

โครงการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรม
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท

The Model of Dental Health Care under Universal Health Care Coverage Policy
in Maung District , Buriram Province

คณะผู้วิจัย

ภัตติมา เจนถาวร

Pattima Janethaworn

สมศักดิ์ ภัทรวุฒิพร

Somsak Pattarawuthiporn

จิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย

Jirasak Thipsoonthornchai



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตุลาคม 2547

ที่ปรึกษาและคณะผู้วิจัย

ที่ปรึกษา

1. รศ.นพ.สมพนธ์ ทศนิยม สถาบันเครือข่ายพัฒนาการส่งเสริมการวิจัยระดับพื้นที่ภาคอีสาน
2. ผศ.ภัทระ แสนไชยสุริยะ สถาบันเครือข่ายพัฒนาการส่งเสริมการวิจัยระดับพื้นที่ภาคอีสาน
3. ผศ.ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ทพญ.สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
5. ผศ.ดร. นงลักษณ์ พันธจารุณี สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
6. นายแพทย์ อนุศักดิ์ ตั้งไพบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์
7. ทันตแพทย์กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์

คณะผู้วิจัย

1. ทพญ.ภัตติมา เจนถาวร
ทันตแพทย์ 8 กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. ทพ.สมศักดิ์ ภัทรวุฒิพร
ทันตแพทย์ 8 หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์
3. ทพ.จีรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย
ทันตแพทย์ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

วิทยากรกระบวนการ

1. ผศ.ภัทระ แสนไชยสุริยะ สถาบันเครือข่ายพัฒนาการส่งเสริมการวิจัยระดับพื้นที่ภาคอีสาน
2. ผศ.ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ทพญ.สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
4. ผศ.ดร. นงลักษณ์ พันธจารุณี สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
5. ทพญ.วรางคณา อินทโลहित สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
6. ทพญ.สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ โรงพยาบาลนางรอง

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความร่วมมือและความอนุเคราะห์จากทีมงานวิจัยและที่ปรึกษา ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณและผลักดันให้เกิดการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ และ นายแพทย์สาธารณสุขบุรีรัมย์ ที่ได้อนุมัติและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้วางแผนไว้จากการประชุมในทุกๆ ครั้ง

ขอขอบพระคุณ คณะวิทยากรกระบวนการทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ามาเป็นวิทยากร จนทำให้การประชุมระดมสมองลุล่วงไปด้วยดี และ ได้รู้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมในทุก ๆ กลุ่มของผู้รับบริการเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์

และสุดท้าย ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.สมพันธ์ ทศนิยม และ ผศ.ภัทระ แสนไชยสุริยา จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา เสนอแนะ ตลอดจน คำวิจารณ์และ ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์อย่างมาก จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คณะผู้วิจัย

ตุลาคม 2547

บทคัดย่อ

ปัจจุบัน รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพ โดยการสร้างนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน ด้วยการเสนอคำว่า “ 30 บาทรักษาทุกโรค “ โดยมุ่งสร้างระบบบริการเชิงรุก และ มุ่งเน้นให้มีการบริหารจัดการ ในแต่ละพื้นที่ แต่ ปัญหาที่พบในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ คือ โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีงานบริการในคลินิกทันตกรรมมากอยู่แล้ว จนต้องมีการเข้าคิวเพื่อรอรับบริการ เมื่อมีการปรับเปลี่ยนนโยบายใหม่ บุคลากรจึงต้องใช้เวลาและงบประมาณส่วนหนึ่ง เพื่อบริหารจัดการ งานด้านบริการทันตกรรมในศูนย์สาธารณสุขชุมชน และ งานทันตสาธารณสุขทั้งหมด ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานทันตกรรมโรงเรียน ซึ่งต้องอาศัยเวลาและทรัพยากร ในการดำเนินงานมาก ดังนั้น การบริหารจัดการด้านงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จึงต้องมีการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้าน บุคลากร เวลา และงบประมาณ โดยต้องมีการ ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รูปแบบการบริการที่เหมาะสมของพื้นที่ และ ให้เกิดประสิทธิภาพ สูงสุดต่อประชาชน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เหมาะสม ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้เงื่อนไขข้อมูลที่จำกัดของทรัพยากรที่มีในพื้นที่

วิธีการศึกษา โดยการรวบรวมข้อมูลเดิมของการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ที่ผ่านมา การศึกษารูปแบบการดำเนินงานของจังหวัดอื่นๆ เพื่อเสนอผู้เกี่ยวข้อง จัดประชุมระดมสมอง เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานทั้งด้านคลินิกบริการและงานทันตกรรมชุมชน เมื่อดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้มาเป็นเวลาไป 6 เดือน ได้ทำการประเมินความเปลี่ยนแปลงตามตัวชี้วัด ได้แก่ ผลงานบริการทันตกรรมในสถานบริการ / ระยะเวลาการรอคิวในงานเฉพาะทาง / ความครอบคลุมในงานทันตกรรมโรงเรียน / ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษา พบว่า ผลจากการประชุมระดมสมอง ได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การเพิ่มเครือข่ายการให้บริการ (Subcontractor) แก่ผู้รับบริการบัตรทอง ที่ สสจ.บุรีรัมย์
2. พัฒนาระบบงานบริการทันตกรรมใน สสช. ที่มีทันตภิบาล
3. การจัดทำรถออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์เพื่อให้บริการในโรงเรียน
4. การจัดทำระบบและรูปแบบรายงานสภาวะทันตสุขภาพในโรงเรียนซึ่งพัฒนาโดยเจ้าหน้าที่
5. การประเมินความเปลี่ยนแปลง พบว่า ผลงานบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นในแต่ละสถานบริการ ระยะเวลาการรอคิวงานเฉพาะทางเพิ่มขึ้นในบางงานเนื่องจากการโยกย้ายและลาออกของทันตแพทย์ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

สรุป การพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
ทำให้สามารถจัดรูปแบบงานได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ในพื้นที่ และควรจะมีการประเมิน
และปรับรูปแบบงานไปเรื่อยๆตามเงื่อนไขที่เปลี่ยนไปเป็นระยะ ตามความเหมาะสม

ABSTRACT

Nowadays, The government has concerned about the health system by using the policy of universal health care coverage as “ 30 Baht health care”, which emphasize on advance-service system and management of particular area. The problem seen in Amphur Muang Buriram is there are a lot of workload in dental clinic, Buriram Hospital. So dental staffs have to take time and partial budget for management, and dental services in community health center, especially the dental public health in school. Thus the management of dental public health in Amphoe Muang Buriram, has to have an effective management in human resources, time, and budget, through the co-operation of associated organizations for the appropriate service pattern in that area and the most benefit for people.

The purpose of this study is to develop the proper pattern of dental service in Amphur Muang Buriram, according to the health policy under the condition of resources limitation in this area. The methods are 1. Collecting the historical data of dental public health projects in Amphur Muang Buriram, 2. Reviewing project patterns of other provinces, 3. Brainstorming for determining the proper model of process in clinic and community, and 4. Evaluating the indicators (i.e., dental services in clinic, waiting time for special treatment, the coverage of dental health in school, and the satisfaction of dental patient and staff) after implement the developed model for 6 months.

The results from brainstorming showing that there are the development of services:

1. Expand the network of dental service subcontractor for people with UC card at Buriram Provincial Public Health Office.
2. Development of dental service system in Community Public Health Centers that have dental nurse
3. Begin the mobile car of Buriram Hospital for dental services in school.
4. Initiate system and format of oral health report in school, which developed by staff.

5. The results from change evaluation show that quantity of overall dental services is raised in every dental clinic, increased waiting time of some special treatments (since there are movement and/or resign of dentists), and the satisfaction of patients and staff is increased.

In conclusion, the development of dental services by participating of staff can create the pattern of process accordance with the situation area. Moreover, the evaluation should be taken and continuously modified for suitable dental service according to variations of situation.

Keywords

- Universal Health care coverage
- Model of dental care
- Health system service
- Dental public health

สารบัญ

หน้า

ที่ปรึกษาและคณะผู้วิจัย.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทคัดย่อ.....	ค
Abstract.....	จ
Key Words.....	ฉ
สารบัญ.....	ช

ส่วนเนื้อหา

1. หลักการและเหตุผล.....	1
2. บทบาท ทน แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	3
a. แนวคิดการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	3
b. การดำเนินงานนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย.....	14
c. ระบบบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	24
d. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	32
3. เป้าหมายและวัตถุประสงค์.....	51
4. ระเบียบวิธีวิจัย วิธีการประมวลผล.....	52
5. ผลการศึกษา.....	64
6. สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และหัวข้อวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม.....	88
7. เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม.....	90
8. ภาคผนวก.....	93

หลักการและเหตุผล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพ โดยสร้างนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน ด้วยการเสนอคำว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นการแก้ปัญหาคนไทยเกือบ 20 ล้านคนที่ขาดหลักประกันด้านสุขภาพ โดยมุ่งสร้างระบบบริการ ในลักษณะบริการเชิงรุก เสมอภาคเป็นที่พอใจ และมีการจัดสรรระบบเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชากร และ มุ่งเน้นการจัดระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน นอกจากนี้ ยังมีการจัดสรรงบประมาณแยกตามพื้นที่ โดยให้มีการบริหารจัดการ และ วางแผนในดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ต่อไป

เมื่อมีการดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขภายในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ใหม่ มีการถ่ายโอนงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์เคยรับผิดชอบดูแลในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์เกือบทั้งหมด มาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ นอกจากนี้ ในด้านนโยบายและด้านงบประมาณ ในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขก็มิได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางเช่นเคย โรงพยาบาลบุรีรัมย์จึงต้องรับหน้าที่ทั้งงานบริการทันตกรรมเดิม และ รับงานที่เพิ่มขึ้นมาอีกคือ การดูแลศูนย์สาธารณสุขชุมชนในเครือข่ายในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ และ ยังรับงานทันตกรรมโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์เกือบทั้งหมด

ดังนั้นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้น ก็คือ แต่เดิมนั้น โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีงานในด้านตั้งรับเพื่อให้การบริการในคลินิกทันตกรรมมากอยู่แล้ว แต่ปริมาณการให้บริการแก่ประชาชนยังคงไม่เพียงพอแก่ความต้องการ ยังต้องมีการเข้าคิวผู้ป่วยเพื่อรอรับบริการทันตกรรม เมื่อมีการปรับเปลี่ยนนโยบายมาเป็นรูปแบบใหม่ ภาระงานของโรงพยาบาลจึงเพิ่มขึ้นไปอีก บุคลากรส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งเพื่อเข้ามาบริหารจัดการงานที่เกี่ยวกับการดูแลศูนย์สาธารณสุขชุมชน และ งานทันตสาธารณสุขทั้งหมด ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีงานหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญและต้องใช้ทรัพยากรทั้งด้านบุคคล เวลา และเงิน ในการดำเนินงานมาก ก็คือ งานทันตกรรมโรงเรียน ซึ่ง งานด้านอนามัยโรงเรียนนับว่าเป็นงานที่สำคัญงานหนึ่งที่ตอบสนองต่อนโยบายของระบบปฏิรูปสุขภาพ

อนึ่ง การดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพโรงเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์จำนวนประมาณ 90 แห่งนั้น ตามรูปแบบการบริหารจัดการเดิมนั้น ได้มีการแบ่งความรับผิดชอบดูแลโรงเรียนประถมศึกษา ดังนี้ คือ โรงพยาบาลบุรีรัมย์รับผิดชอบโรงเรียนที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลจำนวน 3 แห่ง สถานีอนามัยในอำเภอเมืองบุรีรัมย์จำนวน 6 แห่ง ที่มีเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขประจำอยู่ จะรับผิดชอบเฉพาะโรงเรียนในเขตสถานีอนามัยของตนประมาณ คนละ 4-5 โรงเรียน ส่วนโรงเรียนที่เหลือในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์เป็นความ

รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์จำนวนประมาณ 60 โรงเรียน ทั้งนี้ งบประมาณ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตกรรมในโรงเรียนได้รับการจัดสรรจากส่วนกลาง แต่เดิม ในแง่การบริหารจัดการในงานออกหน่วยทันตกรรมโรงเรียน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์นั้น งานหลักๆของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการนิเทศงาน วางแผน และออกหน่วยทันตกรรมอยู่แล้ว ดังนั้นการบริหารจัดการด้าน เวลา บุคลากร และ งบประมาณจึงไม่ยุ่งยากนัก แต่เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้น การรับผิดชอบด้านการวางแผนงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ทั้งหมด จึงได้เปลี่ยนมาเป็นหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบุรีรัมย์

สำหรับลักษณะงานเดิมของโรงพยาบาลบุรีรัมย์นั้น เป็นงานด้านรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการให้บริการทางทันตกรรมทั่วไป งานทันตกรรมเฉพาะทาง งานรับส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมของทั้งจังหวัดบุรีรัมย์และเขตใกล้เคียง ดังนั้น ภาระรับผิดชอบดูแลด้านการ ให้บริการรักษาทางทันตกรรมเดิมจะมีมากและ ไม่ค่อยเพียงพอกับความต้องการรับบริการของ ผู้ป่วย จนต้องมีการเข้าคิวเพื่อรอรับบริการ ต่อมาเมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเพิ่มงานด้านการดูแลสุขภาพชุมชนอีก 4 แห่ง และ งานหน่วยทันตกรรม โรงเรียนอีก ส่วนในแง่ของการบริหารงบประมาณก็เปลี่ยนเป็นการจัดสรรตามพื้นที่ และตามรายหัวประชากร มิได้มีการจัดสรรมาจากส่วนกลางเช่นเดิม

ดังนั้น การบริหารจัดการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จึงต้อง มีการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้าน บุคลากร เวลา และงบประมาณ โดยต้องมีการ ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รูปแบบการบริการที่เหมาะสมของพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ต่อประชาชน

บทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปแบบการบริการทันตกรรม ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถประมวลสาระสำคัญได้ดังนี้

แนวคิดการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ทำหน้าที่รับรองสิทธิในด้านสุขภาพของคนไทยตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ เป็นยุทธศาสตร์หลักในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพในระดับบุคคล และครอบคลุมทั่วถึง มีประสิทธิภาพ ด้วยมาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน ตลอดจนเป็นเครื่องมือทางการเงินการคลังที่จะจูงใจให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสุขภาพ หลักประกันสุขภาพจึงไม่ใช่บริการสงเคราะห์ หากเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในช่วงจังหวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลงในรัฐบาล ช่วงจังหวะดังกล่าวจึงเป็นเสมือนหน้าต่างแห่งโอกาส (Window of opportunity) สำหรับการผลักดันนโยบาย (World Health Organization , 2000) จากการศึกษาของคณะทำงานพัฒนาโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2544) เสนอว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจะเกิดขึ้นได้ และนำไปสู่การปฏิบัตินั้น จะต้องเป็นนโยบายรัฐบาลเพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานรัฐหลายสังกัดเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างระบบ และออกเป็นกฎหมายที่มีผลในการปรับระบบงบประมาณและเป็นการประกันสิทธิของประชาชน

รัฐบาลของ พตท. ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายเร่งด่วนที่สำคัญ เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย (กวี วงศ์พุ่ม , 2544) เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลสุขภาพ และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานทั่วถึงและมีความเท่าเทียมกัน โดยการบริการผ่านเครือข่ายบริการสถานบริการปฐมภูมิ เน้นการสร้างให้มีสุขภาพดี นอกเหนือไปจากการซ่อมสุขภาพของประชาชน นโยบายนี้จึงถือว่ามีความสอดคล้องกับเนื้อหาหลักของการปฏิรูประบบสุขภาพ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ได้เริ่มดำเนินการครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544 ในจังหวัดน่าน 6 แห่ง คือ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา หลังจากนั้น ได้ขยายขอบเขตการดำเนินการออกไปอีก 15 จังหวัด คือ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส เมื่อวันที่

1 มิถุนายน 2544 ครอบคลุมทั่วทุกจังหวัด ยกเว้นบางเขตใน กรุงเทพมหานคร ในวันที่

1 ตุลาคม 2544 และครอบคลุมทั้งประเทศในวันที่ 1 เมษายน 2545 โดยมีกรอบแนวคิด

ที่สำคัญเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนที่สุดของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การกำหนดให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care unit : PCU) เป็นบริการด่านแรก ที่ให้บริการระบบสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน โดยใช้แนวทางจากงานเวชศาสตร์ครอบครัว

ความเป็นมาของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(Universal Health care coverage)

ความหมายและวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพ หมายถึง สิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2544) โดยปรัชญาพื้นฐานเน้นคำว่า “ถ้วนหน้า” ใน “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายความว่า คนทุกคนต้องมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า เนื่องจากไม่ว่าจะเป็นคนรวยหรือยากจน ไม่ว่าจะเป็นชนชาติใดๆ มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยและมีความต้องการดูแลทางสุขภาพตลอดเวลา ชีวชีวนทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สังคมใดๆ ไม่ควรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ประชาชน ซึ่งมีความจำเป็นเนื่องจากการเจ็บป่วยไม่ได้รับการดูแลในยามที่ต้องการ ที่สำคัญการได้รับการรักษาพยาบาลนั้นจะต้องสวนไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ของคนทุกคน ว่ามีฐานะที่เท่าเทียมกัน การนำเอานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติจริงต้องไม่แปรเป็นนโยบายสงเคราะห์ที่หยิบนัด ให้แก่คนจน และผู้ที่มาใช้สิทธินั้นจะต้องไม่ใช่บุคคลชั้นที่สองหรือชั้นที่สามของประเทศ แต่ควรเป็นนโยบายที่ทุกคนเป็นเจ้าของร่วมกันสร้างขึ้นมา เป็นประโยชน์ต่อทุกคน และทุกคนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบดูแลให้เป็นนโยบายที่มีประโยชน์ต่อสังคมโดยแท้จริง (อัมมาร สยามวาลา, 2544) นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นแนวทางที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศไว้ในปี 1999 ว่าจะนำไปสู่ความเสมอภาค (Equity) ทางสุขภาพ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) ของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศ (World Health Organization , 1999) นอกจากนี้ยังเป็นหลักการที่รัฐบาลทุกประเทศได้ยอมรับ และให้สัตยาบันร่วมกันที่จะพยายามดำเนินการให้ทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในปี 2543 (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ,2538)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ตามมาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ตามกฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้” และมาตรา 82 กำหนดว่า “ รัฐจะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้

มาตรฐานและมีประสิทธิภาพทั่วถึง” (นันทนา เกิดวิชัย ,2543) หากพิจารณาตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการรับรองสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ

ดังวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดไว้ คือ

- 1.) ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมาย แต่รวมถึงความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการที่ได้มาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน
- 2.) ประสิทธิภาพ (Efficiency) จากการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าที่สุด โดยเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการเครือข่ายสถานบริการ ระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ
- 3.) มีทางเลือกในการรับบริการ (Choice) เป็นสิทธิในการเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของเอกชนสามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.) มุ่งสู่การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเน้นบริการสุขภาพส่วนบุคคลที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพอีกด้วย

สำหรับประเทศไทยขณะนี้มีการเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก จำเป็นจะต้องมีความครอบคลุมอย่างถ้วนหน้าในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสมอ ความมีประสิทธิภาพและทุกฝ่ายได้ประโยชน์ ซึ่งมีลักษณะของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังนี้ (World Health Organization,1999)

- 1.) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นแบบบังคับ เพื่อให้แน่ใจว่ามีความครอบคลุมประชาชนทั้งหมด
 - 2.) การครอบคลุมอย่างถ้วนหน้า หมายถึง ครอบคลุมทุกคน ไม่ใช่ครอบคลุมบริการ ทุกอย่าง
 - 3.) การจ่ายเงินค่าบริการไม่ควรเป็นการจ่ายจากประชาชนขณะไปรับบริการ เพราะจะทำให้เกิดภาระที่หนักมากสำหรับประชาชน
 - 4.) บริการที่มาจากผู้จัดหาทุกชนิดจะต้องมีคุณภาพมาตรฐาน
- โดยความหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ควรพิจารณาเฉพาะในแง่การเข้าถึงบริการเท่านั้น เพราะหากเชื่อว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่เทียบกันแล้วจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ก็อาจจะเกิดผลเสียตามมาหลายประการ ได้แก่ เกิดภาวะพึ่งพาระบบบริการมากเกินไป ประชาชนไม่พยายามดูแลตนเอง ผู้ให้บริการเองจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อไม่ได้เก็บเงินจากผู้ป่วยโดยตรงก็จะระมัดระวังเรื่องค่านิยามน้อยลง แต่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มค่าบริการสำหรับระบบที่ผู้ป่วยเอาไปเบิกคืนได้ และรัฐอาจจะละเลยหรือมองข้ามความสำคัญของการกำหนดมาตรการในด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆด้วย คิดว่าได้จัดระบบเพื่อดูแลสุขภาพที่ปลายเหตุเท่านั้น (วิพุธ พูลเจริญ

และคณะ, 2543) หากจะมีการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยเน้นเพียงการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะบริการรักษาพยาบาลแล้ว สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ ความเป็นไปได้ในการจัดสรรงบประมาณดำเนินการมีเพียงพอหรือไม่ ความเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ (โดยเฉพาะแพทย์) และระบบข้อมูลข่าวสารต้องสะท้อน พฤติกรรมการให้บริการและการใช้บริการของประชาชน(ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย, 2544ก)

ดังนั้นหลักประกันสุขภาพจึงไม่ควรมองแคบๆ ให้มีความหมายเพียงหลักประกันการเข้าถึงบริการการเกิดขึ้นง่ายๆ แต่ออกกฎหมายฉบับใหม่ โดยไม่มีการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในด้านต่างๆ อาจทำให้เกิดปัญหาแก่ระบบในระยะยาวได้ การสร้างหลักประกันเพื่อสุขภาพที่แท้จริงจะต้องประกอบด้วยระบบที่ดูแลเพื่อลดปัจจัยในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ พร้อมๆกับระบบที่จะสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง มากกว่าการพึ่งพาบริการ

ลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์

สรุปลักษณะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ (Ultimate scenario) ดังนี้ คือ

- 1.ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal coverage) ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ พื้นฐานเท่าเทียมกัน เพราะเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน
- 2.ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core package) ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (Cost effectiveness) โดยใช้สิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 3.ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 3.1 สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยประชาชนจะต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงานแห่งใดแห่งหนึ่ง ประชาชนที่ไม่ใช้บริการตามขั้นตอนจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง
 - 3.2 ให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ที่ทำงานเป็นผู้รับสัญญาหลัก (Main contractor) ในการจัดบริการสุขภาพ
 - 3.3 สนับสนุนให้สถานพยาบาลปฐมภูมิและสถานพยาบาลระดับอื่นร่วมกันให้บริการในลักษณะเครือข่าย (Provider network) โดยสามารถเป็นเครือข่ายร่วมของภาครัฐ-เอกชนได้
 - 3.4 มีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพการบริการ (Health care accreditation)
- 4.ระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 4.1 เน้นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างได้ผลในระยะยาว (Cost containment system)

4.2 งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้คิดในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่รวมเงินเดือนและงบลงทุน

4.3 การจัดสรรงบให้พื้นที่ดำเนินการให้จัดสรรเฉพาะงบดำเนินการที่รวมเงินเดือน โดยจัดสรรต่อหัวประชากรในพื้นที่นั้น ทั้งนี้ให้มีการปรับลด (Adjust rate) ด้วยตัวแปรอื่น ๆ เช่น โครงสร้างอายุ ความทุพพลภาพของพื้นที่ รวมทั้งการกำหนดงบประมาณขั้นต่ำที่ควรได้รับด้วย งบประมาณสำหรับลงทุนให้รวมเป็นกองทุนที่จะพัฒนาโครงสร้างระบบบริการตามความจำเป็น เพื่อความเสมอภาคและพัฒนาคุณภาพ

4.4 การจ่ายให้แก่เครือข่ายสถานพยาบาลให้จ่ายแบบปลายปิด (Close end) โดยมีทางเลือก 3 วิธี

4.4.1 Inclusive Capitation ซึ่งครอบคลุมบริการ Ambulatory care, personal and family preventive and promotive care และบริการผู้ป่วยใน

4.4.2 วิธีผสม โดยจ่ายวิธี Capitation สำหรับ Ambulatory care, personal and family preventive and promotive care และวิธีกำหนด งบเหมาจ่ายรวมกับการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) สำหรับผู้ป่วยใน

4.4.3 เป็นได้ทั้งสองแบบ ร่วมกับการจ่ายแบบ Fee for service ตาม Standard fee schedule สำหรับบริการ Personal and family preventive and Promotive care เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทำบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

5. เน้นการจ่ายเงินตามผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment) และเป็นผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย

นอกจากการเสนอลักษณะที่พึงประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว คณะทำงานยังได้นำเสนอการเคลื่อนไหว เพื่อปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประชาชน กลไกกำกับและรับรองมาตรฐาน ผู้บริหารกองทุนระดับพื้นที่ และได้เสนอเบื้องต้นเกี่ยวกับงบประมาณในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 1,202 บาทต่อคนต่อปี มีที่มาและวิธีคำนวณอย่างไร (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2544) จากข้อเสนอเหล่านี้กลายเป็นนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติครั้งแรกในจังหวัดน่าน ทั้ง 6 แห่ง เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544 โดยสำนักงานประกันสุขภาพ (2544) ได้จัดทำ “คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ปฏิบัติ” ที่มีแนวทางมาจากข้อเสนอข้างต้นซึ่งมีรายละเอียดครอบคลุมถึง กรอบแนวคิดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิ การขึ้นทะเบียนและออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประชาสัมพันธ์และการรับเรื่องราวร้องทุกข์ สรุปสาระประเด็นของระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาระการรายงานผลการบริการ และกระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งระเบียบนี้ได้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2544 มีทั้งหมด 6 หมวด ประกอบด้วย ความ

ทั่วไป คณะกรรมการ การขึ้นทะเบียนและออกบัตร การรับบริการทางการแพทย์ หน่วยบริการและมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ และหมวดสุดท้ายเป็นบทเฉพาะกาล

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเปรียบเสมือนเคลื่อนลูกใหญ่ที่พุ่งกระทรวงการสาธารณสุขไทย ด้วยแนวคิดที่ห่างไกลจากแนวคิดและทัศนะเดิม การแปรนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนที่สุดในปัจจุบัน คือ การจัดให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมประชากรในเขตพื้นที่รับขอบ ทำหน้าที่สถานพยาบาลด่านแรกในการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุดท้ายของการสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ต้องการให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีและสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

ระบบบริการระดับปฐมภูมิ/ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ความหมายและแนวคิดของบริการปฐมภูมิ/ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

McWhinner (1998) ได้กล่าวถึง Dowson Report ในปีคริสต์ศักราช 1920 ว่า ได้เผยแพร่แนวคิดเรื่องการจัดระบบบริการโดยยึดหลักถือประชาชนเป็นที่ตั้งหรือเป็นฐาน (population based approach) ซึ่งมีหลักการว่าไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งการเตรียมหรือฝึกอบรมบุคลากรควรคำนึงถึงประชาชนเป็นสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้นยังนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการแยกระบบบริการ เป็นการให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) ซึ่งได้นำเสนอว่า บริการระดับปฐมภูมิ คือ ศูนย์กลางให้บริการในระบบบริการ แต่แนวคิดนี้ถูกละเลยอยู่นานหลายทศวรรษ

จนกระทั่งในปีคริสต์ศักราช 1978 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับหลักการพื้นฐานของบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้คำว่า “บริการระดับปฐมภูมิ” กลายเป็นคำที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่ามีความสำคัญ ตามคำประกาศอัลมา อัลตา (อ้างถึงใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542) ให้ความหมายคำว่า บริการระดับปฐมภูมิ คือ “บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับปัจเจกชน ครอบครัว และ ชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของการบริการที่ระดับกว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของชุมชน” โดยมีจุดเน้นการบริการ 4 อย่าง คือ 1) เป็นบริการด่านแรก (First contact care) 2) เป็นบริการที่ต่อเนื่องระยะยาว (Longitudinal care) 3) เป็นบริการที่กว้างขวางผสมผสาน (A broad and comprehensive range of response) 4) เป็นบริการที่ประสานบูรณาการ (Co-ordination of service)

Bisbee Jr. (1982) ได้กล่าวว่า การบริการปฐมภูมิ หมายถึง “การรักษา การเจ็บป่วยพื้นฐาน และการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยเมื่อมารับบริการครั้งแรกในสถานพยาบาล เป็นด่านแรกของการเข้าระบบบริการสาธารณสุข” การบริการปฐมภูมิถือเป็นส่วน

หนึ่งของการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ระดับซึ่งประกอบ ด้วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) บริการทุติยภูมิ (Secondary care) บริการตติยภูมิ (tertiary care) ซึ่งการบริการสุขภาพประมาณ ร้อยละ 85-90 เป็นการให้บริการปฐมภูมิ

ขอบเขตความสามารถของบริการปฐมภูมิจะเป็นอย่างไร ผู้ให้บริการเป็นใครบ้าง ขึ้นอยู่กับระบบบริการสาธารณสุขและทรัพยากรของแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน สำหรับประเทศไทยมีการประชุมระดมสมองโดยผู้เชี่ยวชาญที่สถาบันวิจัยสาธารณสุข (อ้างถึงในสุพัตรา ศรีวนิชชากร, 2539) พบว่ามีแนวคิดดังนี้

- ด้านขอบเขตบริการ ควรเป็นบริการที่ผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ มีบริการที่ต่อเนื่องและสามารถส่งต่อไปหน่วยบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยมีระบบเชื่อมโยงและส่งต่อเป็นเครือข่ายที่ดี
- ด้านการจัดบริการสุขภาพ ควรเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน เป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัว มีความสะดวก ราคาไม่แพง ไม่แออัด มีระบบนัดหมาย ระบบส่งต่อให้บริการรวดเร็วต่อเนื่องถึงบ้านหรือบริการที่ทำงาน โดยต้องคำนึงทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและต้องมีการสร้างสุขภาพของสังคมให้เข้มแข็งก่อนที่จะมีการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประกอบครัว
- คุณภาพการบริการ ต้องมีมาตรฐาน ควบคุมตรวจสอบได้ สะดวก รวดเร็ว มีอุปกรณ์เครื่องมือ และใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการคุ้มครองสิทธิประชาชนในการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้รับบริการและชุมชนควรร่วมเป็นเจ้าของ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 2 ลักษณะ คือ ร่วมตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการให้บริการโดยใช้กลไกต่าง ๆ เช่น กลไกทางการเงิน และเข้ามาร่วมจัดบริการ
- ด้านบริหารจัดการ มีความคล่องตัวในการดำเนินงาน และบริหารจัดการ
- ผู้ให้บริการ ควรเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรสาขาอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครการศึกษานอกโรงเรียน เป็นต้น

หากพิจารณาความหมายของระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นผลลัพธ์ของการบริการ และบทบาทของการบริการจะพบว่า เป็นการให้ความหมายที่ให้ คุณค่าของระบบบริการที่ดี รวมไปถึงส่วนในประเทศไทยบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่หมายถึงสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบัน

ครอบคลุมพื้นที่ตำบลครบแล้ว แต่จากการศึกษาของ บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ (2539) พบว่า การจัดบริการสาธารณสุขของสถานอนามัยเป็นไปในลักษณะเดียวกันและมีกิจกรรมที่ให้บริการเหมือนกัน ไม่สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ไม่ตอบสนองต่อความต้องการสภาพการของประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากมุ่งไปที่การดำเนินงานตามกิจกรรมที่ราชการกำหนดมากกว่ามุ่งไปที่ผลลัพธ์ของ

การบริการ แนวทางการบริหารก็มาจากส่วนกลางเป็นผู้กำหนดและเป็นรูปแบบเดียวกันเหมือนกันทั้งประเทศ การที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บริการปฐมภูมิมีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย แต่น้ำหนักของบทบาทที่เน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน โดยมีได้กล่าวถึงคุณลักษณะของการดูแลที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ

มิได้เน้นบริการที่ดูแลประชาชนต่อเนื่อง ลักษณะของแนวคิดดังกล่าวในประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณค่า หรือศักดิ์ศรีของบริการระดับปฐมภูมิไม่เด่นชัด และด้อยกว่าบริการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์สูง

อีกคำหนึ่ง ที่มีความหมายคล้ายคลึงและเกี่ยวข้องกับบริการระดับปฐมภูมิ คือ คำว่า **สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care, PHC)** คำประกาศขององค์การอนามัยโลก ที่กรุงอัลมา อัลตา การสาธารณสุขมูลฐาน คือ การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคน และทุกครอบครัว โดยการยอมรับและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศชาติจะรับได้ นอกจากนั้นการสาธารณสุขมูลฐานยังก่อให้เกิด การผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง (อ้างถึงในไพจิตร, ปะบุตร, 2537) มีกลยุทธ์หลัก 4 ประการ คือ โดยมีปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐานที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้คือการส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชนระดับรากหญ้าอย่างทั่วถึง เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนดังนี้ คือ

- 1) จัดบริการในรูปแบบการผสมผสานระหว่างการพัฒนาด้านสุขภาพ และการพัฒนาด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดบริการโดยประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
- 3) ให้ชุมชนมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการตัดสินใจและทรัพยากรในการพัฒนารวมถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา
- 4) มุ่งพัฒนาให้บุคคลและครอบครัว มีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, 2530)

องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกทั่วโลก ได้ตกลงที่จะสนับสนุนกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2000 (Mach, Abel-Smith, 1983) ประเทศไทยได้นำเอาแนวคิดและปรัชญาของการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ใน พ.ศ. 2523 และทำสัญญาองค์การอนามัยโลกในการสนับสนุนกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 สำหรับคนไทยทุกคนจากการประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของไทย พบว่า กลยุทธ์ทั้ง 4 ประการ ของงานสาธารณสุขมูลฐาน ถูกบดบังด้วยกระบวนทัศน์ของการสาธารณสุขแบบเดิม ที่มองสุขภาพในมุมแคบเพียงเรื่องของโรคและความเจ็บป่วย การตีความหมายและความเข้าใจต่อนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าจึงอยู่ในมุมมองเดิมที่ว่า การมีสุขภาพดีหมายถึงการไม่มีโรคหรือไม่เจ็บป่วย ทำให้แนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐานที่นำมาใช้จึงเน้นไปการรักษาเพื่อซ่อมสุขภาพ

ไม่ใช่การสร้างสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ การใช้ประชาชนมาร่วมให้บริการในรูปแบบต่าง ๆ ในลักษณะของการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การจัดชุดกิจกรรมบริการ 14 ประการและการจัดตั้งกองทุนต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ไม่ได้คำนึงถึงเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ต่อประชาชนมากนัก การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขนั้น ยังมีจุดอ่อนที่ไม่สามารถกระตุ้นได้ ส่วนการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Basic health service) ของหน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นบริการด่านแรก อันได้แก่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ก็ยังมีปัญหาในการจัดบริการที่ต้องสอดคล้องและสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน การทำงานของเจ้าหน้าที่โดยการพึ่งพาอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยทำงาน ทำให้เจ้าหน้าที่เริ่มห่างเหินชาวบ้านและชุมชนมากขึ้น เนื่องจากไม่ได้ไปปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนอย่างแท้จริง ทางด้านกลยุทธ์ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เป็นการประสานเชิงนโยบายระดับกระทรวงซึ่งยากที่จะเห็นผลในเชิงปฏิบัติ เพราะทุกคนมองสุขภาพเป็นเรื่องของการรักษา จึงเป็นธรรมดาที่ทุกฝ่ายจะมองปัญหาสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข สุดท้ายเมื่อเรามองในเรื่องการอบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ทำงานได้ภายใต้เทคโนโลยีที่เหมาะสมก็เป็นการมุ่งพัฒนาและพิจารณาเทคโนโลยีเพื่อการรักษา การดำเนินการเหล่านี้อาจจะประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อบางอย่าง แต่ไม่อาจเอาชนะหรือป้องกันโรคไม่ติดต่อทั้งหลายได้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544)

