นางสาวอังคณา ชูสุวรรณ
๕๑. นางสาวเมวดี ธรรมดิษฐ์
๕๒. นายกิตติพงษ์ มุสิกะพันธ์
๕๓. นายวิเชียร นาศรี
๕๔. นางประไพ สุขใส
๕๕. นายคุณมี ไชยนาท

- [illegible]

สารบัญ

บทที่ ๑ บทนำ

หลักการและเหตุผล	๑
วัตถุประสงค์โครงการ	๒
แนวคิดที่ว่าด้วยเครือข่ายการบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๓
กฎหมายและระเบียบที่ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่าง อบจ. กับ สธ.	๕
สิ่งที่ต้องคำนึงถึง ๖ ประการในการออกแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Six Building Blocks)	๗
เอกสารอ้างอิง	๙

บทที่ ๒ แนวทางการบริหารจัดการเครือข่าย รพ.สต. ถ่ายโอนในระดับพื้นที่ของ อบจ.

สภาพปัญหา	๑๑
“อบจ. ส่วนหน้า” : กลุ่มพื้นที่สุขภาพ อบจ. ปราจีนบุรี	๑๒
“กองสาธารณสุขส่วนหน้า” : กลุ่มพื้นที่สุขภาพ อบจ. ระยอง	๑๓
“กสพ.อ.”: คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่อำเภอเหล่าเสือโก้ก จ.อุบลราชธานี	๑๔
“กองสาธารณสุขส่วนหน้า” อบจ.ปัตตานี	๑๔
ขั้นตอนการดำเนินการและข้อพึงระวัง	๑๕
ตัวอย่างเอกสารคำสั่งต่าง ๆ	๑๖
เอกสารอ้างอิง	๑๖

บทที่ ๓ แนวทางการบริหารจัดการเครือข่ายคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิหรือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team - FCT Network)

แนวคิดคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Family Care Team)	๑๗
ตัวอย่างการขับเคลื่อนเครือข่าย FCT ระดับจังหวัด: “ระยองโมเดล”	๑๙
ตัวอย่างการขับเคลื่อนเครือข่าย FCT ในพื้นที่อื่น: เครือข่าย FCT อ.เมืองพิจิตร	๒๐
ตัวอย่างการขับเคลื่อนเครือข่าย FCT ในพื้นที่อื่น: เครือข่ายผู้ให้บริการสหวิชาชีพ อ.เมืองชลบุรี และ อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี	๒๐
ขั้นตอนการสร้าง จัดการ และขับเคลื่อนเครือข่าย FCT	๒๒
เอกสารอ้างอิง	๒๓



บทที่ ๑ บทนำ

หลักการและเหตุผล

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีผลกระทบ อย่างมีนัยสำคัญต่อทั้งระบบสาธารณสุขและ ระบบการบริหารรัฐกิจของประเทศไทย สำหรับ ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขนั้น ร้อยละ ๖๙.๘๐ ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care) ทั้งหมดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด หมายความว่า กึ่งหนึ่งของเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิมีหน่วยบริการประจำแม่ข่ายและ หน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้ต่างสังกัดซึ่งภาย หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการ ในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะระบบการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง การบริการทันตกรรม และการบริการ สุขภาพเชิงรุก

สำหรับนัยยะต่อระบบการบริหารรัฐกิจ พบว่า ในหลายจังหวัด หน่วยบริการประจำที่เป็น แม่ข่ายในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถ ทำงานเชื่อมประสานเป็นเครือข่ายได้อย่างมี ประสิทธิภาพกับ รพ.สต.สังกัดองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ทำให้ระบบบริการสุขภาพ “ไร้รอยต่อ” และมีศักยภาพในการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมต่าง ๆ มาใช้ในการยกระดับ การบริการสุขภาพปฐมภูมิ

นอกจากนี้ ยังพบ “กระบวนการเรียนรู้ (Learning Process)” ของบุคลากรในพื้นที่ ทั้งบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ บุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการทำงาน “ข้ามสังกัด” หรือ “ข้ามไซโล” เพื่อใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและบุคลากร ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งเน้นไปที่เครือข่าย แนวราบ (Horizontal Network) กล่าวคือ



พิธีส่งมอบภารกิจ

การถ่ายโอนสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๔๔ จังหวัด ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

ณ ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น ๔ โรงแรมคอนเวนชั่น คลัง กรุงเทพมหานคร
ดำเนินการโดย สมาคม อบจ.แห่งประเทศไทย

แนวคิดว่าด้วยเครือข่ายการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การออกแบบ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์” ควรตั้งอยู่บนการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ (Intersectoral Collaboration) หรือการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน (Multisectoral Collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ WHO เสนอแนะให้แต่ละประเทศนำไปใช้ขับเคลื่อน การพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เนื่องจากระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิมีความสลับซับซ้อนและอยู่ภายใต้อิทธิพล ของปัจจัยที่มีความหลากหลาย และไม่มีภาคส่วนใดที่มีสรรพกำลังและความเชี่ยวชาญเพียงพอที่จะบริหารจัดการระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนได้โดยเพียงลำพัง รวมทั้งหาก อบจ. หรือหน่วยงานสังกัดกระทรวง สาธารณสุขแบ่งแยกหน้าที่และทรัพยากรในการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่เดียวกัน โดยไม่มีการบูรณาการความร่วมมือก็จะก่อให้เกิด “ความไร้ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Lack of Resource Allocative Efficiency)” โดยเฉพาะหากขาดการบูรณาการด้านทรัพยากรบุคคลด้านการ แพทย์และสาธารณสุข

นักรัฐประศาสนศาสตร์ Provan และ Kenis (๒๐๐๘) ได้เสนอรูปแบบเครือข่ายการจัดบริการสาธารณะ ไว้ ๓ รูปแบบซึ่งคณะวิจัยได้ประยุกต์เพื่อนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในโครงการศึกษาวิจัยนี้ ดังนี้

๑. เครือข่ายปฐมภูมิแบบเฉพาะกิจ (Ad Hoc Network) หมายถึง เครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ โดยองค์กรที่มีความเป็นอิสระต่อกัน ยกตัวอย่างเช่น อบจ. ขอความอนุเคราะห์แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัดและบุคลากรอื่นที่จำเป็นจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นครั้งคราว เพื่อร่วมกับบุคลากร รพ.สต. จัดให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน โดย อบจ. และโรงพยาบาล ไม่ได้สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพิ่มเติม แต่มีข้อตกลงอย่างไม่เป็นทางการจะร่วมกัน ดำเนินการจัดบริการให้แก่ประชาชนตามหน้าที่ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กฎหมายและระเบียบที่ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่าง อบจ. กับ สร.

แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจาย อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ ด้านการถ่ายโอนภารกิจ

แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นแผนที่รัฐบาลประกาศใช้บังคับโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๓ แห่ง พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และมีผลผูกพันหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ข้อที่ ๖ หลักการทั่วไปของขั้นตอนและวิธีปฏิบัติตามสถานะของภารกิจ ข้อ ๖.๑ ภารกิจที่ถ่ายโอนแล้ว มีสาระสำคัญเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐเจ้าของภารกิจที่ถ่ายโอนให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

- “ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐที่ถ่ายโอนภารกิจไปแล้วมีหน้าที่ติดตามผลการดำเนินการ ภายหลังการถ่ายโอน หากเห็นว่า ภารกิจที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปแล้ว ยังไม่ครอบคลุม หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มที่ หน่วยงานของรัฐต้องนำปัญหานั้นมาทบทวนและเพิ่มเติมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น” (หน้า ๔๔)
- “ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐที่มีภารกิจถ่ายโอนต้องช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาทางเทคนิค วิชาการ และดำเนินงานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน ภารกิจที่ถ่ายโอนตามความเหมาะสม จัดทำแผนการฝึกอบรมและดำเนินการฝึกอบรม จนกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีความพร้อม” (หน้า ๔๕)

กล่าวได้ว่า เจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรและ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจาย อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ต้องการให้การถ่ายโอนภารกิจและการบริหารจัดการ ภารกิจถ่ายโอนเป็นไปในรูปแบบ “การร่วมกันทำงาน (Symbiosis)” ของหน่วยงานต่างสังกัดกัน โดยมีส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐเจ้าของภารกิจเดิมเป็น “พี่เลี้ยง” ไม่ใช่การแบ่งแยกกันทำงาน หรือการโอนความเสี่ยงหรือภารกิจที่มีปัญหาอุปสรรคให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการฝ่ายเดียว



สิ่งที่ต้องคำนึงถึง ๖ ประการในการออกแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Six Building Blocks)



การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Service)

การจัดบริการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเบ็ดเสร็จ และผสมผสานทุกมิติ ของ รพ.สต. ถ่ายโอน ร่วมกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพที่เชื่อมโยงกับชุมชนและหน่วยบริการ ระดับทุติยภูมิ อย่างไรก็ตาม ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งออกตามความในมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๙) และมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง แห่ง พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒



บุคลากรด้านสุขภาพ (Health Personnel)

คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนในแต่ละจังหวัด ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสหวิชาชีพ ได้แก่ ทันตแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย นักสาธารณสุข ทันตภิบาล และนักกายภาพบำบัด ซึ่งคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอาจเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับบุคลากรสังกัดหน่วยงานอื่นภายในระบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracting Units for Primary Care: CUP) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



รูปแบบการเงิน (Financing Model)

แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิจากแหล่งต่าง ๆ โดยเฉพาะเงินจากกองทุนเพื่อช่วยเหลือบริการสุขภาพของ สปสช. ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) กองทุนระบบการดูแลระยะยาว (LTC) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากนี้ หากองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้จัดสรรเงินสนับสนุน รพ.สต. ถ่ายโอน ตามข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ. (๒๕๖๕). การพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และแนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีและองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Jithitikulchai, T. (๒๐๒๒). Improving allocative efficiency from network consolidation: a solution for the health workforce shortage. *Human Resource for Health* ๒๐: ๕๙.

Provan, K., and Kenis, P. (๒๐๐๘). Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory* ๑๘ (๒): ๒๒๙-๒๕๒.



บทที่ ๒

แนวทางการบริหารจัดการเครือข่าย รพ.สต. ถ่ายโอนในระดับพื้นที่ของ อบจ.

สภาพปัญหา

การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้ความเป็นอิสระแก่ อบจ. ในการพิจารณาจำนวน รพ.สต. ที่ อบจ. ต้องการรับถ่ายโอน

จากฐานข้อมูลการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ พบว่า อบจ. ที่ได้รับถ่ายโอน รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐ หรือทั้งจังหวัด มีจำนวน ๑๑ แห่ง และมี อบจ. ที่ได้รับถ่ายโอน รพ.สต. มากกว่าร้อยละ ๕๐ มีจำนวน ๒๙ แห่ง

เนื่องจาก อบจ. ไม่มีศูนย์ประสานงานหรือหน่วยงานระดับอำเภอตั้งแต่ พ.ร.บ. องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ ประกาศใช้บังคับ ย่อมจะก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการกำกับดูแล รพ.สต. ของ อบจ. ที่ได้รับถ่ายโอนมากกว่าร้อยละ ๕๐ ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงประกาศกำหนดในบทที่ ๕ ข้อย่อย ๕.๔ การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) อาจจัดตั้ง “กลุ่มพื้นที่สุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด” เพื่อรับผิดชอบประสานงานและกำกับดูแล รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ภายในเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข และแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

- กลุ่มพื้นที่สุขภาพ อบจ.ปราจีนบุรี มีหน้าที่และอำนาจดังนี้
 - กำหนดแนวทางยกระดับมาตรฐานการบริการตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
 - ช่วยเหลือ กำกับดูแล และติดตามการดำเนินงานของ รพ.สต. ถ่ายโอนภายในแต่ละพื้นที่
 - พิจารณากลับกรองแผนการใช้จ่ายเงินของ รพ.สต. ก่อนเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี รพ.สต. ของ อบจ. พิจารณาเห็นชอบ
 - ตอบสนองกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนในพื้นที่อำเภอซึ่งหากไม่ตอบสนองทันท่วงทีอาจก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อสวัสดิภาพของประชาชน เช่น สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เป็นต้น
 - ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ อบจ. และ กสพ. มอบหมาย

ในระหว่างการศึกษาวิจัยนี้ อบจ.ปราจีนบุรีได้ทดลองให้ “กลุ่มพื้นที่สุขภาพ” ปฏิบัติหน้าที่เสมือน “อบจ. ส่วนหน้า” ช่วยเหลือ อบจ. ในการสอดส่องดูแลคุณภาพชีวิตในภาพรวมของประชาชนในระดับพื้นที่อำเภอ

“กองสาธารณสุขส่วนหน้า” : กลุ่มพื้นที่สุขภาพ อบจ. ระยอง

ในทำนองเดียวกัน คณะวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นำโดย รศ.ดร.อัชกรณ วังศ์ปรีดี ได้แนะนำให้ อบจ.ระยอง จัดตั้ง “กลุ่มพื้นที่สุขภาพ อบจ.ระยอง” ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยเริ่มต้นจากกลุ่มอำเภอ ๒ อำเภอ เนื่องจาก อบจ.ระยอง ยังรับถ่ายโอน รพ.สต. ไม่ครบทั้งจังหวัดในปีนั้น ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ จึงประกาศกำหนดให้แต่ละอำเภอมี “คณะกรรมการกลุ่มพื้นที่สุขภาพอำเภอ...” โดยมีหน้าที่และอำนาจเช่นเดียวกับคณะกรรมการกลุ่มพื้นที่สุขภาพ ใน จ.ปราจีนบุรี และกลุ่มพื้นที่สุขภาพอำเภอเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการศึกษานี้

ความโดดเด่นของกลุ่มพื้นที่สุขภาพ อบจ.ระยอง คือ การมีส่วนร่วมของสมาชิกสภา อบจ. เพื่อช่วยเหลือประสานงานภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับอำเภอ

ขั้นตอนการดำเนินการ

- ออกแบบองค์ประกอบและขอบเขตหน้าที่และอำนาจของหน่วยงานกำกับดูแล รพ.สต. ในระดับพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของตัวแทน ภาคประชาชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. และสมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
- ยกร่างคำสั่งแต่งตั้งพร้อมด้วยประกาศ อบจ. เรื่อง การจัดตั้งกลุ่มพื้นที่สุขภาพ/กสพ.อ./กองสาธารณสุขส่วนหน้า เสนอผู้บริหาร อบจ. พิจารณาลงนาม (ดูตัวอย่างได้จาก อบจ.ปราจีนบุรี และ อบจ.ระยอง)
- จัดการประชุมชี้แจงหน้าที่และอำนาจให้แก่บุคลากร รพ.สต. และบุคลากรสังกัดสำนัก/กองของ อบจ. โดยคำนึงถึงข้อพึงระวังด้านล่าง
- จัดกิจกรรมทบทวนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานกำกับดูแล รพ.สต. ในระดับพื้นที่เป็นประจำ (ทุกไตรมาสในระยะแรก)

