

รายงานโครงการ
การพัฒนาโครงการการจัดการความรู้และการวิจัย
เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

กรกฎาคม ๒๕๕๓

สารบัญ

บทคัดย่อ	๒
บทที่ ๑ บทนำ	๓
บทที่ ๒ ผลการดำเนินงาน	๖
บทบาทของหน่วยบริการประจำคู่สัญญาต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ	๘
การจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง	๙
การพัฒนาเครือข่ายบริการและระบบส่งต่อ	๑๑
บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในอนาคต	๑๓
การจัด (ข้อ) บริการในพื้นที่ (area-based management)	๑๕
การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	๑๖
ภาคผนวก ๑ สรุปรายงานการประชุมวิชาการ	๑๘

บทคัดย่อ

โครงการการพัฒนาโครงการการจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป็นโครงการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่าง ๓ ภาคีหลัก ซึ่งได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มศช.) มีวัตถุประสงค์เพื่อเวทีระดมสมองโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการตั้งโจทย์และกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นการวิจัย ๖ กลุ่ม ได้แก่ บทบาทของหน่วยบริการประจำต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบบริการและบริบทปฐมภูมิเขตเมือง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อ บทบาทโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาระบบและคุณภาพบริการ การจัดซื้อบริการและการบริหารในพื้นที่ การพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพบริการ เพื่อรวบรวมประเด็นสำคัญสำหรับการทำงานวิชาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต และสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

๑) บทบาทของหน่วยบริการประจำต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การศึกษาหารูปแบบและประเภทการสนับสนุนของหน่วยบริการประจำต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ความเป็นไปได้ที่จะให้หน่วยบริการปฐมภูมิในชนบทเป็นอิสระและผลกระทบต่อแม่ข่าย

๒) ระบบบริการและบริบทปฐมภูมิเขตเมือง ได้แก่ การศึกษาเปรียบเทียบการจัดการของโรงพยาบาลแม่ข่ายเขตเมืองขนาดใหญ่ต่างๆ และผลบริการ การพัฒนาเครือข่ายบริการและการเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและกรุงเทพ กลไกการเงินเพื่อสนับสนุนบริการปฐมภูมิเขตเมือง บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการ และผลกระทบต่องานของโรงพยาบาลแม่ข่ายกรณีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอิสระ

๓) การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อ ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการจัดการศูนย์ประสานงานส่งต่อระดับชาติ การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพศูนย์ส่งต่อในโรงพยาบาลเพื่อดูแลการส่งต่อ การส่งกลับ และการให้บริการเชิงรุกต่อเนื่องในพื้นที่ ปัญหาการส่งต่อและการปฏิเสธไม่รับส่งต่อ การสำรวจทรัพยากรและพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการเพื่อการใช้ทรัพยากรร่วมในการจัดระบบบริการและส่งต่อในพื้นที่ การจัดการทางการเงินเพื่อการส่งต่อที่มีคุณภาพ

๔) บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาระบบและคุณภาพบริการ ได้แก่ การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาด้านบริการและการพัฒนาเครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่และหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลกระทบของปัญหาสุขภาพกับศักยภาพบริการ การพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการผลิตเพื่อพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้สามารถทำงานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕) รูปแบบการจัดซื้อบริการและการบริหารระบบในพื้นที่ เสนอให้ทดลองดำเนินงานในพื้นที่นำร่องและประเมินผลการดำเนินการให้ครอบคลุมทุกด้าน เช่น การจัดการทางการเงินและการจัดสรรงบประมาณ โครงสร้างการบริหาร การจัดการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้บริการตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ และการปรับปรุงกฎระเบียบเพื่อเอื้อต่อการดำเนินการดังกล่าว

๖) การพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพบริการ –โดยการศึกษาในลักษณะ multi-centers study ร่วมกับโรงพยาบาล และราชวิทยาลัยต่างๆ เพื่อพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วย พัฒนาแนวปฏิบัติ และสร้างดัชนีชี้วัดในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการ

บทที่ ๑ บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการด้านสุขภาพในพื้นที่เขตชนบท ส่วนภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการร่วมให้บริการในพื้นที่เขตเมือง สำหรับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพภายใต้โครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ บริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยการดำเนินงานที่ผ่านมาระบบประกันสุขภาพมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นหลัก ในฐานะที่เป็นหน่วยบริการด่านแรกที่ให้บริการแบบผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระจายให้ประชาชนเข้าถึงหน่วยบริการได้ง่าย มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้หน่วยบริการประจำ (CUP) เป็นผู้รับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว และทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิรับบริการ การจัดบริการลักษณะดังกล่าวเป็นรูปแบบการบริหารแบบเครือข่าย โดยหน่วยบริการประจำทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในด้านต่างๆ เช่น การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การติดตามติดตาม การสนับสนุนด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทางวิชาการ รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นการพัฒนาบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอเป็นหลัก¹ เนื่องจาก (๑) ระดับอำเภอมีศักยภาพมากพอในการรับนโยบายจากส่วนกลางและสามารถรับรู้ความต้องการและปัญหาความจำเป็นในระดับพื้นที่ และ (๒) ระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภอ เอื้อต่อการเกิดระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการ (integrated health care system) ที่ผสมผสานบูรณาการบริการในชุมชนที่มีอยู่ในแต่ละอำเภอได้อย่างเป็นระบบ ไม่มีช่องว่างและไม่ซ้ำซ้อน² ลักษณะเครือข่ายบริการดังกล่าวถูกย่ำให้เห็นชัดเจนมากขึ้นในนโยบายพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีรูปแบบการจัดบริการในลักษณะเครือข่ายและมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้ให้การสนับสนุน และพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงทุกระดับ และทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

การส่งเสริมให้เครือข่ายบริการสามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ มากกว่าการแบ่งระดับของบริการอย่างชัดเจน ตัวอย่างการจัดบริการในลักษณะนี้ เช่น การให้บริการผ่าตัดตาต้อกระจกในโรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย ซึ่งเป็นบริการที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถจัดให้บริการได้โดยไม่ต้องส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่สูงขึ้น ซึ่งรูปแบบการจัดบริการลักษณะดังกล่าวต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการจัดระบบการเงินการคลังที่สนับสนุนและให้อิสระแก่พื้นที่ในการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น การจัดสรรงบประมาณแบบ District Health Management ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่โรงพยาบาลชุมชน หรือ CUP ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการงบประมาณในรูปของคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน ทั้งภาครัฐ (ผู้แทนโรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาควิชาการ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข) และภาค

¹ Lawn, J.E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V., and Chopra, M. (2008) Alma-Ata: Rebirth and Revision 1, Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. www.thelancet.com, Vol 372: 917-27

² ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (ร่าง) ยุทธศาสตร์การพัฒนาบริการปฐมภูมิในระบบบริการสาธารณสุขอำเภอ: กรอบแนวคิด หลักการ และแนวทางการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานเพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการปฐมภูมิที่อยู่ในชุมชนโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในอำเภอให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ประชาสังคม (ตัวแทนชุมชน) มาร่วมพิจารณาจัดซื้อบริการที่เหมาะสมสำหรับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงระดับบริการ รวมไปถึงบทบาทการวางแผนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพอื่นๆ อย่างเหมาะสม เช่น การจัดการกำลังคน เป็นต้น

การจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนนั้น ต้องมีระบบการบริหารจัดการและกลไกการจัดสรรงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม ประชาชนได้รับบริการที่มีความปลอดภัย รวมถึงมีกลไกในการกำกับติดตามประเมินผลที่มีความโปร่งใส และส่งเสริมให้ประชาชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชนของตนเอง และด้วยความร่วมมือระหว่างภาคีหลัก อันได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ที่ต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สะท้อนถึงความเชื่อมโยงในการให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ นับตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การส่งต่อและการส่งกลับผู้ป่วยจากสถานบริการที่สูงกว่า รวมไปถึงการให้บริการเพื่อการดูแลรักษาโรคแทรกซ้อนทั้งในชุมชนและสถานบริการ โดยอาศัยระบบการจัดการและกลไกสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อของการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และให้ประชาชนได้รับการดูแลตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ จำเป็นต้องทราบสถานการณ์ของระบบบริการเพื่อความชัดเจนและลำดับความสำคัญของประเด็นการดำเนินงานทางวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จึงดำเนินการจัดกระบวนการตั้งโจทย์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต โดยความร่วมมือจากภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สบป.ป.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HAI) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ภาคเอกชน และท้องถิ่น เป็นต้น

วัตถุประสงค์:

จัดกระบวนการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการตั้งโจทย์และกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

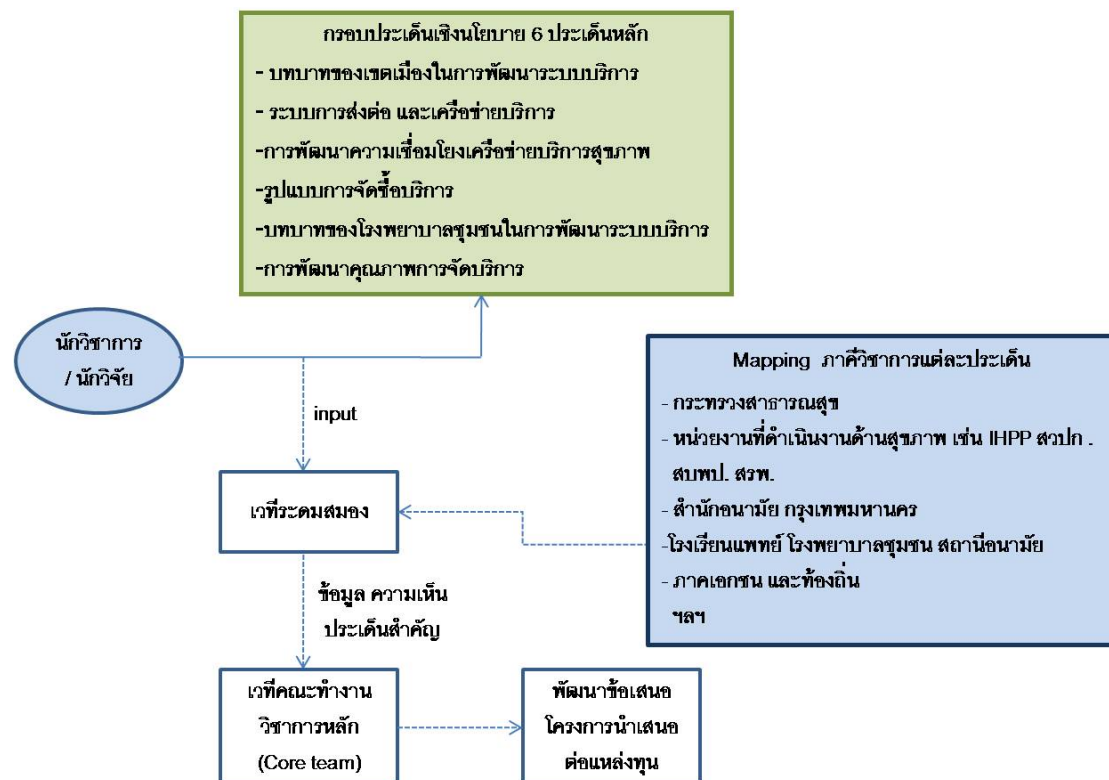
วิธีการทำงาน

การทำงานเริ่มต้นจากการจัดทำกรอบแนวคิดประเด็นสำคัญเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งได้ประเด็นเชิงนโยบาย ๖ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) บทบาทของหน่วยบริการประจำต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒) ระบบบริการและบริการปฐมภูมิเขตเมือง ๓) การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อ ๔) บทบาทโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาระบบและคุณภาพบริการ ๕) การจัดซื้อบริการและการบริหารในพื้นที่ ๖) การพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และคุณภาพบริการ