ในยุคของการปฏิรูปด้านสุขภาพในช่วงแผนในช่วงแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่มีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ถ้วนหน้า เริ่มมีการทบทวนแนวคิดที่เป็นปรัชญาของการสาธารณสุขมูลฐานใหม่ โดยเน้นการพัฒนาที่ใช้คนเป็นศูนย์กลางโดยใช้แนวทางประชาสังคมทำให้มีคำถามว่าถ้าการดำเนินการตามแนวทางประชาสังคม ที่มีการขยายผลโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เชื่อว่าอำนาจและความชอบธรรมของระบบราชการสามารถจัดตั้งโครงสร้างอำนาจใหม่ ความสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของชุมชนและประชาชนจะเกิดขึ้นได้อย่างไร

การจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2538)

1. การจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิในประเทศพัฒนาแล้ว

พัฒนาการของระบบบริการระดับปฐมภูมิ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว หมายถึงระบบบริการบริการขั้นต้นหรือ ระบบบริการเวชปฏิบัติซึ่งส่วนใหญ่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสาขาเฉพาะทางอย่างอื่น แต่ในบางประเทศก็มีแพทย์สาขาอื่นหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้วจะเน้นการให้บริการพื้นฐานที่สำคัญทุกด้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ก่อนส่งต่อไปรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ลักษณะการกระจายและคุณภาพของระบบบริการขั้นต้นนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการเข้าถึงบริการของประชาชน ความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รูปแบบและระดับการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิใน

แต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นกับการวางสมดุลและน้ำหนักระหว่าง “เสรีในการเลือกของประชาชน (Freedom of choice) “กับ” ความรับผิดชอบของประชาชน

แนวคิดเรื่องการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการสุขภาพ

แบ่งเป็นสองรูปแบบ คือ

1) รูปแบบที่ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนรับบริการกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงคนเดียวในระยะเวลาหนึ่ง ๆ จะไปใช้บริการขั้นต้นกับแพทย์คนอื่นไม่ได้ หากไม่พอใจแพทย์ประจำตัวสามารถเปลี่ยนได้ในเวลาต่อมา เช่น อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ ส่วนประเทศสวีเดน แพทย์จะดูแลประชาชนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบตามเขตภูมิศาสตร์หรือเขตปกครอง ประชาชนต้องไปรับบริการตามขั้นตอน

2) ประชาชนสามารถไปใช้บริการกับแพทย์เฉพาะทางโดยตรงหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคนใดก็ได้ เป็นการให้เสรีภาพแก่ประชาชนเต็มที่ ตัวอย่างเช่น ประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ เป็นต้น

ความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพ และการใช้บริการที่เหมาะสมในแต่ละประเทศ ได้แก่ รูปแบบที่รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยให้เงินสนับสนุนไม่ว่าบริการสุขภาพนั้นจัดโดยภาคเอกชนหรือรัฐก็ตาม ประชาชนจะร่วมจ่ายบ้างเล็กน้อยเป็นค่ายา เช่น ในประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น ประชาชนต้องร่วมจ่ายค่ายาขั้นต่ำจำนวนหนึ่ง แต่หากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังรัฐจะช่วยจ่ายเพื่อไม่ให้เป็นผู้ประสบเหตุต่อ ต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล ในสวีเดนประชาชนที่มาใช้บริการทุกครั้งต้องร่วมจ่ายเป็น ค่าคงที่ค่าหนึ่ง ในแคนาดาประชาชนต้องจ่ายค่ายาเองแต่ค่าบริการไม่ได้จ่าย อีกรูปแบบหนึ่งคือประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในรูปของการซื้อประกันสุขภาพ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา

ลักษณะการจัดบริการขั้นต้น ทั้งในอังกฤษ เนเธอร์แลนด์ แคนาดา อเมริกา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ หน่วยบริการขั้นต้นเป็นหน่วยบริการเอกชนที่มีการบริหารงานเป็นเอกเทศจากรัฐ แต่ทำสัญญาตกลงกับรัฐหรือบริษัทประกันสุขภาพในการให้บริการสุขภาพพื้นฐาน ซึ่งมีขอบเขตการให้บริการแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ มีการเชื่อมโยงผสมผสานงานของหน่วยบริการ ขั้นต้นกับโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่จะเชื่อมโยงกันในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยเป็นหลัก มีการประสานวิชาการกันบ้าง ยกเว้นในแคนาดาที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไปทำงานที่โรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการหรือดูแลผู้ป่วยเป็นบางเวลา

ผลลัพธ์จากการจัดบริการขั้นต้น มีผลต่อคุณภาพการบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งมีการประเมินคุณภาพการบริการโดยเปรียบเทียบกับแนวทฤษฎี ประเมินเอกสาร ความคิดเห็นของนักวิจัย ผู้ให้บริการและนักวางแผน โดยพิจารณาในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

1) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีการจัดวางแผนให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการได้ในลักษณะปกติเหมือนกัน ไม่มีการจ่ายเงินค่าบริการจากผู้ให้บริการโดยตรงหรือมีในจำนวนจำกัด

2) ความบูรณาการของงาน (Integration) พิจารณาจากสถานบริการขั้นต้นสามารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ได้ โดยไม่ต้องส่งต่อไปรับบริการที่ระดับอื่น และมีบริการหลายด้านโดยบุคลากรสาขาต่าง ๆ ซึ่งผลลัพธ์บริการด้านนี้จะพบใน ประเทศ เนเธอร์แลนด์ สวีเดน แคนาดาและอเมริกา ในขณะที่ประเทศอังกฤษการบูรณาการของงาน จะขึ้นอยู่กับพื้นที่และผู้ให้บริการ

3) ความต่อเนื่องของการบริการ (Continuous) พิจารณาจากการมีโครงการที่ดำเนินการเชิงรุกและมีมาตรการให้เข้าถึงการบริการในปัจจุบัน พบว่าประเทศในกลุ่มยุโรปจะสามารถจัดบริการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กได้ครอบคลุมต่อเนื่อง แต่ในกลุ่ม ผู้ใหญ่ปรากฏว่าอเมริกาและแคนาดา มีการจัดบริการและดำเนินการได้กว้างไกลกว่าประเทศทางยุโรป

4) การเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล พิจารณาจากความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระหว่างการให้บริการของโรงพยาบาล และสถานบริการปฐมภูมิ การจัดองค์กรบริการทั้งสองส่วนนี้ ในอังกฤษ สวีเดนนั้น แยกจากกันถึงแม้จะสร้างระบบสื่อสารถึงกัน แต่ก็ไม่สามารถดำเนินการได้มากเท่า ที่ควร แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลจึงไม่ค่อยสนใจในการพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ สถานบริการปฐมภูมิและบริการเวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่ได้รับการบูรณาการเข้ากับโรงพยาบาล แต่ในประเทศแคนาดาการบริการทั้งสองส่วนนี้มีการเชื่อมโยงกันและในสหรัฐอเมริกาในเครือข่าย Group Model HMO (Health Maintenance Organization) โรงพยาบาล และสถานบริการขั้นต้น อยู่ในเครือข่ายเดียวกัน

2. การจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิในประเทศกำลังพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะในเอเชีย ส่วนใหญ่มี การรักษายาแบบพื้นบ้านเป็นพื้นฐานเดิม มีหมอพื้นบ้านที่อยู่ในชุมชนใกล้ชิดประชาชนเป็นผู้ดูแล ก่อนที่จะมีบริการทางการแพทย์แบบตะวันตก ต่อมามีการพัฒนาระบบบริการทาง การแพทย์และ สาธารณสุขแบบตะวันตก แบบแผนการบริการด้านสุขภาพจึงมีการปรับเปลี่ยนไปตามอิทธิพลของ ประเทศตะวันตก เช่น ระบบบริการระดับปฐมภูมิของมาเลเซียและสิงคโปร์ จะมีหลักการพื้นฐาน คล้ายอังกฤษ ส่วนเกาหลีใต้ ไต้หวันและไทย จะได้รับอิทธิพลความคิดมาจากสหรัฐอเมริกา ซึ่ง การพัฒนาระบบบริการขั้นต้นในประเทศกำลังพัฒนานี้ใช้เวลาที่สั้นกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก เช่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวันเริ่มให้ความสำคัญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบริการปฐมภูมิ ในช่วงระยะ 10 ปีหลัง ในขณะที่แต่เดิมพัฒนาไปในแนวทางการแยกสาขาเฉพาะทางอย่างมาก ทั้งนี้ระดับการพัฒนาของหน่วยบริการขึ้นกับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ นั้น ๆ รวมทั้งจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีด้วย

ระบบการปฐมภูมิในประเทศกำลังพัฒนา มีรูปแบบดำเนินการแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

1) การดำเนินการโดยรัฐภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น มาเลเซียและ สาธารณรัฐเกาหลี โดยลักษณะของหน่วยบริการขั้นต้นมีลักษณะที่แตกต่างกัน ในมาเลเซียหน่วย บริการในชนบทส่วนใหญ่เป็นสถานอนามัย มีขอบเขตการให้บริการรักษาโรคทั่วไป และโรคเรื้อรัง โดยแพทย์และผู้ช่วยแพทย์ มีการตรวจชันสูตรโรคพื้นฐาน การบริการอนามัยแม่และเด็ก งาน

สุขภาพและป้องกันโรค ไม่มีบริการฟื้นฟูสุขภาพที่ชัดเจนและไม่มีบริการด้านสังคมสงเคราะห์ ส่วนในสาธารณรัฐเกาหลีมีสถานบริการของรัฐในระดับต่าง ๆ ได้แก่ Health center, Health sub-center และ Primary care health post ที่ทำหน้าที่เป็น ผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข โดย รัฐจะกำหนดนโยบายให้ประชาชนต้องรับบริการที่สถานระดับปฐมภูมิก่อน หากได้รับการส่งต่อจึงจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้

2) รูปแบบที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เช่น ประเทศสิงคโปร์และไต้หวัน ในประเทศสิงคโปร์ สภาพทั่วไปจะเป็นเมืองทั้งหมด บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการผ่านเครือข่ายของคลินิกเอกชน ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ให้บริการครอบคลุมทั้ง การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพรวมทั้งการดูแลที่บ้านด้วย สถานพยาบาลขั้นต้นจะทำหน้าที่เป็นเหมือนผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับหนึ่ง กล่าวคือ ประชาชนควรไปใช้บริการที่หน่วยบริการขั้นต้นก่อนแต่ไม่ได้บังคับมิให้ไปใช้บริการที่ระดับเหนือไปหรือบริการเฉพาะทางโดยตรง แต่ประชาชนที่ไปใช้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วยตนเอง ส่วนในไต้หวัน หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นคลินิกเอกชน ประมาณร้อยละ 96 มีบริการที่เป็นสถานอนามัยของรัฐบ้าง มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ

ผลลัพธ์ของการบริการปฐมภูมิในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ สามารถจัดบริการได้อย่างครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายด้วยความเสมอภาค มีการบูรณาการของงานในบริการขั้นต้นหลายด้านที่ครบถ้วนโดยเน้นการป้องกันในวัยเด็ก เมื่อพิจารณาความต่อเนื่องของบริการจะแตกต่างกันไปขึ้นกับพื้นที่และผู้ให้บริการ ส่วนในไต้หวันนั้น สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมแต่การเข้าถึงการบริการของประชาชน การบูรณาการของงาน ยังเป็นสถานการณ์ผสมขึ้นอยู่กับพื้นที่และผู้ให้บริการและไม่มีผลลัพธ์ของความต่อเนื่องของบริการต่อผู้รับบริการโดยทั่วไป

บทเรียนจากการจัดระบบบริการปฐมภูมิในประเทศต่าง ๆ นั้น ต่างมีทั้งข้อดีและจุดอ่อน ทั้งนี้ขึ้นกับพื้นฐานการพัฒนาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองและโครงสร้างการบริการสาธารณสุขของประเทศนั้น ๆ จุดเด่นที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทย (ปริดา แด่ อารักษ์ และคณะ, 2544) คือการใช้คลินิกแพทย์เอกชนร่วมเป็นผู้จัดการระดับปฐมภูมิ ใช้กลไกทางการเงินในการกำหนดมาตรฐานการบริการและองค์กรอิสระในการควบคุมคุณภาพการบริการ มีการแยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดการออกจากกันชัดเจน มีการขึ้นทะเบียน มีผู้ให้บริการหลัก คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และมีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว บทเรียนเหล่านี้มีความสำคัญถือเป็นส่วนหนึ่งในการนำมาพัฒนาและจัดการทาง การแพทย์และสาธารณสุขไทยในระดับปฐมภูมิ ให้ไปในทิศทางที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและ มีความสอดคล้องกับสังคมไทย

การดำเนินงานนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

ในอดีต ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอยู่หลายระบบ ระบบที่สำคัญได้แก่ สวัสดิการสำหรับผู้ที่มี

รายได้น้อยและผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ทั้งที่
ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและประกันสุขภาพภาคเอกชน แต่ละระบบมีวิธีการ
ด้านการคลัง การชำระค่าใช้จ่ายแก่สถานบริการและผู้ให้บริการ แหล่งการให้บริการและ
สิทธิประโยชน์ต่างกันไป ความแตกต่างดังกล่าว ส่งผลต่อระบบสุขภาพในด้าน
ประสิทธิภาพและความเสมอภาคในด้านหลักประกันสุขภาพ และการให้บริการสุขภาพ
ที่มีคุณภาพ (จิรุตน์ ศรีรัตนบัลลังก์, 2543) ส่วนประชาชนจำนวนหนึ่งที่ยังไม่มีสิทธิด้าน
การรักษายาบาลใดๆเลย ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสถานะทางสังคมในระดับล่างคน
กลุ่มนี้ เมื่อมารับบริการอาจได้รับการลดหย่อนหรือยกเว้นค่ารักษายาบาล ถ้ามีปัญหา
ทางการเงินไม่สามารถชำระค่ารักษายาบาลได้ วึ่งเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า กลุ่มสวัสดิการ
รักษายาบาลประเภทขอฟรี (สปร.ขอฟรี) ทำให้โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใน
การรักษายาบาลคนกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก โดยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน
นอกจากนี้ ในทัศนะของผู้รับบริการขอฟรี มีไม่น้อยที่รู้สึกต่ำต้อยหรืออายที่ต้องขอฟรี
(ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์และคณะ, 2543)

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นหนึ่งในอุดมการณ์ของการปฏิรูประบบ
สุขภาพ เพื่อรับรองสิทธิของประชาชนให้สอดคล้องตามรัฐธรรมนูญ ประเทศไทยได้
พยายามผลักดันหลักการของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นจริง แต่เนื่องจากอุปสรรค
หลายประการ ทั้งทางด้านการให้ความสำคัญเมื่อเทียบกับนโยบายอื่นๆ หรือ
ขีดจำกัดทางด้านงบประมาณ ทำให้รูปธรรมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ
ประชาชนไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ท่ามกลางกระแสเรียกร้องให้มีการขยาย
หลักประกันสุขภาพแก่คนไทยเพิ่มมากขึ้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็น
สิ่งที่นักวิชาการถกเถียงกันว่ามีความเหมาะสมกับประเทศไทยเพียงใด มีการศึกษาเพื่อ
ประมาณ การค่าใช้จ่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสอบถามความเห็นผู้เชี่ยวชาญว่า
มีความสำคัญเร่งด่วนเพียงใด รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นหลากหลายของระบบ
บริการสาธารณสุขในประเทศไทย มีการสังเคราะห์บทเรียนจากต่างประเทศจำนวน 10
ประเทศทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ซึ่งประสบการณ์ของทั้ง 10 ประเทศ
ชี้ให้เห็นว่า ประเทศที่สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ล้วนใช้ระบบประกันที่เป็นแบบ
ภาคบังคับ การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ ในช่วงหนึ่งศตวรรษที่
ผ่านมามุ่งเน้นวัตถุประสงค์ 2 อย่างคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการ
ควบคุมค่าใช้จ่าย ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป ประสบการณ์ชี้
ว่าการผ่านกฎหมายประกันสุขภาพไม่ได้เป็นหลักของการมีหลักประกันสุขภาพ การ
ผลักดันในขั้นตอนการปฏิรูปมีความสำคัญต่อการบรรลุผล ปัจจัยเชิงกระบวนการหลาย
ประการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความสำเร็จ(เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์) จากการศึกษา
เหล่านี้เกิดเป็น ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งคณะทำงานพัฒนานโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขดำเนินการมา ได้ออกแบบ
รายละเอียดของการสร้างประกันสุขภาพตั้งแต่เดือน กันยายน 2543- มีนาคม 2544

(คณะกรรมการพัฒนาโยบายหลักประกันสุขภาพ, 2544) เมื่อมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเข้ามา การดำเนินงานถูกเร่งรัดมากขึ้น ดังที่ ดร.อัมมาร สยามวาลา ประธานคณะกรรมการได้กล่าวถึงสถานการณ์ช่วงนี้ว่า “ในช่วงนี้คณะกรรมการคาดว่าจะต้องเป็นผู้ผลักดันข้อเสนอนี้แก่สาธารณชน แต่เมื่อนโยบาย 30 บาทมาถึงรัฐบาลใหม่ สถานการณ์ได้เปลี่ยนไปเป็นคณะกรรมการเป็นผู้ถูกผลักดันแทน (อ้างถึงในสุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544) ข้อเสนอได้เข้าประหลักระกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล ในวันที่ 17 มีนาคม 2544 ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข (2544) ซึ่งได้สรุปลักษณะระบบประกันสุขภาพที่พึงประสงค์ (Ultimate scenario) ดังนี้คือ

1. ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal coverage) ประชาชน ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเท่าเทียมกัน เพราะเป็น ”สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน
2. ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core package) ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (Cost effectiveness) โดยใช้สิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเพิ่มเติมด้วยบริการบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 3.1 สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยประชาชนจะต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงานแห่งใดแห่งหนึ่ง ประชาชนที่ไม่ใช้บริการตามขั้นตอนจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง
 - 3.2 ให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ที่ทำงานเป็นผู้รับสัญญาหลัก (Main contractor) ในการจัดบริการสุขภาพ
 - 3.3 สนับสนุนให้สถานพยาบาลปฐมภูมิและสถานพยาบาลระดับอื่นร่วมกันให้บริการในลักษณะเครือข่าย (Provide)

สถานการณ์ของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2542) ได้สรุปสถานการณ์ของระบบบริการระดับปฐมภูมิในอดีตของไทยพบว่า สถานบริการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้บริการในระดับ ปฐมภูมิ ในพื้นที่ชนบทได้แก่ สถานีอนามัย ส่วนในพื้นที่เขตเมือง ได้แก่ โรงพยาบาล และสถานพยาบาลในสังกัดต่าง ๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะได้จัดแบ่ง บทบาทของงานบริการในสถานพยาบาลแต่ละระดับ และได้จัดวางให้สถานีอนามัยทำหน้าที่เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีหน้าที่ดูแลประชากรทุกด้านในเขตรับผิดชอบอย่างชัดเจน แต่ขณะเดียวกันโรงพยาบาลเอง ก็

สามารถให้บริการเหมือนสถานบริการด้านแรกได้เช่นกัน จึงทำให้เกิดการซ้ำซ้อน การบริการ ผู้
มารับบริการที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องมีการส่งต่อจากสถานอื่นมาด้วยเหตุที่
ประชาชนเองเป็นผู้จ่ายค่าบริการเองเป็นส่วนใหญ่ จึงพอใจจะไปใช้บริการที่ใดก็ได้ ฉะนั้นจึงดู
เหมือนว่าไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลระดับใดก็ตามก็ให้บริการขั้นพื้นฐานไปด้วย แต่วิธีการดูแล
จะแยกเป็นส่วน ๆ ตามลักษณะบริการของโรงพยาบาลนั้น ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ /
โรงพยาบาลทั่วไป จะมีฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนเป็นความ
รับผิดชอบของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพป้องกันโรค ส่วนในสถานใหญ่เป็นประเภท
แสวงหาผลกำไร ในระยะช่วงที่ผ่านมาจะพบว่าสถานพยาบาลของภาคเอกชน มีการขยายตัวสูง
กว่าภาครัฐมากโดยเฉพาะคลินิกเอกชนมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นช่วงวิกฤตเศรษฐกิจใน
พ.ศ. 2540

คุณภาพการให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบ โดยพบว่า การบริการ
ส่วนใหญ่จะเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มักเป็นการให้บริการเป็นครั้ง ๆ หรือเป็นบริการแบบ
เฉพาะหน้ามากกว่าการจัดระบบเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การดูแลทั้งครอบครัว หรือดูแล
ทั้งชุมชนยังดำเนินการน้อย ปัญหาด้านข้อจำกัดและขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่รวมถึง
การขาดเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาต่าง ๆ ที่ให้บริการในสถานอนามัย ทำให้ประชาชนขาดความ
เชื่อมั่นในการใช้บริการ จึงข้ามขั้นตอนไปใช้บริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลทำให้เกิดความแออัดของ
สถานพยาบาลระดับสูง การมีภาระงานมากขึ้นทำให้ไม่สามารถให้บริการตามคุณลักษณะของ
ระบบบริการปฐมภูมิที่ควรจะเป็นได้ ประกอบกับปริมาณแพทย์ในโรงพยาบาลมีอัตราการเพิ่มน้อย
มาก ในขณะที่อัตราการไหลเวียนสูง ทำให้ไม่สามารถพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพ
ย่อมส่งผลกระทบต่อบริการระดับปฐมภูมิในชนบทให้แย่ลง เพราะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน
นับว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งต่อการพัฒนาบริการที่สถานอนามัย และพัฒนาระบบบริการ
ส่งต่อ ของการบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ชนบททั้งหมด

ในระยะที่ผ่านมาพบว่าประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการหรือผู้บริโภคสาธารณสุขระดับ
ปฐมภูมิ มีพฤติกรรมในการแสวงหาบริการด้านสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป และ แสวงหาบริการที่
มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการคมนาคมที่ดีขึ้น ประชาชนมีความรู้และเศรษฐกิจดีขึ้น จากที่
เคยพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพโดย การซื้อยารับประทานเอง การรักษาพื้นบ้าน
การปล่อยให้หายเอง หรือรักษาในสถานอนามัยใกล้บ้าน เหล่านี้มีแนวโน้มลดลงอย่างมาก
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีภาวะพึ่งพิงแพทย์บริการสาธารณสุข
เพิ่มขึ้น อันเป็นผลให้รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเพิ่มขึ้นด้วย ในส่วนของผู้ให้บริการจะพบว่า
การบริการระดับปฐมภูมิในสถานอนามัยส่วนใหญ่ จะเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือพยาบาลที่
ผ่านการฝึกอบรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขมาเพียง 2 ปี และมีจำนวนบุคลากรค่อนข้าง
น้อย ทำให้ประชาชนนิยมที่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่าเนื่องจากมีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ
สำหรับในประเทศไทยแพทย์เวชปฏิบัติที่ให้บริการพื้นฐานเหล่านี้เป็นเพียงแพทย์ทั่วไปที่ยังไม่ผ่าน
ระบบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางเหมือนในต่างประเทศ ทำให้
ถูกมองว่ามีศักดิ์ศรีและคุณค่าน้อย ระบบการพัฒนาการศึกษาและวิชาการที่เกี่ยวข้องยังไม่

เข้มแข็งมาก จึงทำให้ระบบบริการระดับปฐมภูมิถูกมองละเลยไปทั้งในสายตาของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและประชาชน

สุพัทธา ศรีวณิชชากร (2539) ได้สรุปปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาบริการปฐมภูมิหรือ บริการด่านแรก ดังนี้ คือ

- 1) ความไม่ชัดเจนในเชิงแนวคิดกลวิธี ที่ผ่านมานั้นแต่การรักษาพยาบาลเป็นพื้นฐาน ใน ลักษณะตั้งรับมากกว่าการให้บริการผสมผสานเชิงสังคม ไม่ชัดเจนในการสร้างระบบที่ต่อเนื่อง และ เชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน
- 2) วิธีการทำงานเป็นลักษณะทำกิจกรรมเป็นงาน ๆ เน้นที่การรายงานมากกว่าการบริการ ที่ผสมผสานโดยใช้ประชาชนเป้าหมายเป็นตัวตั้งการบริการ
- 3) การเชื่อมโยงระหว่างบริการเฉพาะทางกับบริการพื้นฐาน ทั้งในด้านการพัฒนาความรู้ และการพัฒนาระบบส่งต่ออย่างไม่มีประสิทธิภาพมากพอ ทำให้ประชาชนขาดความมั่นใจในการ ใช้ บริการที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
- 4) ในพื้นที่เขตเมืองขาดการพัฒนาโครงสร้างที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและขาดบุคลากรที่ ให้บริการแบบผสมผสาน และระบบบริการในโรงพยาบาลก็ไม่เอื้อต่อการให้บริการแบบ ผสมผสานที่มีคุณภาพในขณะที่ปัญหาหลักในการพัฒนาบริการในพื้นที่ชนบท คือ คุณภาพ และความสามารถของบุคลากรในการให้บริการที่สถานพยาบาลด่านแรก
- 5) ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา เนื่องจากการมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อยทั้งใน ระดับบริหารและปฏิบัติ และหน่วยบริการในพื้นที่มีการเปลี่ยนนโยบายและวิธีการทำงานอยู่เสมอ ขาดแผนการพัฒนาและการติดตามผลการพัฒนาระบบบริการที่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหา หลักเชิงระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป ระบบบริการระดับปฐมภูมิ / หน่วยบริการระดับปฐมภูมิด้านแรก เป็นบริการ ที่เป็นหัวใจสำคัญและเป็นฐานในการพัฒนาบริการที่ซับซ้อนในระดับที่สูงขึ้น เป็นพื้นฐานในการ พัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยไม่ต้องลงทุนหรือใช้ทรัพยากร ที่มากเกินไปจนความจำเป็นสถานการณ์ที่ผ่านมาบางชี้ว่าระบบบริการในระดับปฐมภูมิของไทยมีความ อ่อนแอมาก แม้รัฐบาลไทย จะได้ลงทุนในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข อย่างมากในรอบ 20 ปี ที่ผ่านมา แต่ยังไม่สามารถรองรับการแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้ ในลักษณะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสังคม ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการเปลี่ยน แนวคิดแบบแผนเป็นระบบต่อเนื่องและเชื่อมโยงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในทุกกระดับ และ กระจายอำนาจสู่ประชาชนให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

ประสบการณ์การพัฒนารูปแบบใหม่ของการจัดบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

จากการที่นักวิชาการและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องได้วิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ กับระบบบริการระดับปฐมภูมิ/ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป จึงเกิดแนวคิดสนับสนุนให้มีการพัฒนา

รูปแบบการดำเนินงานการบริการปฐมภูมิทั้งในเมือง และชนบท ด้วยวิธีคิดใหม่ที่มองงานบริการปฐมภูมิให้เป็นแนวคิดแบบองค์รวมมากกว่าการคัดกรอง มีการพัฒนาทีมงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการวิจัยประเมินผลควบคู่กับการพัฒนาตลอดจนมีระบบจูงใจให้เกิดการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง ซึ่งโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (2542ก, 2542ข) ได้รายงานผลการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สรุปได้ดังนี้ คือ

รูปแบบและกระบวนการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิในเมือง

การพัฒนาแบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองแนวใหม่ ได้แนวคิดของการสร้างรูปแบบบริการเวชปฏิบัติครอบคลุมไว้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาจากโครงการอยุธยาที่เป็นโครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการมาก่อนแล้ว จึงมีแนวทางในการพัฒนาพื้นที่อื่นเพิ่มเติมจากศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เช่นศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง นครราชสีมา แผนกผู้ป่วยนอกเวชปฏิบัติทั่วไป ร.พ. ขอนแก่น แผนกผู้ป่วยนอกเวชปฏิบัติทั่วไป ร.พ. สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ และ ศูนย์บริการ สาธารณสุขเทศบาลเมืองหาดใหญ่ สงขลา รูปแบบการดำเนินกิจกรรมจะมีความแตกต่างกันไปในแต่พื้นที่ขึ้นกับการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่นั้น ๆ และทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ แต่มีกิจกรรมที่ทุกพื้นที่ได้มาแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ วิจัยกันโดยนักวิชาการและปฏิบัติงานในพื้นที่ร่วมกันเป็นเครือข่ายที่ศึกษาซึ่งกันและกันไปพร้อมกัน การพัฒนาได้ดำเนินมาระยะหนึ่งซึ่งสามารถนำมาเปรียบเทียบแนวคิด รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานพัฒนาเพื่อสรุปมาเป็นบทเรียนในการพัฒนาแก่พื้นที่ต่าง ๆ ได้ดังนี้ คือ

กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แนวคิดในการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่นี้ คือ การพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนที่ตั้งอยู่ในชุมชนนอกโรงพยาบาล (เป็นสถานีอนามัยเขตเมือง) เป็นศูนย์ให้บริการเบ็ดเสร็จ ผสมผสาน มีทั้งบริการรักษาพยาบาล การบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยมุ่งหวังให้เกิดบริการที่ผสมผสานต่อเนื่อง บริการเป็นองค์รวม และประชาชนมีส่วนร่วม โดยมีการพัฒนาและวางแผนการจัดบริการให้มีลักษณะ (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และคณะ ,2538) ดังนี้

1) โครงสร้างตั้งอยู่ในชุมชน มีประชากรรับผิดชอบแน่นอน จำนวนไม่มากเกินไป (ประมาณ 5,000 คน)

2) ทีมงานสาธารณสุข การจัดทีมงานที่มีความสามารถหลากหลายด้าน (Polyvalent team) และมีลักษณะเอนกประสงค์ ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน และพยาบาล 3 คน ประจำแน่นอน (Permanent staff) แต่นอกเวลาราชการอาจมีแพทย์และพยาบาลจากที่อื่นหมุนเวียนเข้ามาบ้าง

3) บริการ มีการจัดกิจกรรมบริการทั้งในและนอกสถานที่ เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องถึงชุมชนและสอดคล้องกับเวลาสะดวกของประชาชน โดยในสำนักงานให้บริการในช่วงเช้าและเย็น ในวันจันทร์ – ศุกร์ ส่วนในวันเสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดราชการให้บริการเฉพาะช่วงเช้า ส่วนบริการนอกสำนักงาน ในช่วงบ่ายจะเป็นการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยที่

โรงพยาบาลทั่วไปโดยแพทย์ เพื่อติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษา หลักการในการจัดการให้บริการนั้น ได้เน้นกิจกรรมขั้นต่ำสุดที่สามารถให้บริการแบบองค์รวมได้

4)การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร ได้กำหนดแบบบันทึกสารสนเทศของการให้บริการแบบองค์รวม(วรินทร์ ศิริกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2538) เป็น 2 ระยะ

4.1 ในระยะกำลังป่วยหรือในระยะรับบริการ (Intra-episode record)

ประกอบด้วย Personal ticket (แทน OPD card) Operational card (บัตรผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง) Personal book (บัตรประจำตัวผู้ป่วย) Prescription form (ใบสั่งยา)

4.2 การบันทึกข้อมูลช่วงที่ไม่เจ็บป่วยหรือไม่อยู่ในระหว่างรับบริการ (Inter-episode record) ประกอบด้วย family file (แฟ้มอนามัยครอบครัว) Synthetic card (บัตรสรุปปัญหาสำคัญผู้ป่วย) เป็นต้น

5)ระบบการเงิน ยึดหลักการของการประกันสุขภาพ ใช้ลักษณะของการจ่ายค่าบริการราคาเดียว (Flat rate) ผู้ป่วยเสียเงินเท่ากันหมดทุกโรค แต่จะได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งหายหรือได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาโดยไม่ต้องเสียค่าบริการเพิ่ม

6) การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล มีสถานบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care)

รองรับ เมื่อเจ็บป่วยหนักคือโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยไม่ต้องเสียค่าบริการเพิ่ม และแพทย์จากศูนย์แพทย์ชุมชนต้องตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

7)การมีส่วนร่วมของประชาชน มีหลายวิธีคือ การสร้างบริการที่ดีให้เกิดความเชื่อมั่นของชุมชนแล้วจัดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญการจัดประชุมกลุ่มผู้แทนชุมชนเป็นประจำเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความเห็นในการจัดบริการของศูนย์

การประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ชุมชนเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา หลังดำเนินการได้ 3 ปีเศษ ได้มีการสรุปการดำเนินงานทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้ คือ

-คุณภาพการให้บริการ ประเมินจาก ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ความนิยมการใช้บริการของประชาชน โดยดูอัตราการมาใช้บริการต่อปีเปรียบเทียบ 3 ปี ย้อนหลัง ความต่อเนื่องของการใช้บริการ พิจารณาจากจำนวนครั้งที่มารับบริการ (Contact per episode) พบว่าประชาชนในเขตรับผิดชอบมาใช้บริการต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม จากการประเมินผลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพมีเหตุการณ์หลาย ๆ อย่างที่แสดงให้เห็นถึงการบริการแบบองค์รวมของศูนย์แพทย์ ที่ไม่ได้มุ่งการรักษาเพียงโรคที่เป็นการเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ใช้รูปแบบการประชุมประจำเดือนแลกเปลี่ยนความเห็น และมีการร่วมบริจาคเงินให้ศูนย์แพทย์เพื่อสนับสนุนทรัพยากร และการจัดตั้งกองทุนต่าง ๆ

-ความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการ (Accessibility) พบว่า มีประชาชนมาใช้บริการครอบคลุมทุกฐานะทางเศรษฐกิจ

-ความประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลักษณะการบริการแบบศูนย์แพทย์ได้เน้นคุณภาพเชิงสังคมเป็นหลัก ทำให้สามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและเข้าใจความจำเป็นของการใช้เทคโนโลยี (ยา การตรวจพิเศษ) ทำให้ประหยัดรายจ่ายส่วนนี้ได้ พบว่าค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนสำหรับค่ายามีความประหยัดกว่าค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ มีแนวโน้มการจ่ายเป็นค่ายาน้อยลงในแต่ละปี

กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา จุดเริ่มของการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครราชสีมา มาจากการริเริ่มของแพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบของสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพขึ้นในเขตเมือง ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ และจัดบริการเชิงรุกออกไปในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่บริการโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส ได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จะต้องไปรับการรักษากับผู้เชี่ยวชาญโดยไม่จำเป็น แนวคิดหลักของพัฒนาในพื้นที่เป็นรูปแบบเช่นเดียวกับที่อยุธยา แต่มีการเชื่อมต่อแนวคิดจากประสบการณ์เดิมที่เคยทำงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่มาก่อน เช่น การให้โอกาสอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทและการให้บุคลากรจากฝ่ายเวชกรรมสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและช่วยในการพัฒนา และเชื่อมต่อบริการด้วยกัน รวมทั้งพัฒนาระบบฐานข้อมูล แต่การพัฒนาเครื่องมือหรือระบบการบริหารจัดการรองรับการพัฒนาที่มีความต่างกันในระยะเอื้อยและความลึกซึ้งในการพัฒนา ที่ต่างกันชัดคือ จำนวนบุคลากรให้บริการที่มีจำนวนมากกว่า (มี 10 คน) มีการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิและสมาชิกในชุมชนเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ ในด้านการพัฒนาบุคลากรในศูนย์ให้สามารถปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานได้โดยการฝึกอบรมการนิเทศงานทางวิชาการ การศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งการจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน

จากการประเมินผลหลังจากการพัฒนาศูนย์แพทย์เป็นเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2537-2539) โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น เป็นเครื่องชี้วัดและจัดระบบข้อมูลข่าวสารเรียกว่า Urban Health Information System (UIS) (รุจิรา มังคละศิริ,) พบว่า

- 1)การเข้าถึงบริการ (accessibility) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการคือ สถานที่ตั้งของสถานบริการ สิทธิการรักษาพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
- 2) การยอมรับและความพึงพอใจในบริการของประชาชน (Acceptability) ประชาชนให้การยอมรับและมีความพอใจในการให้บริการของศูนย์แพทย์เนื่องจากสถานที่ตั้งใกล้บ้าน สะดวกในการมารับบริการ ไม่ต้องรอนาน และที่สำคัญคือมีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ แพทย์สนใจคำบอกเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล
- 3)ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) พบว่าผู้มารับบริการที่ต้องจ่ายเป็นเงินสดและไม่สามารถเบิกคินได้มีจำนวนเพียงร้อยละ 22-24 ของการจ่ายค่าบริการในศูนย์แพทย์ทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะดี รายได้ต่อเดือนเกิด 9,238 บาท ในขณะที่

ค่าเฉลี่ยของค่าบริการของศูนย์แพทย์ต่อการรับบริการ 1 ครั้ง มีราคาเพียง 90 บาท ส่วนผู้มารับบริการที่เหลือส่วนใหญ่มีหลักประกันด้านสุขภาพชนิดต่าง ๆ

4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) ศูนย์แพทย์ได้สร้างระบบเพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยง เช่น แม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค วัณโรค วัณโรค โดยมีการนัดและขึ้นทะเบียนเพื่อดูแลต่อเนื่อง มีสมุดคู่มือประจำตัวแก่ผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มต่าง ๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และติดตามทุกครั้งที่ขาดนัด มีอาสาสมัครในชุมชนช่วยดูแลและให้ข้อมูลข่าวสารมีระบบส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรับการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลต่อเนื่องมากกว่า ร้อยละ 90 และมีอัตราการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ร้อยละ 1.6

5) การดูแลแบบองค์รวมและประชาชนมีส่วนร่วม (Holistic care & Community involvement) ประเมินโดย Input Indicator และ Process Indicator ที่แสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการให้บริการแบบองค์รวม เช่น

5.1 มีการกำหนดพื้นที่บริการและจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ (Catchment area/ population)

5.2 การออกแบบสถานที่และจุดบริการเป็น One stop service และเอื้อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

5.3 มีทีมงานเล็กๆ ที่มีความสามารถหลายด้าน มีเจตคติที่ดีต่อการจัดบริการแบบองค์รวมและมี Psycho-social skills

5.4 มีการจัดมาตรฐานงานในการให้บริการผสมผสาน

5.5 มีระบบข้อมูลในการบริการที่เอื้อต่อการให้แพทย์และทีมงานได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เช่น Family folder

5.6 มีกิจกรรมที่เอื้อให้ทีมงานได้สัมผัสชุมชนอยู่เสมอ เช่น การเยี่ยมบ้าน

5.7 มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมตามศักยภาพ

จุดแข็งของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง คือ มีศักยภาพในการหาบุคลากรมาให้บริการทั้งที่เป็นแพทย์และพยาบาลได้ง่าย เพราะมีบุคลากรในพื้นที่มากและพื้นที่ไม่ทุรกันดาร การคงอยู่ในระบบทำได้ง่ายกว่าชนบท ทรัพยากรด้านงบประมาณมีมากกว่าทั้งในภาพรัฐและภาคประชาชน ซึ่งตรงกันข้ามกับชนบท สำหรับจุดอ่อนของบริการในเขตเมืองคือ ความไม่ลงตัวของระบบบริหารและการปกครองความไม่ชัดเจนของพื้นที่รับผิดชอบว่าเป็นเทศบาล โรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้การทำงานมีความล้าช้า ดำเนินการได้ไม่เต็มที่ ขาดการประสานงานให้บริการที่เป็นเอกภาพ ความซับซ้อนของโครงสร้างทางสังคม และการอยู่อาศัยของประชากรในพื้นที่เขตเมืองก็เป็นอีกประเด็น ที่ทำให้การวางแผนงานด้านสาธารณสุขมีความยาก เจ้าหน้าที่เข้าถึงประชากรได้ยากเนื่องจากปัญหาเชิงสังคมมีมาก การจะเข้าถึงประชาชนจะต้องเข้าถึงเป็นรายครอบครัว มากกว่ามุ่งหวังการรวมตัวเป็นชุมชนใหญ่ เพราะเครือข่ายความสัมพันธ์ไม่ใช่รูปแบบรวมกันเป็นชุมชนในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกัน ฉะนั้นการทำงาน

กับชุมชนในเขตเมืองจึงต้องอาศัยเทคนิควิธีการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสถานการณ์และพื้นที่ที่ดำเนินการ

รูปแบบและการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิในเขตชนบท

ได้มีการทดลองดำเนินการพัฒนาบริการที่สถานื่อนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการพัฒนาาระบบบริการระดับปฐมภูมิในเขตชนบท ในเขตพื้นที่อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยที่มีสมมติฐานขั้นต้นที่ว่าโครงสร้างบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทนั้นมีอยู่แล้ว คือสถานื่อนามัยและโรงพยาบาลชุมชน แต่มีปัญหา คือคุณภาพของงานและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็นยังมีปัญหา เพราะมีข้อจำกัดทั้งในด้านระบบการบริหารงาน และคุณภาพของบุคลากรที่ให้บริการ และทีมงานบริหารสาธารณสุขอำเภอ ดังนั้นจึงได้ดำเนินการพัฒนา ด้วยกลวิธีการฝึกพัฒนาบุคลากรที่อำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) และที่สถานื่อนามัยให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดงานบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ สามารถประเมินปัญหาของผู้รับบริการ และปัญหาของชุมชนมากขึ้น ด้วยวิธีการทำงานเป็นทีมที่ประสานทั้งสองส่วนจากโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ ในการวิเคราะห์ปัญหาของสถานื่อนามัยและสนับสนุนการดำเนินงาน พร้อมทั้งหาแนวทางที่ทีมอำเภอจะลงไปเฝ้าติดตามสถานื่อนามัย ด้วยแนวคิดการเข้าไปพัฒนาบุคลากรมากกว่าการเข้าไปจับผิด เข้าไปแก้ปัญหทั้งในด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การบริหารจัดการ และ ความสามารถในการรักษาพยาบาล (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542ก) กระบวนการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ 2 แห่งนี้ ใช้หลักการใหญ่ คือ การกระตุ้นและเริ่มที่การปรับทัศนคติในการมองปัญหาของเจ้าหน้าที่ก่อน แล้วจึงสอนเนื้อหาต่อ ใช้วิธีการใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem based) ในการเรียนรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม เป็นการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการฝึกอบรมนั้นได้มีการปรับและพัฒนาตลอดเวลา จากประสบการณ์การดำเนินงานในพื้นที่ทั้งสองแห่ง โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2542ข) ได้ข้อสรุปที่เป็นบทเรียนต่อการพัฒนางานบริการระดับปฐมภูมิในเขตชนบท คือ

- 1) ศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่เป็นผู้มีบทบาทหลักในการให้บริการระดับปฐมภูมิ จะต้องได้รับการปรับฐานความรู้และวิธีคิดอย่างเป็นระบบที่มากพอ กล่าวคือ ต้องมีการปรับวิธีคิดการทำงานที่มองสุขภาพของประชาชน เป็นเป้าหมายของผลลัพธ์งานมากกว่าการใช้กิจกรรมเป็นตัวตั้ง ต้องสามารถประเมินสถานการณ์สุขภาพในชุมชน และความต้องการของประชาชนได้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น มีความสามารถในการให้บริการอย่างผสมผสานมากขึ้น รวมทั้งทักษะในการบริหารจัดการ ซึ่งเจ้าหน้าที่จะต้องได้รับการอบรมและพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- 2) ศักยภาพของทีมสาธารณสุขระดับอำเภอ ต้องได้รับการพัฒนาร่วมกับทีมระดับจังหวัดให้เป็นกลุ่มแกน ให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบ และวางแผนแก้ไขปัญหาระบบบริการอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนและพัฒนาทีมงานในระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง

- 3) ทีมงานในระบบโรงพยาบาลชุมชน ควรได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ การทำงานแบบผสมผสาน ในลักษณะเดียวกับสถานอนามัยก่อนที่จะไปนิเทศ สถานีอนามัยได้
 - 4) ระบบการบริหารงานระดับจังหวัดและอำเภอ จะต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กันไปกับกระบวนการพัฒนาบุคลากร มิเช่นนั้นเจ้าหน้าที่จะไม่สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ ไปดำเนินการต่อจนเกิดทักษะการทำงานที่มีประสิทธิภาพขึ้นได้
 - 5) กระบวนการพัฒนางานระดับปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทภายใต้ระบบปกติ เป็นกระบวนการที่ดำเนินการได้ยากลำบากและไม่ยั่งยืน เพราะมีภาระงานตามปกติมาก ซึ่งเข้ามารบกวนการพัฒนางานของเจ้าหน้าที่อย่างมาก
 - 6) การหมุนเวียนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่เปลี่ยนบ่อยมาก ส่งผลกระทบให้การพัฒนางานในโรงพยาบาลชุมชน และการพัฒนางานสาธารณสุขระดับอำเภอขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถก้าวหน้าไปได้มากนัก ฉะนั้นการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในชนบทต้องการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทในช่วงเวลายาวนานขึ้น
 - 7) การสร้างทีมงานบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอที่เป็นเอกภาพ หรือประสานกัน ได้ดีระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนางานที่สถานีอนามัย การสนับสนุนด้านวิชาการและการบริหารงานควรเป็นไปในทิศทางที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งยังต้องหาแนวทางการสร้างหน่วยงานในลักษณะนี้ขึ้น
- อย่างไรก็ตามการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตชนบท พบว่ามีการพัฒนาบริการได้ระดับหนึ่งแต่มีข้อจำกัดในการแสดงผลงานให้เห็นความสำเร็จ เพราะเป็นการดำเนินการภายใต้ระบบเดิม ไม่สามารถตัดทอนบริการเดิมที่ไม่จำเป็นได้ อีกทั้งระบบปกติมีปัญหาเรื่องของการโยกย้าย หมุนเวียนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาบริการ ทำให้การพัฒนางาน ไม่ต่อเนื่อง

ระบบบริการระดับปฐมภูมิและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยวัตถุประสงค์หลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายของการดำเนินการคือ การมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม วัฒนธรรมที่ชัดเจนที่สุดในการดำเนินการเพื่อไปสู่เป้าหมาย คือ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการจัดให้มีสถานบริการระดับต้น/หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือที่กระทรวงสาธารณสุขเรียกว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และประชาชนมีโอกาที่จะใช้บริการมากที่สุดหากพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น ลักษณะการกระจายและคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ จึงถือว่าเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน และความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ การจัดระบบบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการระดับอื่นๆ และขึ้นกับแนวปรัชญา และหลักการพื้นฐานในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตลอดจนขึ้นกับพัฒนาการของระบบสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งขึ้นกับการให้ความสำคัญและคุณค่าแก่การบริการระดับปฐมภูมิมากน้อยเพียงใด เมื่อเปรียบเทียบกับบริการที่โรงพยาบาลและบริการ

เฉพาะทาง โดยในช่วงปีแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ ได้กำหนดให้เครือข่ายบริการทุกแห่งจะต้องเปิด หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 1 แห่ง ในโรงพยาบาล และ 1 แห่ง นอกโรงพยาบาล

เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของบริการระดับปฐมภูมิ / หน่วยบริการระดับปฐมภูมิพร้อมกับทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สำนักงานประกันสุขภาพ (2544) และ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2544) ได้สรุปแนวทางการจัดบริการระดับปฐมภูมิภายใต้ นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับผู้ปฏิบัติงานในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. หน่วยบริการระดับปฐมภูมิและเครือข่ายบริการ

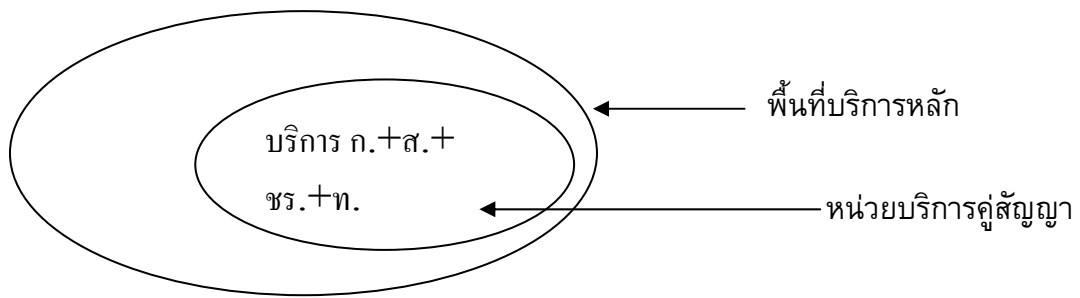
หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care: CUP) หมายถึง หน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญาารับงบประมาณ เหม่าจ่ายต่อหัวประชากรได้ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ การจัดให้มีหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะกาให้บริการแบบผู้ป่วย นอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วย คู่สัญญาของบริการ ระดับนี้จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากร ไม่เกิน 10,000คนต่อหน่วย สถานพยาบาลที่สามารถจัดบริการได้ครบทุกประเภท และมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่าง ๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง ซึ่ง เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ (Main contractor)

หน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท หรือมีบุคลากรที่ไม่ครบตามมาตรฐานที่ คณะกรรมการกลางกำหนด เรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” (หน่วยบริการปฐมภูมิรองฯ, Sub-contractor) หน่วยบริการปฐมภูมิรองนี้จะไม่สามารถรับขึ้น ทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ ยกเว้นว่าจะรวมกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการได้ครบและมี คุณสมบัติตามเกณฑ์

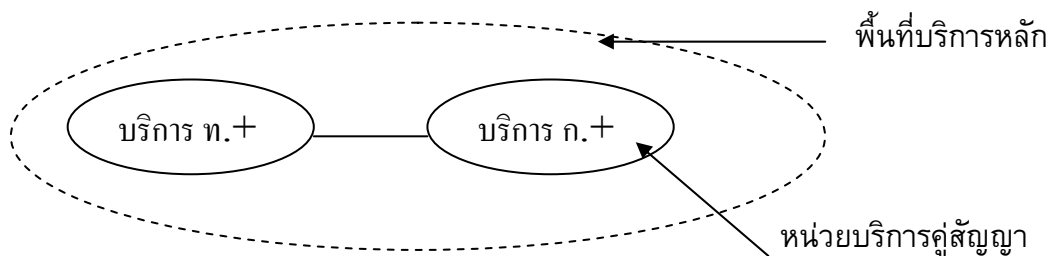
ลักษณะการจัดเครือข่าย

สถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับ ได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น ลักษณะการจัด เครือข่ายบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา นั้นอาจมีรูปแบบการจัดได้หลายลักษณะ เช่น

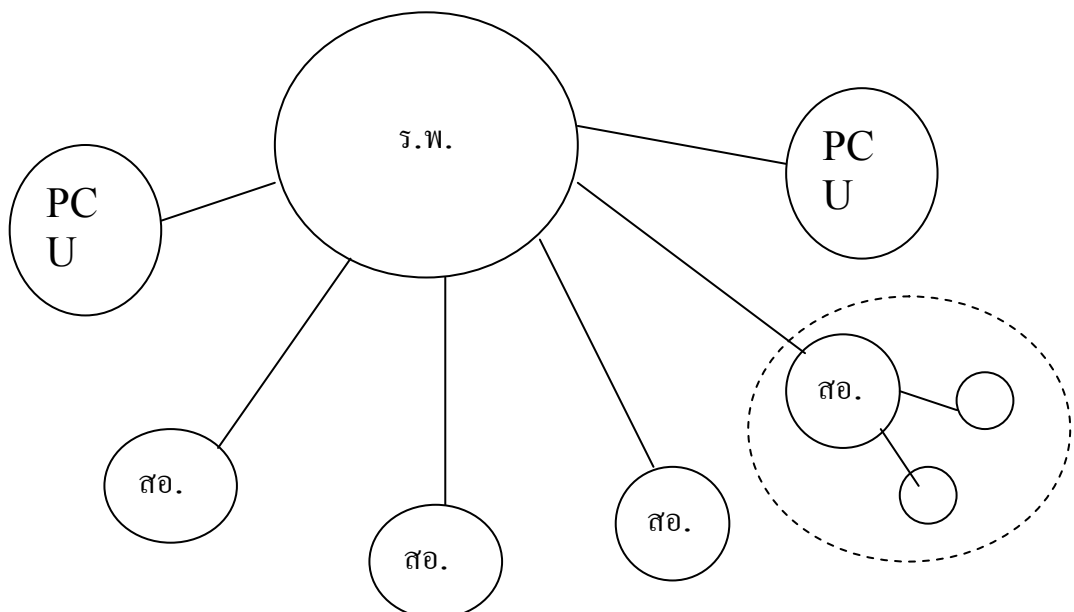
- เป็นสถานพยาบาลเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน



- เป็นเครือข่ายสถานพยาบาล ที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวม โดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในพื้นที่ให้บริการบางประเภท



- เป็นเครือข่ายสถานพยาบาล ที่มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก และหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ตั้งอยู่ในพื้นที่บริการทั้งอำเภอ โดยมีการให้บริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น กรณีของโรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่ายร่วมกับสถานีอนามัยทั้งอำเภอ



บริการ ก. คือ การให้บริการผสมผสาน ที่ประกอบด้วยบริการด้านต่าง ๆ คือการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ซึ่งผสมผสานกับการให้ความรู้ผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็น การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็นและฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

บริการ ส. คือ บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัวทุกกลุ่มอายุ ทั้งที่เป็นบริการในสถานพยาบาลและบริการในชุมชน

บริการ ขร. คือ บริการเชิงรุก ได้แก่การดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชน ให้ความรู้และความมั่นใจแก่ประชาชนในการดูแลปัญหาที่พบบ่อย ให้ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดูแลความครอบคลุมของงานต่าง ๆ ในด้านส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพในชุมชน ประเมินสภาพปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน

บริการ ท. คือ บริการด้านทันตกรรม ที่เป็นบริการรักษาพื้นฐานและบริการด้านส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตกรรม

2. มาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

สถานพยาบาลที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

ด้านที่ตั้ง และประชากร

- ประชากรรับผิดชอบไม่ควรเกิน 10,000 คนต่อ หนึ่งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
- สถานที่ตั้งของหน่วยให้บริการ ต้องอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์
- ในกรณีที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิอยู่ในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

ขีดความสามารถ

- มีการให้บริการที่ผสมผสานในสถานพยาบาล ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ การให้ความรู้กับประชาชนที่มารับบริการ ไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- มีบริการด้านทันตกรรมภายในหน่วยเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการทันตกรรม (รักษา และป้องกัน) ได้อย่างน้อย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

- มีบริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในสถานพยาบาล เช่น บริการดูแล หญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหลังคลอด , วางแผนครอบครัว 1 – 2 วัน ต่อ สัปดาห์
- มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก 1 – 8 วันต่อเดือน
- มีระบบการเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อติดตาม บริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และทำความรู้จักกับครอบครัว ประเมินสภาพครอบครัว และดำเนินการด้านการ สร้างเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 10 – 15 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์
- มีบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยาตามเกณฑ์ มาตรฐาน
- มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน ที่ควรทำเองได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว

ด้านบุคลากร ต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากร ประเภท ต่าง ๆ ต่อประชากร ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

- มีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณวุฒิในระดับประกาศนียบัตร ด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 1,250 คน โดยจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ใน 4 และบุคลากรต้องทำงาน ประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75
- มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้คำปรึกษา ให้บริการ ติดตามกำกับคุณภาพอย่างประจำ ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 10,000 คน ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือ ไม่สามารถ จัดหาแพทย์มาให้บริการได้ จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่มี ความรู้ ความสามารถเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติม ด้วยอัตราส่วนพยาบาล วิชาชีพ 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน เพิ่มเติม แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ ไม่น้อยกว่า 1: 30,000 คน
- มีทันตแพทย์และ/หรือทันตภิบาล ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 20,000 คน ใน พื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มี ทันตภิบาล ในอัตราส่วนอย่าง น้อย 1 : 20,000 คน ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมด ไม่เกิน 1: 40,000 คน
- มีเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม มาดูแลเรื่องระบบการจัดหายา การจัดเก็บ ยา และการจ่ายยา ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง และ อาจร่วมให้บริการในหน่วยบริการที่มีแพทย์บริการ

ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

- มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ (Sterile system)
- สถานที่ตรวจรักษา / ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง
- มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อ

- มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยทีมผู้รับผิดชอบต้องรู้ว่า ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใคร อยู่ที่ไหน ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูลให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว
- ให้มีข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค
- ให้มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

3. การจัดบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ต้องจัดให้มีทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป ดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การให้การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การให้วัคซีน รวมทั้งบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ ตลอดจนกลุ่มเจ้าหน้าที่เดียวกันที่ดูแลงานนี้ ควรมีการจัดแบ่งเวลาออกไปเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในความรับผิดชอบที่บ้าน ออกไปประเมินสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนสร้างความคุ้นเคย และให้ คำแนะนำด้านสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตปกติ

การบริการแต่ละครั้ง ผู้บริการควรจะต้องให้ความรู้แก่ประชาชนทุกครั้งที่ในการ ดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ให้มีการจ่ายยาตามความเหมาะสม

การจัดการกับระบบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการก็เป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการจัดบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง และสามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลด้านการส่งเสริม ป้องกันโรคได้ รวมทั้งบันทึกการเยี่ยมบ้านที่ควรเชื่อมต่อการดูแลรักษาในสถานพยาบาลด้วย มีการจัดระบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่สามารถพิจารณาการดูแลต่อเนื่องได้ เห็นภาพรวมของการรับบริการ และสุขภาพได้ง่าย

การจัดบรรยากาศสถานที่ในสถานพยาบาล ควรสร้างให้เกิดความรู้สึกที่สะดวก เป็นกันเอง อบอุ่นในการมารับบริการ พยายามไม่ให้มีสิ่งกีดขวาง

การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนด้วยกลวิธีต่าง ๆ ทั้งรูปแบบทางการและ
ไม่เป็นทางการ กระตุ้นให้มีส่วนร่วม รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดำเนินการที่เกี่ยวกับ
สุขภาพเองได้

สถานการณ์ของการจัดบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากรายงานการวิจัย ของเพ็ญแข ลาภยั้ง (2545) ใน 4 จังหวัด
ตัวแทน หลังดำเนินการมาระยะหนึ่ง (เก็บข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม 2544 – เดือนกุมภาพันธ์
2545) พบว่า รูปแบบการจัดบริการในกรณีที่เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาล
บางแห่งมีการจัดระบบบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน เพื่อบริการเฉพาะประชาชน
ในเขตรับผิดชอบ แต่บางแห่งไม่ได้แยกแผนกออกมาเพียงแต่แยกระบบ
เวชระเบียนให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยในเขต รับผิดชอบและใช้ใบสั่งยาที่ต่างออกไป สำหรับหน่วย
บริการระดับปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลนั้น ส่วนหนึ่งตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่เป็น
แหล่งชุมชนทั้งสิ้น อาจเป็นห้องแถว วัด ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล ขณะที่หน่วย
บริการระดับปฐมภูมิก่อนเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ที่สถานีอนามัย โดยมี
แพทย์หมุนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละวันหรือ ครึ่งวัน เกณฑ์ในการเลือกสถานีอนามัยเป็น
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านอาคารสถานที่และอยู่ในชุมชนที่มีการคมนาคม
สะดวก บางแห่งเลือกพื้นที่เพื่อคัดประชาชนไม่ให้เข้าไปใช้บริการที่อื่น ส่วนหน่วยบริการระดับ
ปฐมภูมิโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากได้รับการ จัดสรรจำนวนประชากรจำกัด จึงไม่มีหน่วย
บริการระดับปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล

ส่วนการบริการเชิงรุกนั้น ขึ้นอยู่กับการตีความของผู้อำนวยการหรือผู้บริหารระดับจังหวัด
ว่าจะดำเนินการอย่างไร โดยทั่วไปการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ยังคงเป็นงานเดิมของ
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอยู่ ส่วนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและแพทย์มีหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาล
เป็นหลัก การจัดทำแฟ้มครอบครัวซึ่งเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของระบบ
เวชปฏิบัติครอบครัวมีการดำเนินการทุกที่ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกงาน โดยเฉพาะงาน
ทันตสาธารณสุข การดำเนินการเยี่ยมบ้านก็ยังมีกิจกรรมไม่ชัดเจนนัก

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้นั้น
จำเป็นต้องมีองค์ประกอบหลายอย่างที่สอดคล้อง และหนุนให้การบริการเป็นไปในทิศทางที่
ต้องการ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2543) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มี
ผลต่อความสำเร็จต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือบริการสุขภาพที่ใกล้
ใจและใกล้บ้าน ดังนี้คือ

- 1) นิยาม แนวคิดและหลักการเวชปฏิบัติครอบครัวหรือบริการปฐมภูมิต้องเข้าใจร่วมกันชัดเจน
- 2) มีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของงาน เพื่อสร้างกลไกการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานที่
เกิดขึ้นตามเป้าหมายที่วางไว้
- 3) ผู้นำของแต่ละพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นาย
แพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น
- 4) กำลังคนด้านสุขภาพ ควรมีความพร้อม ความตั้งใจของทีมงาน ทักษะและความรู้พื้นฐาน
รวมถึงการพัฒนากำลังคนให้มีทักษะเพิ่มเติมในส่วนที่มีความต้องการหรือ จำเป็น เช่น

- 4.1) แนวคิดและทักษะเรื่องการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว
 - 4.2) ทักษะด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ ด้านสังคม จิตวิทยา
 - 4.3) วิธีการประเมินสภาพชุมชนในด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ
สภาพเศรษฐกิจ
 - 4.4) ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 4.5) ความคิด และวิธีการทำงานกับชุมชนในลักษณะที่เป็น Facilitator
มีใช้แบบสั่งงาน รู้จักประยุกต์ใช้เครื่องมือการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 5) กระบวนการที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประชาชนและทีมงานสุขภาพ
 - 6) การบริหารจัดการและสนับสนุนด้านทรัพยากรสาธารณสุขที่เหมาะสมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจใช้การผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่เดิมในระบบแต่ปรับระบบใหม่ให้เอื้อต่อการพัฒนา
 - 7) นโยบายจากส่วนกลางที่เอื้อให้เกิดความชอบธรรมในการพัฒนางานร่วมกัน ซึ่งถ้ามีเครื่องมือหรือมาตรฐานการดำเนินงานด้วยความเป็นไปได้เชิงการปฏิบัติของคนในพื้นที่ และยังเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการตรวจสอบการปฏิบัติจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องการขยายความครอบคลุมในอนาคต

โดยเจตนารมณ์ของการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การเพิ่มขีดความสามารถให้สถานอนามัยมีบุคลากรที่เพียงพอ และสามารถให้บริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ ส่วนในเขตเมืองที่ไม่มีสถานอนามัยก็ให้ปรับโครงสร้างเดิม เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน ให้มีการบริการที่ผสมผสาน รวมทั้งการสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ดังนั้น หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิได้หมายถึง หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาล หรือเป็นหน่วยคัดกรองโรค มิได้มีลักษณะ **Extended OPD** ดังที่เป็นอยู่ ในปัจจุบัน แต่มุ่งหวังให้มีบทบาทการจัดการที่ผสมผสาน ด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เป็นบริการที่คำนึงถึงความต้องการด้านจิตใจ มีการพิจารณาปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ของประชาชน ในความรับผิดชอบในการวางแผนการบริการและการจัดการของสถานพยาบาล

การจะพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพดังกล่าว จะบรรลุตามเจตนารมณ์เพียงใด เนื่องจากยังต้องอาศัยการจัดระบบที่ต้องเอื้ออีกมากมาย ไม่ว่าจะเป็นที่มบุคลากรที่

เข้าใจแนวคิด การรับรู้ของประชาชนต่อการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง การบริหารจัดการที่คล่องตัว การจัดระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการที่ต้องมีแผนการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องต่อการบริการ สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยเวลา มีอาจสำเร็จได้ในช่วงระยะเวลาอันสั้น การบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงต้องมีการพัฒนาอีกต่อไป

ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบริการตามโครงการวิจัย โดยอาศัยแนวคิดของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีแนวคิดดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นส่วนที่สำคัญต่อการพัฒนาชุมชน ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงการพัฒนาประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เวลา และสถานการณ์ ดังนั้นความหมายของ “การมีส่วนร่วม” จึงแตกต่างกันไปหลายแนวคิด โดยส่วนใหญ่แล้วจะกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนหรือสังคมใดสังคมหนึ่งและหลายท่านได้ให้ความหมายมีความแตกต่างกันดังนี้

องค์กรสหประชาชาติ ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการสนับสนุนการแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเป็นธรรมโดยมีการร่วมตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย วางนโยบายวางแผนและแนวปฏิบัติ ของประชาชนหรือสมาชิกในสังคม

นักวิชาการในประเทศไทยได้ให้ความหมาย “การมีส่วนร่วม” เป็นการที่รัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบเรื่องที่มีผลต่อประชาชน หรือกระบวนการที่รับส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมดำเนินการ หรือการสมทบแรงงาน เงินทุน ซึ่งเป็นแนวคิดที่รัฐบาลใช้ในการมีส่วนร่วมของประชาชน ลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการบังคับประชาชน อันเป็นการมีส่วนร่วมที่ผิวเผินหรือไม่อาจถือเป็นการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ดังนั้นจึงได้เกิดแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของนักวิชาการอีกฝ่ายหนึ่งที่เห็นว่าแท้จริงแล้วการมีส่วนร่วมควรจะเกิดขึ้นจากความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ดังที่ Oakay and Marsden กล่าวว่า เป็นกระบวนการทำงานเบื้องล่างขึ้นไป (Bottom-up) ซึ่งเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง เกิดขึ้นจากร่วมกันค้นหาคำปัญหาและระดมความคิดเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน กระบวนการที่มีประชาชนเป็นผู้เริ่มต้น รัฐจะถูกลดบทบาทลงเหลือเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลหรือสนับสนุนตามความต้องการของชุมชน

นอกจากนี้ในกลุ่มของนักวิชาการที่เชื่อว่าการมีส่วนร่วมควรเกิดขึ้นจากการมีประชาชนเป็นพื้นฐาน มีแนวความคิดว่ากระบวนการมีส่วนร่วมจะมีประสิทธิภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงเฉพาะปัจเจกชนเท่านั้น หากแต่จะต้องมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มภายในชุมชน

นอกจากนี้ในกลุ่มของนักวิชาการที่เชื่อว่าการมีส่วนร่วมควรเกิดขึ้นจากประชาชนเป็นพื้นฐาน มีแนวความคิดว่ากระบวนการมีส่วนร่วมจะมีประสิทธิภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงเฉพาะปัจเจกชนเท่านั้น หากแต่จะต้องมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มภายในชุมชน อันหมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบประชาชนเป็นแกนนำ จากแนวคิดการรวมกลุ่มของประชาชน

มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. องค์กรชุมชน เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน คณะกรรมการกลุ่มต่างๆ เป็นต้น
2. กำลังคน ได้แก่ ตัวบุคคลซึ่งมักจะเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้าน และเป็นแกนสำคัญในการพัฒนาชุมชน เช่น แกนนำ หัวหน้าคุ้ม ผู้นำศาสนา ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้นำตามธรรมชาติ เป็นต้น

3. กิจกรรมร่วมความสามารถในการบริหารจัดการ เช่น กิจกรรมกองทุนต่างๆ กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ

การรวมกลุ่มถือเป็นกลไกการสร้างอำนาจของประชาชนในสังคมเพื่อการแก้ไขปัญหาของท้องถิ่นตามแนวคิดของ ศาสตราจารย์ น.พ.ประเวศ วะสี ซึ่งเชื่อว่าสังคมที่ต่างคนต่างอยู่ต่างทำงานจะไม่มีอำนาจในการแก้ไขปัญหาของตัวเองและจะไม่สามารถถ่วงดุลกับอำนาจรัฐและอำนาจการเงิน แนวคิดนี้ได้พัฒนาเป็นแนวทางความร่วมมือเบญจภาคี หรือพหุภาคี ซึ่งเป็นการระดมความคิดความมือจากประชาชนในทุกๆส่วน เข้ามาทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง เช่น ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนประมงจังหวัดตรัง กลุ่มอัครเมืองน่าน เป็นต้น

รูปแบบการมีส่วนร่วม

องค์การสหประชาชาติได้รวบรวมรูปแบบการมีส่วนร่วมเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง (Spontaneous) เป็นโดยการอาสาสมัครหรือการรวมตัวกัน เพื่อแก้ไขปัญหาของตัวเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่มิได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก
2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ (Induced) เป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการความเห็นชอบหรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล เป็นรูปแบบลักษณะทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา
3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ (Conceived) มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาลภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้ผลทันที แต่จะไม่ได้ผลระยะยาวและจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในที่สุด

ศรีเพ็ญ ดรงคเดช ได้จำแนกรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนพัฒนา ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับองค์การสหประชาชาติ โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบได้แก่

1. การชักชวนให้เข้ามามีส่วนร่วม (Mobilization) รูปแบบนี้รัฐบาลจะเป็นผู้วางนโยบายและโครงการพัฒนาด้วยตนเอง ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดทำโครงการ แต่จะถูกชักชวนจากรัฐให้เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นของการดำเนินโครงการ (Implementation) เช่น การร่วมลงแรงของชาวบ้านในการสร้างเหมืองฝาย เป็นต้น ลักษณะนี้พบในการวางแผนจากบนลงล่าง (Top – down approach)
2. การเจรจาต่อรอง (Mediation) แบบนี้รัฐบาลและตัวแทนของประชาชนจะมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนา และตัดสินใจในเรื่องต่างๆ โดยทั่วไปการริเริ่มโครงการจะมาจากรัฐบาลกลางแต่รัฐบาลท้องถิ่นและองค์กรประชาชน สามารถร่วมตัดสินใจหรือเจรจาต่อรองผลประโยชน์กับรัฐบาลกลางได้ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของท้องถิ่นให้มากที่สุด ซึ่งผลสุดท้ายรัฐบาลกลางมักจะเป็นผู้โอนอ่อนผ่อนตามเสียงของท้องถิ่น มิเช่นนั้นจะเป็นการฝืนมติของท้องถิ่นซึ่งจะนำมาสู่ความขัดแย้งในภายหลัง รูปแบบของการมีส่วนร่วมแบบนี้จึงสามารถลดกระแสความสามัคคีความขัดแย้งระหว่างภาครัฐกับ