ข้อพึงระวัง

- กลุ่มพื้นที่สุขภาพและ กสพ.อ. ไม่ใช่โครงสร้างการบังคับบัญชา ในลักษณะเดียวกันกับราชการบริหารส่วนภูมิภาค การบริหารจัดการกลุ่มพื้นที่สุขภาพโดยคณะกรรมการกลุ่มพื้นที่สุขภาพ ที่ต้องใช้หลักความเสมอภาคและเท่าเทียม เนื่องจากกรรมการทุกคนล้วนเป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่มีสถานะเท่าเทียมกัน
- ไม่มุ่งเน้นใช้การบังคับสั่งการ แต่เน้นการปรึกษาหารือเพื่อให้ได้ข้อยุติและทางออกสำหรับปัญหาและอุปสรรคในระดับพื้นที่ ก่อนเสนอผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบจ. พิจารณาสั่งการ/ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
- กลุ่มพื้นที่สุขภาพจะต้องมีกิจกรรมปรึกษาหารือ ประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ของกรรมการเป็นประจำ เพื่อให้ รพ.สต. ทุกแห่งมีวิสัยทัศน์ เจตคติ และทักษะในการทำงานร่วมกัน
- ตำแหน่งประธานกลุ่มพื้นที่สุขภาพและตำแหน่งสำคัญอื่น ในคณะกรรมการกลุ่มพื้นที่สุขภาพ ไม่ใช่ตำแหน่งอำนวยการหรือตำแหน่งบริหารในโครงสร้างอัตรากำลังข้าราชการ อบจ. แต่ อบจ. สามารถกำหนดภาระหน้าที่เป็นตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการเพื่อประกอบการพิจารณาความดีความชอบประจำปี



บทที่ ๓

แนวทางการบริหารจัดการเครือข่ายคณะผู้ให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ หรือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team - FCT Network)

แนวคิดคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Family Care Team)

ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีสมรรถนะสูงอาศัยคณะผู้ให้บริการสหวิชาชีพ (Family Care Team: FCT) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Doctor) ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ภาวะการขาดแคลนบุคลากร FCT และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นปัญหาที่สามารถพบได้โดยทั่วไป ดังนั้น ในหลายกรณีจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี ทั้งนี้ การจัด FCT ต้องคำนึงถึงจำนวนบุคลากรที่เหมาะสมเนื่องจากมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นอกจากนี้ ยังต้องมีระบบประสานการบริการที่มีประสิทธิภาพซึ่งหมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยไปยังระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ และการเตรียมความพร้อมดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สำหรับในประเทศไทยสามารถจำแนก FCT ได้ ๓ ระดับตามสภาพบริบทของพื้นที่ ดังนี้

- ระดับอำเภอหรือเครือข่ายที่ประกอบด้วยหลายตำบล - ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าคณะผู้ให้บริการ แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ จิตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักสุขภาพจิต มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงที่สนับสนุนการบริหารจัดการและการพัฒนาศักยภาพให้แก่ FCT ในระดับตำบล และระดับชุมชน



ตัวอย่างการขับเคลื่อนเครือข่าย FCT ระดับจังหวัด: “ระยองโมเดล”

ในการศึกษาวิจัยนี้ พื้นที่ จ.ระยอง มีแนวทางการจัดการเครือข่าย FCT ที่ชัดเจน ครอบคลุมทั้งจังหวัด และบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด ไม่ว่าจะเป็น รพ.สต. สังกัด อบจ.ระยอง ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาล และ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบต. โดยเครือข่าย FCT ของ จ.ระยอง เป็นเครือข่ายที่มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และรายละเอียดกิจกรรมที่ชัดเจน ดังนี้

- เครือข่าย FCT ที่เหมาะสมกับสภาพบริบทแต่ละพื้นที่อำเภอ ยกตัวอย่างเช่น เครือข่าย FCT ในพื้นที่อำเภอเมืองที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงพอก็จัดสรรตารางตรวจวินิจฉัยโรคและตารางเยี่ยมบ้านของ FCT นำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในขณะที่เครือข่าย FCT ในอำเภอที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอก็ปรับใช้รูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หรือการบริการให้คำปรึกษาผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine/Tele-consulting)
- เครือข่าย FCT เพื่อดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอเมืองระยอง - เป็นการยกระดับความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดในพื้นที่อำเภอเมืองระยองกับโรงพยาบาลระยอง ซึ่งพบว่าภายหลังการศึกษาวิจัย พื้นที่อำเภอเมืองระยองสามารถขยายขอบเขตการให้บริการดูแลรักษาโรค NCDs อย่างต่อเนื่องของ รพ.สต. ถ่ายโอนและศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลได้ร้อยละ ๑๐๐ และทุกหน่วยบริการปฐมภูมิมีเครือข่าย FCT ครบถ้วน รวมทั้งยังบูรณาการระบบส่งต่อผู้ป่วยและระบบให้คำปรึกษาผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine/Tele-consulting) ในทุกประเด็น ทำให้พื้นที่อำเภอเมืองระยองเกิดระบบบริการปฐมภูมิที่ครบวงจรและมีความยั่งยืน
- การเพิ่มศักยภาพเครือข่าย FCT ด้วยการจัดทำและปรับปรุง “แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines: CPG)” ๒๗ โรคที่เข้าใจง่าย ทันสมัย และเหมาะสมกับบริบทการทำงานของ รพ.สต. ทั้งนี้เพื่อยกระดับทักษะและความรู้บุคลากร รพ.สต. ในพื้นที่ จ.ระยอง



ตัวอย่างการขับเคลื่อนเครือข่าย FCT ในพื้นที่อื่น (ต่อ)

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

แบบบูรณาการ อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร

- เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลกระทุ่มแบน) เป็นผู้นำในการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยที่ร่วมมือกับ รพ.สต. สังกัด อบจ.สมุทรสาคร และศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาลในพื้นที่ ได้แก่ เทศบาลนครอ้อมน้อย และเทศบาลเมืองกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร
- ปัจจัยความสำเร็จสำคัญ (Key Success Factor) คือ การบูรณาการข้อมูลผู้ป่วยสำหรับการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการส่งต่อผู้ป่วยขาขึ้น (จากชุมชนสู่โรงพยาบาล) และการส่งต่อผู้ป่วยขาลง (จากโรงพยาบาลไปพื้นที่ชุมชน) ทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร
- นอกจากนี้ กิจกรรมอื่นที่สำคัญ ได้แก่ บริการเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อคัดกรองโรคเชิงรุกในพื้นที่ และการติดต่อสื่อสารผ่านช่องทาง LINE ทำให้เกิดระบบการให้คำปรึกษาแบบเสมือนจริง (Virtual Consulting)

เครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับพื้นที่

อ.ตากใบ และ อ.ยิ่งอ จ.นราธิวาส

- รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลตากใบ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากใบ, รพ.สต. สังกัด อบจ.นราธิวาส, รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- คณะผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางพยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission) รวมทั้งเผยแพร่ความรู้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่กลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสมตามบริบท



เอกสารอ้างอิง

Bodenheimer, T. (๒๐๑๔). The ๑๐ building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med.*, ๑๒ (๒), ๑๖๖-๑๗๑.