จากนั้นได้ประสานงานให้นักวิจัย/นักวิชาการดำเนินการทบทวนองค์ความรู้เบื้องต้นในประเด็นต่างๆ ข้างต้น และจัดเวทีระดมสมองในแต่ละประเด็นโดยใช้องค์ความรู้เบื้องต้นดังกล่าวเป็นข้อมูลตั้งต้นในการพิจารณากำหนดประเด็นสำคัญ และเพื่อให้การประชุมแต่ละครั้งเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจึงได้มีการจัดทำฐานข้อมูลรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ นักวิจัย รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ ในแต่ละประเด็นสำคัญดังกล่าว แล้วจึงนำข้อมูล ความคิดเห็น และประเด็นสำคัญที่ได้จากการประชุมในแต่ละครั้ง

มาหารือในการประชุมคณะทำงานวิชาการหลัก (Core team) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เพื่อตั้งโจทย์และจัดลำดับความสำคัญของประเด็นการพัฒนาระบบบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย แล้วจึงพัฒนาโครงการการจัดการความรู้และงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำเสนอต่อแหล่งทุนต่อไป

สรุปขั้นตอนวิธีการดำเนินงาน

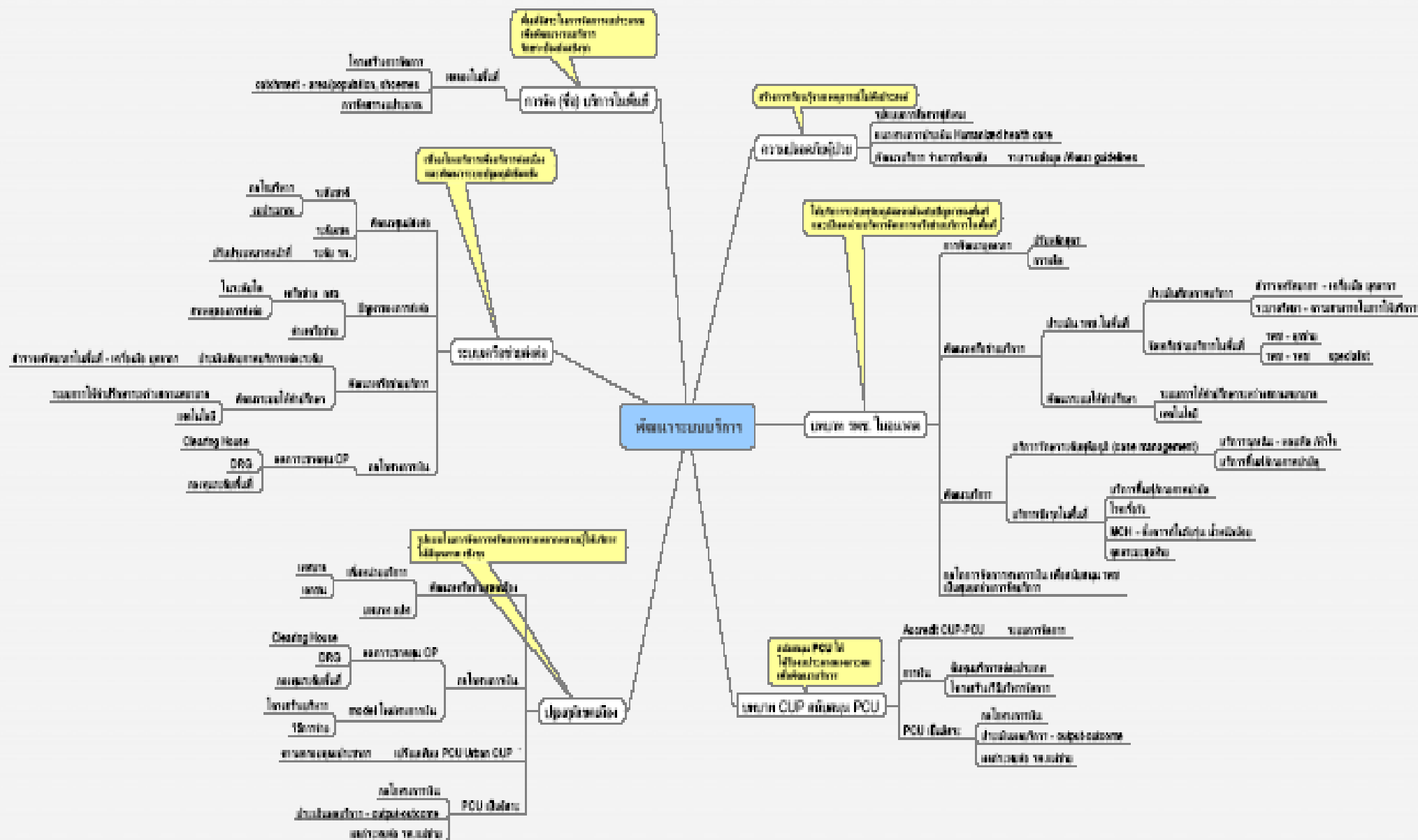


ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อเสนอโครงการการจัดการความรู้และงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

บทที่ ๒ ผลการดำเนินงาน

จากการจัดกระบวนการพัฒนาโจทย์เพื่อสร้างและสังเคราะห์ความรู้ทางวิชาการในการสนับสนุนนโยบายสำหรับพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ใน ๖ ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ ๒ ประเด็นคือ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตชนบทโดยเชื่อมโยงกับบทบาทของหน่วยบริการประจำ (CUP) ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ซึ่งทั้ง ๒ ประเด็นนี้ เชื่อมโยงเชิงโครงสร้างกับประเด็นที่ ๓ และประเด็นที่ ๔ คือ การพัฒนาระบบบริการส่งต่อ และการจัดซื้อบริการในพื้นที่หรือประเด็นของเขตสุขภาพ และเชื่อมโยงกับประเด็นคุณภาพคือบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการให้บริการในอนาคต และคุณภาพบริการในประเด็นของความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งจะเน้นในระดับสถานพยาบาลระดับสูง ดังกล่าวข้างต้น โดยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ ผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ นักวิชาการที่เกี่ยวข้องร่วมนำเสนอข้อมูล อภิปรายและให้ความเห็นต่อประเด็นต่างๆ และมีข้อสรุป ดังนี้



บทบาทของหน่วยบริการประจำคู่สัญญาต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

PCU เป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญของบริการสุขภาพ ที่มุ่งให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง บทบาทหลักของหน่วยบริการประจำผู้รับสัญญาจัดบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care/ CUP) หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายคือการจัดสรรงบประมาณและสนับสนุนทรัพยากร ที่ผ่านมาพบว่า PCU ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่าย ประกอบด้วย (๑) ค่าใช้จ่ายประจำจำนวนหนึ่งตามที่จังหวัดกำหนดในอัตราที่แตกต่างกัน (๒) สนับสนุนยาเวชภัณฑ์ และวัสดุ (๓) เงินบริการผู้ป่วยนอกตามบริการในอัตราที่หักลบค่าเวชภัณฑ์แล้ว (๔) สนับสนุนกำลังคน แพทย์/พยาบาล หมุนเวียนหรือทำงานเป็นประจำที่ PCU

ในส่วนของการบริการเชิงรุกในพื้นที่ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นงานหลักของบริการปฐมภูมิ งบประมาณโดยภาพรวมของงบประมาณส่งเสริมป้องกันสัดส่วนเพิ่มขึ้นน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยของผู้ป่วยใน และการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการป้องกันเชิงรุก PCU ในหลายพื้นที่ ต้องทำเป็นโครงการเพื่อขอรับงบประมาณเพิ่มเติมทั้งจาก สสจ หรือ CUP หรือ กองทุน ซึ่งทั้งหมดดังกล่าวมีความแตกต่างกันไม่จำเป็นเป็นปริมาณ หรือหลักเกณฑ์การจัดสรร มักเป็นไปตามความสัมพันธ์ของแม่ข่ายและลูกข่าย ไม่แบ่งหมวดงบประมาณสำหรับบริการที่ชัดเจน ยากแก่การบริหารจัดการ และที่สำคัญคือการจัดสรรเงินไม่เป็นไปตามสถานะการเงินของแม่ข่าย แม่ข่ายที่มีเงินคงเหลือมาก ไม่ได้จัดสรรเงินให้ PCU เพื่อให้สามารถทำงานได้ดีขึ้น การเงิน PCU อยู่ในระดับที่สามารถจัดบริการได้ แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานแก่ประชาชน

ปัญหาด้านบุคลากรยังคงเป็นปัญหาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในปี 2547 งบประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ประชากร 1,250 คนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน) ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิคือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ(เต็มเวลาหรือเป็นช่วงเวลา) เพียงร้อยละ 0.34 เท่านั้น จากประสบการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติมีความจำเป็นมากกว่าแพทย์ การแก้ไขปัญหาคาดแคลนบุคลากรสามารถบรรเทาปัญหาได้หากการจัดระบบเครือข่ายบริการและระบบการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่าง CUP-PCU ซึ่งปัจจุบันเกิดขึ้นน้อยมาก

อย่างไรก็ดี เนื่องจากบริบทเขตเมืองและเขตชนบทแตกต่างกัน ความต้องการบริการ/การจัดระบบบริการแตกต่างกัน จึงแยกพิจารณาเรื่องบริการปฐมภูมิเขตเมืองเป็นอีกประเด็นต่างหาก

เป้าหมาย

เพื่อให้หน่วยบริการประจำสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถพัฒนาและให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างต่อเนื่องเต็มศักยภาพ โดยได้รับงบประมาณที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการพัฒนาบริการเชิงรุกเพื่อการรักษา ป้องกัน ควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประเด็นที่ควรพิจารณา

๑. ศึกษาหารูปแบบ/ประเภทการสนับสนุนของ CUP-PCU - ศึกษาหาต้นทุน/จำนวนงบประมาณที่ใช้เพื่อเป็นแนวทางการสนับสนุนของ CUP ต่อ PCU เพื่อให้ PCU มีงบประมาณเพียงพอในการพัฒนาบริการ และพัฒนากลไกทางการเงินที่เหมาะสมที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบ

๒. การประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาล / หน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. ศึกษาเพื่อความเป็นไปได้ที่จะให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (สอ) ในชนบทเป็นอิสระจาก CUP และบริหารจัดการการเงินด้วยตนเอง (เช่นเดียวกับหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง)

- ค่าใช้จ่ายรายหัวควรเป็นเงินเท่าไร สอ. จึงจะสามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนได้ (ทั้งงบประมาณผู้ป่วยนอก และงบประมาณเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค และส่งเสริมสุขภาพ)
- ประเมินผลลัพธ์และผลกระทบด้านสุขภาพของการจัดบริการ
- ผลกระทบทางงบประมาณต่อโรงพยาบาลชุมชน หาก สอ. เป็นอิสระ

การจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง

บทบาทของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองกระจายอยู่ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานของรัฐอื่นๆ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และปัจจุบันภาคเอกชนเริ่มเข้ามามีบทบาทสูงขึ้นในรูปแบบของคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งสะท้อนความพยายามในการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น (ตัวอย่างในตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ ตัวอย่างรูปแบบการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง

โรงพยาบาล แม่ข่าย	หน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ			หน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน
	กสธ	อื่นๆ	อปท	
รัฐ: กสธ	• สอ. เขตชนบท, • ศูนย์บริการสุขภาพเขตเมืองของ รพ.ใหญ่ เช่น รพ.อยุธยา, รพ.พุทธชินราช, รพ.หาดใหญ่, ฯ	• สถานีกาชาดนครราชสีมา	• เทศบาลเมืองเขาสวนกวาง • เทศบาลเมืองชุมแสง • เทศบาลเมืองนครสวรรค์ • เทศบาลเมืองลำพูน • เทศบาลนครพิษณุโลก, หาดใหญ่	• เครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่นเอกชนเดี่ยวในเขต กทม. ที่อยู่ภายใต้เครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตน์ฯ, เลิดสิน (คลินิกเดี่ยวหรือเครือข่ายคลินิก): เช่น มหะสิทธิ์คลินิก เวชกรรม, คลินิกจันทร์สะพาน 4, • เครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่นเอกชนเดี่ยวนอกเขต กทม. ทำสัญญาส่งต่อกับโรงพยาบาล เช่น คลินิกชุมชนอบอุ่น มหาชัย, เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า นครราชสีมา • เครือข่ายคลินิกเอกชน เช่น เครือข่ายทิพย์สุวรรณคลินิก, เครือข่ายเรือพระร่วง
รัฐ: อื่นๆ		• ศูนย์บริการสุขภาพ สังกัดโรงเรียนแพทย์ (ศิริราช, วรามา, มน, มธฯ)		• เครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่นเอกชน – โรงพยาบาลภูมิพล (คลินิกเดี่ยว หรือ เครือข่ายคลินิก) เช่น ภาณุคลินิก