ประชาชนได้มาก การวางแผนพัฒนารูปแบบนี้องค์กรประชาชนจะต้องมีศักยภาพสูงและมีความตื่นตัวในการรักษาผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น แต่การต่อรองมักจะเกิดหลังจากรัฐบาลกลางได้กำหนดแผนพัฒนาไว้แล้ว หาใช่เป็นการยินยอมหรือเปิดโอกาสให้ตัวแทนท้องถิ่นหรือแม้แต่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นเข้าร่วมในขั้นตอนการวางแผนแต่แรก

3. การจัดการวางแผนด้วยตัวเอง (Self - management) รูปแบบนี้ประชาชนในท้องถิ่นเป็นผู้จัดการควบคุมและวางแผนด้วยตนเองโดยสิ้นเชิง เป็นรูปแบบของการวางแผนพัฒนาโดยการพึ่งตนเองอย่างแท้จริงและเป็นประชาธิปไตยที่สมบูรณ์แบบ การวางแผนแบบนี้ไม่อาศัยความคิดริเริ่มและชักจูงหรือชักชวนจากบุคคลภายนอกและรัฐบาลเลย ประชาชนในท้องถิ่นสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหา แนวทางการวางแผนพัฒนา หรือแม้กระทั่งการติดตามประเมินผลสำเร็จของโครงการด้วยตนเอง รูปแบบนี้เป็นการเปิดโอกาสอย่างเต็มที่แก่ประชาชนทุกคนในท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมโดยสมบูรณ์ บทบาทของบุคคลภายนอก คือการทำงานวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory research) ในกรณีที่มีความจำเป็นจะต้องทำการศึกษาวิจัยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เมื่อนั้นประชาชนในท้องถิ่นและบุคคลภายนอกจะร่วมกันเก็บข้อมูลอย่างเสมอภาคกัน รูปแบบนี้ประชาชนในท้องถิ่นจะต้องมีความพร้อมและมีประสิทธิภาพสูง

Amstein แบ่งลำดับขั้นตอนของการมีส่วนร่วม โดยอาศัยตัวอย่างจากการมีส่วนร่วมของโครงการในสหรัฐอเมริกา 3 โครงการ คือ Urban Renewal, Anti Poverty, และ Model Cities ออกเป็น 3 ลำดับชั้น

ขั้นพื้นฐาน เป็นการจัดการให้มีส่วนร่วมเป็นการให้ความรู้แก่ประชาชน เท่านั้น

ขั้นกลาง กลุ่มคนจะมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลและคำปรึกษา แต่ยังไม่มีความอำนาจในการตัดสินใจ

ขั้นสุดท้าย เป็นการมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจและดำเนินการด้วยทั้งหมด

จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนแบ่งเป็นระดับต่างๆ โดยที่ระดับความลึกของการมีส่วนร่วม (Depth of Participation) สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับดังนี้

1. การรับรู้ข่าวสารข้อมูล (Information Sharing) ประชาชนเป็นผู้รับข่าวสารจาก

รัฐเพียงทางเดียว (One – way flow of information)

2. การปรึกษากัน (Consultation) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ความคิด การปรึกษาหารือระหว่างรัฐบาลและประชาชน (Two – way exchange of information)

3. การร่วมมือ (Collaboration) การที่รัฐและประชาชนร่วมมือกัน คือ การเป็นเหมือนหุ้นส่วนด้วยกัน

4. ประชาชนมีอำนาจ (Empowerment) เป็นระดับที่รัฐถ่ายโอนทรัพยากรและอำนาจในการตัดสินใจมาอยู่ที่ประชาชนโดยสมบูรณ์ (Transfer of resources and decision making) เป็นการกระจายอำนาจไม่ควบคุมประชาชน

ประเด็นของการมีส่วนร่วม

ชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมอาจมีบทบาทในการเข้าร่วมแตกต่างกัน Cohen and Uphoff ได้เสนอประเด็นของการมีส่วนร่วม

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบด้วย
 - 1.1 ริเริ่ม ตัดสินใจ
 - 1.2 ดำเนินการตัดสินใจ
 - 1.3 ตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย
 - 2.1 การสนับสนุนด้านทรัพยากร
 - 2.2 การประสานความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์(Benefit) ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ทางด้านวัตถุ สังคม หรือส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล(Evaluation) ขั้นตอนการประเมินผลนี้เป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญ เพราะชุมชนจะได้ทราบถึงปัญหา อุปสรรคต่างๆ การดำเนินงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไข

เจมส์ คีดี ปิ่นทอง ได้สรุปประเด็นของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน

1. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนดำเนินการ หรือกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการติดตามผลและประเมินผล

จากแนวคิดต่างๆ ข้างต้นเกี่ยวกับประเด็นของการมีส่วนร่วม จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อยในรายละเอียด แต่โดยรวมแล้วจะเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดท้าย การศึกษาในครั้งนี้มีพื้นฐานความเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วยการเริ่มต้นของชุมชนเอง จะเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดและกำหนดประเด็นการมีส่วนร่วมไว้ในการศึกษาดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

เทคนิคการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม

เวทีประชาคมหรือเวทีสาธารณะ (Public Forum) เป็นการพบปะของผู้คนที่มีความหลากหลาย มาร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์และระดมความคิด เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ วิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา วางแผนงาน/ดำเนินงาน และติดตาม/ประเมินการทำงานร่วมกัน โดยใช้ความแตกต่างหลากหลายของแต่ละคนเป็นจุดแข็งในการทวิคูณความสำเร็จ อาศัยหลักการทำงานที่ยึดสมาชิกของกลุ่มเป็นศูนย์กลาง (ไม่ใช่ประธานหรือวิทยากร) โดยสมาชิกเป็นผู้สร้างผลงานจากประสบการณ์เดิม การพบปะในเวทีประชาคมนี้มีหลักสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. เป็นการทำงานที่อาศัยประสบการณ์เดิมของสมาชิก
2. ทำให้เกิดประสบการณ์/การเรียนรู้ใหม่ ความคิดใหม่ที่ทำทหายอย่างต่อเนื่อง เป็นการทำงานที่เรียกว่า **Active performance**
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันเองและระหว่างวิทยากรและสมาชิกกลุ่ม
4. เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความคิด ที่ทุกคนมีอยู่ ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. มีการสื่อสาร โดยการพูด/การเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความคิด

กระบวนการกลุ่ม (Group process) เป็นกระบวนการที่มีความจำเป็นต้องนำมาใช้ในการจัดเวทีประชาคมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) และการบรรลุงานสูงสุด (maximum performance) ซึ่งทำให้ได้ประสิทธิผลสูงสุด ผู้จัดเวทีประชาคมและผู้ใช้กระบวนการกลุ่มควรมีความเข้าใจและมีทักษะในเทคนิคการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมแบบต่างๆ เช่น Participatory Rural Appraisal PRA, Future Search Conference FSC รวมทั้งทักษะในเทคนิคพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างมิตรภาพ และเจตนารมณ์ร่วมกัน การหลอมรวมความแตกต่าง การบริหารจัดการความขัดแย้งภายในกลุ่ม การคิดเป็นระบบ การระดมสมอง และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้เน้นเทคนิค ดังต่อไปนี้

ก. การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (PRA)

การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal =PRA) เป็นกระบวนการ หรือ ช่องทางที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถเห็นคุณค่าของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ การรวบรวมข้อมูลของชุมชนและการวิเคราะห์สภาพปัญหาและศักยภาพของชุมชน โดยการใช้มีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเอง คนนอก นักวิจัย นักพัฒนาหรือนักวิชาการจะมีบทบาทช่วยแนะนำ

วิธีการเทคนิคต่างๆ เพื่อให้การวิเคราะห์ชุมชนเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกทิศทาง ไม่เครียด และชุมชนมีส่วนร่วมแท้จริง ผู้จัดต้องพยายามที่จะสอดแทรก หรือ ทักท้วง ให้น้อยที่สุดต้องปล่อยให้ชาวบ้านที่ร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นสูงสุด

การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมนี้ โดยทั่วไปแล้วจะใช้จำนวนสมาชิกในแต่ละกลุ่มประมาณ 6 – 10 คน ถ้าสมาชิกกลุ่มมีจำนวนมากเกินไป จะทำให้สับสนและควบคุมประเด็นยาก แต่ถ้าสมาชิกกลุ่มมีจำนวนน้อยเกินไป ก็จะทำให้ขาดการยืนยันและตรวจสอบข้อมูลจากกันและกัน จุดเด่นของวิธีนี้คือ ชาวบ้านมีส่วนร่วมกิจกรรมไม่จำเป็นต้องรู้หนังสือ (ภาษาเขียน) และแม้แต่ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาพูดกับผู้จัดได้ ก็ยังสามารถใช้วิธีการนี้โดยมีล่ามหรือ ผู้ที่คอยอธิบายประเด็นให้ชาวบ้านเข้าใจ

1. หลักการสำคัญของการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่

- การกระตุ้นให้ชาวบ้านทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง วิเคราะห์เอง และ เสนอผลการศึกษาเอง ซึ่งจะช่วยให้ชาวบ้านได้เรียนรู้เรื่องราวที่ทำการศึกษาและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของสิ่งที่ค้นพบและจะดำเนินการต่อไป ผู้ดำเนินการอาจจะมีความจำเป็นในระยะเริ่มแรกของกระบวนการเรียนรู้ หลังจากนั้นจะถอยไปอยู่ข้างหลังหรือเลียงไปที่อื่น โดยไม่มีการสัมภาษณ์หรือขุดเจาะในขณะที่ชาวบ้านกำลังดำเนินการศึกษา ซึ่งผู้ดำเนินการนี้ จะเป็นเพียง ผู้อำนวยความสะดวกเท่านั้น
- เรียนรู้อย่างรวดเร็วและก้าวหน้า ค้นหาความจริงของชุมชนอย่างจริงจัง โดยคำนึงถึงความยืดหยุ่นของวิธีการ การใช้โอกาสให้เป็นประโยชน์ การทำตัวอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การถามซ้ำ การตรวจสอบความถูกต้อง ทั้งนี้ไม่ ยึดรูปแบบที่ตายตัว แต่ปรับตัวให้เข้ากับกระบวนการเรียนรู้ที่กำลังดำเนินอยู่
- การลดความผิดพลาดที่อาจเกิดจากการยึดสมมติฐานของผู้หนึ่งผู้ใดเป็นเกณฑ์ซึ่งอาจเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ผิดพลาดได้ ควรยึดหลักการฟังให้มากแต่พูดน้อย ไม่รีบร้อนแต่เรียนรู้อย่างชัดเจนและตามสบาย
- การจัดความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่าย การใช้เวลาที่ได้รับการเรียนรู้จากข้อมูลของชุมชนที่เป็นจริง โดยพิจารณาจากเกณฑ์ในเรื่องของปริมาณ ความแม่นยำ ความทันใช้ ความสอดคล้องกับเรื่องที่ทำอยู่ และต้องพิจารณาด้วยว่าเรื่องใดไม่คุ้มค่า เรื่องใดไม่ต้องการความแม่นยำมาก จะได้ไม่ต้องทำอะไรเกินความจำเป็น
- การตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้สิ่งต่างๆ ประกอบกัน เช่น วิธีการรวบรวมข้อมูล แหล่งที่ได้มา และอื่นๆ
- แสวงหาความแตกต่างมากกว่าการใช้ค่าเฉลี่ย โดยเจาะจงหาตัวอย่างที่มีความหลากหลายแทนการสุ่มตัวอย่าง
- ความตื่นตัวและความรับผิดชอบต่อการตรวจสอบข้อบกพร่องของผู้อำนวยความสะดวก ผู้อำนวยความสะดวกจะต้องตรวจสอบพฤติกรรมของตัวเองตลอดเวลา และมีความพยายามที่จะพัฒนาให้ดีขึ้น รวมถึงการยอมรับวิจารณ์ที่มีต่อตนเอง หรือผู้ร่วมงานมากกว่าจะถือเป็นกฎเกณฑ์ที่ตายตัวในคู่มือ

- มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและแนวคิด ระหว่างชาวบ้านด้วยกันเอง หรือระหว่างชาวบ้านและผู้อำนวยการความสะดวก นอกจากนี้คณะผู้อำนวยการความสะดวกเองจะต้องมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานในเรื่องของการอบรมพื้นที่สนามและสิ่งที่ได้พบเห็นแปลกใหม่จากชาวบ้าน

2. ข้อมูลที่เป็นประเด็นหลักในการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

- ลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ตั้ง อาณาเขต สถานที่สำคัญในชุมชน สภาพการตั้งบ้านเรือน ไร่ นา สวน บ่อน้ำ ทรัพยากรธรรมชาติและระบบนิเวศ เช่น แหล่งน้ำ ต้นไม้
- ประชากร ได้แก่ ข้อมูลด้านโครงสร้าง อายุประชากร สัญชาติ จำนวน ขนาด ชนิดของครัวเรือน อัตราการเกิด การตาย ในรอบปีที่ผ่านมา การย้ายถิ่น

ประชากรวัยเด็ก วัยเรียน วัยแรงงาน สตรีวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น

- เศรษฐกิจ ประกอบด้วยข้อมูล รายได้ต่อคนหรือครอบครัว การใช้ประโยชน์ที่ดิน การจัดการลุ่มน้ำ ป่าไม้ อาชีพ พื้นที่ทำการเกษตร ฤดูกาลผลิต ปฏิทินการเกษตร ชนิดของพืชที่ปลูกในแต่ละพื้นที่ ผลผลิตรวมของชุมชน หนี้สิน ชนิดและจำนวนของสัตว์เลี้ยง ระบบของเศรษฐกิจ เป็นต้น

- การศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทรัพยากรทางการศึกษาที่มีในชุมชน ความรู้พื้นฐานของประชากร ความต้องการทางการศึกษา ผู้รู้และผู้ไม่รู้หนังสือ นักเรียนที่สำเร็จการศึกษาระดับต่างๆ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางการศึกษานอกโรงเรียนประเภทต่างๆ เป็นต้น

- วัฒนธรรม ประกอบด้วยข้อมูลผู้นำและบทบาทผู้นำ การรวมกลุ่ม การแบ่งกลุ่ม ระบบเครือญาติ ความเชื่อ ศาสนา ประเพณีท้องถิ่น ภูมิปัญญาของชาวบ้านหรือบุคคลที่มีบทบาทพิเศษ เช่น หมอผี คนทรง ช่างฝีมือ ผู้รู้ ผู้อาวุโส ในชุมชน เป็นต้น

- คุณภาพชีวิต ศึกษาข้อมูลผู้ติดยาเสพติด การให้ภูมิคุ้มกันโรค การคุมกำเนิด แหล่งน้ำหรือการอุปโภคบริโภค ครัวเรือนที่มีสัตว์เลี้ยงลักษณะใช้ ผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ความเจ็บป่วยต่างๆ และทรัพยากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข หลักประกันความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

- ข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประเด็นความสนใจของชุมชนเช่น ภาวะสิ่งแวดล้อม ปัญหา

สุขภาพ การเมือง การคมนาคม ฯลฯ

ข. การสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference = FSC)

FSC เป็นกระบวนการประชุมปฏิบัติการของผู้แทนกลุ่มพลายประเภทหลายระดับ ซึ่งต่างมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนั้น มาร่วมกันทำงานโดยนำประสบการณ์ของแต่ละคน มาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมของกลุ่ม โดยมีจิตสำนึกและพันธะสัญญาร่วมกัน เป็น

กระบวนการที่ใช้อนาคตเป็นจุดประสงค์ที่เต็มไปด้วยความหวังในการทำงานแทนการใช้ปัญหาและการแก้ไขปัญหาเป็นตัวตั้ง ซึ่งมักทำให้เกิดการขัดแย้ง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในการแก้ไขปัญหา FSC ช่วยทำให้เป้าหมายระยะยาวและแนวทางของกลุ่มหรือองค์กรชัดเจนขึ้น เป็นเป้าหมายร่วมกันที่สมาชิกกลุ่มทุกคนยอมรับ และช่วยเพิ่มพันธสัญญาของสมาชิกในการร่วมมือปฏิบัติตามแผนงานหรือแนวทางของกลุ่ม เพื่อไปสู่อนาคตร่วมตามที่ได้ตกลงกันไว้ ในการประยุกต์ใช้ FSC กับชุมชนต่างๆ พบว่ากระบวนการ FSC กระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัวคิดเป็นระบบ กล้าแสดงความคิดเห็นในการพัฒนา มีพลังและกำลังใจในการพึ่งตนเองเกิดเครือข่าย

ชุมชนและสร้างผู้นำตามธรรมชาติของชุมชนให้ปรากฏ ข้าราชการศรัทธาในศักยภาพของชุมชนมากขึ้นและเกิดเครือข่ายผู้นำชุมชนกับข้าราชการ
วัตถุประสงค์

1. ร่วมกันทำความเข้าใจสถานการณ์ในอดีตและปัจจุบัน ที่มีความเชื่อมโยงซึ่งจะมีผลกระทบในอนาคต
2. เพื่อเสนอภาพรวมของสถานการณ์ปัจจุบัน
3. เพื่อลงมติและสร้างพันธสัญญาในการมีวิสัยทัศน์ของอนาคตร่วมกัน
4. เพื่อรวบรวมแนวคิด ความเข้าใจ ข้อมูลพื้นฐาน แผนปฏิบัติการที่จะใช้ในการสร้างอนาคตร่วมกัน

ผลลัพธ์จากการประชุมแบบ FSC

ประชาชนเกิดการเรียนรู้ชุมชนร่วมกันได้แก่

1. เข้าใจ ปัจจัย องค์ประกอบ เหตุการณ์ในอดีตที่มีผลต่อสภาพปัจจุบันของชุมชนและแนวโน้มที่มีผลกระทบต่ออนาคต
2. ทุกคนเห็นภาพรวมเป็นภาพเดียวกัน เกิดวิสัยทัศน์ในอนาคตร่วมกันที่เต็มไปด้วยความหวังและพันธสัญญาร่วมกัน
3. ทุกคนเกิดความตระหนัก ได้แลกเปลี่ยนแนวคิดใหม่ๆ ร่วมกัน เป็นการขยายเครือข่าย มีสัมพันธภาพที่ดี เข้าใจและเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ความคิดทุกอย่างอยู่ในสมองของทุกคนและตระหนักว่าทุกคนลงเรือลำเดียวกันมีจุดมุ่งหมายปลายทางร่วมกัน มีแผนงานที่ชัดเจนร่วมกัน

ลักษณะการประชุม

การประชุม FSC เดิมรูปแบบจะใช้เวลา 2 – 3 วัน จำนวนคนที่พอเหมาะประมาณ 50 – 60 คน ถ้าคนน้อยเกินไป ความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์จะน้อย ถ้าคนมากเกินไปจะทำให้ใช้เวลานาน ควบคุมได้ยาก การบริหารจัดการประชุมไม่สะดวก วิทยากรดูแลกระบวนการได้ไม่ทั่วถึง

กระบวนการประชุมจะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพสมาชิกในกลุ่มและแบ่งผู้เข้า

ประชุมเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละไม่เกิน 10 คน กลุ่มย่อยที่ใช้บ่อยมี 2 แบบ คือกลุ่มผสมสมาชิกในกลุ่มมีลักษณะหลากหลาย มีพื้นฐานและสถานะทางสังคมที่แตกต่างกัน แต่ละคนเป็นตัวแทนของ

กลุ่ม ชุมชน องค์กรย่อย ที่เป็นส่วนประกอบของกลุ่มชุมชนองค์กรขนาดใหญ่ ส่วนกลุ่มเฉพาะ สมาชิกในกลุ่มมีลักษณะเฉพาะบางประการร่วมกัน เช่น มีสถานะทางสังคมระดับเดียวกัน มีอาชีพเดียวกัน เพศเดียวกัน มาจากพื้นที่เดียวกัน วันใกล้เคียงกัน พื้นฐานความรู้ใกล้เคียงกัน

กระบวนการ FSC ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่

1. การวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงกับสภาพการณ์และแนวโน้มในปัจจุบัน
2. การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการปัจจุบันเพื่อความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลในประเด็นหลักของการประชุม
3. การสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนาในประเด็นหลักของการประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดความคิดเห็นร่วมและสร้างแผนปฏิบัติการไปสู่อนาคตร่วมกัน

บางกิจกรรมการประชุมใช้กลุ่มผสม บางกิจกรรมใช้กลุ่มเฉพาะ บางกิจกรรมจะใช้กลุ่มใหญ่ทั้งหมด กระบวนการสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อมูลในอดีตในประเด็นต่างๆ ที่สัมพันธ์เพื่อเชื่อมโยงเหตุการณ์ ประสบการณ์ของสังคมโลก ประเทศ จังหวัด ชุมชน และตัวผู้เข้าร่วมประชุมเองในอดีตกับปัจจุบัน สรุปตรวจสอบสภาพเหตุการณ์ปัจจุบันให้ชัดเจน แล้วจึงร่วมกันค้นหาอนาคตที่กลุ่มพึงปรารถนา ร่วมกัน กระบวนการเหล่านี้เป็นการเชื่อมโยงให้เห็นพลัง และความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันของการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่างๆ ในโลก ประเทศ ชุมชน บุคคลที่เกี่ยวข้องกันอยู่ สุดท้ายการประชุมจะมุ่งไปสู่แผนยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีและแผนปฏิบัติการ สำหรับกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมควรเป็นตัวแทนจากกลุ่มย่อยโอกาส คนตกงาน แรงงานรับจ้าง เกษตรกรรายย่อย เกษตรกรรายใหญ่ พ่อค้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อุตสาหกรรม กลุ่มองค์กรชุมชนต่างๆ กลุ่มข้าราชการในตำบล อำเภอ เป็นต้น หากเป็นการประชุมในองค์กร ผู้เข้าร่วมประชุม ควรมีหลากหลายตั้งแต่ผู้บริหารสูงสุด ตัวแทนเจ้าหน้าที่ในทุกระดับและทุกหน่วยในองค์กร อาจเชิญคนนอกเข้าร่วมด้วย

ค. แผนที่ความคิด (Mind Mapping)

- ที่มาของแผนที่ความคิด

ในปี 1970 โทนี บูซาน (Tony Buzan) นักคิดชาวอังกฤษ ได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับกระบวนการทำงานและกระบวนการคิดในสมองมนุษย์ พบว่าในสมองมนุษย์ประกอบด้วย “เซลล์สมอง” เป็นสิบล้านเซลล์ ที่ขดกันไปมาเหมือนลวดไฟฟ้า เมื่อเราเริ่มต้นคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ประจุความคิดก็จะเริ่มต้นทำงานบริเวณเซลล์สมองจุดหนึ่ง แล้วแพร่กระจายลงไปยังเซลล์สมองจุดอื่นๆ เป็นวงกว้างเหมือนกับดอกไม้ไฟ หรือที่เราเรียกว่า **Radial thinking** โทนี บูซาน เชื่อว่า การปล่อยให้สมองทำงานอย่างเป็นธรรมชาติในลักษณะแพร่กระจายแบบดอกไม้ไฟ จะก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ในขณะที่เดียวกันก็บันทึกความคิดเหล่านั้นไว้ โดยเลียนแบบการทำงานของสมองเกิดเป็นแผนที่ความคิดขึ้น

- การใช้แผนที่ความคิดในการประชุมอย่างสร้างสรรค์

การประชุมแบบสร้างสรรค์ มุ่งให้บุคคลมารวมกันเพื่อ “ระดมความคิด” ของทุกคนเข้าด้วยกัน หรือที่เรียกกันว่า “ระดมสมอง” ประสบการณ์จากที่ต่างๆ พบว่า ในการประชุมระดมสมองมีการถกเถียงกัน และนำเสนอความคิดกันหลากหลาย มักจะมีปัญหาในเรื่องหรือประเด็นต่างๆ ที่นำเสนอได้น้อย การอภิปรายเรื่องราวต่างๆ มักจะขาดความเกี่ยวข้องหรือต่อเนื่องกัน ตลอดจนไม่สามารถปะติดปะต่อเรื่องราวต่างๆ ให้เชื่อมโยงเข้าด้วยกันหรือแม้แต่การเห็นภาพรวมของข้อมูลต่างๆ ที่ได้นำเสนอในที่ประชุมไม่ได้ชัดเจน นอกจากนั้นยังมีผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์ สรุปได้ว่า มนุษย์เรียนรู้เรื่องราวต่างๆ จากการใช้ตาหู ร้อยละ 83 ในขณะที่เรียนรู้ด้วยหูฟังร้อยละ 10 เท่านั้น นอกจากนั้นมนุษย์เรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ผ่านการใช้จมูกดมกลิ่น ร้อยละ 4 ใช้มือสัมผัส ร้อยละ 2 และใช้ปากชิมรสเพียงร้อยละ 1 ดังนั้นการระดมสมองหรือระดมความคิดเห็นให้ได้ผล เราไม่ควรฝืนธรรมชาติในการคิดแบบดอกไม้ไฟ โดยผู้จัดการประชุมควรปล่อยให้บุคคลแต่ละคน ได้มีโอกาสคิดและนำเสนอความคิดดังกล่าวสู่ที่ประชุม ขณะเดียวกันก็ทำการบันทึกข้อคิดการประชุมเหล่านั้นด้วย “แผนที่ความคิด” เพื่อให้บุคคลเห็นภาพรวมของข้อมูลต่างๆ ที่นำเสนอในที่ประชุมและสามารถเสริมต่อประเด็นในการอภิปรายได้อย่างเหมาะสมและชัดเจน

- อุปกรณ์สำหรับการบันทึกการประชุมด้วย “แผนที่ความคิด”

1. กระดาษแผ่นใหญ่ (flip chart) หลายๆ แผ่น
2. ไม้หนีบกระดาษ
3. ปากกาเมจิก แท่งใหญ่ สีแดง ดำ น้ำเงิน ฯลฯ
4. เทปขาว

- ขั้นตอนการจดบันทึกข้อมูลด้วย “แผนที่ความคิด”

1. เอาไม้หนีบ หนีบกระดาษไว้บนกระดานหรืออื่นๆ ที่ยึดกระดาษไว้ได้ดี
2. ผู้บันทึกข้อมูล ทำหน้าที่บันทึกประเด็นต่างๆ ในการประชุมลงไปใน

กระดาษ โดยเริ่มต้นจากการเขียนประเด็นหลักไว้ตรงกลางหน้ากระดาษ

3. เมื่อมีการนำเสนอประเด็นย่อย ผู้บันทึกการประชุมจะเริ่มลากเส้นออกไปจากจุดกลางหน้ากระดาษทีละเส้น ไปในทิศทางใดก็ได้ที่คล้ายๆ กับกิ่งก้านของต้นไม้ โดยบันทึกข้อความเกี่ยวกับประเด็นย่อยไว้เหนือเส้นดังกล่าว

4. การบันทึกข้อมูล พยายามให้สั้นกระชับแต่ได้ใจความครอบคลุม เลือกเขียนคำที่มีใจความสำคัญ (Key words) หรือวลีสำคัญเท่านั้น ก็ให้กลุ่มสรุปเป็นคำสั้นๆ
5. หากมีหลากหลายประเด็นย่อยก็ลากเส้นหลายเส้น โดยใช้เส้นหน้าๆ แทนประเด็นสำคัญ ในขณะเดียวกัน หากมีประเด็นเสริมที่สอดคล้องกับประเด็นย่อยใด ก็ลากเส้นบางๆ เหมือนกิ่งก้านเล็กๆ ที่แตกต่อจากประเด็นย่อยดังกล่าว
6. ผู้บันทึกการประชุม ควรใช้ปากกาหลายๆ สี ในการบันทึกความคิดแต่ละ

เส้นหรือแต่ละกิ่งก้าน สายตาที่เห็นสีต่างกันช่วยให้อ่านง่าย และแยกแยะประเด็น ได้ชัดเจนเป็นหมวดเป็นหมู่ความคิด

7. ผู้บันทึกการประชุม อาจวาดรูปภาพ เป็นสัญลักษณ์แทนข้อความต่างๆก็ได้ (หรือมีทั้งภาพและข้อความสั้นๆก็ได้) การใช้ภาพวาดจะช่วยให้บุคคลอื่นให้ความสนใจมากขึ้นเป็นพิเศษ มีสีสันการนำเสนอ ทำให้ผู้ฟังจำ

ข้อความต่างๆได้ง่าย และจำได้นาน

8. หากต้องการแตกประเด็นไต่ลงไป ในรายละเอียดเฉพาะ ก็อาจนำเรื่อง ดังกล่าวไปบันทึกลงในกระดาษแผ่นใหม่ โดยการเขียนประเด็นหลักที่ต้องการลง รายละเอียดอยู่ตรงกลางหน้ากระดาษแล้วแตกประเด็นย่อยๆ ออกไป

- ประโยชน์ของแผนที่ความคิดในการประชุมอย่างสร้างสรรค์

1. ช่วยในการเก็บบันทึกความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้อย่างครบถ้วน

2. ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นการบันทึกข้อมูล หรือเรื่องราวที่ตนนำเสนอต่อ

ที่ประชุม ลงบนเอกสารอย่างชัดเจน

3. ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมจดจำเรื่องราวต่างๆ ในการประชุมได้ง่าย และนานขึ้น ตลอดจนสอดคล้องกับการเรียนรู้ของบุคคลที่ชอบภาพ สีสันต่างๆ

4. ช่วยให้ผู้ฟังการนำเสนองานสามารถเห็นภาพรวม และปะติดปะต่อรายละเอียดต่างๆ เข้าด้วยกันง่ายขึ้น

ง. บัตรคำ (Meta - plan)

- ที่มาบัตรคำเป็นเครื่องมือที่คิดขึ้นโดย บริษัท Meta – plan ซึ่งเป็นบริษัทขาย อุปกรณ์เกี่ยวกับการประชุมสัมมนา ในประเทศเยอรมัน โดยบริษัทดังกล่าวได้ทำการวิจัย ค้นคว้าและพัฒนาอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการประชุม ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีส่วนร่วมกับการนำเสนอความคิดในที่ประชุมได้อย่างเต็มที่ โดยใช้อุปกรณ์การประชุมต่างๆ เป็นเครื่องมือในการนำเสนอความคิดสู่ที่ประชุม

- การใช้บัตรคำในการประชุมอย่างสร้างสรรค์

การประชุมแบบสร้างสรรค์ มุ่งเน้นการ “ระดมความคิด” ของผู้เข้าร่วมประชุม ทุกคนเข้าด้วยกัน จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประชุม พบว่า บ่อยครั้งมติต่างๆ ในที่ประชุมเป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากบุคคลที่กระตือรือร้น ช่างคิด ช่างพูด เพียงไม่กี่คนเท่านั้น ในขณะที่บุคคลอื่นๆ ทำหน้าที่เป็นเพียงผู้รับฟังความคิดเห็นอย่างเฉื่อยชา

ดังนั้นหากจะระดมความคิด หรือระดมสมองให้ได้ผล โดยผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น ในการมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมระดมสมอง ผู้ดำเนินการประชุมอาจใช้บัตร “บัตรคำ” การดำเนินกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการประชุมทุกคนสามารถ มีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูลในที่ประชุมพร้อมๆ กันอย่างทั่วถึง ทำให้ทราบความคิดเห็นของสมาชิกทุกคน

- อุปกรณ์หลังบัตรคำ

บัตรวางทำด้วยกระดาษขนาด 2 X 15 เซนติเมตร เพื่อใช้เป็นบัตรคำ ปากกาเมจิกตามใหญ่ หัวตัด เทปกาว แผ่นกระดาษขนาดใหญ่หรือผนังห้อง

- ขั้นตอนการใช้บัตรคำ
 1. กำหนดโจทย์
 2. ผู้ดำเนินการประชุมแจกบัตรวาง ให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน
 - 2.1 ผู้เข้าร่วมประชุมเขียนเฉพาะคำหลัก (Key words) หรือวลีสั้นๆที่ได้ใจความสำคัญ เพื่อตอบโจทย์ที่ตั้งไว้
 - 2.2 ตัวอักษรที่เขียนลงไปบนบัตรคำ ต้องเป็นตัวบรรจงขนาดใหญ่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและอ่านง่าย
 3. ผู้ดำเนินการประชุมทำหน้าที่รวบรวมบัตรคำทั้งหมด นำมาสลับกันเหมือนไฟเพื่อให้คละกัน
 4. อ่านข้อความในบัตรคำให้ผู้ร่วมประชุมฟังทีละบัตร
 5. นำบัตรคำไปติดที่แผ่นกระดาน หรือผนังห้อง โดยจัดให้ข้อความเรื่องเดียวกันอยู่กลุ่มเดียวกัน
- ประโยชน์ของบัตรคำ
 1. ช่วยให้ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน
 2. เหมาะกับกลุ่มที่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นตรงๆ

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research = PAR) เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development : R&D) ที่มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาองค์กรหน่วยงาน และชุมชน มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวมทั้งส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงองค์กร หน่วยงาน และชุมชนที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อพัฒนาสังคม ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากระบบการพัฒนาประเทศในอดีตที่ผ่านมา มุ่งเน้นไปที่พัฒนาเศรษฐกิจนำหน้าการพัฒนาสังคมการเมือง การศึกษาหรือการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาสังคมจึงยังไม่ประสบผลสำเร็จไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และพบว่าเกิดปัญหาที่คาดไม่ถึงตามมาหลายประการ เช่นการเพิ่มจำนวนผู้ด้อยโอกาสในสังคม การเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การเอารัดเอาเปรียบของผู้คนในสังคม ศีลธรรมเสื่อมโทรม เป็นต้น ดังนั้นจึงมีนักวิชาการ นักพัฒนา จำนวนไม่น้อยที่พยายามแสวงหาวิธีการพัฒนาสังคม โดยเฉพาะการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและพบว่าการศึกษาปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ผล ประกอบกับองค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก ค่างส่งเสริมและเสนอแนะให้มีการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นให้มีกระบวนการให้การศึกษาไปพร้อมๆ กับการวิจัย (Community Education Participation :

CEP) ซึ่งลักษณะเฉพาะของงานวิจัยประเภทนี้คือข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทุกขั้นตอนเป็นสิ่งที่ชุมชนร่วมรับรู้และได้ประโยชน์ด้วย ชุมชนเป็นผู้เริ่มกำหนดปัญหาของชุมชน หาแนวทางการแก้ไขปัญหา เป็นผู้ตัดสินใจและยืนยันเจตนากรณีที่แก้ไขปัญหาเหล่านั้น กระบวนการวิจัยจะดำเนินไปในลักษณะและเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างชุมชนกับผู้วิจัย ชุมชนจะค่อยๆพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง วิธีวิจัยแบบนี้ข้อมูลที่ได้จะมีความชัดเจนสะท้อนความเห็นความต้องการและแบบแผนการดำเนินชีวิตของชุมชน

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นผลที่เกิดขึ้นจากแนวคิดใหม่ของการพัฒนา ซึ่งพยายามแก้ไข ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาการวิจัยและการดำเนินโครงการต่างๆ ของรัฐจากลักษณะบนลงล่าง (Top – down approach) มาเป็นลักษณะแนวราบหรือเริ่มจากฐานล่างขึ้นไป (Bottom - up) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีปรัชญา แนวคิด วัตถุประสงค์ และวิธีการ ดังนี้

1. ปรัชญาของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มีปรัชญาเพื่อมุ่งช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม เชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่จะศึกษาเรียนรู้ในสิ่งที่สามารถเป็นประโยชน์สูงสุด หาวิธีแก้ปัญหของตนเมื่อถึงคราวที่ตนจะต้องตัดสินใจว่าจะทำอย่างไร เป้าหมายสูงสุดของการ PAR คือการช่วยให้ประชาชนได้เรียนรู้ไว้ มีเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาของตนเอง

2. แนวคิดของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ประกอบด้วยคำสำคัญ 2 คำ คือ การมีส่วนร่วม (Participation) และการปฏิบัติการ (Action) การวิจัยดังกล่าวเป็นการนำเอาระเบียบวิธีวิจัยทั้ง 2 ลักษณะรวมกัน คือ เป็นทั้งการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยปฏิบัติการการมีส่วนร่วมในความหมายของนักพัฒนาแนวใหม่ หมายถึงการที่ประชาชนสมาชิกของชุมชนกับผู้วิจัย ผู้ปฏิบัติการ ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันประเมินปัญหาความต้องการของชุมชน (Need

Assessment) ร่วมกันวิเคราะห์สภาวะการปัจจุบันว่าชุมชนมีปัญหาและข้อบกพร่องในเรื่องใดบ้างและร่วมกันระบุปัญหา ต่อจากนั้นมีการศึกษาหาแนวทางการแก้ปัญหามีการสำรวจทรัพยากรในชุมชน ซึ่งรวมทั้งทรัพยากรจากธรรมชาติ และทรัพยากรมนุษย์ทั้งภายในชุมชนเองและภายนอกชุมชน ได้แก่ องค์กรหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ มีการวางแผนการแก้ไขปัญหา ดำเนินการ ติดตามผล และสุดท้ายคือการประเมินผล ซึ่งงานทั้งหมดเป็นการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากชาวบ้าน ประชาชนและสมาชิกของชุมชนที่มีส่วนในกระบวนการตัดสินใจตลอดกระบวนการ แนวคิดพื้นฐานสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีดังต่อไปนี้

- 2.1 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพลวัตและมีชีวิต
กล่าวคือ เป็นเรื่องที่มีได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ การวิจัยเริ่มต้นจากสภาพการที่เป็น
จริง ทำการค้นคว้าว่า ปัญหาคืออะไร มีสาเหตุมาจากอะไร เช่นจากสภาพ
ทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม หรือความเชื่อ ต่อจากนั้นจึงมุ่งไป
ยังจุดที่ควรเป็นไปได้ ในอนาคตซึ่งไม่สามารถทำนายได้ ดังนั้นจึงต้องมี
ลักษณะสำคัญคือ ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ ไม่สามารถกำหนดเวลาที่
แน่นอนได้ และไม่มีการกำหนดกิจกรรม
- 2.2 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะประสบผลสำเร็จได้เมื่อผู้วิจัยและ
บุคคลที่เกี่ยวข้องเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพความสามารถในการคิดและการ
ทำงานร่วมกันเพื่อคุณภาพของชีวิตที่ดีขึ้น ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญ
เช่นเดียวกับภูมิปัญญาของผู้วิจัย นักวิชาการหรือนักพัฒนา และเชื่อว่าทุกสิ่ง
ทุกอย่างในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความรู้ ความชำนาญทรัพยากรที่มีอยู่
และที่จะหามาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรให้เท่าเทียมกัน
- 2.3 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากความรู้สึกร่วมกันของผู้วิจัยที่มี
ต่อปัญหาหรือความต้องการของชุมชน จากนั้นนำไปสู่การสร้างความเข้าใจ
และการกระทำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในตนเองและชุมชน ทั้งในด้าน
สติปัญญา จิตใจและกายภาพ
- 2.4 กระบวนการของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่
ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดใน 1 วงจร แต่เป็นเพียงการเริ่มเพื่อ
นำไปสู่วงจรใหม่ซึ่งเป็นวงจรที่ประกอบด้วยแสวงหาความรู้และการกระทำ
วงจรนี้จะคงอยู่และดำเนินต่อไปตราบเท่าที่ประชาชน ชาวบ้าน สมาชิกชุมชน
ยังสามารถรวมกลุ่มกันอยู่ได้
- 2.5 ผลที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีต่อชุมชนและ
ผู้วิจัยคือ ชาวบ้าน ประชาชน ผู้ด้อยโอกาสจะตื่นตัวได้รับการศึกษามากขึ้น
สามารถคิดและวิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง มีความเชื่อมั่นที่จะ
ให้ความร่วมมือกันในการดำเนินกิจกรรมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง
เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ทำให้สามารถพึ่งตนเองได้ และ
เกิดการพัฒนายั่งยืน ปัญหาหลักที่สำคัญในชุมชนได้รับการแก้ปัญหา
ประชาชนผู้ด้อยโอกาสจะมีโอกาสมากขึ้น การจัดสรรทรัพยากรและ
ผลประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน จะมีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
รวมทั้งความรู้และข้อมูลข่าวสารซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ดี
ขึ้น ผู้วิจัยและนักพัฒนาจะได้เรียนรู้จากชุมชน ได้ประสบการณ์การทำงาน
ร่วมกับชุมชนอันจะก่อให้เกิดความเข้าใจชุมชนได้ดียิ่งขึ้นอันจะเกิดแนวความคิดการ
พัฒนาที่แท้จริง และนักวิจัยได้ทำงานพัฒนาตามอุดมคติของตนเอง

3. เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เป้าหมายของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การส่งเสริมให้สมาชิกในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสได้เรียนรู้ ได้พัฒนาตนเองในการที่จะนำไปสู่การพัฒนาชุมชน และสังคมทุกด้านเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อปลูกจิตสำนึกให้ผู้ด้อยโอกาสและสมาชิกในชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชน และเกิดความตระหนักในบทบาทความรับผิดชอบของตนเอง มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหของตนเองและชุมชน นอกจากนี้การดำเนินงานวิจัยยังเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการตัดสินใจ มีการกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญห รวมทั้งการดำเนินการแก้ไขปัญหด้วยตนเอง โดยอาจร่วมมือกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมยังดำเนินการร่วมกับชุมชนในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งเป็นการส่งเสริมการรวมกลุ่มและการทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหและพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง

4. กลวิธีในการทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไม่ใช่เป็นเพียงการวิจัยเพื่อการค้นหาคำตอบเพื่อสร้าง แนวคิด ทฤษฎี หรือเพื่อวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการพัฒนาทั้งบุคคลและชุมชน ดังนั้นจึงมีกระบวนการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งประกอบด้วยกลวิธีหลักดังนี้

1. เป็นการจัดการศึกษาผู้ใหญ่และการสร้างกลุ่มการทำงาน โดยการกระตุ้นให้ชาวบ้านกล้าคิด มีความเชื่อมั่น กล้าตัดสินใจ กระบวนการพัฒนาบุคคลลักษณะนี้เป็นกระบวนการศึกษา แต่เนื่องจากไม่สามารถใช้วิธีการเรียนการสอนเหมือนในห้องเรียน เช่น ครูกับนักเรียน จึงต้องใช้กระบวนการเข้าถึงประชาชน ให้ประชาชนได้สะท้อนความคิด และความรู้สึกของเขา พร้อมทั้งพัฒนาทักษะความสามารถ ที่จำเป็นในการทำงานร่วมกัน และ การร่วมกันแก้ไขปัญหาดังนั้นการสร้างกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมประสบผลสำเร็จ
2. ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การแสวงหาข้อเท็จจริงร่วมกับประชาชน ชาวบ้านสำรวจข้อมูล รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
3. ใช้การวิเคราะห์ปฏิบัติการ จะเน้นให้สมาชิกของชุมชนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติการแก้ไขปัญหด้วยตนเอง ซึ่งมีทั้งการปฏิบัติตามแผน และการแก้ไขปัญหเฉพาะหน้าเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ
4. ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอน กระบวนการวิจัย นับตั้งแต่การมองปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การแยกแยะสถานการณ์ การกำหนดและเลือกประเด็นปัญหาที่ศึกษาหรือสิ่งที่ต้องการแก้ไข

ตลอดจนการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาที่คนในชุมชนจะเป็นผู้คิด โดยใช้ข้อมูลและหลักการที่ผู้วิจัยเสนอแนะ

5. วงจรของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การสร้างความรู้ถึงการเป็นเจ้าของร่วมกัน นับเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพราะเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมหรือเมื่อคณะวิจัยค่อยๆ ถอนตัวออกจากชุมชนแล้ว ชาวบ้านจะยังคงมีความผูกพันกับสิ่งที่ทำและยังคงดำเนินการต่อไปในชุมชน อันเป็นรากฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืน การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะใช้กระบวนการที่ทำให้บุคลากรหลักทั้ง 3 ฝ่าย อันได้แก่ ประชาชน นักวิชาการหรือนักพัฒนา และนักวิจัย ร่วมงานกันอย่างจริงจัง ซึ่ง ดร.กมล สดประเสริฐ นักวิชาการคนสำคัญที่สนใจศึกษาเรื่องนี้ได้นำเสนอรูปแบบการวางแผนที่บูรณาการ และการพัฒนาทีมงาน สำหรับองค์การที่ใช้ความรู้เป็นพื้นฐาน โดยได้แปลจาก An Integrated Model of Planning and Team Development for Knowledge Based Organizations โดย Lowther, JM and Marshall, RJ ในการประชุมระหว่างชาติ เรื่องการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในองค์การวิจัยพัฒนา ซึ่งรูปแบบนี้สามารถนำมาประยุกต์และใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยสามารถแยกแยะเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์กัน

3 วงจร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วงจรการวางแผน ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญได้แก่ การร่วมหันทกำหนด วิสัยทัศน์ ภาระหน้าที่ งานหลักที่ต้องปฏิบัติ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ การปฏิบัติการประเมินผลและความตอบสนอง
2. วงจรการพัฒนาทีมงาน เป็นขั้นตอนการพัฒนาทีมงาน เพื่อให้เกิดความเจริญก้าวหน้าไปตามที่มีการวางแผน ผสมผสานกับแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาทีมงาน จะทำให้เกิดประสบการณ์ระบบกลุ่มเล็กๆ ของทีมงาน ที่มีพลวัตรในสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยมีความผูกพันต่อการดำเนินงานตามแผนและ เป็นรากฐานของความสัมพันธ์ในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทั้งวงจรมีความชัดเจนสามารถแบ่งเป็น 7 ขั้นตอนดังนี้

1. วิสัยทัศน์ (Vision)

วิสัยทัศน์ หมายถึงสภาพที่พึงปรารถนาในอนาคตเป็นการสร้างภาพในอนาคตหรือมองอนาคต วิสัยทัศน์ที่ชัดเจนจะมีคำประกาศเชิงบอกถึงวิธีการที่ทีมงานอยากให้อะไรต่างๆ เป็นไป ณ บางจุดในอนาคต อาจจะเป็นปรัชญาแนะแนวทางหรือค่านิยมที่ให้กรอบงานเพื่อวางนโยบาย ตัดสินใจ และปฏิบัติวิสัยทัศน์มีความสำคัญเพราะเป็นการชี้ทิศทางเป้าหมาย การทำงานให้สำเร็จเป็นตัวกำหนดขอบข่ายงาน ภาระหน้าที่ ทำให้มองเห็นอนาคตได้ชัดเจนและสามารถเตรียมการแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งเตรียมวิธีดำเนินการ เพราะถ้าสามารถ

คาดคะเนล่วงหน้า ความเสี่ยงจะน้อยลง ผลจะดีมาก นอกจากนี้บุคลากรต้องทำงานให้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งเสริมแรงเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการสร้างทีมงานได้ง่าย มีการสร้างทีมงาน มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย กลยุทธ์ วัตถุประสงค์ แผนงาน โครงการ จนกระทั่งนำไปสู่การปฏิบัติ

- ลักษณะของวิสัยทัศน์

1. เป็นสภาพที่พึงปรารถนาในอนาคต ที่วางอยู่บนพื้นฐานของสภาพความจริง และปัญหาต่างๆ ในท้องถิ่นชุมชน

2. ต้องเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ มีเหตุผล ทำลายความสามารถ ปบปอกภาระกิจที่ชัดเจน และเป็นเหมือนแผนที่คอยชี้ทิศทางที่กลุ่มหรือองค์กรจะก้าวไปในอนาคตด้วย

3. ต้องกำหนดให้เหมาะสมกับสภาพของชุมชนนั้นๆ

4. ต้องมีความเชื่อ หรือค่านิยมในหลักการร่วมกัน เพื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และเห็นพ้องต้องกัน

5. ต้องกำหนดขึ้นจากการระดมพลังสมอง การแสดงความคิดเห็นและผ่านการพิจารณากลั่นกรองจนตกลงหรือมีความเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องทุกคน

6. ต้องมีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน

คุณลักษณะของวิสัยทัศน์ที่ดีจึงต้องกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นความต้องการของท้องถิ่น มุ่งอนาคตหรือระยะเวลา มีความเป็นไปได้กับสภาพพื้นที่ ปบปอกความเปลี่ยนแปลงจากปัจจุบัน สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ มีการกำหนดมาตรฐานของความ เป็นเลิศ แสดงให้เห็นจุดมุ่งหมายหรือทิศทางชัดเจน มีความท้าทายทะเยอทะยาน และเกิดจากการมีส่วนร่วมขององค์กร

2. ภาระหน้าที่ของแต่ละคน

ภาระหน้าที่ควรเป็นคำประกาศว่าทำไมต้องมีทีมงาน และอธิบายให้ชัดเจนถึง ภาระหน้าที่หลักและค่านิยมของทีมงาน รวมถึงทักษะพิเศษหรือความเชี่ยวชาญ มีการระบุกิจกรรมบางอย่างที่มีใช้ภาระหน้าที่ของทีมงาน การพัฒนาภาระหน้าที่ทำให้ปบปอกจุดประสงค์ของทีมงานชัดเจน และช่วยพัฒนาเอกลักษณ์ของทีมงานแต่ละคน

3. การปฏิบัติงานด้านต่างๆ จุดศูนย์รวม

การปฏิบัติงานหลักในสาขาต่างๆ (Key Performance Areas = KPA) เป็นจุด

สำคัญของวงจร นับเป็นการปฏิบัติงานในสาขาต่างๆ หรือหน้าที่ที่จะจัดการอย่างจริงจังให้บรรลุความสำเร็จตามวิสัยทัศน์และรับภาระหน้าที่ วิธีที่ดีที่สุดในการทำงานที่จะปฏิบัติคือ การให้กลุ่มระดมสมอง วิเคราะห์หาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (Strengths Weaknesses Opportunities and Threats = SWOT)

เทคนิคการวิเคราะห์แบบ SWOT เป็นเทคนิคที่มีฐานความคิดว่าการวางแผนใดๆ ซึ่งไม่ได้เริ่มต้นจากความว่างเปล่า แต่จะเริ่มต้นจากสิ่งที่มีอยู่ ทั้งที่เป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค คำว่า SWOT เป็นคำนำหน้าอักษรย่อของคำหลัก 4 คำ ในการวิเคราะห์คือ

S	หมายถึง	Strengths	หรือ	จุดแข็ง
W	หมายถึง	Weaknesses	หรือ	จุดอ่อน
O	หมายถึง	Opportunities	หรือ	โอกาส
T	หมายถึง	Threats	หรือ	อุปสรรค ความเสี่ยง หรือภาวะคุกคามที่จะทำให้เกิดความไม่สำเร็จ

เทคนิคการวิเคราะห์แบบ SWOT ยึดถือความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และผู้วิเคราะห์ ซึ่งเป็นความสามารถด้านปัจเจกบุคคล ในข้อมูลชุดเดียวกัน อาจมีความเห็นที่แตกต่างกันตามพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนกระบวนการทัศนคติในการทำงานบางคนอาจเห็นแต่จุดอ่อนและอุปสรรค ในขณะที่บางคนอาจมองจุดอ่อนเป็นโอกาสหรือเป็นจุดแข็งในการทำงาน ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจในการสร้างวิสัยทัศน์ต่อไป ซึ่งจุดแข็งและจุดอ่อนจะเป็นการวิเคราะห์ที่มุ่งไปที่องค์ประกอบภายในชุมชนหรือองค์กร ในขณะที่โอกาสและอุปสรรคเป็นการวิเคราะห์ที่มุ่งไปที่องค์ประกอบภายนอกชุมชนหรือองค์กรซึ่งนักวางแผนควรเอาข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดมาพิจารณาจัดกลุ่มในลักษณะจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค

4. เป้าหมายปรับเข้ากัน

ในการระบุเป้าหมาย ต้องคำนึงถึงสัมฤทธิ์ผลและประสิทธิภาพของงานเป้าหมายเกือบทั้งหมดควรส่งผลประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้อง กระบวนการที่จะนำไปสู่การตกลงร่วมกันในเป้าหมายช่วยให้สมาชิกในทีมงานปรับตัวเข้าหากัน ทุกคนพัฒนาความเข้าใจในเป้าหมายของทีมงาน และสามารถมีส่วนร่วมช่วยว่าจะทำอย่างไรให้บรรลุเป้าหมายเหล่านั้น

5. ยุทธศาสตร์เป็นพันธมิตรกัน

เมื่อกำหนดเป้าหมายแล้ว ต้องกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้น โดยการพัฒนาพันธมิตรกับกลุ่ม หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง และระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่จะขัดขวางความสำเร็จตามเป้าหมาย

6. การปฏิบัติเห็นพ้องต้องกัน

การพัฒนาแผนปฏิบัติการจำเพาะของแต่ละเป้าหมาย ภายในกรอบงานของยุทธศาสตร์ และความเป็นพันธมิตร จะทำให้รู้ว่าจะเริ่มตรงไหน ใครควรทำหน้าที่อะไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะช่วยเป็นตัวกำหนดงานเพื่อปฏิบัติตามเป้าหมาย

7. การประเมินผลการปรับใหม่

ทีมงานที่มีผลสำเร็จ ต้องการให้มีการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงทั้งในสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในمرเป้าหมายระยะยาวและอาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติการก็เช่นกัน จะต้องได้รับ

การพัฒนา มีการประชุมดูการก้าวหน้า ซึ่งมีความจำเป็นมีฉะนั้นกระบวนการทั้งหมดจะมีปัญหา

การดำเนินการวิจัยปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม รูปแบบและกระบวนการนี้สามารถนำมาปรับใช้โดยแบ่งตามระยะของการวิจัย ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนดำเนินการวิจัย (Pre – Research Phase) ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) และระยะหลังการวิจัย (Post - Research Phase) การแบ่งระยะต่างๆ เป็น 3 ระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความชัดเจนสำหรับแนวทางปฏิบัติ แต่ในการปฏิบัติจริงๆ แล้วขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินการวิจัยอาจจะไม่แน่นอน ทั้งนี้เพราะขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัยเกิดขึ้นพร้อมๆ กันในระยะเวลาเดียวกันก็ได้ แต่บางครั้งหรือในบางขั้นตอนอาจจะต้องมีการกระทำในขั้นตอนหนึ่งก่อนแล้วจึงเริ่มดำเนินการในขั้นตอนต่อไป หรือบางครั้งอาจจะย้อนกลับมาเริ่มต้นใหม่ก็ได้

การวิจัยจึงเป็นทั้งการวิจัยและการพัฒนา กล่าวคือเป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนาและเป็นการวิจัยในงานพัฒนา เพราะการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัย นักพัฒนา เป็นผู้ทำงานร่วมกับชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาชุมชน องค์กรของชุมชนให้มีความเข้มแข็ง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหา มีความรับผิดชอบชุมชนของตนได้ ก่อให้เกิดการพึ่งพาตนเอง ซึ่งการที่จะดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ดังกล่าว อาจไม่สามารถกระทำได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นเราจึงไม่สามารถกำหนดกรอบระยะเวลาที่ตายตัวได้ ด้วยเหตุนี้ก่อนที่จะดำเนินการวิจัยประเภทนี้ควรคำนึงถึงแนวคิดที่สำคัญๆ ของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 ประการคือ

1. เน้นการแก้ปัญหา
2. ยึดปัญหาในชุมชนเป็นหลักหรือศูนย์กลางในการวิจัย
3. เป็นการทำงานเพื่อชุมชนและมุ่งพัฒนาประชาชน

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

เป้าหมาย/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล เวลา และงบประมาณ ให้การดำเนินงานทั้งในโรงพยาบาล ในศูนย์สาธารณสุขชุมชน และในโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน สามารถดำเนินงานตามโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ได้ครอบคลุมโรงเรียนทั้งหมดที่รับผิดชอบในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์
3. ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมที่เหมาะสมในเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมที่จัดขึ้นในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีต่องานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์โดยทำการศึกษาผลกระทบต่อ ข้อมูลการให้บริการทันตกรรมในเขตอำเภอเมืองโดยศึกษาที่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ,สถานบริการทันตกรรมอื่นๆ , ศูนย์สาธารณสุขชุมชน, โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง รวมทั้งศึกษาระบบคิวผู้ป่วยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ภายหลังการจัดบริการรูปแบบใหม่
2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและความเป็นไปได้ในการจัดบริการตามรูปแบบที่ทำการทดลองในระยะยาว
3. เพื่อศึกษาความครอบคลุมในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางทันตกรรมในโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์

ระเบียบวิธีวิจัย วิธีการประมวลผล ผลวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย (Research design)

Action research

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรกลุ่มที่จะทำการวิจัย ได้แก่

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สถานีนามัยที่เป็น ศสช.ที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ และ โรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอเมืองบุรีรัมย์ที่เป็นโรงเรียนในความรับผิดชอบของสถานีนามัยและโรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 69 โรงเรียน

2. ตัวแปร

- ตัวแปรต้น - รูปแบบการดำเนินงานทันตกรรมทันตสาธารณสุขของอำเภอเมืองบุรีรัมย์
- ตัวแปรตาม - ผลกระทบของการดำเนินงานต่อระบบงานบริการทันตกรรมในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์

กรอบแนวคิด

นโยบายและปัญหาทันตสุขภาพ

- นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ปัญหาทันตสาธารณสุขของอ.เมืองบุรีรัมย์
- ข้อมูลทรัพยากรด้านต่าง ๆ ของอ.เมืองบุรีรัมย์



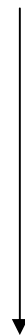
การจัดบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

- รูปแบบการจัดบริการโดยพิจารณาข้อดี/ข้อจำกัด
- ระบบการสนับสนุนทรัพยากร วิชาการและบุคลากร
- ปัจจัยภายนอกที่กระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข



การประเมิน

- ผลการบริการทันตกรรม
- ความครอบคลุมในงานเฝ้าระวัง รร.
- ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน



สังเคราะห์รูปแบบการบริการทันตกรรม ข้อดี ข้อจำกัดและเงื่อนไข

การรวบรวมข้อมูล ทำการรวบรวมข้อมูลตามแบบสำรวจโดยทันตบุคลากร โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2546 - ตุลาคม 2546

คำจำกัดความ

- **ขอบเขตการดูแลสุขภาพอนามัยที่ รพ. บุรีรัมย์รับผิดชอบ** - ได้แก่ สถานอนามัยในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์จำนวน 20 แห่ง และ กิ่งอ.บ้านด่าน จำนวน 6 แห่ง รวมทั้งสิ้น 26 แห่ง ในจำนวนเหล่านี้เป็น ศสช.ในอำเภอเมืองจำนวน 3 แห่ง และกิ่งอำเภอบ้านด่านจำนวน 1 แห่ง (ในปีงบประมาณ 2546 มีการเปิด ศสช.เพิ่มขึ้นในเขตอ.เมืองอีก 3 แห่งรวมเป็น 7 แห่ง)
- **งานเฝ้าระวังทางทันตกรรมในโรงเรียน** - กิจกรรมจะเน้นงานทันตกรรมป้องกัน งานทันตศึกษา การติดตามและสนับสนุนให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การแนะนำให้ครูตรวจอนามัยช่องปากของเด็ก การจัดระดับปัญหาทางทันตสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม การรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และจัดระบบการส่งต่อนักเรียนเพื่อรับการรักษาจากทันตบุคลากร

วิธีดำเนินการ

1. การรวบรวมข้อมูลเดิมในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองที่ผ่านมาและศึกษารูปแบบการดำเนินงานของจังหวัดอื่นๆ เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ
2. ประชุมระดมสมอง เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและจากหน่วยงานต่างๆที่มีส่วนในการจัดบริการทันตสุขภาพในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ และเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานของเขตอำเภอเมือง
3. ดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ในเขตอำเภอเมือง
4. ประเมินโครงการเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน โดยประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนด

Outcome ที่ทำการวัด

1. ผลงานการบริการทันตกรรมในเชิงปริมาณของสถานบริการแต่ละแห่งทั้งที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และสถานอนามัยที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเปรียบเทียบเมื่อเริ่มทำการวิจัยและเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน
2. ระยะเวลาในการรอคิวของผู้ป่วยเพื่อรับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ก่อนและหลังดำเนินการ
3. ความครอบคลุมของการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเขตรับผิดชอบหน่วยเป็น ร้อยละ
4. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการภายใต้นโยบายการดำเนินงานเช่นนี้

ผลงานการบริการทันตกรรม ใช้ตัวชี้วัดดังนี้

1. จำนวนผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมดที่ รพ.บุรีรัมย์ ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน (หน่วยเป็นราย)
2. จำนวนผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมด(หน่วยเป็นราย)ที่ สอ.ที่มีทันตภิบาล ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน(หน่วยเป็นราย)
3. จำนวนผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปใน รพ.บุรีรัมย์ (หน่วยเป็นราย) แยกตามชนิดของงานบริการทันตกรรม เนื่องจากแต่ละงานใช้เวลาต่างกัน โดยจะแยกเปรียบเทียบตามลักษณะงาน 2 ประเภท คือ
 - งานทั่วไป เช่น งานอุดฟัน, ถอนฟัน, ขูดหินปูน และงานเบ็ดเตล็ด
 - งานเฉพาะทาง เช่น ทันตกรรมประดิษฐ์ ,งานรักษารากฟัน ,ทันตกรรมสำหรับเด็ก, จัดฟัน
4. จำนวนผู้รับบริการทันตกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปใน สถานีนอนามัยที่เป็น PCU (หน่วยเป็นราย)

ระยะเวลาในการรอคิว ใช้ตัวชี้วัดดังนี้

1. ระยะเวลาในการรอคิว(หน่วยเป็นเดือน)เพื่อรักษางานเฉพาะทาง โดยวัดระยะเวลาในการรอคิวตั้งแต่วันที่มาตรวจเพื่อเข้าคิวจนถึงวันที่ได้รับการรักษาครั้งแรก โดยเปรียบเทียบเวลาในการรอคิวเพื่อรับการรักษาก่อนดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 6 เดือนและเมื่อดำเนินโครงการไปแล้ว 6 เดือน โดยแยกวัดในแต่ละงาน ตามลักษณะงาน 3 ประเภท คือ
 - งานเฉพาะทางที่สามารถใช้สิทธิบัตรทองรักษาได้ เช่น งานฟันปลอมฐานอคริลิก
 - งานเฉพาะทางที่ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาได้เลย เช่น งานรักษารากฟัน งานจัดฟัน งานฟันปลอมชนิดติดแน่น
 - งานเฉพาะทางที่มีงานรักษาทั้งแบบที่สามารถใช้สิทธิและไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้ เช่น
 - งานทันตกรรมสำหรับเด็ก
 - งานทันตกรรมหัตถการ
 - งานปริทันต์

ความครอบคลุมของการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน ใช้ตัวชี้วัดดังนี้

1. ร้อยละของจำนวนโรงเรียนที่ได้รับการตามระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ

- งานเฝ้าระวังทางทันตกรรมในโรงเรียน - กิจกรรมจะครอบคลุมงานทันตกรรมป้องกัน งานทันตสุขภาพ การติดตามและสนับสนุนให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การแนะนำให้ครูตรวจอนามัยช่องปากของเด็ก การจัดระดับปัญหาทางทันตสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม การรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และจัดระบบการส่งต่อนักเรียนเพื่อรับการรักษาจากทันตบุคลากร
- การศึกษาความครอบคลุมเป็นร้อยละ จะทำโดยวิธีดังนี้
 - ศึกษาโครงการและแผนการออกให้บริการทันตกรรมในโรงเรียนของสอ.ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ว่ามีการวางแผนการออกโรงเรียนครอบคลุมใน 1 ปีงบประมาณหรือไม่
 - ศึกษาแบบรายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือนของ สอ.แต่ละแห่งว่ามีรายงานการออกให้บริการทันตกรรมในโรงเรียนตามตารางที่กำหนดไว้หรือไม่
 - สุ่มออกไปที่โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง เพื่อสัมภาษณ์ครูอนามัยว่าทางโรงเรียนได้รับการบริการตามงานที่ควรจะได้รับหรือไม่ (งานที่ควรได้รับ คือ งานตามกิจกรรมโครงการเฝ้าระวังทางทันตกรรม เช่น งานทันตสุขภาพ , การติดตามการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ,การแนะนำครูในจัดระดับปัญหาทางทันตสุขภาพ เป็นต้น)

ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

1. ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ที่จะทำแบบสอบถามได้แก่

- ทันตแพทย์ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ทุกคน
- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขทุกคนที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์
- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองและกิ่งอำเภอบ้านด่าน(จำนวน 20 คน)

2. หัวข้อในแบบสอบถาม จะสอบถามเกี่ยวกับ

- ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การจัดสรรเวลา (Time allocation)เพื่อปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขตามนโยบายดังกล่าว
- ลักษณะงานทันตสาธารณสุขที่รับผิดชอบมากขึ้น/น้อยลงอย่างไร

- งานทันตสาธารณสุขภายใต้โครงการเช่นนี้คิดว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร
- โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเน้นที่งานทันตกรรมป้องกัน มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพียงใดและมีคำแนะนำอะไรให้การปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม
- การที่มีทันตแพทย์ไปออกสนับสนุนในสถานีนอมนัยที่เป็น PCU มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในสถานีนอมนัยหรือไม่อย่างไร ความถี่ของการออกไปที่ สอ.ของทันตแพทย์เหมาะสมหรือไม่อย่างไร
- งานตามโครงการเดิม และงานตามโครงการใหม่ควรเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไรเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด โดยอาศัยงบประมาณและบุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่
- เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานควรได้รับความรู้ใดเพิ่มเติมบ้างในการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขตามนโยบายเช่นนี้
- จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขในแต่ละสถานบริการเพียงพอหรือไม่ ควรเพิ่มหรือลดบุคลากร

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

1. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยใช้ผู้สัมภาษณ์ที่ไม่ใช่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ผู้รับบริการ รู้จัก (เช่น ให้นักศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์)
2. เก็บข้อมูลผู้เกี่ยวข้องทั้งด้าน เพศ การศึกษา รายได้ สิทธิในการรักษา เป็นต้น
3. หัวข้อที่สัมภาษณ์ ได้แก่
 - การบริการทันตกรรมตามระบบนี้สนองความต้องการในการรักษาหรือไม่
 - คิดว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประโยชน์ต่อประชาชนหรือไม่

ขอบเขตของการวิจัย

1. ทำการศึกษาข้อมูลการให้บริการทันตกรรมในเชิงปริมาณเฉพาะผู้ป่วยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่มารับบริการในเวลาราชการ
2. ทำการศึกษาข้อมูลการบริการทันตกรรมเชิงปริมาณเฉพาะสถานีนอมนัยที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำอยู่สถานีนอมนัยที่เป็นศสช.
3. ทำการศึกษาความครอบคลุมของการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตกรรม เฉพาะโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ที่ได้รับความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบุรีรัมย์และสถานีนอมนัยในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จำนวน 69 โรงเรียน
4. การศึกษาความพึงพอใจ จะทำการศึกษาผู้ที่ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ได้แก่ ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่รับผิดชอบงานด้านทันตสาธารณสุขในสถานีนอมนัย

5. การศึกษาจะเริ่มในเดือนธันวาคม 2545 ถึงเดือนมกราคม 2546 (รวมเวลา 12 เดือน)
การรวบรวมข้อมูล ทำการรวบรวมข้อมูลตามแบบสำรวจโดยทันตบุคลากร โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2546 - ตุลาคม 2546

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการให้บริการทันตกรรมด้านต่างๆในเชิงปริมาณทั้งที่ รพ.บุรีรัมย์ และ ที่สอ.ที่เป็น ศสช. เมื่อเริ่มดำเนินการและหลังดำเนินงานได้ 6 เดือน
2. เปรียบเทียบข้อมูลคิวผู้ป่วยใน รพ.บุรีรัมย์ เมื่อเริ่มดำเนินการและหลังดำเนินงานได้ 6 เดือน
3. เก็บข้อมูลความครอบคลุมของโรงเรียนที่ได้รับบริการในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพที่รับผิดชอบของบุรีรัมย์และสถานีอนามัยเมื่อเริ่มดำเนินการและหลังดำเนินงานได้ 6 เดือน
4. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข สุขภาพได้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การบริหารงานวิจัยและตารางการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนการดำเนินการ

กิจกรรม	ก	มี	เ	พ	มิ	ก	ส	ก	ต	พ	ธ	ม
	พ	ค	ม	ค	ย	ค	ค	ย	ค	ย	ค	ค
	4	4	ย	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	6	6	4	6	6	6	6	6	6	6	6	7
ระยะเตรียมการ 1.สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล -แบบเก็บข้อมูลการบริการทันตกรรมในสถานบริการและโรงเรียน -แบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการและนำแบบสอบถามที่ได้มาทดสอบหาความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ 2.ฝึกผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล												
ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล 1. การรวบรวมข้อมูลต่างๆเพื่อเตรียมนำเสนอในที่ประชุม 2. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 3. ประชุมกลุ่มย่อยผู้ร่วม วิจัยในจังหวัด 4. เก็บรวบรวมข้อมูลการบริการที่สถานบริการต่างๆ 5. สุ่มเก็บข้อมูลในโรงเรียนในเขตที่รับผิดชอบ 6. ประชุมระดมสมองเพื่อหารูปแบบการดำเนินงาน 7. ดำเนินงานตามรูปแบบที่สรุปได้จากการประชุมระดมสมอง 8. เก็บข้อมูลต่างๆเพื่อประเมินตามตัวชี้วัด 9. ประเมินข้อมูลในขั้นต้นและรวบรวมเพื่อเสนอคณะผู้ทำวิจัย 10.จัดประชุมเพื่อหาวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานอีกครั้งกรณีที่จำเป็น												
ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล												
เขียนรายงานการวิจัย												

ขั้นตอนการวิจัย

3.1.1 การเตรียมบุคลากรและวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่

มีการรวบรวมข้อมูลเดิมในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองที่ผ่านมาและศึกษารูปแบบการดำเนินงานของจังหวัดอื่นๆ เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ โดย

- การศึกษาข้อมูลในพื้นที่
- การรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาสรุป และวิเคราะห์
- การประชุมทีมวิจัย
- เชิญวิทยากร เพื่อให้ทีมศึกษาวิจัยได้เรียนรู้ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ สามารถนำประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในพื้นที่

3.1.2 การประชุมระดมสมอง ประชุมระดมสมอง เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนในการจัดบริการทันตสุขภาพในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ และเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานของเขตอำเภอเมือง

3.1.3 การดำเนินงานตามแผน/ โครงการ และประเมินผลดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ในเขตอำเภอเมือง

3.1.4 ประเมินโครงการเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน โดยประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนด

Outcome ที่ทำการวัด

1. ผลงานการบริการทันตกรรมในเชิงปริมาณของสถานบริการแต่ละแห่งทั้งที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และสถานีอนามัยที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเปรียบเทียบกับเมื่อเริ่มทำการวิจัยและเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน
2. ระยะเวลาในการรอคิวของผู้ป่วยเพื่อรับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ก่อนและหลังดำเนินการ
3. ความครอบคลุมของการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเขตรับผิดชอบหน่วยเป็น ร้อยละ
4. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการภายใต้นโยบายการดำเนินงานเช่นนี้

ผลงานการบริการทันตกรรม ใช้ตัวชี้วัดดังนี้

1. จำนวนผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมดที่ รพ.บุรีรัมย์ ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน (หน่วยเป็นราย)
2. จำนวนผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมด(หน่วยเป็นราย)ที่ สอ.ที่มีทันตภิบาล ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน(หน่วยเป็นราย)