Bodenheimer, T. & Pham, H.H. (๒๐๑๐). Primary care: current problems and proposed solutions. *Health Aff (Millwood)*, ๒๙ (๕), ๗๙๙-๘๐๕.

Bunting, B.A., Smith, B.H., & Sutherland, S.E. (๒๐๐๓). The Asheville Project: clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia. *J Am Pharm Assoc.*, ๔๔ (๑), ๒๓-๓๑.

Yarnall, K.S., Østbye, T., Krause, K.M., Pollak, K.I., Gradison, M., & Michener, J.L. (๒๐๐๘). Family physicians as team leaders: “time” to share the care. *Prev Chronic Dis.*, ๖ (๒), A๕๙.



ท่านสามารถ Download
ตัวอย่างคำสั่งและเอกสาร
ที่เกี่ยวข้องได้ที่ QR Code นี้

บทที่ ๕

แนวทางการบริหารจัดการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of Care (COC) Network)

ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC)

งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านภายหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับไปรักษาที่บ้าน และโรงพยาบาลกำหนดตารางการออกเยี่ยมบ้านตามประเภทและตามความสลับซับซ้อนโดยคณะผู้ให้บริการต่อเนื่องที่บ้าน (Home Care Provider Team) ซึ่งเป็นคณะผู้ให้บริการสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาล เวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และ ทันตภิบาล รวมทั้ง อสม. ด้วย นอกจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแล้ว ยังมีการสนับสนุนหรือให้ยืมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยด้วย เช่น รถเข็น เวชภัณฑ์ เป็นต้น

งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) เป็นภารกิจที่ทดสอบความเข้มแข็งของเครือข่ายการบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล แต่เนื่องจากโรงพยาบาลมีภารกิจมากมายในขณะที่กำลังคนมีอย่างจำกัด จึงจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและคณะผู้ให้บริการดูแลต่อเนื่อง (COC Team) ซึ่งนับวัน จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มสูงขึ้นอันเนื่องมาจากสภาวะสังคมสูงวัยและการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



ตัวอย่างการขับเคลื่อนเครือข่าย COC ในพื้นที่อื่น (ต่อ)

การจัดการเครือข่าย COC ในพื้นที่ อ.เมือง และ อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี

งานการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) คือแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจร ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาและติดตามผลในระยะยาว โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายหลักของงาน COC คือ เพื่อให้แน่ใจว่าการรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีประสิทธิภาพสูงสุดช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

อบจ.ชลบุรี ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลพนัสนิคมจัดทำโครงการพัฒนาและระบบจัดการเครือข่าย COC ในอำเภอเมืองและอำเภอพนัสนิคม มุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ การรักษา การฟื้นฟู จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยคณะผู้ให้บริการสหวิชาชีพในโรงพยาบาลผู้วางแผนการดูแลจนถึงจำหน่ายส่งต่อการรักษาไปที่บ้าน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการดูแลในระดับอำเภอและหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คุณภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงดีขึ้นในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและความยั่งยืนของเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต.

สิ่งที่ อบจ.ชลบุรี จะร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายดำเนินการต่อไปในอนาคต คือ การจัดทำ CPG (แนวทางเวชปฏิบัติ) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในระดับพื้นที่ และจัดตั้งระบบให้คำปรึกษาและเครือข่าย COC และผู้ปฏิบัติงานผ่าน LINE Official และ อบจ. ชลบุรี จะดำเนินการบรรจุแต่งตั้งนักกายภาพบำบัดเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลปัญหาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู



ขั้นตอนการดำเนินการสร้าง พัฒนา และจัดการ เครือข่าย COC

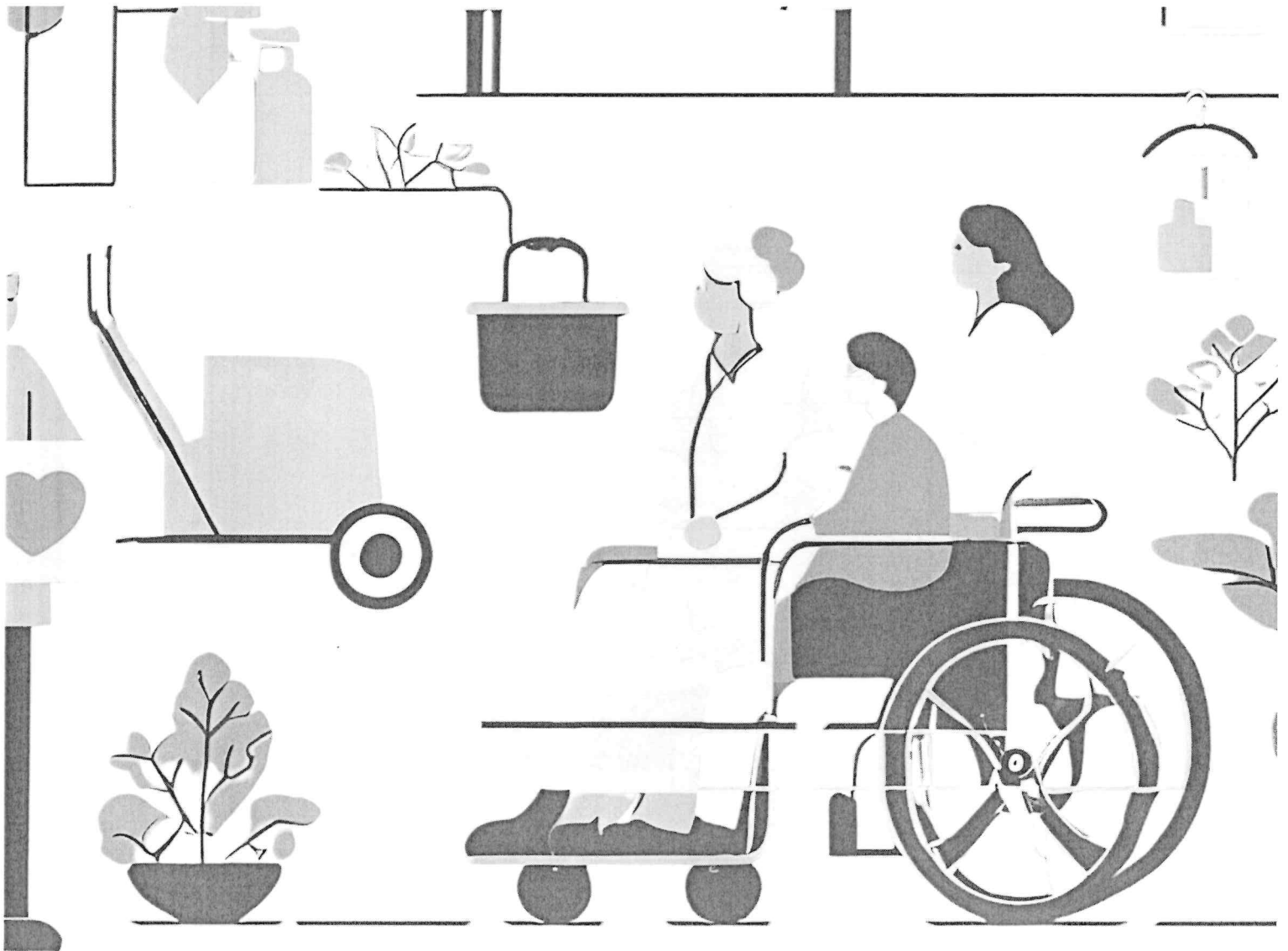
- ในทำนองเดียวกันกับการสร้างและพัฒนาเครือข่าย FCT กองสาธารณสุข อบจ. ควรสร้างการยอมรับเชิงนโยบายจาก อบจ. และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ทุกภาคส่วนเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ
- นอกจากนี้ อบจ. ควรกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ หมายความว่ายุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนในการพัฒนา รพ.สต. ในสังกัดให้สามารถจัดบริการได้ตามคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- อบจ. ร่วมปรึกษาหารือโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยงานอื่นเพื่อออกแบบงาน COC
 - งาน COC ขาขึ้น คือ จากระดับปฐมภูมิไประดับที่สูงขึ้น และส่งต่อตามความซับซ้อน
 - งาน COC ขาลง คือ ภายหลังโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปชุมชนเพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการได้รับการฟื้นฟู เช่น อาการพิการจากโรคเรื้อรัง บาดแผลที่ต้องได้รับการดูแล และการดูแลประคับประคองระยะสุดท้าย เป็นต้น
- อบจ. ร่วมกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ออกแบบและสร้างคณะผู้ให้บริการดูแลต่อเนื่อง (COC Team)
 - ระดับจังหวัดและระดับ CUP - ต้องมีคำสั่งคณะทำงานอำนวยการบูรณาการเครือข่าย COC ระดับจังหวัด
 - ระดับพื้นที่ - ร่วมกันแต่งตั้งคณะทำงาน COC ในระดับพื้นที่ โดยควรเป็นเครือข่าย FCT ภายใต้ความร่วมมือของโรงพยาบาลแม่ข่าย
- อบจ. และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสร้างช่องทางประสานงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน ทั้งโรคทางกาย จิต และสังคม ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ



เอกสารอ้างอิง

Saultz, J.W. & Lochner, J. (๒๐๐๕). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.*, ๓ (๒), ๑๕๙-๑๖๖.

ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ. (๒๕๖๕). การพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และแนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีและองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.



บทที่ ๕

แนวทางการบริหารจัดการเครือข่าย คณะผู้ให้บริการทันตสาธารณสุข (Public Dental Health Network)

สภาพปัญหาและทางออก

งานทันตกรรมหรือการส่งเสริมสุขภาพช่องปากถือเป็นงานสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้ สุขภาพช่องปากที่ดีย่อมทำให้สุขภาพกาย จิตใจ และสังคมดีตามไปด้วย อนึ่ง การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ย่อมคาดหวังว่างานทันตกรรมหรือการส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะได้รับการพัฒนาควบคู่ไปกับบริการสุขภาพปฐมภูมิในด้านอื่น โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งข้อเสนอการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากสำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๕/ว ๑๐๒๕ ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ประกอบด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการด้านสุขภาพช่องปากภายใต้ กสพ. ที่ประกอบด้วย ทันตแพทย์ ทันตภิบาลจาก สสจ. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และผู้แทนกองสาธารณสุข อบจ. เพื่อขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ และร่วมกันจัดทำแผนบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิให้แก่ประชาชน และการเสนอแนะให้ สสจ. จัดทำบันทึกข้อตกลงเพิ่มเติมกับ อบจ. โดยให้ทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ควบคุมทันตภิบาลในพื้นที่ในอัตราส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตาม พ.ร.บ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗ ซึ่งทันตแพทย์สภาได้มีหนังสือที่ ทพ ๐๑๐๑/๑๓๙๕ ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ แจ้งว่า แนวทางข้อเสนอดังกล่าวของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถกระทำได้ไม่ขัดหรือแย้งตาม พ.ร.บ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗



โครงการเรื้อรังต้นแบบเครือข่ายทันตสาธารณสุข จ.ระยอง (ต่อ)

- คณะอนุกรรมการ กสพ. สาขาสุขภาพช่องปาก จัดตั้ง Project manager (PM) ระดับอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบ และจัดทำแผนที่เครือข่ายทันตกรรมปฐมภูมิ และจัดประชุมเพื่อทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปาก (CPG) และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน
- คณะอนุกรรมการ กสพ. สาขาสุขภาพช่องปาก กำกับดูแลมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการทันตกรรมมาตรฐานในสถานบริการทุกระดับตามระบบ Thai Dental Clinic Accreditation (TDCA) ๒๐๒๔
- คณะอนุกรรมการ กสพ. สาขาสุขภาพช่องปาก เดินทางนิเทศติดตามและประเมินผล รพ.สต. ทุกแห่ง

บทบาทของแต่ละภาคส่วนในเครือข่ายทันตสาธารณสุข

จ.ระยอง

- อบจ. ระยองจะส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากร รพ.สต. ในสังกัดให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข
- อบจ.ระยอง จัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของบุคลากร รพ.สต. ภายใน ๑ ปี นับจากวันลงนามบันทึกข้อตกลง โดยในระหว่างนี้ สสจ.ระยอง จะมอบหมายให้ทันตแพทย์โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ควบคุมประกอบวิชาชีพทันตกรรมของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ในสังกัด อบจ. ระยอง ในอัตราส่วนทันตแพทย์ ๑ คนดูแลเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ไม่เกิน ๓ คน
- สสจ.ระยอง สนับสนุน อบจ. ระยองในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข ด้านวิชาการ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานแก่ทันตบุคลากรใน รพ.สต.

ตัวอย่างการจัดการเครือข่ายคณะผู้ให้บริการ กนตสาธารณสุขในพื้นที่อื่น (ต่อ)

เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร - อบจ.กำแพงเพชร

- รพ.สต. ในพื้นที่ อ.เมือง กำแพงเพชรที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ.กำแพงเพชร จัดบริการทันตกรรมโดยใช้ทันตภิบาลซึ่งเป็นบุคลากรถ่ายโอน จำนวน ๑๓ คน จัดบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานและส่งเสริมและป้องกันโรคช่องปากทุกกลุ่มวัยภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์สังกัดโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- นอกจากนี้ โรงพยาบาลกำแพงเพชรยังจัดเวรให้มีทันตแพทย์หมุนเวียนให้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่ รพ.สต. ถ่ายโอน ได้แก่ การอุดฟันน้ำลาย อุดฟันถอนฟันที่ไม่ซับซ้อน ตามความจำเป็น รวมทั้งมีระบบส่งต่อผู้ป่วยให้รับบริการที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรในกรณีอาการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน ได้แก่ การรักษารากฟัน การผ่าตัดฟันคุด และการใส่ฟันเทียม
- โรงพยาบาลกำแพงเพชรยังร่วมกับ รพ.สต. ถ่ายโอนใช้แพลตฟอร์ม Line Application ทันตบุคลากรในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.เมืองกำแพงเพชร เพื่อความสะดวกรวดเร็วกรณีที่มีการส่งต่อทันตกรรมฉุกเฉิน และเพื่อนัดหมายการประชุมติดตามและวางแผนงาน

เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ - อบจ.เพชรบูรณ์

- รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ.เพชรบูรณ์ จำนวน ๔ แห่ง มีทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์สังกัดโรงพยาบาลเพชรบูรณ์
- สำหรับ รพ.สต. ถ่ายโอนที่ไม่มีทันตบุคลากร โรงพยาบาลเพชรบูรณ์สนับสนุนทันตบุคลากรในเครือข่ายและบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลเพื่อดูแลให้บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน
- สำหรับกรณีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและบริการทันตกรรมขั้นสูง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ได้ร่วมกับ อบจ.เพชรบูรณ์ จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.สต. มารับบริการที่โรงพยาบาล



บทที่ ๖

แนวทางการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ ประชากรเพื่อขับเคลื่อนเครือข่าย การให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก

กรณีศึกษา อบจ.ระยอง

จากการถ่ายโอนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๘๕ แห่ง ของจังหวัดระยอง ได้มีการกำหนด ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๑ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ด้านสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ด้านการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ทั้งนี้ อบจ. ระยอง ขาดเครื่องมือในการติดตามการดำเนินงานและประเมินผลข้อมูลด้านสาธารณสุข (Monitoring and Evaluation: M&E) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดี และหาทางปรับแก้ไข ส่วนที่เป็นปัญหา ดังนั้น คณะวิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Data Visualization เพื่อช่วย อบจ. ระยอง บริหารข้อมูลด้านสาธารณสุขในภาพรวม และผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงข้อมูลนั้น ได้รวดเร็ว แม่นยำ และตลอดเวลา



กรณีศึกษา อบจ.มุกดาหาร

ระบบสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารกำลังเผชิญกับความท้าทายเชิงโครงสร้างที่สำคัญอันเป็นผลมาจากระบบข้อมูลที่แตกต่างกันหน่วยงานต่างใช้รูปแบบของตนเอง ขาดการบูรณาการ ส่งผลให้เกิดปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานประจำวัน และยังเป็นข้อจำกัดในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และการตัดสินใจของผู้บริหารในยุคที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล เทคโนโลยี และสารสนเทศ

ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร เจ้าหน้าที่หน่วยงานต้องเสียเวลาไปกับการบันทึกข้อมูลเดิมซ้ำซ้อนในหลายระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเบียดบังเวลาที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง สถานะเช่นนี้ขัดแย้งกับเป้าหมายของประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการที่สะดวกและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

จุดบอดเชิงข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหาร คือ ผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดคือการที่ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดขาดข้อมูลสารสนเทศที่ทันทั่วถึงและเชื่อถือได้ เพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ การตัดสินใจที่สำคัญ เช่น การจัดสรรทรัพยากร การวางแผนกำลังคน หรือการกำหนดนโยบายเร่งด่วน ยังคงต้องอ้างอิงจากรายงานสรุปที่อาจมีความล่าช้า และไม่สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันอย่างแท้จริง

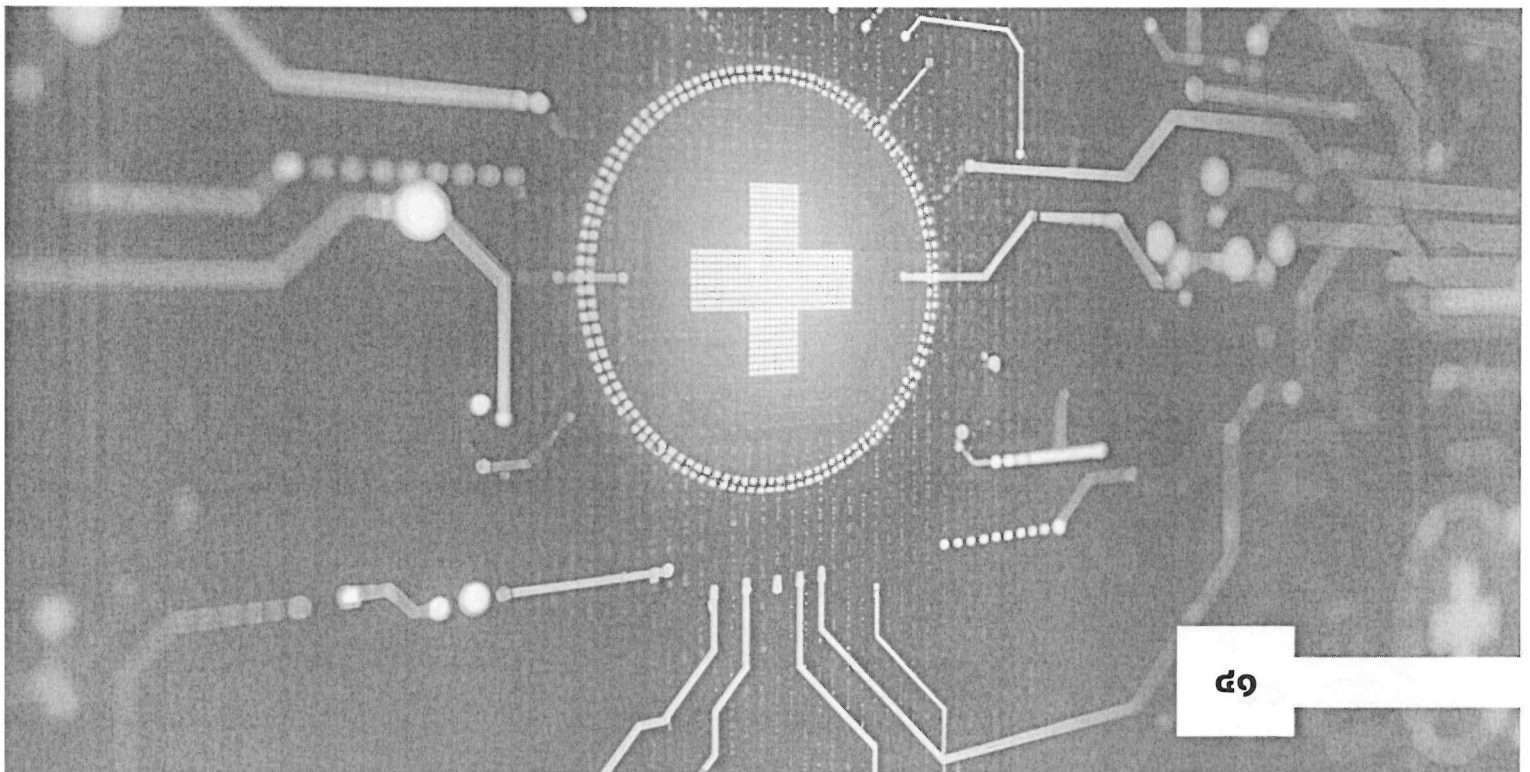
อบจ.มุกดาหาร และ สสจ.มุกดาหาร ได้บูรณาการความร่วมมือเพื่อจัดทำระบบฐานข้อมูลกลางด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ ๑ - การวางรากฐานและออกแบบ

อบจ.มุกดาหาร และ สสจ.มุกดาหาร ร่วมกันจัดตั้งกลไกกำกับดูแลและธรรมาภิบาลข้อมูล และวิเคราะห์ความต้องการและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร หลังจากนั้นกำหนดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด และแนวทางการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่าง อบจ. และ สสจ. เพื่อกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพประชากรในจ.มุกดาหาร จำนวน ๒๖ ตัวชี้วัดที่จะแสดงผลบน Dashboard