โรงพยาบาล แม่ข่าย	หน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ			หน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน
	กสธ	อื่นๆ	อปท	
รัฐ: อปท		โรงพยาบาลเทศบาลนครศรีธรรมราช		
เอกชน	หน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองสมุทรปราการ			คลินิกอบอุ่นเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน เช่น โรงพยาบาลเกษมราษฎร์, โรงพยาบาลนวมินทร์

อย่างไรก็ดี แม้มีผู้รับผิดชอบจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองหลายองค์กร แต่ก็ไม่ได้สนับสนุนให้บริการสุขภาพเขตเมืองเข้มแข็งเท่าที่ควร เขตกรุงเทพเป็นตัวอย่างซึ่งสะท้อนภาพการปัญหาจัดบริการสุขภาพเชิงรุกเขตเมืองได้อย่างชัดเจน ที่ผ่านมา การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการส่งเสริมป้องกัน สปสช. ได้สนับสนุนให้กรุงเทพมหานครเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งยังไม่สามารถบริหารจัดการให้ประชาชนได้รับบริการได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับความพยายามในการสร้างความร่วมมือจากภาคเอกชนซึ่งแต่เดิมคลินิกเอกชนส่วนใหญ่ไม่รับงบประมาณเพื่อบริการส่งเสริมป้องกัน สปสช. กทม. จึงได้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริการส่งเสริมป้องกันเสียใหม่เป็นการปรับจ่ายตามรายการกิจกรรมดำเนินการ อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานในช่วงเวลา 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ยังไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน

แม้ว่าการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่หลากหลาย ส่วนใหญ่การเชื่อมต่อบริการภายในเครือข่ายไม่มีปัญหา หลายพื้นที่สะท้อนให้เห็นการทำงานร่วมกันและสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น เครือข่าย CUP เมืองย่า จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิแยกตัวออกจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา บริหารจัดการอย่างอิสระ รับงบประมาณโดยตรงจาก สปสช. สามารถให้บริการทั้งการรักษาพยาบาลและบริการเชิงรุกแก่ประชาชน ช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยเขตเมืองจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคที่ไม่จำเป็น ลดลง ในขณะที่เดียวกันยังคงเชื่อมโยงบริการ และได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านบริการ วิชาการ และการลดภาระทางการเงินในการส่งต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เทศบาลในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพและบทบาทในการจัดบริการรักษาพยาบาลให้ประชาชนเขตเมืองในศูนย์บริการสาธารณสุข และบริการป้องกันเชิงรุก ส่วนใหญ่จัดบริการโดยใช้งบประมาณของตนเอง และแม้ว่าเทศบาลจำนวนหนึ่งรับสัญญาจาก สปสช. เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น รับงบประมาณจาก สปสช. แต่ยังคงใช้งบประมาณในส่วนของตนเองสนับสนุนหน่วยบริการ และการดำเนินงานเชิงรุก แต่ยังคงขาดการวางแผนร่วมกันกับหน่วยงานอื่นเพื่อเชื่อมโยงการจัดบริการและการใช้งบประมาณให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมาย

หารูปแบบการจัดการทรัพยากรโดยเฉพาะจากผู้ให้บริการที่มีอยู่อย่างหลากหลายในเขตเมือง ให้มาร่วมกันจัดระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองให้มีคุณภาพ โดยเฉพาะบริการเชิงรุกในพื้นที่ทั้งการรักษาและการป้องกัน มากกว่าการตั้งรับในสถานพยาบาล

ประเด็นการวิจัย

๑. ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการจัดการและผลที่เกิดขึ้นของโรงพยาบาลแม่ข่ายขนาดใหญ่ในเขตเมือง (เช่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลพิษณุโลก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตน์ เป็นต้น) ในเชิงความครอบคลุมประชากร ผลลัพธ์บริการต่อประชากรกลุ่มเป้าหมาย (UC) และประสิทธิภาพบริการ (โดยเฉพาะการจัดบริการของ อปท. ที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม และมีแนวโน้มว่าใช้ทรัพยากรมากกว่า)

๒. การพัฒนาเครือข่ายบริการเขตเมือง (โดยเฉพาะเครือข่ายบริการในเขตกรุงเทพ) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงทั้งรักษาและป้องกัน โดยใช้ความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ปรับปรุง catchment area ที่อาจมีความทับซ้อน พัฒนาระบบการส่งต่อ การกระจายบุคลากร และรูปแบบการบริหารจัดการ

๓. การศึกษาเพื่อจัดกลไกทางการเงินใหม่สำหรับบริการปฐมภูมิเขตเมือง กำหนดรูปแบบใหม่ในการจัดการทางการเงิน กำหนดกติกา และโครงสร้างการจัดการทางการเงิน (เช่น เขตสุขภาพได้หรือไม่ ใครเป็นผู้รับผิดชอบ) การจัดการเชิงงบประมาณทั้งเพื่อการรักษา พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการจัดการเพื่อประกันความเสี่ยงภาระการเงินที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อผู้ป่วยนอกที่เป็นปัญหาในภาคเอกชน

๔. ศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตเมือง (องค์กรบริหารส่วนจังหวัด องค์กรบริหารส่วนตำบล และเทศบาล) ทั้งในแง่ของการลงทุน การจัดบริการ การรับสัญญาจาก สปสช. และผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น เพื่อหาศักยภาพ และโอกาสที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองได้อย่างเต็มที่มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

๕. ศึกษาความเป็นไปได้ในเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองเพื่อให้เพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยการระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่างๆ ภายใต้การบริหารจัดการทางการเงินเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน

๖. ศึกษาผลกระทบที่อาจจะมีต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายขนาดใหญ่ ในกรณีแยกหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายออกเป็นอิสระ

การพัฒนาเครือข่ายบริการและระบบส่งต่อ

เมื่อพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหามากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยสิทธิอื่น ไม่ได้นำเสนอชัดเจนว่ามีปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการภายในกระทรวงสาธารณสุขแต่ละระดับภายในพื้นที่เครือข่ายเดียวกันหรือไม่ แต่มีการกล่าวอ้างถึงปัญหาการไม่รับส่งต่อข้ามเขตหรือข้ามจังหวัด รวมถึงการส่งต่อไปยังโรงเรียนแพทย์ (ต้องส่งมากกว่า ๑ ครั้งทุกครั้ง) กระทรวงสาธารณสุข/สปสช. พยายามแก้ไขปัญหาด้วยการตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อในระดับต่างๆ (ระดับประเทศ เขต จังหวัด) ซึ่งให้บริการสำหรับผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังไม่เคยประเมินประสิทธิผลการทำงานของศูนย์ดังกล่าว

ในระบบบริการที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของบริการ ศูนย์บริการส่งต่อระดับสถานพยาบาลและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ประสพการณ์ในหลายพื้นที่ยืนยันว่าการมีแพทย์ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกวัน ไม่ใช่สิ่งจำเป็นที่ประชาชนต้องการ หากประชาชนสามารถ

มั่นใจได้ว่าบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับ จะมีระบบจัดการให้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่บริการปฐมภูมิในชุมชนไปจนถึงบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่สูงขึ้นและผู้ป่วยจะได้พบแพทย์ที่มีข้อมูลพร้อมที่จะรักษาได้ทันทั่วทั้งตามความจำเป็นของผู้ป่วย ในด้านการส่งกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปยังหน่วยบริการลูกข่าย พบอัตราเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (๐.๘ ในปี ๒๕๔๗ เพิ่มขึ้นเพียง ๐.๙ ในปี ๒๕๕๑) เนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่มั่นใจว่าพื้นที่ที่รับส่งกลับจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ ศูนย์ประสานงานการส่งต่อจะเป็นจุดเชื่อมโยงสำคัญ หากสามารถพัฒนาให้มีบทบาทหน้าที่ให้ครอบคลุมไม่เฉพาะการส่งต่อ (หาเตียง) แต่สามารถพัฒนาให้ครอบคลุมได้ถึงการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล/ติดตามข้อมูลการรักษา-เยี่ยมบ้านในพื้นที่ได้

สำหรับสถานพยาบาลเอกชนในฐานะหน่วยบริการประจำคู่สัญญา (“คลินิกชุมชนอบอุ่น”) มีปัญหาชัดเจนว่าการขอขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยผูกเรื่องหน่วยบริการรับส่งต่อให้เป็นภาระของคลินิกเอกชน เป็นอุปสรรคและไม่เป็นธรรมสำหรับคลินิกเอกชนเดี่ยว (ที่ไม่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชน) ที่ต้องการรับเป็นคู่สัญญาให้บริการแก่ประชาชน

นอกจากนี้ ในมุมมองด้านการเงิน คลินิกเอกชนโดยเฉพาะคลินิกเอกชนเดี่ยว และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการส่งต่อซึ่งเพิ่มขึ้นจากปัญหาโรคเรื้อรัง ในปี ๒๕๔๘ คิดเป็นร้อยละ ๖๒ ของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช หรือประมาณ ๐.๒๑๓ ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปี ๒๕๕๐ คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๖ หรือประมาณ ๒.๓๙ ล้านบาท หรือบางแห่งค่าใช้จ่ายภายใน ๓ เดือนแรกของปี ๒๕๕๑ ยอดส่งต่อสูงกว่า ๕๐๐,๐๐๐ บาท คิดเป็นจำนวนผู้ส่งต่อเฉลี่ยสูงถึง ๒๐๐ - ๓๐๐ คนต่อเดือน และบางเดือนจำนวนผู้ป่วยส่งต่อสูงถึง ๖๐๐ คน ซึ่งในมุมมองดังกล่าวนี้ ต้องพิจารณาจัดการทางการเงินเพื่อไม่ให้เกิดภาระทางการเงินแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ จนไม่สามารถดำเนินงานได้

เป้าหมาย

พัฒนาระบบส่งต่อเพื่อเชื่อมโยงบริการตั้งแต่บริการปฐมภูมิไปจนถึงบริการตติยภูมิและสถานบริการเฉพาะทาง เพื่อให้ประชาชนได้รับการอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง

ประเด็นศึกษา

๑. ความเป็นไปได้ในการจัดการศูนย์ประสานงานส่งต่อ (ระดับชาติ/เขต) เพื่อให้ครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยจากระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) รูปแบบองค์กรและการบริหารจัดการ/โครงสร้างการบริหาร/งบประมาณ และบทบาทหน้าที่

๒. ศึกษาข้อมูลระดับหน่วยบริการ ถึงปัญหาการส่งต่อเพื่อให้ทราบถึงที่มาของปัญหาที่ชัดเจน (ปัญหาเกิดขึ้นในระดับใด การส่งต่อด้วยโรค/ปัญหาสุขภาพใด เป็นต้น) เพื่อไปใช้ในการวางแผนการจัดการระบบส่งต่อและบริการต่อเนื่องที่มีคุณภาพมากขึ้น

- ประเด็นศึกษาในเขตชนบท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนถึงปัญหาระบบส่งต่อภายในระบบของกระทรวงสาธารณสุข (จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังตติยภูมิ และระดับหน่วยบริการตติยภูมิ ไปยังตติยภูมิ)
- ศึกษารายละเอียดการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับบริการเขตเมือง จากหน่วยบริการสังกัดต่างๆ เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การมหาชนอิสระ หน่วยบริการในเขตกทม. เป็นต้น