3.จำนวนผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปใน รพ.บุรีรัมย์ (หน่วยเป็นราย) แยกตามชนิดของงานบริการทันตกรรม เนื่องจากแต่ละงานใช้เวลาต่างกัน โดยจะแยกเปรียบเทียบตามลักษณะงาน 2 ประเภท คือ

- งานทั่วไป เช่น งานอุดฟัน, ถอนฟัน, ขูดหินปูน และงานเบ็ดเตล็ด
- งานเฉพาะทาง เช่น ทันตกรรมประดิษฐ์, งานรักษารากฟัน, ทันตกรรมสำหรับเด็ก, จัดฟัน

4. จำนวนผู้รับบริการทันตกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปใน สถานีอนามัยที่เป็น PCU (หน่วยเป็นราย)

ระยะเวลาในการรอคิว ใช้ตัวชี้วัดดังนี้

ระยะเวลาในการรอคิว(หน่วยเป็นเดือน)เพื่อรักษางานเฉพาะทาง โดยวัดระยะเวลาในการรอคิวตั้งแต่วันที่มาตรวจเพื่อเข้าคิวจนถึงวันที่ได้รับการรักษาครั้งแรก โดยเปรียบเทียบเวลาในการรอคิวเพื่อรับการรักษาก่อนดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 6 เดือนและเมื่อดำเนินโครงการไปแล้ว 6 เดือน โดยแยกวัดในแต่ละงาน ตามลักษณะงาน 3 ประเภท คือ

- งานเฉพาะทางที่สามารถใช้สิทธิบัตรทองรักษาได้ เช่น งานฟันปลอมฐานอคริลิก
- งานเฉพาะทางที่ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาได้เลย เช่น งานรักษารากฟัน งานจัดฟัน งานฟันปลอมชนิดติดแน่น
- งานเฉพาะทางที่มีงานรักษาทั้งแบบที่สามารถใช้สิทธิและไม่สามารถใช้สิทธิบัตรทองได้ เช่น
 - งานทันตกรรมสำหรับเด็ก
 - งานทันตกรรมหัตถการ
 - งานปริทันต์

ความครอบคลุมของการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน ใช้ตัวชี้วัดดังนี้

ร้อยละของจำนวนโรงเรียนที่ได้รับการตามระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ

- งานเฝ้าระวังทางทันตกรรมในโรงเรียน - กิจกรรมจะครอบคลุมงานทันตกรรมป้องกัน งานทันตสุขศึกษา การติดตามและสนับสนุนให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การแนะนำให้ครูตรวจอนามัยช่องปากของเด็ก การจัดระดับปัญหาทางทันตสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม การรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และจัดระบบการส่งต่อนักเรียนเพื่อรับการรักษาจากทันตบุคลากร
- การศึกษาความครอบคลุมเป็นร้อยละ จะทำโดยวิธีดังนี้
 - ศึกษาโครงการและแผนการออกให้บริการทันตกรรมในโรงเรียนของสอ.ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ว่ามีการวางแผนการออกโรงเรียนครอบคลุมใน 1 ปีงบประมาณหรือไม่

- ศึกษาแบบรายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือนของ สอ.แต่ละแห่งว่ามีรายงานการออกให้บริการทันตกรรมในโรงเรียนตามตารางที่กำหนดไว้หรือไม่
- สุ่มออกไปที่โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง เพื่อสัมภาษณ์ครูนามัยว่าทางโรงเรียนได้รับบริการตามงานที่ควรจะได้รับหรือไม่ (งานที่ควรได้รับ คืองานตามกิจกรรมโครงการเฝ้าระวังทางทันตกรรม เช่น งานทันตสุขศึกษา, การติดตามการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ,การแนะนำครูในจัดระดับปัญหาทางทันตสุขภาพ เป็นต้น)

ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

1.ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ที่จะทำแบบสอบถามได้แก่

- ทันตแพทย์ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ทุกคน
- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขทุกคนที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์
- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองและกิ่งอำเภอบ้านด่าน(จำนวน 20 คน)

2.หัวข้อในแบบสอบถาม จะสอบถามเกี่ยวกับ

- ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การจัดสรรเวลา (Time allocation)เพื่อปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขตามนโยบายดังกล่าว
- ลักษณะงานทันตสาธารณสุขที่รับผิดชอบมากขึ้น/น้อยลงอย่างไร
- งานทันตสาธารณสุขภายใต้โครงการเช่นนี้คิดว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการหรือไม่อย่างไร
- โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเน้นที่งานทันตกรรมป้องกัน ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพียงใดและมีคำแนะนำอะไรให้การปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม
- การที่มีทันตแพทย์ไปออกสนับสนุนในสถานีนามัยที่เป็น PCU มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในสถานีนามัยหรือไม่อย่างไร ความถี่ของการออกไปที่ สอ.ของทันตแพทย์เหมาะสมหรือไม่อย่างไร
- งานตามโครงการเดิม และงานตามโครงการใหม่ควรเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไรเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด โดยอาศัยงบประมาณและบุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่
- เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานควรได้รับความรู้ใดเพิ่มเติมบ้างในการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขตามนโยบายเช่นนี้
- จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขในแต่ละสถานบริการเพียงพอหรือไม่ควรเพิ่มหรือลดบุคลากร

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

1. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยใช้ผู้สัมภาษณ์ที่ไม่ใช่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ให้บริการ รู้จัก (เช่น ให้นักศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์)
2. เก็บข้อมูลผู้เกี่ยวข้องทางด้าน เพศ การศึกษา รายได้ สิทธิในการรักษา เป็นต้น
3. หัวข้อที่สัมภาษณ์ ได้แก่
 - การบริการทันตกรรมตามระบบนี้สนองความต้องการในการรักษาหรือไม่
 - คิดว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประโยชน์ต่อประชาชนหรือไม่

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- กำหนดพื้นที่เป้าหมาย
- ขอบเขตการดูแลสถานีอนามัยที่ รพ. บุรีรัมย์รับผิดชอบ - ได้แก่ สถานีอนามัยในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์จำนวน 20 แห่ง และ กิ่งอ.บ้านด่าน จำนวน 6 แห่ง รวมทั้งสิ้น 26 แห่ง ในจำนวนเหล่านี้เป็น ศสช.ในอำเภอเมืองจำนวน 3 แห่ง และกิ่งอำเภอบ้านด่านจำนวน 1 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลมือสอง (Secondary data) โดยรวบรวมจากแบบสำรวจข้อมูลจากศูนย์สาธารณสุขชุมชนแห่งต่างๆ และแบบรายงานผลการปฏิบัติงานทันตกรรมจากสถานบริการแต่ละแห่งในช่วงเวลาก่อนการวิจัย
2. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานในแต่ละพื้นที่
3. ผลการสรุปประชุมระดมสมองในแต่ละครั้ง
4. การบันทึกกระบวนการดำเนินงานที่ตามที่วางแผนไว้
5. ข้อมูลผลการให้บริการทันตกรรมในสถานบริการแต่ละแห่ง ในเชิงลึก
6. ข้อมูลจากแบบสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
7. ข้อมูลจากแบบสอบถามผู้รับบริการทันตกรรม

การรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพื้นที่ศึกษา รวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจข้อมูลจากศูนย์สาธารณสุขชุมชนแห่งต่างๆ
2. แบบสอบถามข้อมูล โดยให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกเป็นผู้สัมภาษณ์
3. สรุปและรวบรวมประเด็นจากการประชุมปฏิบัติการระดมสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เมื่อได้แบบสอบถามทั้งหมดแล้ว นำมาตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ทำคู่มือลงรหัส และคำนวณโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

2.ข้อมูลเชิงคุณภาพ เมื่อได้ข้อมูลจากการประชุมระดมสมอง การติดตามและประเมินผล นำมา
จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

สถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา ได้เสนอผลการดำเนินการโครงการเป็นงวด ตามลำดับแผนที่กำหนดไว้ในโครงการ

สรุปกิจกรรมการดำเนินงานตามโครงการในงวดที่ 1 มีกิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น ดังนี้

การประชุมที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างดำเนินการ

1. การประชุมระดมสมองการพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์
จัดขึ้นในวันที่ 11 เมษายน 2546 (สรุปประชุมด้านท้าย)
2. การประชุมวิชาการ เรื่องรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
จัดขึ้นในวันที่ 16 พฤษภาคม 2546
 - วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางและตัวอย่างการดำเนินงานของผู้มีประสบการณ์ เพื่อปรับปรุง รูปแบบการบริการให้เหมาะสมกับพื้นที่
 - วิทยากร จากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม และ ทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบงานบริการทันตกรรมในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของ รพ.มหาราชนครราชสีมา)
 - ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ทันตบุคลากรจังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดใกล้เคียงจำนวน 50 คน
 - เนื้อหาการประชุม แนวทางการจัดสรรงบประมาณ / การบริหารงานบุคลากร / การสร้างบุคลากรจากพื้นที่ เช่น อบต.จัดสรรงบประมาณให้คนในพื้นที่ไปเรียนเป็นทันตภิบาล / แนวทางการสร้าง Gate keeper ตามมุมเมืองเพื่อรองรับการบริการทันตกรรมชนิดปฐมภูมิตามแหล่งชุมชนต่างๆในเขตเมือง / การให้บริการทันตกรรมงานเฝ้าระวังในโรงเรียน
 - ผลลัพธ์ที่เกิด
 - การซักถามและอภิปรายถึงประเด็นต่างๆ มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากทันตแพทย์ รพ.บุรีรัมย์
 - ทันตแพทย์ รพ.บุรีรัมย์ ตระหนักมากขึ้นว่า รพ.มีภาระงานด้านชุมชนมาเกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น การยอมรับงานด้านชุมชนมากขึ้น
 - โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดใกล้เคียงเข้าใจแนวทางการดำเนินงานมากขึ้น เพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตน

3. การประชุมทันตบุคลากรในเครือข่ายโรงพยาบาลบุรีรัมย์ (จัดเดือนละ 1 ครั้ง)

ผลลัพธ์ที่เกิด

- การประเมินข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อวางแผนดำเนินการในการเปิดให้บริการทันตกรรมใน ศสช.ในปีถัดไป
- แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
- แนวทางการบริการจัดการทรัพยากรด้านต่าง เช่น บุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ ระบบรายงาน
- บทบาทของ ทันตแพทย์ / ทันตภิบาล. ที่ ศสช.
- การประเมิน และวางแผนระบบงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน

4. การประชุม กรรมการผู้บริหารเครือข่ายโรงพยาบาลบุรีรัมย์(เดือนละ 1 ครั้ง)

ผลลัพธ์ที่เกิด

- แนวทางการจัดสรรทันตบุคลากรและครุภัณฑ์ เพื่อกระจายไปตามพื้นที่ต่างๆที่เหมาะสม
- การจัดตารางการออกปฏิบัติงานของแพทย์ ทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ
- บัญชียาหลักที่ ศสช. เพิ่มรายการที่ต้องใช้ในงานทันตกรรม
- แนวทางการจัดสรรงบประมาณในส่วนของงานทันตกรรมทั้งเครือข่าย (ให้ทันตกรรมจัดสรรแยกเองออกมาเฉพาะ เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการ)
- การจัดให้ทันตแพทย์ออกในทีมนิเทศงานร่วมระหว่าง รพ.บุรีรัมย์และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยให้ทันตแพทย์มีส่วนร่วมในการออกแบบนิเทศเฉพาะ (ไม่จำเป็นต้องเหมือนของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- การจัดสรรงบประมาณส่วนของงานส่งเสริมป้องกัน จัดให้มีโครงการของทันตกรรมด้วย

สรุปประชุมระดมสมองการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานทันตกรรมในเขต
อำเภอเมืองบุรีรัมย์ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วันที่ 11 เมษายน 2546 ณ ห้องประชุมพนมรุ้ง โรงพยาบาลบุรีรัมย์

ผู้เข้าร่วมประชุม

- ผศ.ภักดิ์ แสนไชยสุริยา สถาบันเครือข่ายพัฒนาการส่งเสริมการวิจัยระดับพื้นที่ภาคอีสาน
- ผศ.ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ผศ.ดร. นงลักษณ์ พันธจารุณี สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
- ทพญ.สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- ทพญ.วรางคณา อินทโลहित สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
- ทพญ.สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
- ทพญ.ทัศนีย์ ธรรมเรือง โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์
- ตัวแทนครูอนามัยจากโรงเรียนที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์รับผิดชอบ
- ทพญ.อัญชลี หิตจำนงค์ โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จังหวัดพิษณุโลก
- ตัวแทนจากสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์
- ตัวแทนจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์และกิ่งอำเภอบ้านด่าน
- ทพ.สมศักดิ์ ภัทรภูมิจิตร หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์
- ทพ.จิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
- ทันตแพทย์กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์
- เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์และกิ่งอำเภอบ้านด่าน

วาระการประชุม

ช่วงที่ 1

เป็นการนำเสนอข้อมูลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ เป็นการนำเสนอข้อมูลในเขตรับผิดชอบของ CUP โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่ ข้อมูลเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ และกิ่งอำเภอบ้านด่าน ได้แก่

- ข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบของ CUP รพ.บุรีรัมย์ และข้อมูลบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
- ข้อมูลทันตบุคลากรเขตอำเภอเมืองและกิ่งอำเภอบ้านด่าน
- ข้อมูลนักเรียนประถมศึกษาในความรับผิดชอบของ CUP รพ.บุรีรัมย์
- ภาระงานของสถานบริการแต่ละแห่งในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์และกิ่งอำเภอบ้านด่าน

- การระบาดของโรคและความจำเป็น ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ , ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประเทศ เปรียบเทียบเป้าหมายการดำเนินงานของทั้งประเทศ
 - นโยบายการจัดสรรเงินสู่ cup ของจังหวัดบุรีรัมย์
 - เป้าหมายการดำเนินงานทันตสาธารณสุขตามแผนกลยุทธ์ของจังหวัดบุรีรัมย์เพื่อรับเงินรายหัวประชากร ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - แนวทางการพัฒนางานพัฒนางานทันตสาธารณสุขในระดับ PCU และ CUP ของทั้งจังหวัดบุรีรัมย์
 - การจัดสรรเวลาในการทำงานของทันตบุคลากร รพ.บุรีรัมย์และศสช.
 - ผลกระทบของงานบริการที่ศสช.เมื่อมี ทพไปออกหน่วย
 - ผลการปฏิบัติงานของสถานบริการในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ และกิ่งอำเภอบ้านด่าน
- โดยเปรียบเทียบข้อมูลใน ปีงบประมาณ 2544 (ก่อนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และ ปีงบประมาณ 2545 (เมื่อดำเนินการได้ 1 ปี)
- ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน ปัญหาและอุปสรรค

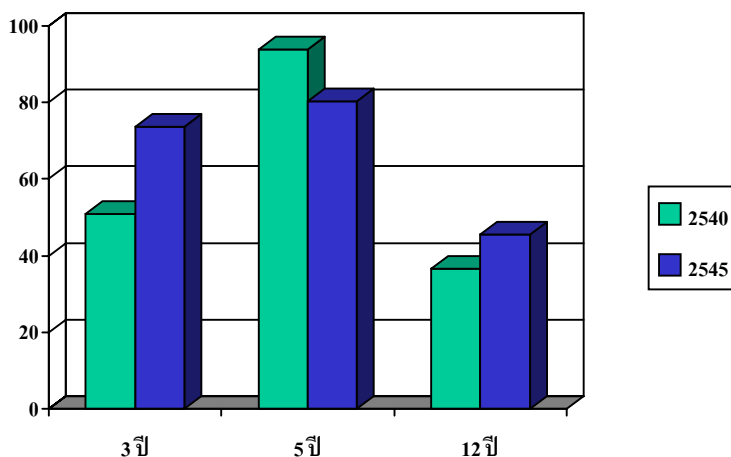
ช่วงที่ 2

จากการนำเสนอข้อมูลการดำเนินงานทันตกรรมของอำเภอเมืองบุรีรัมย์และกิ่งอำเภอบ้านด่าน ได้มีการอภิปรายถึงปัญหาที่พบ คือ

ปัญหาที่พบ

สถานการณ์โรคฟันผุ

ร้อยละของเด็กที่มีฟันผุในจังหวัดบุรีรัมย์



พบว่าปัญหาฟันผุที่เกิดขึ้นคือ กลุ่มอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่ควรให้การป้องกัน

สิ่งที่ได้รับผลกระทบเมื่อมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ในส่วนงานตั้งรับ

- ขยายตัว 60%
- งานพันปลอม ขยายตัว 250%
- การจัดลำดับการรอรับบริการไม่เพียงพอ

ในส่วนงานเชิงรุก

- งานนักเรียนในโรงพยาบาลศูนย์ ลดเหลือเพียง 10%
- งานรักษาเร่งด่วน ลดลงจาก 27% เหลือเพียง 3%

ความขัดข้อง/ขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อมีการดำเนินงาน

- บทบาทที่เป็น professional ของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์เปลี่ยนแปลงไป นอกจากงานด้านรักษาที่มีความชำนาญแล้วต้องรับบทบาทงานอื่นๆที่ไม่คุ้นเคยเพิ่มขึ้น
- ในส่วนของ สสจ. —มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ มีการยุบหน่วยงาน ทันตสาธารณสุข ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่ช่วยทำงาน ทันตแพทย์ใน สสจ.ต้องรับบทบาทอื่น เป็นงานวางแผนอื่นๆ แทน
- ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ไม่แน่ใจในบทบาทที่จะต้องไปออก PCU ว่าการออกไปอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ซึ่งเป็นงานที่ทภ.ทำได้อยู่แล้ว จะเหมาะสมหรือไม่ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ กิจกรรมที่แท้จริงของการที่ทันตแพทย์ไปออก PCU คืออะไร
- ทันตภิบาลใน สอ.ได้รับงานหลายอย่างนอกเหนือจากงานทันตกรรม สสจ.ไม่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานกับ สสอ.เพื่อให้ ทันตภิบาลทำงานทันตกรรมเหมือนเดิม ทำให้ทันตภิบาลรู้สึกเหมือนโดนทอดทิ้ง ไม่มีใครดูแล
- เวชกรรมสังคม สืบสนในบทบาทที่แท้จริงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีคนปฏิบัติงานไม่เพียงพอ
- ในส่วนของครู ในงานทันตกรรมโรงเรียน แต่ก่อน ครูเคยพานักเรียนมารับบริการที่ รพ.ได้เลย แต่เดี๋ยวนี้มาไม่ได้ เพราะต้องตรวจสอบสิทธิ์ นักเรียนที่มารักษาทุกคน นักเรียนที่ผู้ปกครองเบิกได้ต้องจ่ายเงินก่อนค่อยไปเบิกคืน ส่วนนักเรียนนอกเขต ไม่สามารถใช้บัตรทองได้ ทำให้เกิดปัญหามาก

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น คือ

- เมื่อมีนโยบาย 30 บาท มีการปรับระบบ มีการเปลี่ยนบทบาทใหม่ ในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ต้องมีการทำงานที่ไม่ชำนาญ โครงสร้างองค์กรที่มีไม่สอดคล้องกับภารกิจใหม่
 - พบว่า รูปแบบของ CUP อำเภอเมืองบุรีรัมย์ มีขนาดใหญ่และซับซ้อน
- การพัฒนาารูปแบบ จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ข้อเสนอจาก อาจารย์ที่ปรึกษา

- งานมีดำเนินการใน PCU ควรเน้นงาน primary care
- การทำงานให้มีประสิทธิภาพจะเน้นการบริหารจัดการเรื่องการให้บริการและการเงิน

- เงิน 1,202 บาทที่จัดสรรให้แต่ละจังหวัด นำเงินส่วนหนึ่งมาทำงานส่งเสริมป้องกันตรงนี้ได้หรือไม่
- ข้อจำกัดตอนนี้ที่พบ คือ คน / ทรัพยากร/ เวลา
- การขยายเครือข่าย อาจทำได้โดย
 - -รพศ.หา subcontract แล้วมีการติดตามตรวจสอบ
 - สสจ. (purchaser) เปรียบเหมือนผู้ดูแลเงิน ให้มองไปอีก 5 ปีข้างหน้าว่าจะมีแผนอย่างไร
 - รพศ. ทพ.Specialist ทำงานรักษาทั่วไปบางส่วน งานรองๆ อาจให้ทพ.ทั่วไป หรือ ทภ.ทำ
 - - ให้เอางานเป็นที่ตั้ง อย่ายึดกรอบ
 - - ไม่อยากให้ขาดงาน professional เดิมของรพ.ที่เคยทำ ต้องคำนึงไว้ โดยเฉพาะงาน Specialist
 - อบจ อบต. ให้ความช่วยเหลือได้หรือไม่

ข้อเสนอจาก อ.ทพ.สุปรีดา

- เสนอให้นางานวิชาการมาใช้ในงานบริการ
- เอาข้อมูลมาเสนอเบื้องต้นแก่ผู้เกี่ยวข้อง
- คนเจรจาต่อรอง-อาจจะเป็นทพ.สมศักดิ์
- โดยมีทีมวิจัยเป็น supporter
- ระดมความคิดจาก คนภายใน คนภายนอก
- อย่าลืมร่ววิชาการ

ทพญ.สรัตน์ กองทันตสาธารณสุข

- รพศ.คิด phase I ประสานระดับนโยบาย
- phase II ระดับปฏิบัติการ
- การเจรจาต่อรองอาจใช้เวลา 2-3 ปี
- การจัดตั้งศูนย์ให้เห็นชัด
- การ coverage ครอบคลุมพื้นที่หรือเปล่า
- การจัดลำดับความสำคัญ ดูว่าทำไปถึงจะกระจายตัวมากกว่านี้
- การพัฒนาบุคลากร อาจสร้างใหม่ หรือพัฒนาคนเดิม
- การพัฒนาขึ้นเป็นศูนย์ พัฒนาเชิงรุก

ข้อสรุปตกลงในระดับนโยบาย

ข้อสรุปตกลงในระดับปฏิบัติ

ด้านการบริหารจัดการ

I. การเจรจา/ประสานงาน/จัดการ ระดับนโยบาย(ระยะสั้น/ระยะยาว)

- การกำหนดโครงสร้าง

- เจราจาต่อรอง/กำลังคน
 - กรอบกำลังคน — ผู้จัดการ(คณะประสานงาน)
 - Sub-contract

II. การเจรจา/ประสานงาน/จัดการระดับปฏิบัติการ

- ผู้จัดการ
- ผู้ประสานงานระดับ PCU ได้แก่ รพ.ค่าย /เทศบาล /PCU
- ผู้ประสานงานระดับจังหวัด — ทพ.จิรศักดิ์
- ผู้ประสานงานระดับ CUP — ทพญ.ภัตติมา

โดยให้ทีมงานไปคิด — keyman ที่จะไปประสานต่อ(คณะผู้วิจัย)

1. โครงสร้างอย่างไร จะช่วยตอบสนองกับปัญหา — เคลื่อนระดับนโยบาย
2. โครงสร้างของ PCU จะเชื่อมกับ PCU อย่างไร ให้เกิดเครือข่ายบริการ มีกิจกรรมอะไร เช่น ค่าใช้จ่ายต่อหัวเท่าไร ชื่อผู้ประสานงานเบื้องต้น เป็นต้น

III. การทำJob description

การกำหนดพื้นที่ปฏิบัติงานเบื้องต้น

การสรุปหัวข้อวิจัยครึ่งปี

สิ่งที่ต้องดำเนินการ

- นโยบายอะไรที่ต้องมีการปรับ-มีคณะทำงานติดต่อ โดยให้ไปติดต่อเรื่องความเป็นไปได้ในการจัดตั้ง subcontractor เพื่อขยายเครือข่ายการให้บริการทันตกรรม
- โครงสร้าง(Organizational Body) ด้าน primary care —หาผู้จัดการ
- การปรับการปฏิบัติงาน เพื่อทำงานได้ครอบคลุม
- แผนระยะสั้น คือเราจะจัดสรรคน เวลา ในการทำงานอย่างไร
- ศูนย์ปฏิบัติการ
- การจัดการที่เป็นรูปธรรม บทบาทของทันตแพทย์ที่ PCU

ตัวอย่างข้อเสนอต่อ PCU

ขยายความร่วมมือ

- เพิ่ม CUP
- Subcontract อาจจะเป็นหน่วยงานเอกชน หรือ หน่วยงานรัฐอื่นๆ

การบริหารจัดการ CUP

- ผสมผสานสุขภาพองค์รวม เช่น
 - ประสานกับเวชกรรมสังคม เช่น การประสานในการจัดทำ Family folder
 - สอ.
- การพัฒนา/ปรับกำลังคน

- Manager

- การเพิ่มทันตภิบาลในโรงพยาบาลศูนย์

- มีสสจ.เป็นพี่เลี้ยง

- การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย

- การเพิ่มอุปกรณ์/ทรัพยากร

ถ้าจะพัฒนาภายใต้ข้อจำกัดของระยะเปลี่ยนผ่าน

ต้องปรับปรุงระดับโครงสร้างการบริหารจัดการ CUP

โดยการขยายความร่วมมือ/ผู้เกี่ยวข้อง

การบริหารจัดการ CUP (ไม่ใช่แค่ รพศ.)

การดำเนินงาน

PCU ทำหน้าที่เป็น primary care

ทันตแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

ทันตภิบาลมีบทบาทในการ early detection เพื่อส่งต่อ โรงพยาบาล

เครื่องมือในการดำเนินงาน คือการบริหารจัดการ และการเงิน

ทรัพยากร ได้แก่

- คน — กสช. , ทหาร , เทศบาล เพื่อประสานในเชิงนโยบาย

- สถานที่ - อาจขยายเครือข่าย เช่น การสร้าง sub-contractor

- เวลา

รูปแบบการประสานที่จะเกิดขึ้น(อาจเป็นอีกใน 5 ปีข้างหน้า)

สสจ. กำกับ รพศ. Monitor Sub contractor

โดยโรงพยาบาลศูนย์ต้องแยกงานให้ออกในงาน primary/ secondary /tertiary

ผลจากการประชุมระดมสมองเพื่อแนวทางในการบริหารจัดการ CUP เมืองบุรีรัมย์

คือการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละส่วน

- การพัฒนาบุคลากร เช่น ส่งคนไปเรียนต่อ ทบ.จากอบต.

การประชุมระดมสมองในหัวข้อ

ในฐานะ CUP เมือง ท่านคิดว่า ควรมีการบริหารจัดการอย่างไรให้สามารถบรรลุเป้าหมายในส่วน

ของการส่งเสริมป้องกัน และรักษาตามชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การเสนอความเห็นให้เสนอบทบาทว่าแต่ละส่วนควรทำอะไรบ้าง

โดยการแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มต่างๆคือ รพศ./เวชกรรมสังคม PCU/สอ/เทศบาล/รพ.ค่าย

ผลของการประชุม ได้ข้อเสนอแนะทางเบื้องต้นในการดำเนินงาน ดังนี้

แนวทางในการบริหารจัดการ CUP เมืองบุรีรัมย์

งานข้อมูลข่าวสาร

1. โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นศูนย์ข้อมูล
2. การประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลแก่โรงเรียน
3. มี KPI ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

การประสานงาน,สร้างเครือข่าย

1. การประสานงาน ของเครือข่าย
 - ในเขต รพศ. ได้แก่ การประสานกับ เทศบาล เวชกรรมสังคม หน่วยงานอื่นๆ
 - นอกเขต รพศ. ได้แก่ การประสานกับ PCU สอ. และ หน่วยงานอื่นๆ
2. ศูนย์ประสานงาน
 - มีที่ปรึกษา
 - มีการกำหนดบทบาทหน้าที่
 - จัดสรรต้นทุน
3. ผู้ประสานงานควรมี authority
4. ประสานงาน 10 ทิศ

งานส่งเสริมป้องกันเชิงรุก

1. รพศ.เป็น manager และเป็นผู้กระตุ้นให้มีการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน
2. การสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน 1 PCU /1 เครือข่าย
3. การสร้างชุมชนเข้มแข็ง
4. การสร้างระบบประสานเพื่อให้บุคลากรอื่นดำเนินการ

การจัดตั้ง Sub contractor

1. เอกชน
2. หน่วยงานอื่น

การจัดตั้งองค์การอิสระ

การบริหารจัดการโดยมีงบประมาณสนับสนุน

การจัดสรรเวลาการให้บริการ

1. การจัดลำดับงานบริการ
2. การให้บริการในงานส่งเสริมป้องกัน ให้ความสำคัญมากขึ้น โดยการจัดสรรคนให้เหมาะสมกับงาน

การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม

การพัฒนาบุคลากร

1. การเพิ่มศักยภาพคนที่มีอยู่ เพื่อทำงานเชิงรุก
2. การผลิตบุคลากรเพิ่ม อาจเป็น อบต.ส่งคนไปเรียนทันตภิบาล

ข้อเสนอจาก รพศ.

ประเด็นการให้บริการ

1. กำหนดสถานที่และแนวทางในการให้บริการแต่ละประเภท รวมถึงการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งงาน primary, secondary, tertiary
2. เป็นศูนย์สนับสนุนทางด้านวิชาการแก่บุคลากร

ประเด็นการบริหารจัดการ

1. กำหนดนโยบาย เป้าหมาย กลุ่มผู้รับบริการตามลำดับความสำคัญและความเสี่ยง
2. จัดตั้งศูนย์ประสานงานและคณะทำงานที่ชัดเจน
3. กำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับนโยบาย
4. จัดสรรทรัพยากรตามกิจกรรม และดำเนินการประสานกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5. ให้การสนับสนุนดูแลกิจกรรมที่กำหนด
6. ประเมินผลกิจกรรมการดำเนินงาน

ซึ่งคณะผู้ดำเนินงานจะได้ประชุมเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่ต่อไป หลังจากนั้นจะประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินงาน ต่อไป

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการประชุมระดมสมองในวันที่ 11 เมษายน 2546

- การปรับโครงสร้างบุคลากรในการรับผิดชอบ มีการจัดให้มีทันตแพทย์เฉพาะที่รับผิดชอบงานชุมชนโดยตรง
- การจัดตั้งศูนย์ประสานงานบริการทันตกรรม ของ cup เมืองบุรีรัมย์ ที่ รพ.บุรีรัมย์ มีการจัดตั้งกรรมการ
- การจัดประชุมงานทันตสาธารณสุขเขตเมืองบุรีรัมย์และกิ่งอำเภอบ้านด่านทุกเดือน เพื่อประเมินการดำเนินงาน และเสนอแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงานต่างๆ และเพื่อวางแผนการดำเนินงานในแต่ละสถานบริการ
- การจัดตารางเวรทันตแพทย์ใน รพศ.บุรีรัมย์ใหม่ มีการจัดสรรเวลาเพื่องานทันตกรรมชุมชนและงานทันตกรรมป้องกันมากขึ้น โดยจัดทันตแพทย์ส่วนหนึ่งเพื่อออกหน่วยทันตกรรมโรงเรียนร่วมกับทันตภิบาล เพื่อช่วยงานบริการ และดูแลกำกับงานรักษาของทันตภิบาล
- กลุ่มงานทันตกรรมเสนอให้มีการประสานงานและนำเสนอข้อมูลต่างๆ เช่น ผลการปฏิบัติงาน ในที่ประชุมรพ.บุรีรัมย์และหน่วยงานต่างๆ เช่น สสอ. ผู้บริหาร เสนอให้มีการสำรวจสถานะทันตสุขภาพเพื่อนำเสนอผู้บริหาร เพื่อให้ผู้บริหารเห็นภาพของปัญหาทันต สุขภาพและแนวทางการทำงาน
- รพ.แต่งตั้ง ทพ. 1 คนเพื่อ เป็นผู้นิเทศงานเกี่ยวกับทันตกรรมใน ศสช. เช่น การวางแผนนิเทศงาน การจัดสรรงบประมาณ การจัดสรรบุคลากร บัญชียาใน ศสช.