ขั้นตอนที่ ๒ - พัฒนา Dashboard ข้อมูล

คณะทำงานร่วม อบจ. และ สสจ. ดำเนินการขึ้นรูป Dashboard ข้อมูล จำนวน ๒๖ ตัวชี้วัด และดำเนินการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลที่จะปรากฏบน Dashboard



บทที่ ๗

ตัวอย่างโครงการเรือธงขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิให้เป็นตาข่ายคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net)

หนึ่งในหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพปฐมภูมิ (กสพ.) ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด คือ การยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายในพื้นที่รับผิดชอบให้เป็น “ตาข่ายคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net)” ซึ่งหมายถึง บริการสุขภาพหรือมาตรการความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มประชากรที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ในยามวิกฤติ เช่น ภัยพิบัติ หรือภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ เป็นต้น เพื่อให้ประชากรเหล่านี้มีหลักประกันความมั่นคงในชีวิตในช่วงเวลาที่ยากลำบาก

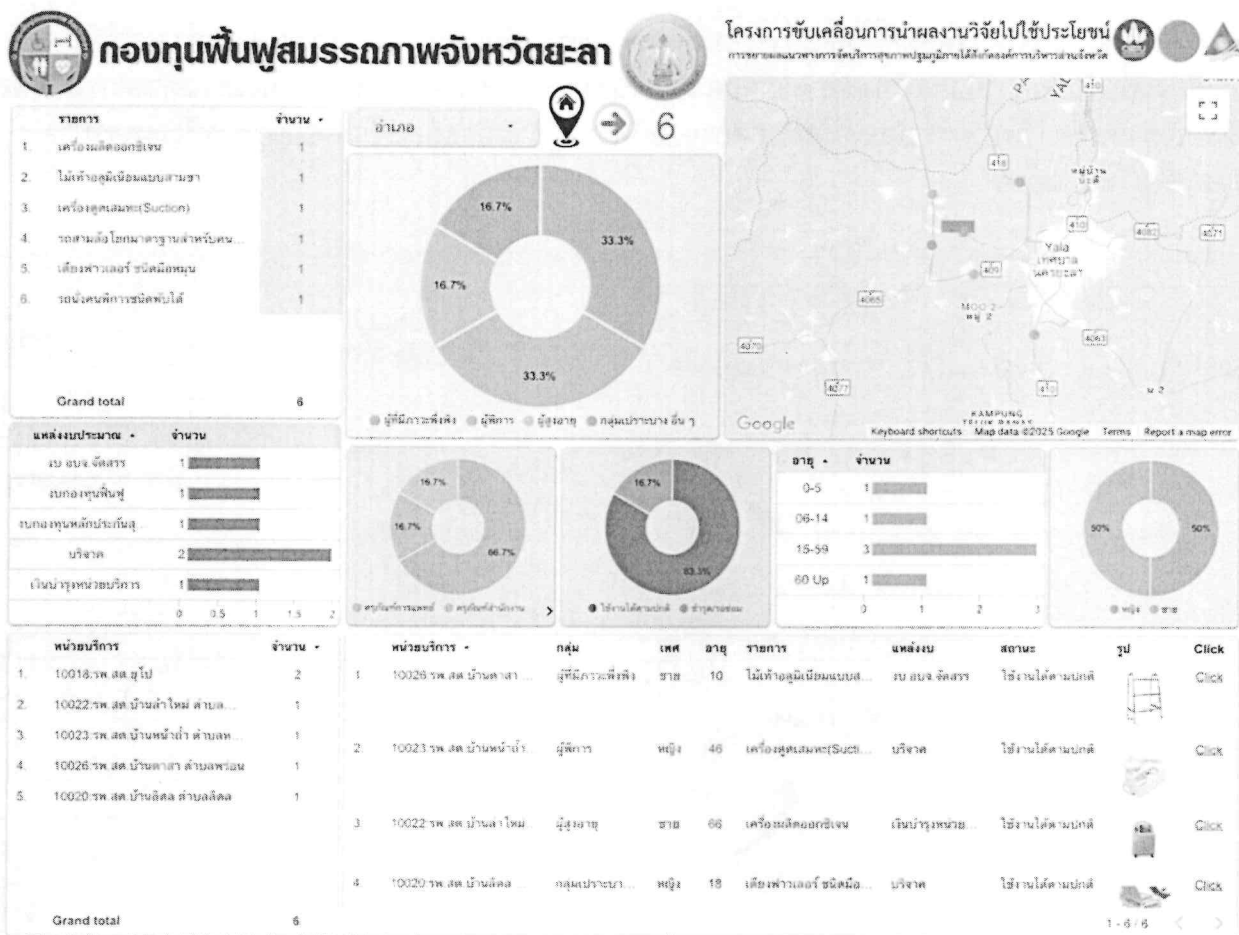
องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีศักยภาพและขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบที่สามารถช่วยเหลือระบบสาธารณสุขของประเทศในการยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นปราการด่านแรกของระบบสาธารณสุขให้เป็น “ตาข่ายคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net)” ได้ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของประชากรกลุ่มเปราะบาง การดูแลอุปกรณ์และเครื่องมือในการดูแลตนเองของผู้พิการ และการจัดระบบคัดกรองโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม สามารถดูแลส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลบ่งชี้ว่าเป็นโรคเรื้อรังไปยังแพทย์เฉพาะทางได้อย่างทันท่วงที



ศูนย์ยืม-คืนอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ ช่วยเหลือความพิการ “ศูนย์สุขใจ” อบจ.ยะลา

อบจ.ยะลา ได้ร่วมกับ โรงพยาบาลยะลา จัดตั้งศูนย์ยืม-คืนอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการเพื่อบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการยืม-คืนอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือการบำบัดรักษา และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว

การดำเนินการจัดตั้งศูนย์สุขใจของ อบจ. ยะลา ทำให้เกิดระบบภาคีเครือข่ายความร่วมมือของครอบครัว แกนนำ อาสาสมัคร ชุมชน และหน่วยงานในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น โดยมีลักษณะคล้ายกับ ศูนย์ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นทางการแพทย์ของ อบจ.บางพื้นที่ที่ได้ดำเนินการมาแล้ว เช่น อบจ. สงขลา เป็นต้น



ทั้งนี้ กรอบข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง อบจ.ยะลา และโรงพยาบาลยะลามีดังต่อไปนี้

- อบจ.ยะลา - สนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์สำหรับศูนย์ยืม-คืน และควบคุมกำกับ ติดตามการใช้ อุปกรณ์ โดยใช้ Dashboard ที่คณะวิจัยดำเนินการจัดทำให้เป็นฐานข้อมูลในการควบคุมและติดตาม การดำเนินงานของศูนย์สุขใจ
- โรงพยาบาลยะลา - มีหน้าที่สำรวจและค้นหากลุ่มเป้าหมายและประสานความร่วมมือกับ อบจ. เพื่อ ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ของกลุ่มเป้าหมาย

โครงการพัฒนาระบบบริการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ครบวงจร จังหวัดสงขลา "Songkhla Zero Cervical Cancer"

กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้เป็นสตรีไทยอายุ ๓๐-๕๙ ปี และสตรีอายุต่ำกว่า ๓๐ ปี ที่มีความเสี่ยงสูงทุกคน ในพื้นที่จังหวัดสงขลา ทั้ง ๑๖ อำเภอ ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา ๕ ปี (ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๘) จำนวน ๒๔๕,๓๖๙ คน โดยก่อนการดำเนินโครงการ พบว่ากลุ่มเป้าหมายยังมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกต่ำ เนื่องจากปัญหาด้านการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักอย่างจริงจังและต่อเนื่องมีน้อย รวมถึงปัญหาด้านความเชื่อ ความอาย วัฒนธรรม และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ (ระยะทาง เวลา ค่าใช้จ่ายแฝง) ส่งผลให้อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองต่ำ และไม่สอดคล้องกับมาตรการป้องกันโรคที่ควรครอบคลุมระดับประชากร

โครงการนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก คือ

- Service Delivery (การจัดบริการ)

- พัฒนาระบบ continuum of care เชื่อมโยงการคัดกรอง-ตรวจยืนยันผล-รักษา-ติดตาม โดยกำหนด fast track สำหรับผู้ผลบวก
- ขยายบริการเชิงรุก โดยใช้ HPV Self-sampling Mobile Unit ร่วมกับ อสม., โรงงาน, สถานศึกษา และจุดรับ-ส่งในชุมชน
- บูรณาการบริการข้ามภาคส่วน : สสจ.สงขลา, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๒ สงขลา, โรงพยาบาลของรัฐทั้ง ๑๖ อำเภอ, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่, โรงพยาบาลกรุงเทพ-หาดใหญ่, สปสช.เขต ๑๒ สงขลา, ศึกษาธิการจังหวัดสงขลา และสภาอุตสาหกรรมจังหวัดสงขลา เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ
- ปรับระบบติดตามจาก “เน้นปริมาณ” สู่ “เน้นคุณภาพและผลลัพธ์ผู้ป่วย”

- Health Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ)

- แสวงหาหุ้นส่วนการพัฒนา MOU ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๒ สงขลา, สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดสงขลา, สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดสงขลา, สภาอุตสาหกรรมจังหวัดสงขลา และสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดสงขลา)
- ตั้งทีม Cervical Cancer Care Coordinator (C-๔ Songkhla) ประกอบด้วย รพสต., รพ., โรงงาน, โรงเรียน เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- จัดอบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากร ทั้งทีมสหวิชาชีพ, พยาบาลโรงงาน, ครู ให้สามารถสื่อสาร อธิบาย และช่วยเหลือการตรวจ HPV Self-sampling ได้
- จัดทำ Incentive program ให้หน่วยบริการและบุคลากรที่สามารถเพิ่ม coverage และลดผู้ป่วยตกหล่น
- จัดระบบ Outsource LAB (LBC) สนับสนุน รพ.ชุมชน ลดภาระโรงพยาบาลใหญ่และลดเวลารอผล

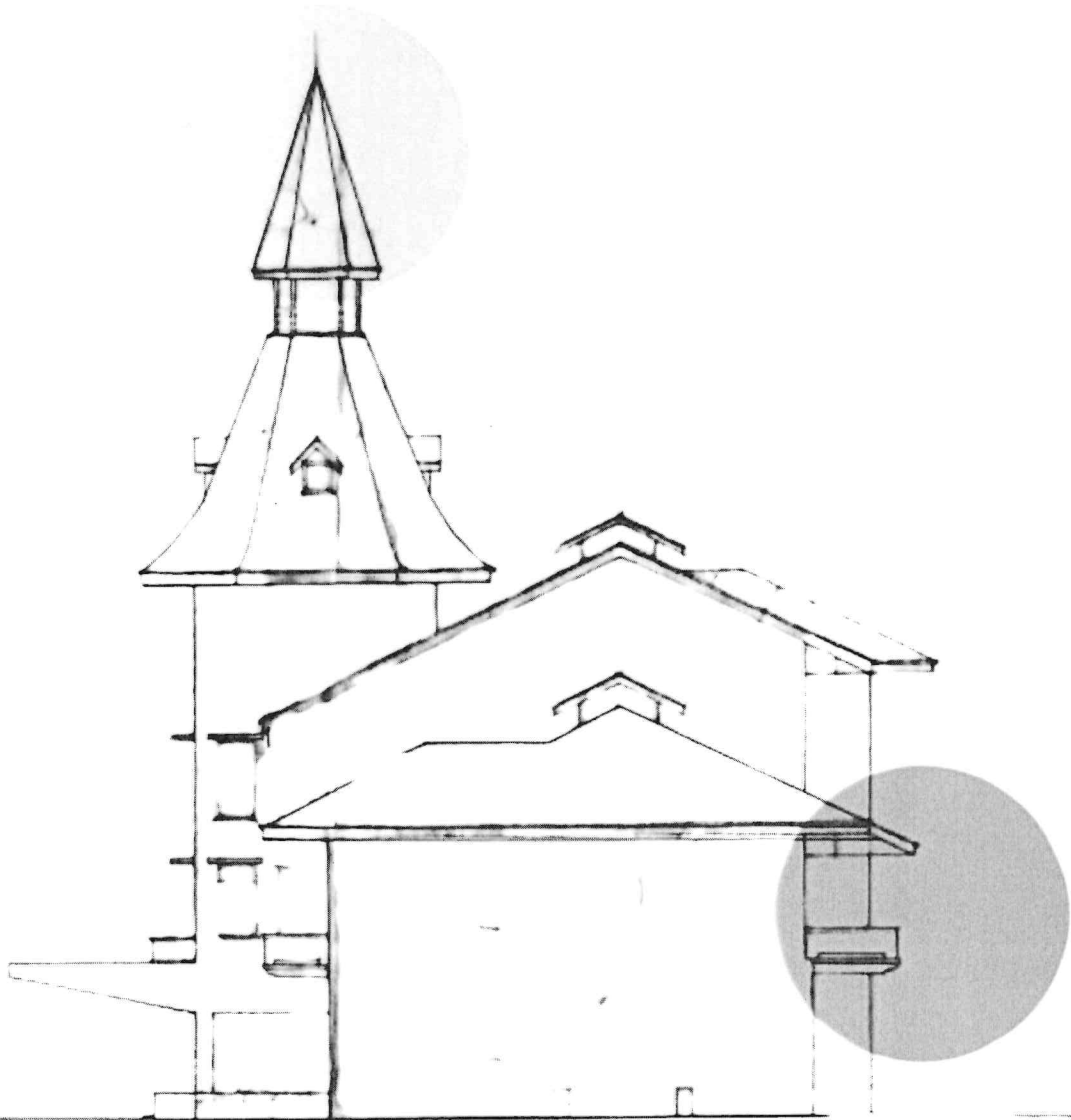
- Health Information System (ระบบข้อมูลสุขภาพ)

- ร่วมกับ สสจ.สงขลา พัฒนาระบบ Integrated Digital Registry เชื่อมต่อ JHCIS-รพ.-รพสต.-สปสช.-เอกชน
- ใช้ Dashboard Online ติดตาม coverage และสถานะผู้ป่วยแบบเรียลไทม์
- พัฒนา AI-assisted recall system แจ้งเตือนกลุ่มเป้าหมายผ่าน LINE OA

“

เพียงหวังจะเฟื่องฟูง ฤาจึงมุ่งมาศึกษา
เพียงเพื่อปริญญา เอาตัวรอดเท่านั้นฤา
แก้ควรสหายคิด ตั้งมั่นจิตร่วมยึดถือ
รับใช้ประชาคือ ปลายทางที่เล่าเรียน

”



โครงการขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์:

การขยายผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขที่ ๒ ถนนพระจันทร์ แขวงพระบรมมหาราชวัง เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๐๐



www.thailocalprimarycare.com



cistu.coreteam@gmail.com