๓. การพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อและการส่งกลับไปยังบริการระดับต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างต่อเนื่อง

๔. การรวบรวม/สำรวจข้อมูลบุคลากรและเครื่องมือ/ทรัพยากรด้านสุขภาพ (เช่น จำนวนแพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือแพทย์/อุปกรณ์ high technology ที่มีอยู่ในพื้นที่) เพื่อจัดระบบเครือข่ายบริการ และส่งต่อในระดับพื้นที่ (ระดับอำเภอ/จังหวัด/เขต)

๕. ศึกษาหารูปแบบการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงในการขาดทุนจากภาระการส่งต่อผู้ป่วยนอก เช่น การกำหนดราคากลาง บริการส่งต่อผู้ป่วยนอกที่จำเป็น หรือการตั้งกองทุนและการบริหารจัดการความเสี่ยง

๖. ระบบการเงิน (เชื่อมโยงเรื่องจัดซื้อบริการ) - เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง สามารถเป็นอิสระในการจัดบริการที่เหมาะสม เพื่อดูแลการจัดบริการแก่ประชาชนให้ตอบสนองความต้องการพื้นที่ และการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะประเด็นการเงินการส่งต่อผู้ป่วยนอก (รวมภาคเอกชน) เพื่อลดภาระการตามจ่ายบริการผู้ป่วยนอก

บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในอนาคต

โรงพยาบาลชุมชนนอกจากจะทำหน้าที่หลักในฐานะหน่วยบริการประจำที่ให้การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิแล้วในขณะเดียวกันยังต้องพัฒนาบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในฐานะหน่วยบริการระดับทุติยภูมิด้วย เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้ใช้บริการในสิทธิประกันสุขภาพ พบว่า ประชาชนให้ความเชื่อถือและใช้บริการในโรงพยาบาลระดับสูงกว่า พิจารณาจากอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์ (๑.๙๕ ครั้ง/คน/ปี ในปี ๒๕๕๑) และโรงพยาบาลทั่วไป (๑.๙๗ ครั้ง/คน/ปี ในปี ๒๕๕๑) ในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาดใหญ่กว่า ๓๐๐ เตียง) ยังคงสูงกว่าการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน (๑.๕๑ ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กกว่า ๓๐ เตียง ในปี ๒๕๕๑) เมื่อพิจารณาจากอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน เฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ป่วยใช้บริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๑ ในปี ๒๕๕๒ อัตราการวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทำให้ต้องให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น

คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เช่น การเสียชีวิตในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ – ๒๕๕๒ อัตราป่วยตายของผู้ป่วยในประมาณร้อยละ ๒.๕ ต่อปี ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มารับบริการมากด้วยเช่นกัน แต่อัตราตายมารดา (maternal death) ในโรงพยาบาล สูงกว่าอัตราเฉลี่ยที่กำหนดโดยกรมอนามัย ๑๘: ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร แม้จะมีการศึกษาที่บ่งชี้ว่าการผ่าคลอดได้ตั้งในโรงพยาบาลชุมชนลดลง แต่เมื่อพิจารณาจากรายงานบริการพบว่าอัตราการผ่าคลอดได้ตั้ง ประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยรับไว้เป็นคนไข้ในมาโดยตลอดตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ อัตราการผ่าท้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ยังยอมรับได้สำหรับหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน แต่ยังคงมีบริการที่ควรที่จะได้รับการพัฒนา เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย การทำหัตถการสวนหัวใจ และรวมถึงบริการกายภาพบำบัดภายหลังการผ่าตัด และรวมถึงบริการอื่นๆ เพื่อคัดกรองและลดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยในอนาคต เช่น การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก ซึ่งน่าจะสมารถให้บริการได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน

อย่างไรก็ดี บริการทางการแพทย์บางประเภทอาจจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ (เช่น ศัลยแพทย์ สูตินรีแพทย์) การลงทุนด้านบุคลากรดังกล่าวในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังคงเป็นข้อถกเถียงว่าควรกระทำหรือไม่ และจะรักษาบุคลากรดังกล่าวไว้ในระดับ รพช. ได้อย่างไร ต้องพิจารณารายละเอียดถึงบริบทบริการและการจัดการในรูปแบบของเครือข่ายบริการในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันได้ตามความพร้อมของแต่ละพื้นที่

เป้าหมาย

พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนได้สอดคล้องความต้องการความเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน ตามความจำเป็นและความต้องการในพื้นที่ รวมทั้งสามารถเป็นหน่วยบริการหลักในการบริหารจัดการและเชื่อมโยงเครือข่ายบริการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นการศึกษา

๑. การศึกษาในพื้นที่เพื่อการออกแบบการจัดเครือข่ายบริการในระดับอำเภอ รวมไปถึงการประเมินความสามารถ/ทรัพยากร ในระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการในระดับทุติยภูมิ และอาจมีผู้เชี่ยวชาญบางสาขาในบางพื้นที่

๒. การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาหารือที่มีประสิทธิภาพ (ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และในระดับโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลชุมชนด้วยกัน) รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและระบบข้อมูลข่าวสาร

๓. การพัฒนาบริการทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชน (ระดับทุติยภูมิ) และการเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ การคัดกรองและการให้ความรู้ในชุมชน (population health) รวมถึงการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพว่าหากได้พัฒนาแล้วดีขึ้นอย่างไร หรือไม่ ได้แก่

○ Case management ใน รพ. ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพบริการและมีอะไรบ้างซึ่งหากได้รับบริการที่สามารถทำได้ในระดับ รพช. อาจไม่จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากขึ้น

- การบริการฉุกเฉิน (เช่น หอบหืด, หัวใจ, ไล่ต้ง)

○ บริการเชื่อมโยงกับหน่วยปฐมภูมิ – เพื่อให้การจัดบริการมีคุณภาพมากขึ้น การจัดการควรเป็นอย่างไร – จำเป็นต้องใช้แพทย์ - วิชาชีพอื่นๆ อย่างไร

- ออมนัยแม่และเด็ก - low birth weight
- การพัฒนาเด็ก - พัฒนาการช้า
- การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/จิตเวช
- การดูแลผู้พิการในชุมชน (กายภาพบำบัด)
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔. ระบบการเงินเพื่อให้ รพช สนับสนุนการทำงานระดับปฐมภูมิ - เพื่อบริการอะไรบ้าง (package) ที่จำเป็นในระดับปฐมภูมิ / จำนวนเท่าไร (unit cost) ระบบการจัดการควรเป็นอย่างไร ข้อจำกัดคืออะไร

๕. การศึกษาเชิงระบาดวิทยา-ผลกระทบของปัญหาสุขภาพ ต่อการให้บริการสุขภาพ ระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเปรียบเทียบปัญหา mismatch กับบริการที่มีอยู่ปัจจุบัน

๖. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์

- ปรับปรุงหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานการฝึกอบรมแพทย์ที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ เพื่อสร้างแนวคิด/ทัศนคติ ในการให้บริการแบบ family / community medicine
- ปรับปรุงกระบวนการผลิตแพทย์ / พยาบาล / บุคลากรทางการแพทย์อื่น ให้สามารถทำงานในพื้นที่ได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (เช่น เพิ่มการทำงานในพื้นที่ขณะเรียน)

การจัด (ชื่อ) บริการในพื้นที่ (area-based management)

การกระจายอำนาจการจัดบริการในพื้นที่เพื่อให้พื้นที่สามารถบริหารจัดการทางการเงินได้อย่างอิสระ จึงจะทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการเพื่อให้เกิดอิสระแก่พื้นที่ มีประสบการณ์จากประเทศต่างๆ หลายประเทศ ซึ่งมีรูปแบบการสนับสนุนให้รับผิดชอบดำเนินการหลายหน่วยงานหลายระดับ

คณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้เสนอแนวทางในการสนับสนุนงบประมาณที่มีลักษณะเป็น District health management ซึ่งโรงพยาบาลชุมชน หรือ CUP ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นหน่วยบริการที่จะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารจัดการดังกล่าว และดำเนินการในรูปของคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน ทั้งภาครัฐ (ผู้แทนโรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาควิชาการ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข) และภาคประชาสังคม (ตัวแทนชุมชน และ อสม.) มาร่วมพิจารณาจัดซื้อบริการที่เหมาะสมสำหรับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงระดับบริการ (ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) และรวมไปถึงการวางแผนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพอื่นๆ เช่น การจัดการกำลังคน เป็นต้น

เช่นเดียวกับความพยายามการกระจายอำนาจของ สปสช. เพื่อให้พื้นที่มีอำนาจและความรับผิดชอบมากขึ้นในการจัดการสุขภาพ เห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ปี ๒๕๕๓ ของ สปสช. ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบให้นำร่องบริหารในรูปแบบของการจัดเขตสุขภาพ ๒ แห่งคือ สปสช. เขต ๙ นครราชสีมา และเขต ๑๓ กรุงเทพฯ โดยการจัดสรรงบประมาณรายหัวของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้แก่พื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้พื้นที่ได้ออกแบบการจัดสรรบริการให้ตอบสนองต่อบริบทและเป็นประโยชน์ต่อพื้นที่สูงสุด ซึ่งทั้ง ๒ เขตได้เริ่มดำเนินการ และมีแนวทางการทำงานที่แตกต่างกัน

เป้าหมาย

เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในเรื่อง area-based management ให้ชัดเจนมากขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้พื้นที่ได้มีอิสระในการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อจัดบริการสุขภาพให้ตอบสนองความจำเป็นของแต่ละพื้นที่

ประเด็นการศึกษา

๑. ทดลองดำเนินงานในพื้นที่ เก็บข้อมูล และนำข้อมูลการดำเนินงานพิจารณาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/นโยบายเป็นระยะ เป้าหมายเพื่อการพัฒนาบริการที่ครอบคลุมงานปฐมภูมิทุกด้านทั้งด้านการรักษาและการป้องกัน

โดยมีประเด็นการพิจารณาประกอบด้วย

- การกระจายอำนาจให้พื้นที่ – เขต – ขอบเขต/ขนาดควรเป็นเท่าใด (อำเภอ /จังหวัด / หลายจังหวัด หรือใช้ population based ขนาดเท่าไร)
- การจัดการการเงิน – เงินกองใดบ้าง (ประกันสังคม, CSMBS, UC: OPDPPF/PPC/CF, อบท)

- การบริหารจัดการ / โครงสร้าง (governance structure)/ อำนาจทางกฎหมาย
- แนวทางการจัดสรรงบประมาณ (การจัดนำหน้าการสนับสนุนบริการ) / แนวทางการทำ strategic need assessment เพื่อสร้างการยอมรับกับทุกฝ่าย

การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การพัฒนาคุณภาพบริการไม่สามารถแยกออกจากประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ หากกรณีการฟ้องร้องแพทย์เป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบบริการสาธารณสุข พบว่า จำนวนคดีฟ้องร้องแพทย์ต่อแพทยสภาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ เป็นต้นมา และหากพิจารณาบริการทางการแพทย์สาขาที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากอันดับต้นๆ ได้แก่ สูติ-นรีแพทย์ อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ กุมารแพทย์ หลายฝ่ายจึงมุ่งให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในแง่มุมของการเยียวยาผู้เสียหาย และการป้องกันการฟ้องร้องต่อบุคลากรสาธารณสุข โดยการจัดให้มีคณะกรรมการใกล้เคียงในระดับโรงพยาบาล และการจ่ายเงินชดเชยเบื้องต้นให้แก่ผู้เสียหาย ตามมาตรา ๔๐, ๔๑ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ป้องกันได้ และการป้องกันดังกล่าว เกิดจากการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต และนำมาวางแผนป้องกัน ส่วนใหญ่การศึกษาจะเป็นในลักษณะของการสอบสวนสาเหตุ หลังเกิดเหตุการณ์ ซึ่งมักเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยา โดยทีมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือทีมแพทย์ระบาดวิทยาจากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งกรณีตัวอย่างของการติดเชื้อจากการผ่าตัดกระดูกในโรงพยาบาลขอนแก่น แม้เป็นเพียงการสอบสวนโรค ก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกระบวนการทำงานในห้องผ่าตัดได้อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ดี ยังไม่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงกว้างแม้ในโรงพยาบาลได้

สถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้พยายามพัฒนาและนำเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการประเมินตนเองในกระบวนการทำงานต่างๆ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย (SIMPLE) และเครื่องมือศึกษาเพื่อเรียนรู้จากการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาศึกษาอย่างเป็นระบบ เช่น การใช้ Clinical Tracer และ Trigger มาช่วย แต่ก็ยังไม่เกิดการระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และนำข้อมูลมาเปิดเผยเพื่อเหตุผลทางการศึกษาได้

เป้าหมาย

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ประเด็นการศึกษา

๑. ศึกษาข้อมูลจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร่วมกับราชวิทยาลัย และแพทย์ในสาขานั้นๆ ในประเด็นสำคัญ เพื่อพัฒนาบริการและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย เช่น

- ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์ เพื่อป้องกันการตายของมารดา และความพิการของทารก
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ เพื่อเสริมพัฒนาการเด็ก
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดในการผ่าตัด
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดในการใช้ยา

๒. ศึกษาความเป็นไปได้ ร่วมกับ สรพ. และโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาให้ดัชนีความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพบริการ

๓. ศึกษาหารูปแบบการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสังคมต่อข้อจำกัดของบริการทางการแพทย์ และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งต่อสังคม และต่อบุคลากรทางการแพทย์

๔. การศึกษาเพื่อสนับสนุนและเผยแพร่แนวคิด “บริการทางการแพทย์ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” (Humanized Health Care) เช่น การรวบรวมแนวปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาล วิธีการให้บริการที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาแนวทางการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในบริการ ระดับปัจเจก และระดับสถาบัน เมื่อปฏิบัติตามแนวคิด (Humanized Health Care)

ภาคผนวก ๑ สรุปรายงานการประชุมวิชาการ

**สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น
การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ครั้งที่ ๑: ระบบการส่งต่อผู้ป่วย
วันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๓ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๗.๐๐ น.
ณ ห้องบอลรูม ชั้น ๔ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์**

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑.	คุณ	กาญจนา ศิริโกมล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒.	นพ.	เจเด็จ ธรรมธัชอารี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓.	ดร.	จรัสดาว เรโนลล์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๔.	คุณ	จิราวรรณ สมหมาย	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม
๕.	พญ.	ทศนีย์ จันทน์น้อย	ผู้ช่วยผอ.โรงพยาบาลศิริราช ด้านสิทธิประโยชน์
๖.	พญ.	ประนอม คำเที่ยง	รองอธิบดี กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๗.	คุณ	พรเพ็ญ จำรัสรัตน์	สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
๘.	นพ.	พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๙.	คุณ	พัชราภรณ์ กิ่งแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๑๐.	นพ.	พินิจ พ้าอานวยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
๑๑.	น.ท.หญิง	เพ็ญศรี อินสุวรรณ์	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
๑๒.	น.ท.หญิง	พองรัตน์ ตั้งวงษ์เลิศ	หัวหน้าหน่วยประกันสุขภาพ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
๑๓.	พญ.	ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๑๔.	ผศ.ดร.	ลิลี อิงศรีสว่าง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๑๕.	คุณ	วรรณพร บุญเรือง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๑๖.	คุณ	วิรัช ธีระภิญโญ	ผอ.โรงพยาบาลนภดล
๑๗.	นพ.ดร.	วีระศักดิ์ พุทธาศรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๘.	นพ.	วุฒิไกร มุ่งหมาย	สาธารณสุขนิเทศน์
๑๙.	นพ.	ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตนครราชสีมา
๒๐.	คุณ	วณัฐพงศ์ เบญจพงศ์	ภานพคลินิกเวชกรรม
๒๑.	คุณ	สุนทรี อภิญญานนท์	สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
๒๒.	นพ.	สุพรรณ ศรีธรรมมา	ผู้ตรวจราชการกระทรวง
๒๓.	นพ.	สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย	ผู้ตรวจราชการกระทรวง
๒๔.	นพ.	รัฐพล เตรียมมิชานนท์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตกรุงเทพมหานคร
๒๕.	นพ.	สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๒๖.	คุณ	สุวิภา นิตยากร	สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
๒๗.	นพ.	อมร รอดคล้าย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสงขลา
๒๘.	นพ.	อินทนนท์ อิมสุวรรณ์	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

๒๙. คุณ	ธัญภรณ์ กล้าวิกรณ์	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
๓๐. นพ.	อำนาจ กาจันะ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓๑. นพ.	สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	เลขาธิการ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๓๒. คุณ	สุพธิกานต์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๓๓. คุณ	สุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๓๔. คุณ	เพชรไพลิน สุวรรณโชติ	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิฯ กล่าวต้อนรับและขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุม และแจ้งถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุมโดยสรุปว่า หลังจากมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีสมมติฐานว่า ระบบบริการสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนไปพอสมควรแต่ไม่ได้มากเท่าที่อยากให้ เป็น ข้อที่ให้ความสนใจกันมากคือ น่าสนใจคือ มี เกิดขึ้นว่าอยากให้ระบบบริการสาธารณสุขเป็นอย่างไรในสภาพแวดล้อมใหม่ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุขมีภาระในการดูแลหน่วยบริการของตนเอง แต่ในระบบประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นเจ้าของหน่วยบริการหรือไม่ ในการกระจายอำนาจก็เช่นเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการอย่างไร

มสช. ร่วมกับ สวรส. เพื่อทำงานวิชาการเพื่อสนับสนุนนโยบายของ สวรส. มีที่จะ สร้างความรู้สังเคราะห์ความรู้ และนำไปสู่นโยบายเพื่อการพัฒนาาระบบสาธารณสุขซึ่งประเด็นที่คาดว่าจะนำมาพูดคุยกัน เพื่อให้เห็นแนวทางการพัฒนานโยบายและระบบบริการสาธารณสุข ที่ผ่านมาในเรื่องระบบนโยบาย และระบบบริการสาธารณสุข ได้ดำเนินการในเรื่องระบบบริการปฐมภูมิ และนำเสนอแต่ก็หยุดอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ส่งผ่านไปถึงท้องถิ่น และเอกชน

สำหรับเรื่องการส่งต่อเป็นโจทย์คู่กับบริการปฐมภูมิ เพราะหากการส่งต่อไม่ดี บริการปฐมภูมิจะดีไม่ได้ สปสช. ก็ได้พยายามจัดระบบให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ แต่ถึงปัจจุบันก็ยังไม่ดีพอ บทบาทของท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุข ก็จะเกี่ยวข้องกันด้วย รวมถึงประเด็นเรื่องการคงอยู่ของ รพช. นอกจากนั้นยังมีโจทย์เรื่องคุณภาพบริการ (Patient Safety) เป็นเรื่องที่จะต้องทำ เพื่อให้มีการตัดสินใจในทางนโยบาย

หลังจากนี้ไปอีก ๒ เดือน มสช. และ สวรส. จะจัดกระบวนการเพื่อชวนคนมาคุย โดยจะทบทวนข้อมูลที่มีอยู่ รวมถึงการสังเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และตั้งโจทย์และ/หรือทำให้ประเด็นต่างๆ มีความชัดเจนขึ้น โดยทุกๆ ท่านที่ได้รับเชิญเข้าร่วมกระบวนการเช่นเดียวกับวันนี้ จะทำหน้าที่ให้ความเห็นเพิ่มเติม ทักท้วง หรือตั้งโจทย์ เพื่อให้ประเด็นต่างๆ ชัดเจนขึ้น

วัตถุประสงค์การประชุมปรึกษาหารือตลอดกระบวนการนี้ ก็เพื่อให้ประเด็นที่ชัดเจน และสำหรับการประชุมครั้งนี้ จะมุ่งในเรื่อง “การส่งต่อ” ที่จะทำให้ชัดเจนขึ้น ทั้งในเรื่องขอ ปัญหา ข้อเสนอในการแก้ไขทางนโยบาย และโจทย์วิจัย

ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้ประกอบการประชุม เพื่อการพิจารณา เรื่องแรกเป็น สถานการณ์ของคลินิกอบอุ่น (เอกสารแนบ ๑) ซึ่งพบว่า ระบบการจ่ายเงิน การตามจ่าย ทำให้เกิดภาระการเงินเพื่อการตามจ่ายแก่คลินิก และยังไม่มีทางแก้ สำหรับอีก ๒ เรื่อง คือสถานการณ์การส่งต่อ ซึ่งจะนำเสนอโดย นพ.พินิจ พ้าอำนาจ ผล (เอกสารแนบ ๒) และ ระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข โดยนพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ (เอกสาร

แบบ ๓) และหลังจากนั้น จะเปิดเวทีให้ที่ประชุมแสดงความเห็นต่อสภาพปัญหา ข้อเสนอเชิงนโยบาย และโจทย์วิจัยที่ควรทำให้ชัดเจน

ผลที่ได้จากการประชุมแต่ละครั้ง ก็จะเอาไปสังเคราะห์ว่ามีประเด็นเชิงนโยบายหรือไม่ และมีโจทย์อะไรที่ท้าววิจัยเพิ่มเติม และหลังจากนี้ ๓ เดือน กระบวนการสังเคราะห์นโยบายจะเริ่มดำเนินการอย่างจริงจัง

นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ระบบส่งต่อในปัจจุบัน ซึ่งเป็นข้อมูลทิวทัศน์ที่เห็นจาก ๐๑๑๐ รง. ๕ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูลสัดส่วนผู้ป่วยใช้บริการ ระหว่างผู้ป่วยตามสิทธิประกันสุขภาพนอกเครือข่ายต่อผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพในเครือข่าย ไม่แยกระดับโรงพยาบาล แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยใช้สิทธินอกเขตบริการตามสิทธิมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่ เช่นเดียวกันกับลูกข่าย (สถานีนามัย) แนวโน้มการใช้สิทธิข้ามเครือข่ายเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน และเมื่อพิจารณาระดับของโรงพยาบาล ตัวอย่าง รพศ. พบว่าผู้ป่วยนอกสิทธิเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ 61 ของผู้ป่วยสิทธิในเครือข่าย และสำหรับในระดับอื่นๆ ผู้ป่วยสิทธิในเครือข่ายสูงกว่าผู้ป่วยนอกเครือข่าย และสูงสุดในระดับ รพช. - ซึ่งการตีความในระดับ รพศ. ผู้ป่วยนอกเครือข่ายมีอัตราเพิ่มขึ้นเป็นเรื่องที่ไม่น่ามีอะไรผิดปกติ เพราะควร รพศ. ควรต้องรับการส่งต่อจาก รพ.ต่างๆ ข้อมูลชุดนี้สะท้อนเรื่องการใช้สิทธิข้ามเขต ซึ่งโดยสรุปยังไม่มีแนวโน้มที่ผิดปกติ เมื่อพิจารณาแยกตามสิทธิด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยใช้สิทธิข้ามเขต ร้อยละ 13 เป็นผู้ป่วยตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย สัดส่วนระหว่างการส่งต่อ (refer out) คิดเป็นประมาณร้อยละ ๒ ของผู้ป่วยนอก และสัดส่วนของ refer out ต่อ refer in ไม่เท่ากัน หากจำแนกตามขนาด รพช. มีการส่งต่อมากที่สุด (ร้อยละ ๒-๓) และเมื่อ รพ.มีขนาดใหญ่ขึ้น การส่งต่อลดลง แต่หากพิจารณาแนวโน้มภาพรวม พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ไม่ชัดเจน เช่นเดียวกับการรับการส่งต่อ (refer in) ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ในส่วนของลูกข่าย (สอ.) พบการส่งต่อไม่มากนัก หากเมื่อพิจารณาพื้นที่การส่งต่อในระดับ รพ. พบว่าร้อยละ ๒ (ส่วนใหญ่) รับส่งต่อจาก รพ. ในจังหวัดเดียวกัน เช่นเดียวกับการส่งต่อ