- การปรับตารางออก ศสช.ของทันตแพทย์ จากเดิมที่ออกไปทุกสัปดาห์ เปลี่ยนเป็นออก สัปดาห์เว้นสัปดาห์สำหรับ ศสช. แต่ละแห่ง โดยให้ทพ.คนเดิมออกไปที่เดิม และเป็นพี่เลี้ยง ในการดูแลข้อมูลทุกด้านของศสช.ตั้งแต่ การรักษาพยาบาล การควบคุมการติดเชื้อ การวางแผนซื้อวัสดุทันตกรรม
- การทบทวนบทบาท ทพ. ที่ไปออกหน่วยที่ ศสช. โดยให้ ทันตภิบาลนัดผู้ป่วยที่มีปัญหา มาปรึกษา นอกจากนี้ได้นัดนักเรียนจากโรงเรียนในเขตรับผิดชอบมารับบริการทันตกรรมที่ ค่อนข้างยุ่งยาก ในวันที่มีทันตแพทย์ออกไป วันละประมาณ 10 คน ในกรณีที่ทันตภิบาล ไม่มีผู้ป่วยเพื่อปรึกษาทันตแพทย์ ก็ให้ ทภ.ออกพื้นที่เพื่อทำงานทันตสาธารณสุขแทน
- การทบทวนงบประมาณของโรงพยาบาล โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเสนอให้จัดสรร งบประมาณด้านส่งเสริมและป้องกัน เพื่อมาเป็นงบประมาณด้านทันตสาธารณสุข จึงเกิด โครงการทันตกรรมชุมชนขึ้นอีก 6 โครงการ เช่น การสำรวจฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม การสนับสนุนในกลุ่มหญิงมีครรภ์และเด็กเล็ก การอบรมฟื้นฟูความรู้แกนนำโรงเรียน ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู เป็นต้น
- การประสานงานระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์กับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด บุรีรัมย์ เพื่อให้เกิด subcontractor ในงานทันตกรรม (แต่เนื่องจากมีการโยกย้ายนาย แพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ประมาณ 2-3 คน นโยบายการบริหารจึงเปลี่ยนไปตาม ผู้บริหาร การเกิด subcontractor จึงเริ่มประมาณต้นเดือนกันยายน 2546)
- มีการจัดโครงการหน่วยทันตกรรมในโรงเรียน โดย รพ.บุรีรัมย์จัดสรรงบประมาณวัสดุ ค่าตอบแทน และจัดรถพยาบาลเคลื่อนที่จำนวน 1 คัน เพื่อจัดออกหน่วยทันตกรรมใน โรงเรียน โดยจัดให้ ทันตภิบาลจาก ศสช.แต่ละแห่งออกหน่วยร่วมกับ ทันตแพทย์จาก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เน้นงานทันตกรรมป้องกันในช่วงแรก เช่น งานเคลือบฟลูออไรด์ และงานเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อเน้นงานในกลุ่มที่มีปัญหา ผลงานการออกหน่วยทันตกรรม ในโรงเรียน ประมาณ 2-3 วันต่อสัปดาห์ จำนวนผู้รับบริการต่อวันประมาณ 100 คน
- ทันตภิบาลจัดตารางการให้บริการผู้ป่วยใน ศสช.ใหม่ โดยจัดให้บริการเฉพาะบางวัน ไม่รอ ตั้งรับผู้ป่วยที่ ศสช.ทุกวัน เนื่องจากผู้รับบริการมีจำนวนไม่มากนัก เวลาที่เหลือสามารถ ทำงานด้านทันตสาธารณสุขได้

สรุปกิจกรรมตามข้อเสนอโครงการงวดที่ 2 ตามกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. การประชุมกลุ่มย่อยผู้ร่วมวิจัยในจังหวัด ได้แก่
 - ประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา
 - ประเมินการเก็บข้อมูลที่ผ่านมาจากแบบสอบถาม และข้อมูลที่ได้จากสถานบริการ
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลการบริการทันตกรรมจากสถานบริการต่างๆ ในเขตรับผิดชอบ
 - การประเมินวิธีการเก็บข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

3. ประชุมระดมสมองเพื่หารูปแบบการดำเนินงานในโรงเรียนประถมศึกษา

- แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน
- แบบฟอร์มการรายงานสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน

4. ดำเนินงานตามรูปแบบที่สรุปได้จากการประชุมระดมสมอง

- การปรับปรุงแบบการดำเนินงานตามที่วางแผนไว้

5. สุ่มเก็บข้อมูลในโรงเรียนที่รับผิดชอบ

- ข้อมูลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพโรงเรียน
- ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

6. เก็บข้อมูลต่างๆเพื่อประเมินตามตัวชี้วัด

- การวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานเบื้องต้น

7. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามครั้งที่ 2

- ผลของแบบสอบถามที่บันทึกแล้ว ครั้งที่ 2

-

รายละเอียดของแต่ละกิจกรรม มีดังนี้

สรุปกิจกรรมที่ 1 การประชุมกลุ่มย่อยผู้ร่วมวิจัยในจังหวัด ได้แก่

มีการประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมาในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านการบริหารจัดการ

- การปรับโครงสร้างบุคลากร มีการจัดให้มีทันตแพทย์เฉพาะที่รับผิดชอบงานชุมชนโดยตรง
- การจัดตั้งศูนย์ประสานงานบริการทันตกรรม ของ CUP เมืองบุรีรัมย์ ที่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
- มีการจัดตั้งกรรมการบริหารงานทันตสาธารณสุข
- การจัดประชุมงานทันตสาธารณสุข CUP เขตเมืองบุรีรัมย์ ทุกเดือน -• เพื่อประเมินการดำเนินงาน และเสนอแนวทางการแก้ปัญหา
- เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงานต่างๆ เพื่อวางแผนการดำเนินงานในแต่ละสถานบริการ
- เสนอให้มีการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเพื่อนำเสนอผู้บริหาร เพื่อให้ผู้บริหารเห็นภาพของปัญหาทันตสุขภาพและแนวทางการทำงาน
- การปรับตารางออก PCU ของ ทันตแพทย์ จากเดิมที่ออกไปทุกสัปดาห์ เปลี่ยนเป็นออกสัปดาห์เว้นสัปดาห์
- การทบทวนบทบาท ทันตแพทย์ ที่ไปออกหน่วยที่ PCU โดย ทันตแพทย์ เป็นที่ปรึกษาทุกๆด้าน เช่น ให้ทันตภิบาลนัดผู้ป่วยที่มีปัญหามาปรึกษา การควบคุมการติดเชื้อ การวางแผนซื้อวัสดุทันตกรรม เป็นต้น

ด้านการให้บริการ

- การจัดการตารางทันตแพทย์ใน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ใหม่ มีการจัดสรรเวลาเพื่องานทันตกรรมชุมชนและงานทันตกรรมป้องกันมากขึ้น
- ทันตแพทย์ที่มีภาระงานเฉพาะทางมาก จัดสรรเวลานัดคนไข้ เฉพาะทางให้มากขึ้น
- ทันตแพทย์ออกหน่วยทันตกรรมโรงเรียนร่วมกับ ทันตภิบาล เพื่อช่วยงานบริการและดูแลกำกับงานรักษาของทันตภิบาล
- การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลบุรีรัมย์ กับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเพิ่มเครือข่ายการให้บริการทันตกรรม (Subcontractor) แก่ผู้ที่มีบัตรทองในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์
- ทันตภิบาลจัดการให้บริการทันตกรรม ที่ PCU เป็นบางวัน ไม่รอตั้งรับผู้ป่วยที่สถานบริการทุกวันเนื่องจากมีปริมาณผู้รับบริการไม่มาก ส่วนเวลาที่เหลือสามารถทำงานด้านทันตสาธารณสุขได้

ด้านการส่งเสริมป้องกันเชิงรุก

1.งานอนามัยโรงเรียน

จัดโครงการออกหน่วยทันตกรรมในโรงเรียน โดย รพ.บุรีรัมย์จัดสรรงบประมาณในการออกหน่วย

- โรงพยาบาลบุรีรัมย์จัดรถออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่จำนวน 1 คัน
- ทันตภิบาลออกหน่วยร่วมกับทันตแพทย์จากโรงพยาบาลบุรีรัมย์
- งานที่ออกไปให้บริการเน้นงานทันตกรรมป้องกันในช่วงแรก

2.โครงการจัดทำและปรับปรุงรถทันตกรรมเคลื่อนที่

- โรงพยาบาลบุรีรัมย์จัดสรรงบประมาณ เพื่อจัดหาครุภัณฑ์ประจำรถทันตกรรมเพื่อให้สะดวกในการดำเนินงานยิ่งขึ้น

3.การอบรมครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในงานอนามัยโรงเรียน

(รายละเอียดตามเอกสารด้านท้าย)

มีการจัดทำระบบและพัฒนารูปแบบการรายงานสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียนแบบใหม่ (ข้อมูลครอบคลุมแบบเดิมของกระทรวงและมีข้อมูลฟันผุ อุดฟัน ถอนฟัน DMFT เพิ่ม)

4. งานส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กเล็ก ได้แก่

- กิจกรรมการแปรงฟัน
- ระบบข้อมูลรายงานในชั้นอนุบาล
- การเคลือบฟลูออไรด์วานิชให้แก่เด็กนักเรียนอนุบาล

การประเมินการเก็บข้อมูลที่ผ่านมาจากแบบสอบถาม และข้อมูลที่ได้จากสถานบริการ
มีการรวบรวมข้อมูล ประเมินผลการเก็บข้อมูล และประชุมเพื่อแจ้งและวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมา
ได้

**สรุปกิจกรรมที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลการบริการทันตกรรมจากสถานบริการต่าง ๆ ใน
เขตรับผิดชอบ**

- การประเมินวิธีการเก็บข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น รวบรวมและเสนอที่ประชุม

สรุปกิจกรรมที่ 3 ประชุมระดมสมองเพื่หารูปแบบการดำเนินงานในโรงเรียนประถมศึกษา

- การประชุมระดมสมองในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูอนามัยเพื่หารูปแบบงานเฝ้า
ระวังทันตสุขภาพใน โรงเรียน ผลการประชุม คือได้ แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังทันต
สุขภาพในโรงเรียน และ แบบฟอร์มการรายงานสภาวะ ทันตสุขภาพของนักเรียน

สรุปกิจกรรมที่ 4 ดำเนินงานตามรูปแบบที่สรุปได้จากการประชุมระดมสมอง

- การปรับรูปแบบการดำเนินงานตามที่วางแผนไว้

สรุปกิจกรรมที่ 5 สุ่มเก็บข้อมูลในโรงเรียนที่รับผิดชอบ

- ข้อมูลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพโรงเรียน หลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่วาง
ไว้ในโรงเรียน พบว่า เจ้าหน้าที่และครูสามารถตรวจและลงข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน
ได้ง่ายขึ้น การออกหน่วยทันตกรรมในโรงเรียนแต่ละครั้งสามารถปฏิบัติงานได้หลายอย่างจากเดิม
เคยทำได้เพียงการถอนฟัน เมื่อมีรูปแบบใหม่ สามารถทำการอุดฟัน เคลือบร่องฟัน และเคลือบ
ฟลูออไรด์ได้ด้วย ปริมาณนักเรียนที่รับบริการ เพิ่มขึ้นจากประมาณ วันละ 10 คน เป็น
ประมาณ วันละ 90 คน แผนการออกหน่วยเคลื่อนที่สามารถทำได้ทั่วถึงและกระจายได้ทุก
โรงเรียน ต่างจากแต่ก่อนซึ่งออกบริการได้แค่โรงเรียนที่อยู่ใกล้สถานบริการ

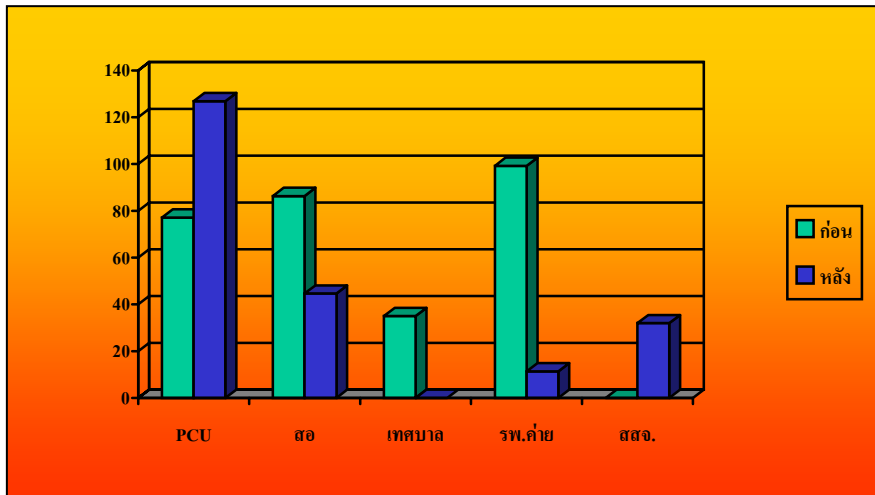
- ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน - ช่วงที่มีการประชุมเพื่อชี้แจงงาน และช่วงที่มี
ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานในโรงเรียน เป็นช่วงที่มีการปรับโครงสร้างการบริหารใน
กระทรวงศึกษาธิการทำให้การประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานเป็นไปได้ลำบาก

สรุปกิจกรรม ที่ 6 เก็บข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประเมินตามตัวชี้วัด

ผลงานบริการทันตกรรมสถานบริการต่างๆ เฉลี่ยต่อเดือน(ราย)

พบว่าปริมาณผู้รับบริการเพิ่มขึ้นใน PCU หลัก , PCUรอง และในสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดบุรีรัมย์

ส่วนในศูนย์บริการของเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ ไม่มีผู้รับบริการเนื่องจากทันตภิบาลลาศึกษาต่อ ในโรงพยาบาลค่ายมีจำนวนผู้รับบริการลดลงเนื่องจากทันตแพทย์โยกย้ายไปจังหวัดอื่น

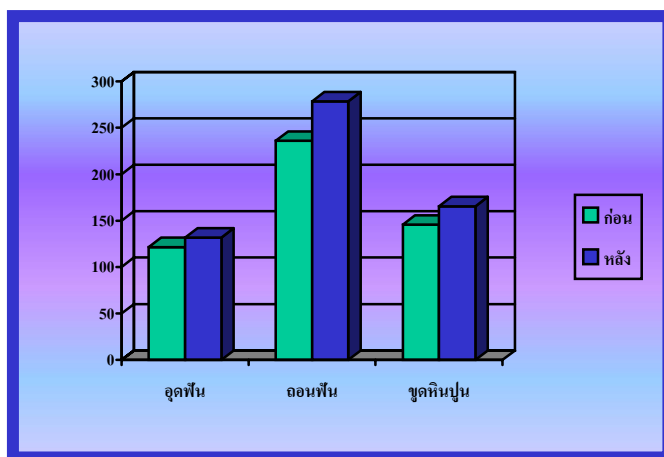


ผลงานการบริการทันตกรรม รพ.บุรีรัมย์เฉลี่ยต่อเดือน (ราย)

พบว่าปริมาณผู้รับบริการเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเดือนละประมาณ 90 คน

งานทันตกรรมทั่วไป เฉลี่ยต่อเดือน (ราย)

พบว่างานบริการทันตกรรมทั่วไป ได้แก่ งานอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย เพิ่มขึ้นในทุกๆงาน



งานทันตกรรมเฉพาะทางเฉลี่ยต่อเดือน (ครั้ง)

พบว่าปริมาณผู้รับบริการในงานเฉพาะทางเพิ่มขึ้นในงานฟันปลอมชนิดถอดได้ และงานทันตกรรมเด็กเนื่องจากเป็นงานที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะงานค่อนข้างยุ่งยาก ใช้เวลาในการรักษานานในแต่ละครั้ง และต้องนัดรักษาหลายครั้ง ส่งผลให้ปริมาณผู้รับบริการมีมากขึ้นไปด้วย

งาน	ก่อน	หลัง
ฟันปลอมถอดได้	124	156
ฟันปลอมติดแน่น	8.3	8.9
รักษารากฟัน	32.5	28.22
ศัลยกรรมช่องปาก	14.85	12.6
ปริทันต์	32.5	31.7
ทันตกรรมเด็ก	95.4	126.7

งานทันตกรรมป้องกันเฉลี่ยต่อเดือน(ราย)

พบว่างานทันตกรรมป้องกันและงานทันตกรรมในโรงเรียนมีผลงานเพิ่มขึ้นในทุกงานที่ทำการเปรียบเทียบ
เนื่องจากการรอกให้บริการทันตกรรมในโรงเรียนร่วมกันระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล

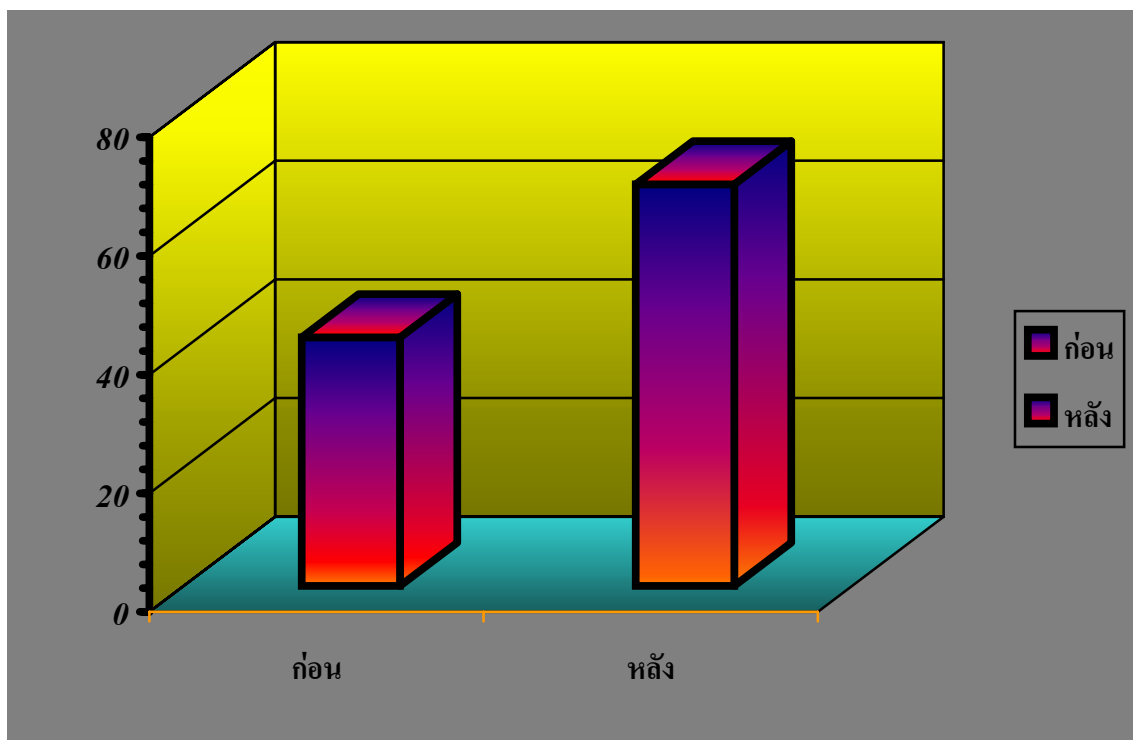
งานทันตกรรมป้องกัน (ราย)	ก่อน	หลัง
ANC	2.5	8.6
WBC	0	0.8
เคลือบฟลูออไรด์	5.6	189.7
เคลือบร่องฟัน	10.2	201
<u>งานหน่วยทันตกรรม</u>		
จำนวนโรงเรียนที่ได้รับการตรวจ (แห่ง)	12	24
จำนวนนักเรียนที่ได้รับการรักษา (ราย)	168	976

ระยะเวลาในการรอกคิวในงานเฉพาะทาง(เดือน)

งาน	<u>ก่อน</u>	หลัง	หมายเหตุ
ฟันปลอมถอดฟันได้	11.6	13.7	
ฟันปลอมติดแน่น	8.1	8.4	
รักษารากฟัน	3.7	4.1	
ทันตกรรมเด็ก	2.6	1.7	
ศัลยกรรมช่องปาก	0.8	2.4	

หมายเหตุ: งานเฉพาะทางอื่นไม่มีการเข้าคิว

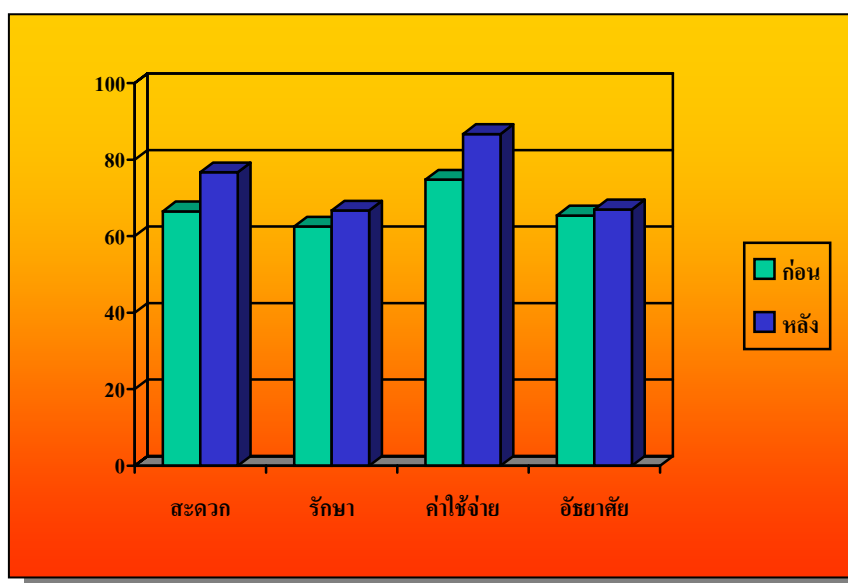
ความครอบคลุมของการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน (ร้อยละ)



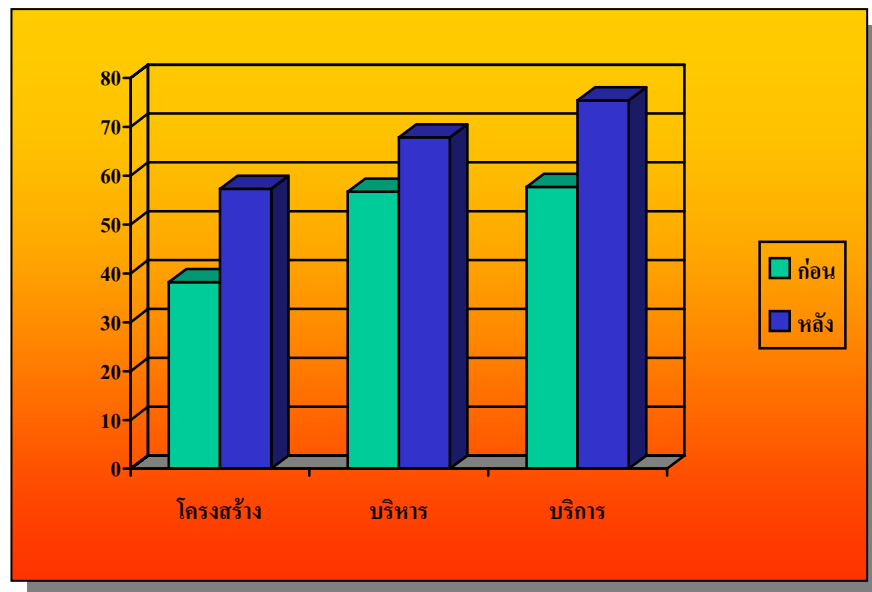
สรุปกิจกรรมที่ 7 เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามครั้งที่ 2

- ผลของแบบสอบถามที่บันทึกแล้ว ครั้งที่ 2

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ(ร้อยละ)



ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (ร้อยละ)



สรุปประชุมโครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพใน
โรงเรียนประถมศึกษา ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์และ
กิ่งอำเภอบ้านด่าน ปี 2546 วันที่ 28-29 กรกฎาคม 2546

กำหนดการ

วันที่ 28 กรกฎาคม 2546

- 9.30- 10.30 ความประทับใจในงานสถานื่อนามัย
10.30-10.45 พักรับประทานอาหารว่าง
10.45-12.00 สรุปประสบการณ์ทำงานอนามัยโรงเรียน
12.00-13.00 พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.30 ร่วมคิด ร่วมใจหาแนวทางแก้ปัญหาทันตสุขภาพในเด็ก
14.30-15.30 เรียนรู้ทักษะการค้นหาข้อมูลทันตสุขภาพ
15.30-16.30 สรุปการเรียนรู้
15.30-16.31

ช่วง 1

เป็นการทำให้ทุกคนคิดความประทับใจในงานสถานื่อนามัย คิดคนเดียว 2-3 นาที จับคู่กันเล่าให้เพื่อนฟัง 3 นาที จับกลุ่มเล่าเรื่องที่ได้ฟังให้กลุ่ม กลุ่มเลือกเรื่องที่ประทับใจที่สุดในกลุ่มมาเสนอกลุ่มใหญ่ 1 เรื่อง มาเล่า ให้คัดชื่อกลุ่มทำประจำกลุ่ม ทำ mind map สรุป

สิ่งที่ประทับใจในงานอนามัยโรงเรียน

ให้เล่าเหตุการณ์ที่ประทับใจ เช่น เหตุการณ์อะไร เกิดที่ไหน ใคร อย่างไร

1. ได้รับการประสานงานดีจากครู
2. การออกหน่วยโรงเรียนครั้งแรกของทันตภิบาลจบใหม่ ไปที่ สอ.ถลุงเหล็ก น้องทันตภิบาลเพิ่งขับรถเป็น ทางที่ไปถนนขรุขระมาก ฝนตกหนัก ต้องลงฝ่าย แต่ทันตภิบาลขับรถลงฝ่ายเอง เมื่อไปถึงโรงเรียนที่ออกหน่วยได้รับการต้อนรับอย่างดีทั้งจากครูและนักเรียน
3. เหตุการณ์เมื่อไปฉีดวัคซีนที่โรงเรียน เจ้าหน้าที่มีขนมแจกเด็กๆ ได้รับการต้อนรับอย่างดี มีความรู้สึกภูมิใจ เหมือนได้ไปทำบุญ เด็กที่เป็นหัวหน้าห้องช่วยเหลือดีมาก
4. เมื่อไปออกหน่วยมีโรงเรียน ได้พบเด็กที่ตนเองเคยช่วยตอนทำคลอดให้แม่ ตอนนี้เด็กโตขึ้น จนไปโรงเรียนได้แล้ว และมาทักทายตน และให้การช่วยเหลือดีมาก

ช่วงที่ 2

ยกตัวอย่างกระบวนการทำงานอนามัยโรงเรียน โดยเน้นงานด้านหนึ่ง จัดลำดับการทำงาน เช่น การอนามัยโรงเรียนเรื่องการจัดหา ทำอย่างไร ดำเนินการอย่างไร กระบวนการทำงาน เราทำอย่างไรตั้งแต่ต้นจนจบใช้กระบวนการทำงานอย่างไร

ตัวอย่าง

กลุ่มประสบผลสำเร็จ

กระบวนการตรวจสอบสุขภาพนักเรียน

ขั้นตอน

1. ประชุมวางแผนในการจัดทำโครงการ
2. กำหนดเป้าหมาย - โดยสำรวจข้อมูลนักเรียนในเขต
3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. ดำเนินกิจกรรม
5. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
6. ติดตามผล

กลุ่ม One man show

โครงการกำจัดเหาในนักเรียน

1. วางแผนออกตรวจสอบสุขภาพ
2. แจ้งกำหนดการให้นักเรียนทราบ
3. ออกไปตรวจสอบสุขภาพนักเรียน
4. แยกนักเรียนที่มีเหา จัดบันทึกรายชื่อ
5. แจ้งผู้ปกครองเด็ก
6. เจ้าหน้าที่นำอุปกรณ์ไปกำจัดเหา 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ให้สุขศึกษา
7. สรุปว่าผ่าน ให้ครูทราบ เพื่อการเฝ้าระวัง
8. ประเมินผลทุก 3 สัปดาห์

กลุ่ม Sheeta

โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ขั้นตอน

1. สำรวจข้อมูลพื้นฐาน
2. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
4. ปฏิบัติตามแผน กิจกรรม
5. ประเมินผล

กิจกรรม

1. ให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ หน้าเสาธงทุกเช้า โดยครู ผู้นำ
2. รณรงค์ควบคุม กำกับ
3. สำรวจค่าดัชนี ลูกน้ำ (CI)
4. ประกวาดโรงเรียน
5. กิจกรรมต่อเนื่อง

6. รายงานผล

กลุ่มเสี้ยวฟัน

วัคซีน

1. วางแผน
2. ประสานผู้รับผิดชอบ
3. ขอข้อมูลเด็ก
4. เบิกเวชภัณฑ์
5. แจ้งกำหนดการ
6. บริการฉีดวัคซีน
7. ติดตามนักเรียนที่ไม่ได้รับบริการ

สรุป mind map กระบวนการทำงาน

1. สรุปรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล
2. เตรียมการ ประสานงาน ประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย จัดอัตรากำลัง แจ้งกำหนดการ
3. ดำเนินการสุศึกษา ประชุมเชิงปฏิบัติการ มีส่วนร่วม(ผู้เกี่ยวข้อง)

การวางแผน

- คน บุคลากร
- เวชภัณฑ์
- ข้อมูล (จำนวนเป้าหมาย) เช่น จำนวนนักเรียน ค้นหาปัญหา (ข้อมูลย้อนหลัง ตรวจสอบสุขภาพ)
- วางแผนแก้ไขปัญหา การเอาใจใส่ของ นร. ครู อบต.

ปัญหาบออะไร

ปัญหาแต่ละที่แตกต่างกัน ดังนั้นรายละเอียดในการดำเนินงานต่างกัน เช่น

- ความถี่ในการเฝ้าระวัง การเข้าไปดำเนินการ จะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่
- การดูแลที่บ้าน
- บุคลากรที่เข้าไปดำเนินการ จำนวนต่างกัน เช่นการใช้คนในพื้นที่ในการดำเนินการ เช่น ครู ผู้ปกครอง หรือเราทำเอง
- จำนวนเวชภัณฑ์

ขั้นตอนการดำเนินงาน Plan / Do / Check / Act

ช่วงที่ 3

การแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขในเด็กนักเรียน

สิ่งที่ต้องรู้

- ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก
- ปัญหาที่พบได้แก่ เหงือก และฟันผุ

ใครที่จะเข้ามามีส่วนร่วม

1. ผู้บริหาร
2. ครูประจำชั้น
3. ครูอนามัย
4. ผู้ปกครอง
5. เด็ก

ให้ทุกกลุ่มวาดภาพโรงเรียนทันตสุขภาพในฝัน

คนที่จะมีส่วนร่วมสร้างโรงเรียนในฝัน

1. โรงเรียน ผู้มีส่วนร่วมได้แก่ ผอ. ครูประจำชั้น ครูอนามัย ภารโรง กิจกรรม ได้แก่ การส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
 2. ศสช. ได้แก่ เจ้าหน้าที่ กิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้ สนับสนุนเรื่องอุปกรณ์ ติดตามนิเทศงาน ประเมินผล
 3. ชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง กสค. อสม. มีส่วนร่วมปลูกฝังนิสัยที่ดีด้านทันตสุขภาพ ทำให้เกิดแกนชุมชนเข้มแข็ง
 4. อบต. สนับสนุนงาน
- ทั้งนี้ทุกๆส่วนต้องร่วมประสานงาน เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลแจ้งสภาวะ สถานการณ์ ร่วมกันจัดกิจกรรมส่งเสริม อย่างต่อเนื่อง

ภาคบ่าย

การตรวจฟันเด็กนักเรียน

ร่วมกันพิจารณา- ความหมายของฟันผุ จุดดำ เป็นรอยดำ เป็นรูชัดเจน ฟันที่อุดแล้ว เป็นฟันดี

ฟันที่ถูกถอน จะจดบันทึกหรือไม่

สิ่งที่อยากให้ครูในวันพรุ่งนี้

- แยกฟันแท้ ฟันน้ำนม
- โรคที่เกี่ยวข้องกับฟัน (ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคในช่องปาก)
- ให้ครูตระหนัก อยากรักษาในงานในโรงเรียน

ปัญหาการทำงาน

- ครูมองเป็นงานฝาก ครูอนามัยทำงานหนัก
- เจ้าหน้าที่ทันตกรรมไม่สามารถดูแลได้ทันเวลา
- การเข้าถึงบริการ
- ผู้บริหารไม่ค่อยเห็นความสำคัญ
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงผู้ประสานงาน ไม่สามารถไปสั่งครูได้ ต้องให้ผู้บริหารเป็นผู้สั่ง

วันที่ 29 กรกฎาคม 2546

มีครูผู้บริหารและครูอนามัยมาร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

การประชุมกลุ่มย่อย ตามหัวข้อ

เด็กนักเรียนในฝัน

1. สุขภาพดี ทางกาย(สุขภาพดี ไม่มีโรค)และใจ(มีสุข แจ่มใส)
2. ทักษะการเรียนรู้ที่ดี มี IQ และ EQ (ให้ รัก รอ พอใจ) มีความสุขในการเรียน
3. มีความรับผิดชอบต่อ ตัวเอง ครอบครัว สังคม
4. จริยธรรม มีความเมตตา กรุณา

ความประทับใจของคุณครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อกัน

1. เจ้าหน้าที่ สช.หัววัว ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ถูกหักเป็นชาวบ้าน เป็นกันเอง กลมกลืน
2. คุณครู เมื่อไปติดต่องาน เจ้าหน้าที่เป็นกันเอง บริการดี บริการเด็กเป็นอย่างดี ใจเย็น ไม่รังเกียจเด็ก ให้วัคซีนสม่ำเสมอ
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชื่อคุณอ้อด ไปฉีดวัคซีน ครูเตรียมเด็กเรียบร้อย หาเตาอุปกรณ์ ต้ม เชื้อ ช่วยต้ม ช่วยฝนเชื้อ กินข้าวร่วมกัน ได้รับการต้อนรับอย่างดี
4. คุณครูประทับใจเจ้าหน้าที่หน้าตาดี อารมณ์ดี ยิ้มดี
5. มนุษย์สัมพันธ์ เลี้ยงอาหารดี มีเพื่อน

กระบวนการทำงาน

1. เตรียมการดำเนินงาน วางแผน
2. การประสานงาน
3. ออกดำเนินงานตามแผนที่วางไว้
4. ประเมินผลการดำเนินงาน

การจัดระบบการดำเนินงาน และระบบข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน

(ตามเอกสารในภาคผนวก)

ภาคท้าย

การฝึกตรวจฟันในนักเรียนของครูอนามัย โดยมีทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง

สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และหัวข้อการทำวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการ ทันตกรรมที่เหมาะสมในเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อสนองต่อนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า โดยมีแนวคิดจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการบริหารจัดการและจัดสร งบประมาณของโครงการดังกล่าว ส่งผลให้เกิด ความเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการดำเนินงาน ด้านทันตกรรมในเขตเมือง เกิดข้อจำกัดด้านต่างๆ ภายใต้ทรัพยากรที่มี โดยมีวิธีดำเนินการ คือ รวบรวมข้อมูลเดิมในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองที่ผ่านมา จัด ประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหารูปแบบการบริการทันตกรรมที่เหมาะสมในเขตอำเภอ เมืองบุรีรัมย์ เมื่อดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้ เป็นเวลา 6 เดือน จะทำการประเมินตามตัวชี้วัด ต่างๆ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินงานในระยะยาว

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม แบบรายงานผลการปฏิบัติงาน หลังจากการ รวบรวมข้อมูล จะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows เพื่อคำนวณค่าสถิติ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ รวบรวม/ จัดหมวดหมู่สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสรุปผลการวิจัย ได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การเพิ่มเครือข่ายการให้บริการ (Subcontractor) แก่ผู้รับบริการบัตรทอง ที่ สสจ.บุรีรัมย์
2. พัฒนาระบบงานบริการทันตกรรมใน สสจ. ที่มีทันตภิบาล
3. การจัดทำรถออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์เพื่อให้บริการ ในโรงเรียน
4. การจัดทำระบบและรูปแบบรายงานสภาวะทันตสุขภาพในโรงเรียนซึ่งพัฒนาโดย เจ้าหน้าที่
5. การประเมินความเปลี่ยนแปลง พบว่า ผลงานบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นในแต่ละ สถานบริการ ระยะเวลาการรอคิวงานเฉพาะทางเพิ่มขึ้นในบางงานเนื่องจากมีการ โยกย้ายและลาออกของทันตแพทย์ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการดำเนินโครงการวิจัยนี้ได้แก่

1. การศึกษาข้อมูลการให้บริการทันตกรรม จะศึกษาเฉพาะข้อมูลในเชิงปริมาณ ผู้รับบริการในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จะศึกษาเฉพาะผู้ที่มารับบริการในเวลาราชการเท่านั้น
2. การศึกษาข้อมูลการรับบริการทันตกรรมในสถานื่อนามัย จะทำการศึกษาเฉพาะสถานื่อนามัยที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำอยู่ที่สถานื่อนามัยเท่านั้น
3. การศึกษาความครอบคลุมของการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตกรรม เฉพาะโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอเมืองบุรีรัมย์ที่เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ และสถานื่อนามัยในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ (ไม่รวมถึงโรงเรียนสังกัดเทศบาล และโรงเรียนเอกชน)
4. การศึกษาความพึงพอใจ ทำการศึกษาในช่วงเวลาที่ค่อนข้างจำกัด ซึ่งอาจไม่มีความเปลี่ยนแปลงมากนัก
5. การศึกษาจะเริ่มในเดือนตุลาคม 2545 ถึงเดือนพฤษภาคม 2546 (รวมเวลา 7 เดือน) ซึ่งเป็นเวลาที่จำกัด เนื่องจากผู้รับบริการในแต่ละช่วงของปี มีปริมาณไม่เท่ากัน จากปัจจัยต่างๆ เช่น ฤดูกาลการทำงาน การปิด-เปิดเทอมของนักเรียน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. อาจทำการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของคุณภาพที่น่าสนใจในเชิงลึก เช่น ข้อมูลการให้บริการทันตกรรมในงานเฉพาะทางของโรงพยาบาลบุรีรัมย์แต่ละงาน โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่ เป็นพื้นฐาน
2. แบบสอบถามความพึงพอใจ อาจนำมาใช้ต่อเนื่องเพื่อเก็บข้อมูลและทำการวิเคราะห์การดำเนินงานได้ในระยะที่ยาวขึ้น เพื่อพัฒนาการบริการต่อไป

หัวข้อการวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม

เนื่องจากการศึกษารูปแบบการดำเนินงานนี้ เน้นการให้บริการเฉพาะผู้รับบริการในกลุ่มผู้รับบริการทั่วไป และผู้รับบริการทันตกรรมในโรงเรียน ซึ่งยังไม่รวมถึง กลุ่มอายุ อื่นๆ เช่น หญิงมีครรภ์ เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ การวิจัยที่อาจทำการศึกษาต่อไป อาจทำการศึกษาให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวนี้ ยังคงเน้นเฉพาะงานส่วนของงานด้านการให้บริการเท่านั้น ไม่รวมถึงงานด้านส่งเสริมป้องกัน ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญของการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม อาจเป็นการศึกษารูปแบบของการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับงานอื่นๆ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและตัดสินใจ เนื่องจากการวิจัยโครงการนี้ ใช้การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม

1. กมล สุตประเสริฐ.การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน.กรุงเทพฯ: สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ; 2540
2. กวี วศัพฒ. วิเคราะห์นโยบายรัฐบาลของ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร กับนายชวน หลีกภัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 . เชียงใหม่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์ ; 2544
3. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.มาตรฐานการทำงานพยาบาลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพมหานคร : กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ;2544
4. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544
5. โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข.รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป(เล่ม1) สรุปเนื้อหาสำคัญโครงการวิจัยและพัฒนาระบบเวชปฏิบัติทั่วไป.พิมพ์ครั้งที่ 2 .นนทบุรี:โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ; 2542ก.
6. จิรุตน์ ศรีรัตนบัลลังก์.ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ.นนทบุรี:โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
7. ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์,ปาริชาติ สถาปิตานนท์.(2542) การประชุมอย่างสร้างสรรค์.วันที่ 16-18 ธันวาคม 2542.
8. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ ,ยงยุทธ พงษ์สุภาพ,สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ,รวินันท์ ศิริกนกวิไล.ศูนย์แพทย์ชุมชน:การให้บริการสาธารณสุขแบบเวชปฏิบัติครอบครัว.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2538; 3(4) : 215-25.
9. นัยนา เกิดวิชัย.รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. นครปฐม: สำนักพิมพ์นิตินัย ; 2543.
10. บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์,ปาดนดี เอกะ จัมปกะ ,ไพจิตร เพ็งไพบูล์ ,อุทัย ม่วงศรีเมืองดี ,สุรสิทธิ์ ไมตรีจิตร,วิระ ต้วงชู ,และคณะ. การพัฒนาของสถานอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ;2539.
11. ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์,สุรีดา อุดุลยานนท์,นุศราพร เกษสมบูรณ์,ปิยฉัตร พัทธานันต์,พรทิพย์ คำพอ,กรแก้ว จันทภาษา,และคณะ.ลักษณะผู้ป่วยประเภทขอฟรี จังหวัดขอนแก่น.รายงานการวิจัย.ขอนแก่น:ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2543.