เมื่อพิจารณาการส่งต่อแยกตามสิทธิประกันสุขภาพของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนไข้ส่งต่อเป็นคนไข้ตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิสวัสดิการสังคมอื่นๆ ส่วนของสิทธิข้าราชการส่งต่อต่ำที่สุด

การพิจารณาเรื่องการส่งต่อ/รับส่งต่อ จะชัดเจนมากขึ้น หากแยกพิจารณาเป็นระดับสถานพยาบาล

นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ นำเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข (เอกสารหมายเลข ๒) โดยเริ่มจากสถานการณ์ของการส่งต่อที่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการบริการอย่างเหมาะสม และอาจพบกับความยากลำบาก ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยถูกปฏิเสธการรับส่งต่อ ซึ่งพบว่าการส่งต่อจาก สอ.ไปยัง รพช. พบประมาณร้อยละ ๒-๓ จาก รพช. ไปยัง รพศ./รพท. ประมาณร้อยละ ๒๕ และจาก รพท./รพศ.ไปยังโรงเรียนแพทย์ถูกปฏิเสธร้อยละ ๑๐๐ ต้องส่งต่อมากกว่า ๑ ครั้ง การส่งต่อไม่เหมาะสมกับความรุนแรงของปัญหา หรือส่งต่อล่าช้า กระทรวงวิทยาศาสตร์การพัฒนาระบบการส่งต่อโดย จัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อทั้งในระดับส่วนกลาง จังหวัดและระดับเขตขึ้น พัฒนาเครื่องมือระบบสารสนเทศ - โปรแกรมการรายงานและฐานข้อมูลโรงพยาบาล และพัฒนาการสื่อสารภายในเพื่อการประสานงานและความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงพัฒนาความสามารถของโรงพยาบาลต่างๆ จากนั้นที่ประชุมได้เริ่มอภิปรายแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ

ความเห็นที่ประชุม

๑. จากประสบการณ์ของประกันสังคม – ลดความขัดแย้งระหว่าง Supra contractor กับรพ.คู่สัญญา โดยให้เจรจากันล่วงหน้า เพื่อตกลงเงื่อนไขการส่งต่อ และสามารถปฏิเสธการรับส่งต่อได้ถ้าไม่ตรงกับเงื่อนไขที่ตกลงกันได้ (supra contractor มีโอกาสเลือกรับส่งต่อ)

๒. จากประสบการณ์ของโรงเรียนแพทย์ พบว่า

- (๑) การรับส่งต่อระหว่างโรงเรียนแพทย์ – รพ. มีปัญหาซึ่งยังต้องการการแก้ไข – เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น ไม่มีแรงจูงใจที่จะต้องรับรักษา บางกลุ่มรับส่งต่อเป็นจำนวนมากไม่มีที่ว่างเหลืออยู่ เช่นเดียวกับที่โรงเรียนแพทย์บางแห่ง สะท้อนว่ารับผู้ป่วย refer เพิ่มเติมไม่ได้ เพราะมีปัญหาผู้ป่วยเต็ม และเห็นว่าศูนย์ Refer ทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ
- (๒) มีความเห็นเพิ่มเติมว่า แต่เดิมมีข้อตกลง ห้ามส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินเกิน ๒ ครั้งต่อปี (ในกรณีไม่ส่งต่อตามลำดับขั้นตอน - ส่งต่อข้ามเขต) แต่ระยะหลังเงื่อนไขระบบดังกล่าวหายไป ทำให้อัตราผู้ป่วยขอให้ส่งต่อข้ามเขตเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

๓. ประสบการณ์ รพ.ภูมิพล – จัดตั้งศูนย์ประสานงานในการรับส่งต่อร่วมกับคลินิก (เอกชน) เครือข่าย ๒๗๐ แห่ง (ในกรุงเทพฯ) โดยศูนย์ประสานบริการเปิดให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทำหน้าที่แจ้งสิทธิผู้ป่วยทุกสิทธิ เป็น Call center ประสานงานกับ รพ.ต่างๆ ที่มาประสานงานกับ รพ.ภูมิพล รวมถึงการจัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย การตั้งศูนย์ประสานงานนี้ถือได้ว่าประสบความสำเร็จ เนื่องจากสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วน จากหน่วยบริการที่ส่งต่อหรือจากผู้ป่วยเอง การจัดเครือข่ายร่วมเอกชนและศูนย์ประสานงานฯ ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลภูมิพลได้อีกด้วย

๔. จากประสบการณ์ภาคเอกชน

- (๑) ปัญหาเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูง สถานพยาบาลเอกชนขาดทุน ในส่วนของผู้ป่วยในมีปัญหาไม่น้อยกว่า เนื่องจาก สปสช. จ่ายตรงกับโรงพยาบาล
- (๒) ประชาชนมักไม่เข้าใจเรื่องสิทธิของตนเอง มีปัญหาเรื่องการสื่อสารสิทธิกับประชาชน – ซึ่งควรทำความเข้าใจกับประชาชนให้ชัดเจน

๕. ประสบการณ์การจัดบริการเครือข่าย ในเขต กทม.- สำนักงานแพทย์ กทม. ซึ่งมี รพ.ในสังกัดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ กทม. พบปัญหาการส่งต่อเกือบทุกแห่งด้วยเช่นกัน แต่สำหรับในเครือข่าย รพ.กทม. ใช้ระบบพี่น้อง คือ การส่งต่อตามสิทธิ รพ.ใหญ่ 1 แห่ง ดูแล รพ. เล็ก ๒ แห่ง

๖. การส่งต่อผู้ป่วยใน แม้ไม่มีปัญหาในทางการเงิน เนื่องจาก สปสช. ใช้การบริหารจัดการแบบการจ่ายตรงไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อ แต่ยังพบการปฏิเสธการรับส่งต่อ อาจเนื่องจากไม่มีแรงจูงใจสำหรับคนทำงานรับแล้วขาดทุนหรือมีทรัพยากรจำกัด ต้องเพิ่มการลงทุนเพื่อให้บริการในเรื่องนั้นๆ มากขึ้น การแก้ปัญหาอาจจะต้องใช้การบริหารจัดการภายในหน่วยรับส่งต่อ

๗. อย่างไรก็ดี ยังไม่มีการสะท้อนปัญหาการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการภายใน กสธ. เช่น ระหว่าง PC ไปยัง CUP ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเพราะระบบในเขตชนบท CUP ทำ Secondary care ด้วย รวมถึงยังไม่สะท้อนปัญหาการส่งต่อจาก รพช. ไปยัง รพ. ที่ใหญ่กว่า จึงควรศึกษาเพิ่มเติมให้ชัดเจนใน รพ.กสธ. ว่ามีปัญหาเรื่องการส่งต่อและหากมีในระดับใด กับหน่วยบริการใด และสำหรับหน่วยบริการเอกชน ค่อนข้างชัดเจนว่ามีปัญหาในเรื่องการส่งต่อ

สรุปประเด็นการส่งต่อ

	เขตชนบท	เขตเมือง
ผู้ป่วยใน	• ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย • มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการในระดับสูงขึ้น – การปฏิเสธไม่รับส่งต่อ โดยเฉพาะส่งต่อ รร.แพทย์ (เป็นภาระ ไม่มีแรงจูงใจ ทรัพยากรจำกัด) • ยังไม่ชัดเจนถึงปัญหาการส่งต่อภายในระบบ กสธ. ในระดับปฐมภูมิไปยังทุติยภูมิ	• ไม่มีปัญหาในระบบ กสธ. • เอกชน – ต้องมีเครือข่ายรับส่งต่ออยู่แล้วตั้งแต่ขั้นทะเบียน
ผู้ป่วยนอก	ไม่มีปัญหามากในระบบ กสธ.	เอกชน มีปัญหาในการส่งต่อ รร. แพทย์/ มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายสูง และการข้ามสิทธิ

ประเด็นที่ควรพิจารณาการพัฒนาระบบส่งต่อ

๑. มีความจำเป็นต้องมีศูนย์ประสานงานระหว่างหน่วยบริการในระดับต่างๆ - ชาติ เขต จังหวัด ที่ทำหน้าที่ดูแลให้เกิดประสิทธิภาพในระบบการส่งต่อ แต่ควรประสานดูระบบการส่งต่อทั้งระบบ (มากกว่าภายในของกระทรวงสาธารณสุข) หากเป็นดังกล่าว ศูนย์ประสานงานควรบริหารจัดการอย่างไร - เป็นองค์กรกลางที่ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วม การจัดการควรเป็นอย่างไร งบประมาณควรเป็นการลงขันร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ หรือไม่
๒. พิจารณาปัญหาการส่งต่อ
 - (๑) แยกกันจากเขตเมือง - กทม / เขตชนบท เนื่องจากการบริหารและบริบทแตกต่างกัน
 - (๒) ประเด็นปัญหาการส่งต่อของภาคเอกชน และรพ.บ้านแพ้ว ในฐานะองค์กรมหาชนอิสระ
 - (๓) การส่งต่อระหว่างสถานบริการในระบบของกระทรวงสาธารณสุข

ว่ามีปัญหาการส่งต่ออย่างไร ในระดับใดเป็นอย่างไร ปัญหาเกิดจากการส่งต่อ/ไม่รับส่งต่อเนื่องจากปัญหาในเรื่องใด เป็นต้น

๑. ประเด็นระบบการเงินหรือไม่ – ควรปรับระบบการเงินหรือไม่ อะไรคือวิธีการซื้อบริการที่จำเป็นที่จะทำ ให้ระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง (ซึ่งจะหารือต่อในประเด็นอื่นของการทำงานในชุดนี้) ซึ่งอาจเป็นการบริหารจัดการทั้งเขต ไม่ใช่เฉพาะหน่วยบริการของ กสธ. – การพัฒนาระบบ/กลไกการซื้อบริการ หรือพัฒนาให้เกิดกลไกการดูแลในพื้นที่ ควรทำอย่างไร ซึ่งเชื่อมโยงกับประเด็นการเงินสำหรับผู้ป่วยนอกซึ่งกำลังมีปัญหา โดยเฉพาะในภาคเอกชน จะมีวิธีบริหารจัดการด้านการเงินเพื่อไม่ให้หน่วยบริการขาดทุนได้อย่างไร

๒. คุณภาพ/ความสามารถในการให้บริการในระดับต่างๆ – พิจารณาทั้งในส่วนของคุณคลากรและการกระจายเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อการออกแบบระบบการส่งต่อที่เหมาะสม ทั้งในส่วนภายในจังหวัด หรือข้ามจังหวัด และแนวทางแก้ไขปัญหในปัจจุบัน

ปิดประชุมเวลา ๑๗.๐๐ น.



คลินิกชุมชนอบอุ่นสังกัดภาคเอกชน
สนับสนุนโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

- ☐ ดำเนินการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในด้านกิจกรรมการให้บริการและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชุมชนอบอุ่น
- ☐ เก็บข้อมูลคลินิกสังกัดภาคเอกชน 5 แห่ง (กทม. 4 แห่ง และต่างจังหวัด 1 แห่ง)
- ☐ ใช้กระบวนการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดการคลินิก

รูปแบบการบริหารจัดการคลินิกชุมชนอบอุ่น

- ☐ คลินิกเดี่ยว (คลินิกที่มีแพทย์เป็นเจ้าของคนเดียว)
- ☐ คลินิกเครือข่าย (คลินิกที่มีแพทย์ / พยาบาลเป็นเจ้าของ และเปิดคลินิกหลายสาขา)
- ☐ คลินิกเครือข่ายภายใต้โรงพยาบาลเอกชน (คลินิกที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของโรงพยาบาลเอกชน)

อัตราการรับบริการและการส่งต่อผู้ป่วย ปี 2548 – 2551

ปี	อัตราบริการ (ครั้งต่อคนต่อปี)	อัตราการส่งต่อ (ร้อยละของผู้มารับบริการ)	ส่งต่อโรครุนแรง
2548	1.59	9.0	34.8
2549	1.88	7.8	36.4
2550	1.96	9.6	33.7
2551	2.41	11.5	42.2
เกณฑ์ สปสช.	2.00	3.5-5.6	-

ภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วย ปี 2548 – 2551

ปี	จำนวนเงินส่งต่อ (บาท)	คิดเป็นร้อยละของรายรับจาก สปสช.
2548	213,000.-	6.2%
2549	868,000.-	18.9%
2550	2,397,000.-	43.6%
2551	3,696,219.-	57.2%

ปัญหาสำคัญที่พบ

คลินิกฯ บางแห่งขาดทุน และกำลังไปไม่รอดเนื่องจาก

- มีผู้รับบริการมากขึ้น (80-130 ราย/วัน)
- มีอัตราผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น (โรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง)
- มีภาระการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

สาเหตุที่ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

- ☐ คลินิกบางแห่งผลการดูแลผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูงและเรื้อรังไปยังคลินิกอื่นที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อลดค่าใช้จ่าย
- ☐ ผู้ป่วยขอย้ายสิทธิ์ เลือกหน่วยพยาบาลเพื่อขอใบส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียง อาทิ รพ.จุฬาฯ รพ.เลิดสิน และ รพ.ภูมิพลฯ เป็นต้น

ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย

- ไม่มีเกณฑ์การรักษา
- ไม่มีราคากลาง
- ผู้ป่วยขอย้ายสิทธิ์
- ผลการดูแลผู้ป่วย

หากไม่แก้ไข จะเกิดปัญหา ?

- ☐ คลินิกที่บริการและให้การรักษาดูไม่ดี ปดกิจการ
- ☐ ประชาชนจะขาดบริการปฐมภูมิที่ดี เข้าไม่ถึงการรักษา

วิธีการแก้ปัญหาของคลินิกฯ

1. การลดต้นทุนค่าใช้จ่าย

- ☐ คลินิกเดียวใน กทม. - เพิ่มคลินิกเครือข่าย และใช้การบริหารจัดการร่วมกันเพื่อเฉลี่ยรายได้ / ค่าใช้จ่าย และเพิ่มอำนาจในการต่อรอง และลดความเสี่ยงในการขาดทุน
- ☐ คลินิกเดียวในต่างจังหวัด - ประสานหน่วยบริการร่วมภาคเอกชนเพื่อลดค่าใช้จ่าย เช่น ร้านขายยา และหน่วยตรวจ Lab เอกชน

วิธีการแก้ปัญหาของคลินิกฯ

2. กำหนดเพดานในการส่งต่อ

- ☐ คลินิกเดียวในต่างจังหวัด - ผู้บริหารของจังหวัดกำหนดเพดานส่งต่อหน่วยบริการระดับทุติยภูมิแบบเหมาจ่าย 438.40 บาท/ ครั้ง เฉลี่ย 100,000 บาท/เดือน

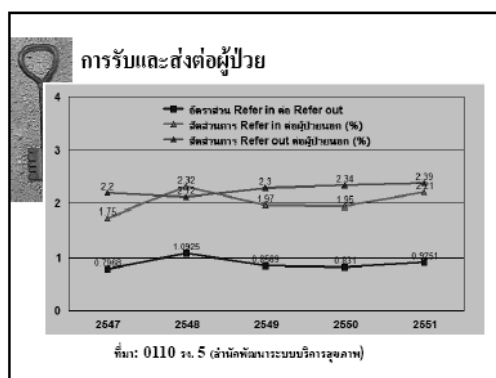
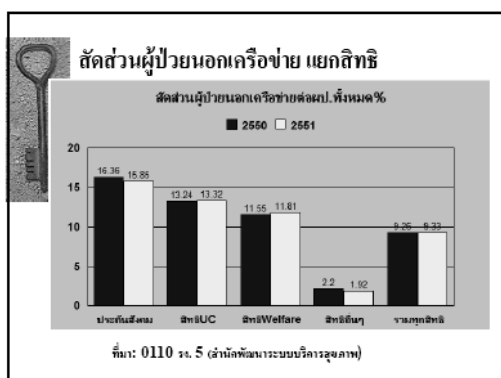
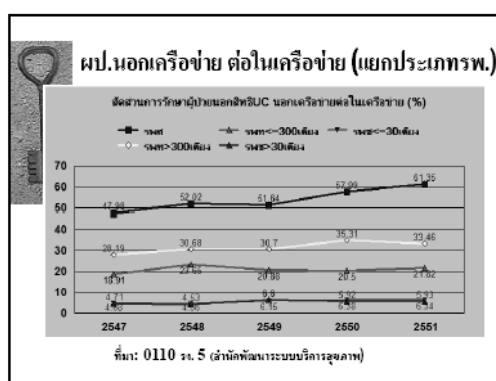
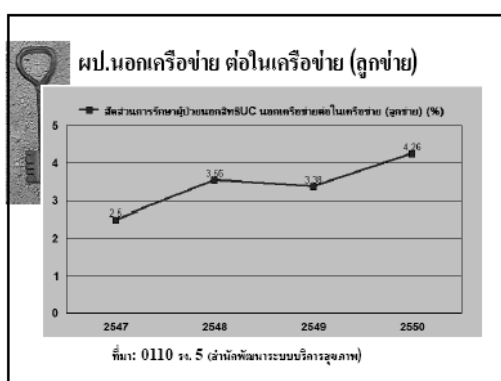
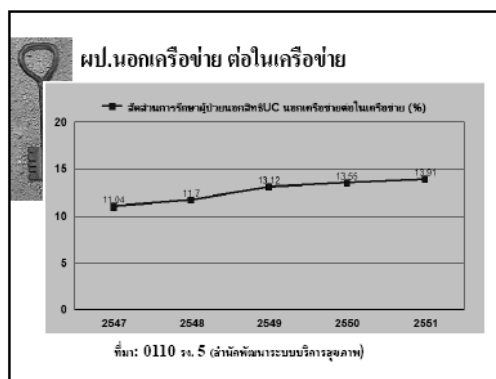
แนวทางการแก้ปัญหา (ข้อเสนอคลินิกฯ)

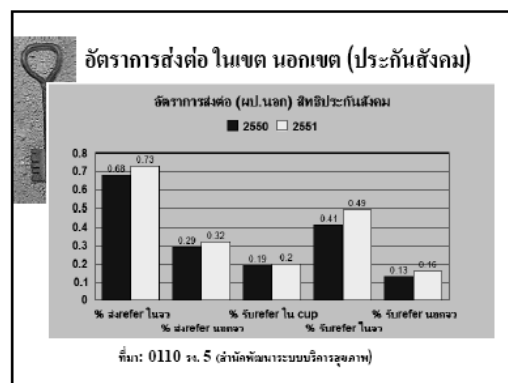
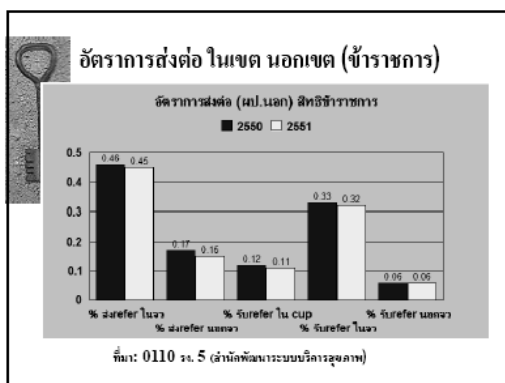
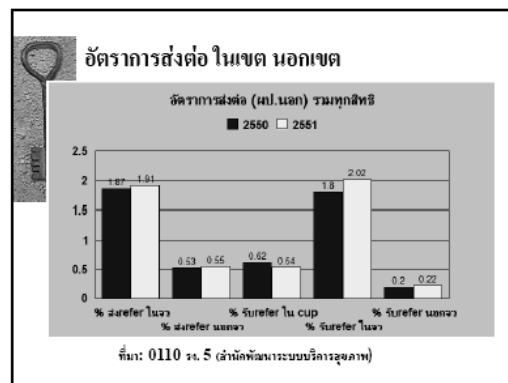
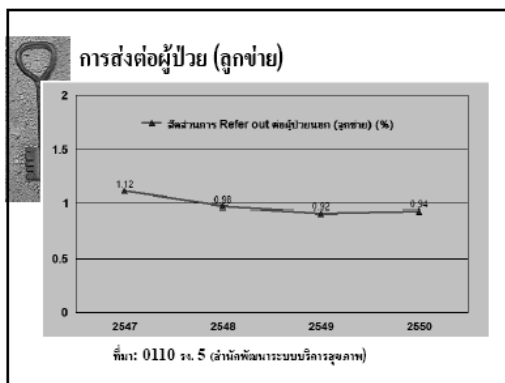
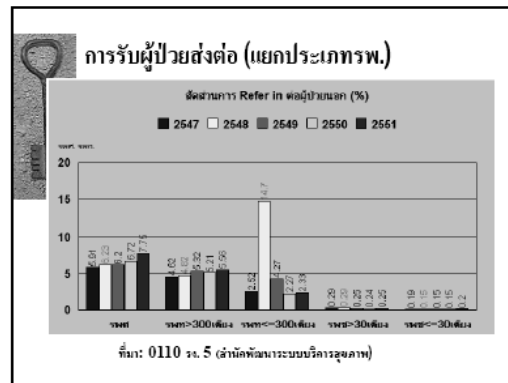
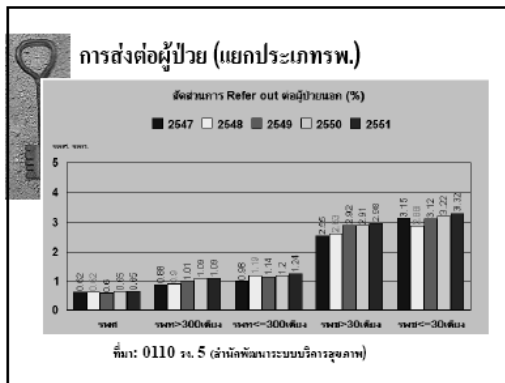
- ☐ ตั้งงบกลางสำหรับเบิกจ่ายโรคค่าใช้จ่ายสูง
- ☐ กำหนดเพดานค่ารักษา โดยเฉพาะการส่งต่อไปยัง รพ.เอกชน
- ☐ กำหนดเกณฑ์ในการรักษาผู้ป่วย
- ☐ กำหนดเกณฑ์ในการเบิกจ่ายระหว่างผู้ป่วยนอก - ใน
- ☐ แยกงบส่งต่อออกจากงบผู้ป่วยนอกที่คลินิก
- ☐ ทำความเข้าใจกับประชาชนถึงการใช้สิทธิ์ที่ถูกต้อง