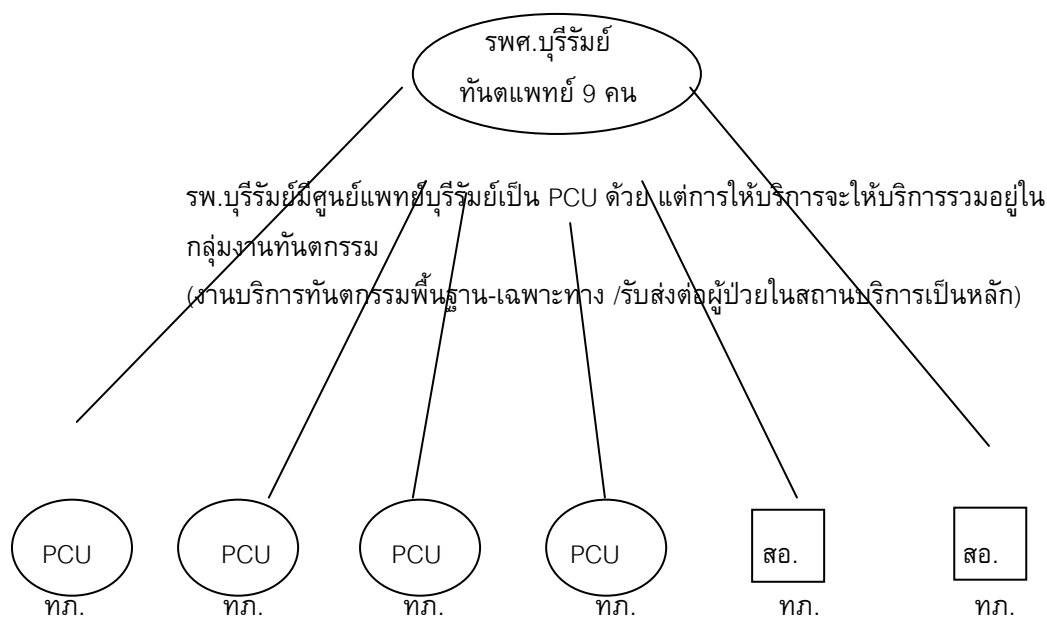
12. เพ็ญแข ลาภยั้ง. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานด้าน
สุขภาพช่องปากในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัด
สุพรรณบุรี ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี.นนทบุรี:กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข; 2545
13. ไพจิตร ปะบุตร.แนวคิดสุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร : สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ; 2547
14. ไพรัตน์ เตชะรินทร์,เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง .การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.
กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาคการพิมพ์ ; 2527
15. รวิพันธ์ กนกสิริวิไล.กระบวนการวิจัยแบบ Action Research. ใน รวิพันธ์ กนกสิริวิไล,
ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ,ยงยุทธ พงษ์สุภาพ,บรรณาธิการ.ทางเลือกใหม่ระบบ
บริการสาธารณสุข.นนทบุรี:สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข; (ม.ป.ป.).
16. _____,รุจิรา มังคละศิริ.ศูนย์สุขภาพชุมชน.นครราชสีมา: บริษัทแสงโชคมาร์เก็ตติ้ง
จำกัด;2545.
17. วิพุธ พูลเจริญ , สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ , สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ , โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ,
จิรุตน์ ศรีรัตนบัลลังก์.สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.นนทบุรี : โครงการ
สำนักพิมพ์ระบบวิจัยสาธารณสุข ;2543
18. ศุภสิทธิ์ พรธรรณโณทัย .เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข:ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ.
พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก :ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัย
นเรศวร; 2544ก.
19. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ ,บุญเอื้อ ยงวานิชากร, จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ,วรารณ จิระพงษ์ ,
สุณี ผลดีเยี่ยม , ปิยะดา ประเสริฐสม ,และคณะ.สถานการณ์การจัดบริการทันต
สุขภาพตามนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า กรณี 6 จังหวัด 1 เมษายน
พ.ศ. 2544. (เอกสารอัดสำเนา).
20. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิ และบริการ
ด่านแรก. ใน :พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข , ทศนีย์ สุรกิจโกศล,บรรณาธิการ.เวชปฏิบัติ
ครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน:แนวคิดและประสบการณ์.นนทบุรี:
โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข;2542.
21. สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการจัดระบบ
บริการ ปฐมภูมิ.(เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข ;2544
22. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์.ระบบประกันสุขภาพ:ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ .นนทบุรี :
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ;2544

23. อลิศรา ชูชาติ ,นวรรตน์ สุวรรณผ่อง,วิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง.เทคนิคการศึกษาเพื่อการ
พัฒนาการพัฒนายอย่างมีส่วนร่วม.สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา;2538
24. Bisbee Jr. GE, editor.Management of Rural Primary care: Concepts and
Cases.Chicago:The Hospital Research and Education Trust ; 1982.
25. Mach EP,Abel-Smith B.Planning the finances of the health sector: A manual for
developing countries.Geneva: World Health Organization;1983.
26. McWhinner LR. Primary care: core values , Core values in changing world.BMJ.
1998 ; 316:1807-9

ภาคผนวก

ข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเขตเมืองบุรีรัมย์เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2545 และ 2546

รูปแบบของโครงการที่ดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ(2545)



หน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบุรีรัมย์และสถานีอนามัยที่มีทันตภิบาลขณะดำเนินโครงการ

- โรงพยาบาลบุรีรัมย์รับผิดชอบงานต่างๆคือ
 1. งานด้านบริการทันตกรรมในสถานบริการ ในด้านทั่วไปและเฉพาะทาง
 2. งานด้านออกหน่วยดูแลศูนย์สาธารณสุขชุมชนในเครือข่ายจำนวน 4 แห่ง โดยมีทันตแพทย์ไปให้บริการทันตกรรมที่สถานีอนามัยที่เป็นเครือข่าย แห่งละ 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยทันตแพทย์จะออกไปดูและระบบงานด้านต่างๆ รับปรึกษาและให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วยในรายที่เกินความสามารถของทันตภิบาล โดยจะวางแผนออกไปให้บริการทันตกรรมในวันที่ทันตภิบาลไปออกหน่วยนอกสถานีอนามัยเพื่อให้ไม่ขาดการงานบริการในสถานบริการในวันดังกล่าว
 3. งานทันตกรรมโรงเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 8 โรงเรียน
 4. งบประมาณในการดำเนินการของโรงเรียนที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ โรงพยาบาลบุรีรัมย์จะเป็นผู้รับผิดชอบ

● สถานีนอนามัยที่มีทันตภิบาล รับผิดชอบงานต่างๆคือ

1. งานบริการทันตกรรมพื้นฐานในสถานบริการ(เน้นงานป้องกันและรักษาแบบฉุกเฉิน)
2. งานทันตกรรมชุมชน ในเชิงรุก โดยดูแลประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ
3. งานหน่วยทันตกรรมในโรงเรียน โดยจะทันตภิบาลจะวางแผนร่วมกันออกหน่วยเป็นโซน เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่บริการ จะมีทันตบุคลากรออกหน่วยจำนวน 2-4 คน และอาจมีเจ้าหน้าที่จากแต่ละสถานีนอนามัยร่วมออกหน่วยทันตกรรมด้วย การวางแผนวันที่จะออกหน่วย จะเลือกวางแผนออกพื้นที่ในวันที่มีทันตแพทย์มาให้บริการประชาชนที่สถานีนอนามัย เพื่อไม่ให้ขาดทันตบุคลากรที่จะให้บริการในสถานีนอนามัย
4. งานที่ออกให้บริการในโรงเรียนได้แก่ ตรวจฟัน ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน ทันตสุขศึกษา

งบประมาณของการดำเนินการ ส่วนหนึ่งได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์(ค่าวัสดุคงทน) และอีกส่วนหนึ่ง(คิดจากวัสดุสิ้นเปลืองและค่าเบี้ยเลี้ยง)เรียกเก็บจาก สอ.ข้างเคียงที่เป็นเจ้าของพื้นที่โรงเรียน ตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามรายชื่อของประชากรที่ให้บริการในแต่ละพื้นที่

• รูปแบบด้านการบริหารจัดการก่อนดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท)

ข้อมูลเดิมที่ รพ.บุรีรัมย์และสถานอนามัยที่มีทันตภิบาล

หัวข้อ	รพ.บุรีรัมย์	สถานอนามัยที่มีทันตภิบาล	หมายเหตุ
ด้านบุคลากร	-ทันตแพทย์ 9 คน -ผู้ช่วยทันตแพทย์ 7 คน -ช่างทันตกรรม 1 คน -พนักงานผู้ช่วยฯ 6 คน	-เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 1-2 คน -ทันตภิบาล 1 คน -ลูกจ้าง 1-2 คน	
อัตราส่วนทันตบุคลากรต่อประชาชน (ตามเกณฑ์กระทรวงฯ)	ทันตแพทย์ : ประชากร 1 : 20,000	ทันตภิบาล : นักเรียน 1 : 5,000	
อัตราส่วนทันตบุคลากรต่อประชาชน (ตามจริง)	ทันตแพทย์ : ประชากร 1 : 40,000	ทันตภิบาล: นักเรียน 1 : 10,000	
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	1. <u>งานบริการทั่วไป</u> -อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ,ect. 2. <u>งานบริการเฉพาะทาง</u> เช่น ศัลยกรรมช่องปาก, รักษาคลองรากฟัน, จัดฟัน, ใส่ฟัน,ect. 3. <u>งานทันตกรรมชุมชน</u> -ในสถานบริการ -โรงเรียน -สาธารณสุขมูลฐาน 4. <u>บริหารทั่วไป</u> 5. <u>งานวิชาการ</u> เช่น ฝึกอบรมนศ.	1. <u>งานบริการ</u> – เน้นการรักษาเพื่อป้องกันการสูญเสียฟันและการบำบัดฉุกเฉินทางทันตกรรม เช่น เคลือบร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ 2. <u>งานทันตสาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมาย</u> ต่างๆ ได้แก่ ในสถานบริการ (ANC, WBC,ect.) งานโรงเรียน ประชาชนทั่วไป(ศสมช.) 3. <u>งานฝึกอบรมและพัฒนาวิชาการ</u> เช่น อบรม อสม. 4. <u>งานบริหารจัดการ</u> และงานอื่นๆ	
หัวข้อ	รพ.บุรีรัมย์	สถานอนามัยที่มีทันตภิบาล	หมายเหตุ
จำนวนผู้รับบริการ/ทันตบุคลากร	ทันตแพทย์ให้บริการเฉลี่ย 2,127 ราย/ปี	ทันตภิบาลให้บริการเฉลี่ย 1,605 ราย/ปี	เฉพาะงานรักษาทางทันตกรรม
ลักษณะงานที่ให้บริการในสถานบริการ	- รักษา • ทั่วไป • เฉพาะทาง - ส่งเสริมป้องกัน	- รักษาพื้นฐาน - ส่งเสริมป้องกัน	

หัวข้อ	รพ.บุรีรัมย์	สถานื่อนามัยที่มีทันตภิบาล	หมายเหตุ
จำนวนโรงเรียน ที่รับผิดชอบ	3 โรงเรียน	ประมาณ สอ.ละ 5 โรงเรียน	สจจ. รับผิดชอบที่ เหลือ
ลักษณะงานที่ ให้บริการใน โรงเรียน	ตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบร่องฟัน ให้ทันตสุขศึกษา	ตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบร่องฟัน ให้ทันตสุขศึกษา	รพ.บุรีรัมย์ นัด นร.มาทำ ใน รพ.
แหล่ง งบประมาณที่ ใช้ในงาน โรงเรียน.	จากงบประมาณของโรงพยาบาลบุรีรัมย์	จากงบประมาณของ สจจ.บุรีรัมย์	

• รูปแบบด้านการบริหารจัดการในดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท

ข้อมูลที่ รพ.บุรีรัมย์และสถานื่อนามัยที่เป็น PCU

หัวข้อ	รพ.บุรีรัมย์	สถานื่อนามัยPCU	หมายเหตุ
ด้านบุคลากร	- <u>ทันตแพทย์</u> 9 คน (เฉพาะทาง 7 สาขา) -ผู้ช่วยทันตแพทย์ 7 คน -ช่างทันตกรรม 1 คน -พนักงานผู้ช่วยฯ 6 คน	-แพทย์หมุนเวียนวันละ 1 คน - <u>ทันตแพทย์</u> หมุนเวียนสัปดาห์ละ 1 วัน -เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชฯ วันละ 1-2 คน -พยาบาลวิชาชีพ 1 คน -เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1-4 คน - <u>ทันตภิบาล</u> 1 คน -ลูกจ้าง 1-2 คน	
อัตราส่วนทันต บุคลากรต่อ ประชาชน (ตามเกณฑ์ กระทรวงฯ กำหนด)	ทันตแพทย์ : ประชากร 1: 20,000	ทันตภิบาล: ประชากร 1 : 20,000	
อัตราส่วนทันต บุคลากรต่อ	ทันตแพทย์ : ประชากร 1: 8,178	ทันตภิบาล: ประชากร -เฉพาะในเขตรับผิดชอบ	รพ.บุรีรัมย์ ให้บริการทัน

ประชาชน (ตามจริง)	(คิดเฉพาะของศูนย์แพทย์บุรีรัมย์และ เครือข่าย) 1:23,503 (คิดรวมทั้งอ.เมือง)	1 : 8,000 ถ้ารวมสอ.เครือข่ายด้วย 1: 23,000	ตกรรรมใน อ. เมืองทั้งหมด
ลักษณะงานที่ รับผิดชอบ	1. <u>งานบริการทั่วไป</u> -อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ,ect. 2. <u>งานบริการเฉพาะทาง</u> เช่น ศัลยกรรมช่องปาก, รักษาคลอง รากฟัน, จัดฟัน,ect.	1. <u>งานบริการ</u> - เน้นการรักษาเพื่อ ป้องกันการสูญเสียฟันและการบำบัด ฉุกเฉินทางทันตกรรม เช่น เคลือบร่อง ฟัน เคลือบฟลูออไรด์	
ลักษณะงานที่ รับผิดชอบ (ต่อ)	3. <u>งานทันตกรรมชุมชน</u> -ในสถานบริการ -โรงเรียน -สาธารณสุขมูลฐาน -งานPCU 4. <u>บริหารทั่วไป</u> 5. <u>งานวิชาการ</u> เช่น ฝึกอบรมนศ.	2. <u>งานทันตสาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมาย</u> ต่างๆ ได้แก่ ในสถานบริการ (ANC, WBC,ect.) งานโรงเรียน ประชาชน ทั่วไป(ศสมช.) 3. <u>งานฝึกอบรมและพัฒนาวิชาการ</u> เช่น อบรม อสม. 4. <u>งานบริหารจัดการ</u> และงานอื่นๆ	
จำนวน ผู้รับบริการ/ ทันตบุคลากร	ทันตแพทย์ให้บริการเฉลี่ย ราย/ปี	ทันตภิบาลให้บริการเฉลี่ย ราย/ปี	
ลักษณะงานที่ ให้บริการใน สถานบริการ	- รักษา ทั่วไป เฉพาะทาง - ส่งเสริมป้องกัน	- รักษาพื้นฐาน - ส่งเสริมป้องกัน	
จำนวนโรงเรียน ที่รับผิดชอบ	8 โรงเรียน	ประมาณ สอ.ละ 20 โรงเรียน	
ลักษณะงานที่ ให้บริการใน โรงเรียน	ตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบร่องฟัน ให้ทันตสุขศึกษา	ตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบร่องฟัน ให้ทันตสุขศึกษา	รพ.บุรีรัมย์ นัด นร.มาทำ ใน รพ.
แหล่ง งบประมาณที่ ใช้ในงาน โรงเรียน.	จาก ● งบประมาณของโรงพยาบาล บุรีรัมย์ (เขียนโครงการเสนอผู้บริหาร)	แนวทางที่อาจเป็นไปได้ ● งบประมาณของ รพ.บุรีรัมย์ ● งบประมาณของ PCU นั้นๆ ● งบประมาณจากการเรียกเก็บ จาก สอ.ข้างเคียงตามระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท	ยังไม่ได้ กำหนดราคา ค่าเรียกเก็บ ของการออก หน่วย โรงเรียน

ตารางการให้บริการของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งาน	OPD	ทั่วไป	เฉพาะทาง	B R E A K	OPD	ทั่วไป	เฉพาะทาง
ทพ.(คน)	2	4	3		1	4	4
ลักษณะงาน	ตรวจ จ่ายยา ถอนฟัน	อุดฟัน ขูดหินปูน Emerg.	-จัดฟัน -ศัลยกรรม ช่องปาก -รักษาราก ฟัน,ect.		เหมือน ตอนเช้า	เพิ่มงาน รักษา นักเรียน	เหมือน ตอนเช้า

ตารางการให้บริการของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งาน	OPD	ทั่วไป	เฉพาะทาง	PCU	B R E A K	OPD	ทั่วไป	เฉพาะ ทาง	หน่วย ร.ร.
ทพ.(คน)	2	4	2	1		1	3	4	1
ลักษณะ งาน	ตรวจ จ่ายยา ถอนฟัน	อุดฟัน ขูดหินปูน Emerg.	-จัดฟัน -ศัลยกรรม ช่องปาก -รักษาราก ฟัน,ect.	ออก หน่วย ที่ PCU		เหมือน ตอนเช้า	เพิ่มงาน รักษา นักเรียน	เหมือน ตอนเช้า	บริการ แก่ นร. ในเขต รับผิดชอบ

ตารางการให้บริการของสถานีอนามัยแบบเดิม

เช้า		B R E A K	บ่าย
จ	รักษา		-รักษา
อ	WBC		- ทันตกรรมชุมชน
พ	ANC		- นักเรียน
พฤ	รักษา		-ศสมช./หมู่บ้าน
ศ	รักษา		-งานบริหาร

ตารางการให้บริการของPCUภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เข้า			B R E A K	ป่วย
จ	รักษา	รักษา		- รักษา -งานทันตกรรมชุมชน -นักเรียน -ศสมช./หมู่บ้าน -งานบริหาร
อ	รักษา	รักษา		
พ	รักษา	รักษา		
พฤ	รักษา	รักษา		
ศ	ทพ.ออกหน่วย ให้บริการ	ทภ.ออกหน่วย		

Core Package ของงานทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท

ชุดสิทธิประโยชน์

I. การรักษาโรค

1. การถอนฟัน – ฟันปกติ , ฟันคุด
2. การอุดฟัน
3. การขูดหินปูน
4. การทำฟันปลอมฐานพลาสติก
5. การรักษาประสาทโพรงฟันน้ำนม
6. การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
7. อื่นๆ เช่น การตรวจวินิจฉัย เอ็กซเรย์ แล็บ

II. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค

แนวทางและวิธีปฏิบัติในการจัดการด้านการเงินของจังหวัดบุรีรัมย์

การจัดการงบประมาณ 1202.40 บาท

1. งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล 934 บาท/คน/ปี
 - a. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 574 บาท/คน/ปี
 - b. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 303 บาท/คน/ปี
 - c. ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 32 บาท/คน/ปี
 - d. อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25 บาท/คน/ปี
2. งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 175 บาท/คน/ปี
3. งบลงทุน 93.40 บาท/คน/ปี

แบบสัมภาษณ์ เรื่อง
ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการทันตกรรมที่สถานบริการ
ในเขตอำเภอเมืองและกิ่งอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

โรงพยาบาล / ศสช. หมายเลขแบบสัมภาษณ์ □□□□
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2546 ผู้สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการทันตกรรม
หมู่บ้าน..... ตำบล.....

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ.....ปีบริบูรณ์
3. สำเร็จการศึกษาสูงสุด.....
4. อาชีพหลักในปัจจุบัน
 - ☐ 1. กรรมกร ☐ 2. รับจ้าง ☐ 3. เกษตรกรรม
 - ☐ 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ 5. พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง
 - ☐ 6. แม่บ้าน ☐ 7. นักเรียน/นักศึกษา ☐ 8. ข้าราชการ/ลูกจ้าง
 - ☐ 9. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. จำนวนคนในครอบครัว.....คน คนในครอบครัวของท่านมีบัตรทองคน
6. รายได้ของท่านต่อเดือน.....บาท
7. ท่านคิดว่ารายได้ของท่านต่อเดือนเพียงพอหรือไม่
 - ☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ ☐ 3. มีพอเหลือเก็บ
8. ระยะทางจากบ้านที่ท่านทำงานถึงสถานบริการที่ท่านมารับบริการทันตกรรม
เป็นระยะทาง.....กิโลเมตร
9. พาหนะที่ท่านใช้เดินทางมาได้แก่
 - ☐ 1. เดิน ☐ 2. รถรับจ้าง ☐ 3. รถส่วนตัว
 - ☐ 4. รถเมล์ ☐ 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
10. ท่านมารับบริการทันตกรรมที่สถานบริการแห่งนี้เป็นประจำหรือไม่
 - ☐ 1. เป็นประจำ ☐ 2. บางครั้ง ☐ 3. ครั้งแรก
11. เมื่อมีปัญหาในช่องปาก ท่านเลือกสถานบริการใดเป็นแห่งแรก
 - ☐ 1. ศสช. ใกล้บ้าน ☐ 2. ร.พ.บุรีรัมย์ ☐ 3. อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 2
ความพึงพอใจในการใช้บริการทันตกรรม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่แน่ใจ
ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้บริการ					
1.การเดินทางมาทำฟันที่นี่มีความสะดวกกว่าที่อื่น					
2.ขั้นตอน ของการทำฟันที่นี่มีความยุ่งยาก					
3.ท่านเสียเวลารอคอยในการใช้บริการนานมาก					
4.ท่านสามารถมาทำฟันที่นี่ได้ตามเวลาที่สะดวก					
5.การส่งต่อการรักษาจากสถานื่อนามัยต่อไปยังโรงพยาบาลบุรีรัมย์มีความสะดวก					
6.ท่านคิดว่าถ้าเกิดปัญหาในช่องปากท่านจะเดินทางมารับการรักษาที่นี่เป็นแห่งแรก					
7.ท่านจะมารักษาทันตกรรมเมื่อมีอาการของโรคเท่านั้น					
8.ถ้าท่านสามารถเลือกสถานที่รักษาตามบัตรทองได้ท่านจะเลือกบริการที่นี่อีก					
ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ					
1.ท่านมั่นใจว่าเมื่อทำฟันที่นี่แล้วการเจ็บป่วยในช่องปากท่านจะลดลง					
3.ท่านรู้สึกปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเมื่อมาทำฟันที่นี่					
5.ท่านมาทำฟันที่นี่เพราะเจ้าหน้าที่มีความสามารถสูง					
6.ท่านมาทำฟันที่นี่เพราะมีเครื่องมืออุปกรณ์ทันสมัย					
7.ท่านรู้สึกว่ามี ความแตกต่างระหว่างคุณภาพของการบริการระหว่างการไปบัตรทองและการจ่ายเงินเพื่อการรักษา					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่แน่ใจ
8.ครูหรือเจ้าหน้าที่อนามัยให้การดูแลบุตรหลานของท่านที่โรงเรียนเพียงพอ					
9.ผู้นำชุมชนของท่านให้ความสนใจในโครงการดูแลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปาก					
10.ท่านพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพหากมีการจัดโครงการขึ้น					
ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ					
1.ท่านมาทำฟันที่นี่เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่แพง					
2.ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้ให้การรักษาคุ่มค่ากับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไป					
3.ท่านคิดว่าการชำระเงิน 30 บาทมีความคุ้มค่าเหมาะสมแล้ว					
ความพึงพอใจต่ออรรถยาของผู้ให้บริการ					
1.เจ้าหน้าที่พูดกับท่านด้วยท่าทางที่สุภาพ					
2.เจ้าหน้าที่ให้ความห่วงใยและสนใจท่านเมื่อท่านมาทำฟัน					
3.เจ้าหน้าที่แสดงความเป็นกันเองกับท่าน					
4.เจ้าหน้าที่ตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจทุกครั้งที่ท่านสงสัย					
ความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำ					
1.เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับโรคที่เกิดในช่องปากของท่าน					
2.เจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการทำฟันแก่ท่านเป็นอย่างดี					
3.คำอธิบายของเจ้าหน้าที่ยากเกินกว่าที่จะเข้าใจได้					

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง

ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขที่สถานบริการ
ในเขตอำเภอเมืองและกิ่งอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

โรงพยาบาล/สอ.....

หมายเลขแบบสัมภาษณ์□□□□

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2546

ผู้สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ.....ปีบริบูรณ์
3. สำเร็จการศึกษาสูงสุด.....
4. ตำแหน่งผู้ตอบแบบสอบถาม.....
5. ท่านเป็น ☐ หัวหน้าศสช. ☐ พยาบาล ☐ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ☐ ทันตภิบาล
5. จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการของท่าน.....(จำนวนข้าราชการรวมลูกจ้าง)

ส่วนที่ 2

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ แน่ใจ
การประเมินด้านโครงสร้างและการบริหารจัดการ					
1.ที่ตั้งของศสช.ทำให้ท่านสามารถดูแลทันตสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง					
2.การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ใน ศสช. ของท่านทำให้ท่านสามารถดูแลงานทันตสาธารณสุขแก่ประชาชนได้ครอบคลุม					
4.ศสช.มีศักยภาพในการจัดยานพาหนะเพื่อการส่งต่อหรือการออกหน่วยทันตกรรมอย่างเหมาะสม					
5.ท่านมีความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการให้มีวัสดุครุภัณฑ์ทางทันตกรรมที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน					
6.ท่านมีความรู้ในการให้บริการตรวจรักษา วินิจฉัย และแนะนำทางทันตสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ					
7.ท่านมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนในนอกการปฏิบัติงานนอกพื้นที่					
8.มีการประสานงานด้านทันตกรรม ระหว่างรพ.บุรีรัมย์กับหน่วย					

บริการของท่านที่เพียงพอ					
ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ แน่ใจ
9.ท่านได้รับความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ทันตสาธารณสุขเมื่อมีปัญหา					
10.ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการ ของท่าน					
11.ท่านได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการปฏิบัติงานทันต สาธารณสุขในพื้นที่ของท่าน					
12.ท่านได้รับความร่วมมือจากโรงเรียนในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา					
13.ท่านมีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานสถานที่เดิมในปีต่อไป					
ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ					
1. มีการพัฒนาวิชาการทางทันตกรรมแก่บุคลากร ที่เพียงพอ					
2.ระบบงานทันตกรรมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ ผู้รับบริการมีโอกาสในการรับบริการทันตกรรมมากกว่าเดิม					
3. มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานงานทันตกรรมป้องกัน ในพื้นที่ที่ ท่านรับผิดชอบ					
4.การที่มีทันตแพทย์ไปออกหน่วยสนับสนุนในหน่วยบริการปฐมภูมิ มี ประโยชน์ต่อการพัฒนางานในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
5. ความถี่ของการออกหน่วยสนับสนุนบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความเหมาะสม					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

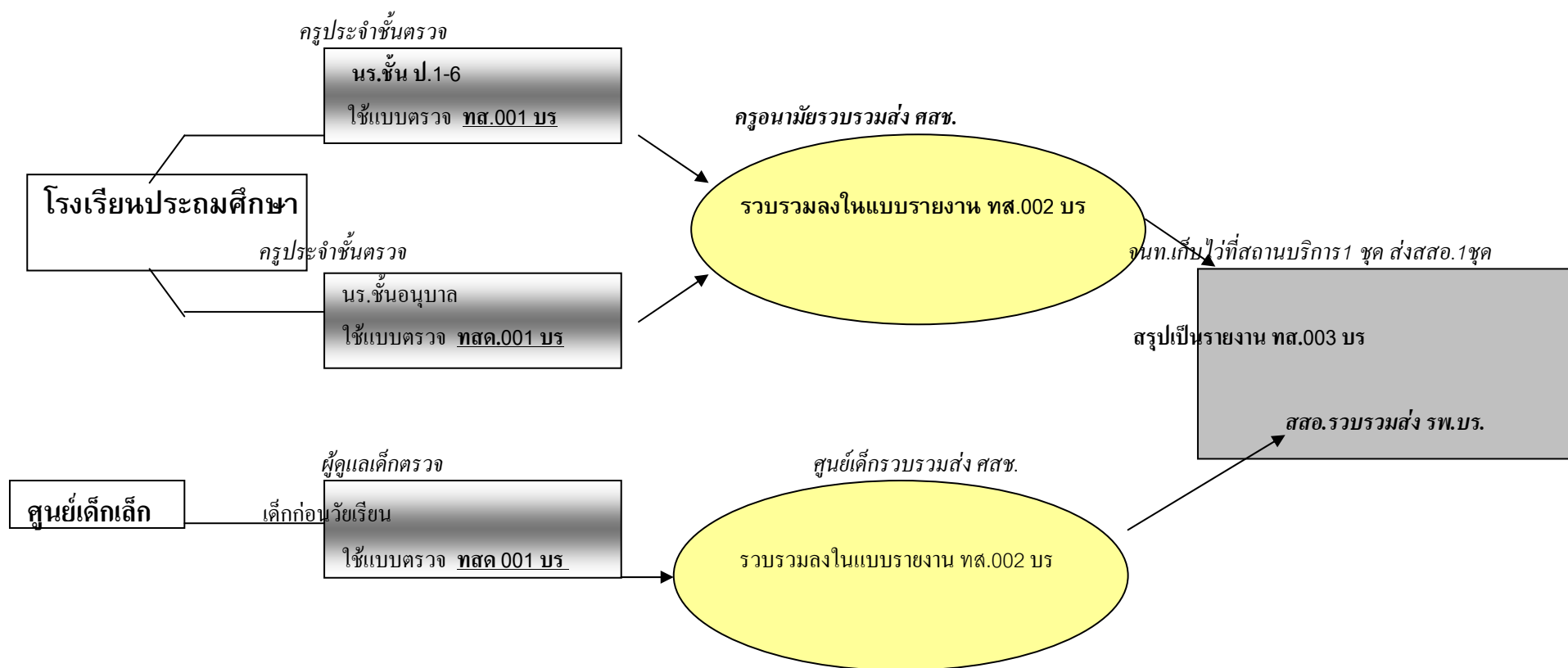
.....

.....

.....

ระบบการส่งรายงานทันตกรรมเฝ้าระวังในโรงเรียนและศูนย์เด็ก เครือข่ายโรงพยาบาลบุรีรัมย์

- การตรวจในโรงเรียน/ศูนย์เด็ก ครั้งที่ 1 เดือนมิถุนายน ครั้งที่ 2 เดือนธันวาคม
- การส่งรายงานจาก ศสช.ไปยัง สสอ./รพ.บร. ครั้งที่ 1 เดือนกรกฎาคม ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม



แบบตรวจฟันเด็กชั้นอนุบาล/เด็กเล็ก ชั้น.....โรงเรียน.....

วันที่ตรวจ.....ผู้ตรวจ.....ตำแหน่ง.....

กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ☐ มี ☐ ไม่มี (เนื่องจาก.....)

[illegible]

(แบบตรวจระดับชั้นเรียนประถม) ทส 001 บร

แบบสำรวจช่องปากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่..... โรงเรียน.....

วันที่ตรวจ.....ผู้ตรวจ.....ตำแหน่ง.....

กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ☐ มี ☐ ไม่มี (เนื่องจาก.....)

[illegible]

การรักษาเร่งด่วน ได้แก่ 1. มีตุ่มหนอง 2. มีก้อนเนื้อในรูฟันผุ 3. ปวดฟันขณะตรวจ 4. ฟันแท้ขึ้นซ้อน

แบบสรุปผลตรวจช่องปากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาโรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....

กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ☐ มี ☐ ไม่มี (เนื่องจาก.....)

ครั้งที่ตรวจ.....เดือน.....พ.ศ.....ผู้ตรวจ.....ตำแหน่ง.....

ชั้น	จำนวนเด็ก ทั้งหมด (คน)	ร้อยละของ เด็กที่มีฟันน้ำนมผุ	ร้อยละของเด็กที่ ปวดฟัน	ค่าเฉลี่ยจำนวน ฟันน้ำนมที่ผุ (ซี่/คน)	ร้อยละของเด็กที่มี ฟันแท้ผุ	ร้อยละของเด็กที่ ได้รับการรักษา ฟันผุ	ร้อยละของเด็กที่มี เหงือกอักเสบ	ร้อยละของเด็ก ต้องการรักษา เร่งด่วน
เด็กอนุบาล								
ประถม 1								
ประถม 2								
ประถม 3								
ประถม 4								
ประถม 5								
ประถม 6								

แบบสรุปผลตรวจช่องปากเด็กนักเรียน ศสช.....ตำบล.....อำเภอ.....

ครั้งที่ตรวจ.....เดือน.....พ.ศ.....ผู้รวบรวมรายงาน.....ตำแหน่ง.....

ลำดับ ที่	โรงเรียน	มีกิจกรรม แปรงฟัน		จำนวน เด็ก อนุบาล ทั้งหมด	จำนวน นร. ประถม ทั้งหมด	ร้อยละของ เด็กอนุบาล ที่มีฟัน น้ำนมผุ	ร้อยละ ของเด็ก อนุบาล ที่ปวดฟัน	ค่าเฉลี่ย จำนวนฟัน น้ำนมที่ผุ (ซี่/คน)	ร้อยละ ของเด็ก ประถม ที่มีฟันแท้ ผุ	ร้อยละของ เด็กประถม ที่ได้รับการ รักษาฟันผุ	ร้อยละ ของเด็ก ประถมมี เหงือก อักเสบ	ร้อยละของ เด็กประถม ที่ต้องการ รักษา เร่งด่วน
		มี	ไม่มี									