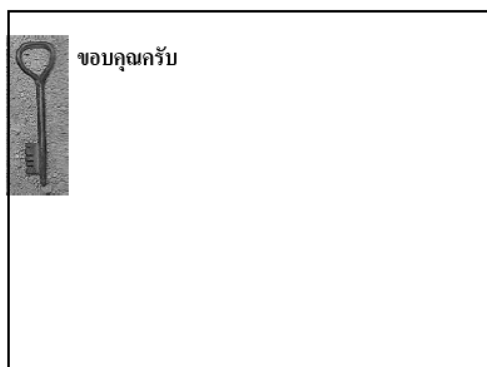
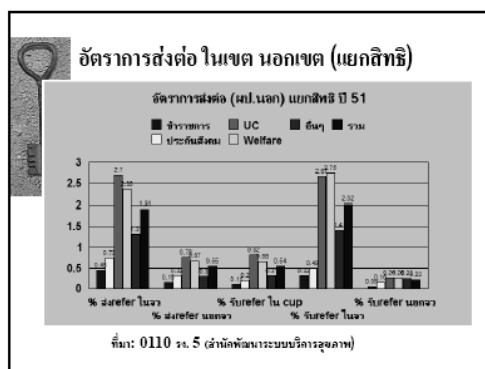
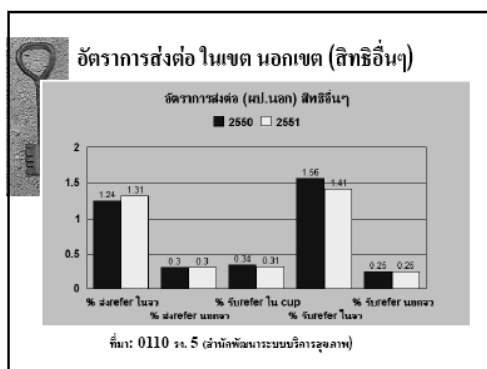
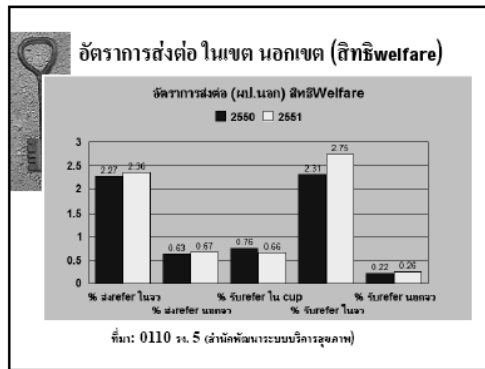
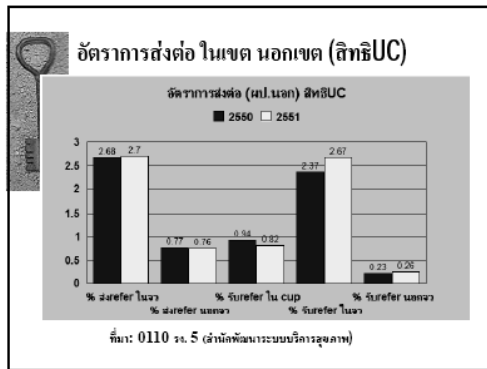


สถานการณ์การส่งต่อ

นพ.พินิจ พินิจานวยกุล
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ







การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของการส่งต่อผู้ป่วย

ประกอบด้วย

- () การถูกปฏิเสธบ่อยครั้ง เช่น เตียง ICU เต็ม แพทย์เฉพาะทางไม่อยู่ Ventilator ไม่ว่าง ฯลฯ
- () การส่งต่อเข้า กทม. ยากมาก เพราะแต่ละ รพ. มีขีดจำกัด และไม่ต้องการเพิ่มภาระ
- () ระบบสำรองเตียงของ สปสช. ยังไม่มีการประเมินผล
- () เหตุผลของการส่งต่อไม่เพียงพอ

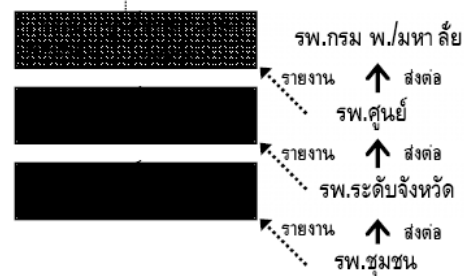
แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

ประกอบด้วย

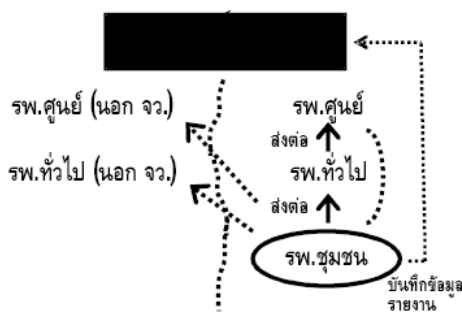
- () จัดตั้ง "ศูนย์ประสานงาน" การส่งต่อระดับจังหวัด และระดับเขต
- () ประชุม คกก. อำนวยการพัฒนาระบบส่งต่อ
- () พัฒนาโปรแกรมรายงานผู้ป่วยส่งต่อ และระบบฐานข้อมูลความพร้อมของ รพ.
- () พัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลต่างๆ

ระบบการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย

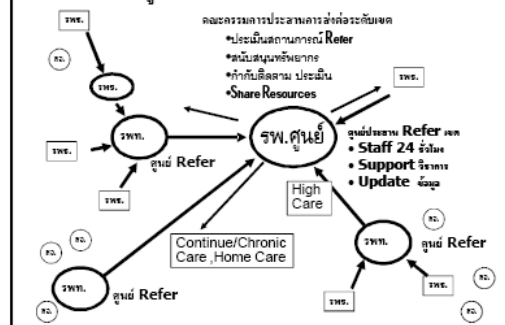
ระดับนโยบาย



ระบบการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย



รูปแบบการพัฒนาระบบส่งต่อ



บทบาทของศูนย์ประสานงาน

จังหวัด / เขต / ส่วนกลาง

- ☒ ประสานการส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- ☒ พัฒนาและจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นในการบริหารจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วย
- ☒ จัดระบบการกำกับติดตามประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วย และมีการรายงานผลอย่างสม่ำเสมอ

บทบาทของคณะกรรมการ

จังหวัด / เขต

- ☒ ทบทวน ปัญหาการส่งต่อ ในแต่ละรอบเดือน (Referral audit)
- ☒ วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น หาทางแก้ไขด้วยการสื่อสาร 2 ทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจกันและกัน
- ☒ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ☒ พัฒนาระบบส่งต่อภายในจังหวัด / เขต ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน

หน่วยงานรับผิดชอบ

ความร่วมมือระหว่าง

- () สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)
- () สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค (สบก.)
- () กรมการแพทย์ (ศูนย์ประสานงานส่วนกลาง)
- () สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ระบบข้อมูลสารสนเทศ

ประกอบด้วย

- () แบบรายงานข้อมูลการส่งต่อ (หน่วยส่งผู้ป่วย)
- () โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการส่งต่อ
- () ระบบฐานข้อมูลความร่วมมือของโรงพยาบาล (ผู้เชี่ยวชาญ เติ่งว่าง ห้องผ่าตัด เครื่องมือเทคโนโลยี)

ผลการดำเนินงาน

1. การจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ ระดับเขต
 - มีการจัดตั้งศูนย์ฯ ครบ ทั้ง 18 เขต
 - มี ผอ. ศูนย์ ครบ ทั้ง 18 เขต
 - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับเขต
 - มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน ครบทุกเขต
2. มีและใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล
 - อัตราการถูกปฏิเสธ (ข้อมูล รพ.ต้นทาง)
 - พัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลศักยภาพ (ผู้เชี่ยวชาญ, ICU, OR, เครื่องมือ แพทย์, etc.)

ผลการดำเนินงาน

3. พัฒนาระบบการสื่อสาร
 - เริ่มมีเครือข่ายการประสานงานระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
 - สร้างช่องทางการสื่อสาร (Webpage, e-radio, การปรึกษาตรงกับแพทย์)
4. พัฒนาวิชาการ
 - Referral audit / conference
 - จัดทำแนวทางการส่งต่อภายในเขต

ปัญหาอุปสรรค

1. การปฏิเสธการรับผู้ป่วยระหว่างเขต, เขต รร. แพทย์, เขต กทม.
2. การสื่อสารระหว่างแพทย์ต่าง รพ. มีน้อย ทำให้เข้าใจคลาดเคลื่อน และปฏิเสธการรับผู้ป่วย
3. ขาดข้อมูลด้านศักยภาพของ รพ. ต่างๆ ภายในเขต

แนวทางการดำเนินงาน 2553

ประกอบด้วย

- () ให้ศูนย์ประสานการส่งต่อ ทำหน้าที่ **Call center**
- () พัฒนาระบบฐานข้อมูล **On-line** ให้ รพ. ทุกแห่งในเขตเข้าถึงได้
- () ให้มี **Referral audit / conference** ทุกเขต เพื่อปรึกษาหารือปัญหาการส่งต่อรายที่มีปัญหา
- () ให้มีการประเมินผลทุก **3 เดือน** โดยใช้ **อัตรา**การถูกปฏิเสธ 'ที่ลดลงเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ข้อเสนอต่อ UHOSNET

ประกอบด้วย

- () จัดเสวนา **BKK & Vicinity Referral Forum** เพื่อประเมินสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น
- () ศึกษาแนวทางและรูปแบบการจัดตั้งเครือข่ายการรับส่งต่อผู้ป่วยในเขต กทม. และปริมณฑล

**สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นการวิจัย
เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ครั้งที่ ๒: ประเด็นการจัดบริการในพื้นที่ (ข้อบริการ)
วันพุธที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.
สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ**

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑.	นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่นครราชสีมา
๒.	นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
๓.	นพ.ภูวนนท์ เขียมจันทร์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่พิษณุโลก
๔.	นพ.อมร รอดคล้าย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่
๕.	คุณจินตนา แว่วสวัสดิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ราชบุรี
๖.	นพ.ภูมิวิชัย ขวัญเมือง	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่สุราษฎร์ธานี
๗.	นพ.วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๘.	คุณสมลั ประทุมรัตน์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๙.	คุณรัชนีวัลย์ สมจิตวานุกิจ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๐.	คุณวิฑูรย์ บุตรสาระ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๑.	นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๑๒.	นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์	สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๑๓.	คุณอุทัยพันธุ์ วงษ์มงคล	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๔.	นพ.นิทัศน์ ร่ายยาว	สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๑๕.	นพ.อำนาจ กาจันะ	สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
๑๖.	พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๑๗.	คุณวรรณพร บุญเรือง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๑๘.	นพ.สุระ วิเศษศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
๑๙.	คุณมงคล สุทธิอาคาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
๒๐.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๒๑.	นางสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๒๒.	นางสาวสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๑๕ น.

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กล่าวต้อนรับและความเป็นมาของการประชุมโดยมีเป้าหมายเพื่อการตั้งโจทย์ และอาจหาข้อสรุปรวมถึงหาข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ เน้นที่ระบบบริการสาธารณสุข และอาจจะเกี่ยวพันถึงระบบประกันสุขภาพบางส่วน การทำงานโดยผ่านการประชุมนี้เพื่อเป็น (๑) กระบวนการตั้งโจทย์ (๒) หาข้อสรุปและข้อเสนอแนะ และ (๓) หาความรู้เพิ่มเติมถ้าจำเป็น เพื่อมีข้อเสนอแนะให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ประเด็นพิจารณาได้แก่ ระบบการเงิน ซึ่งหากระบบการเงินเปลี่ยน ระบบบริการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย และอาจรวมถึงการกระจายอำนาจ อย่างไรก็ตาม ระบบการเงินภายใต้หลักประกันสุขภาพมีหลายก้อน ทั้งเงิน IPD, OPD และเงิน PP ซึ่งต้องหาวิธีการทำงาน/บริการที่เหมาะสม

ประเด็นต่อไปในเรื่องบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาแล้ว บทบาทของ CUP ในฐานะ รพช. ในการให้บริการ ทั้งในส่วนของการบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอง เช่น การผ่าตัด และในปัจจุบันซึ่งปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญ บริการโรคเรื้อรังจะต้องเชื่อมต่อระหว่าง CUP กับบริการปฐมภูมิ ในขณะที่ปัจจุบันการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพดูเหมือนว่าต้องการให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอิสระมากขึ้นตามนโยบาย รพ.สต.

นอกจากนี้ ยังมีเรื่อง การกระจายอำนาจ ซึ่งจะพิจารณาว่าท้องถิ่นควรมีบทบาทต่อเรื่องสุขภาพและบริการอย่างไร เช่น การจัดการกับ social determinant ต่างๆ และการจัดการในระดับเขต ที่เชื่อมต่อกับกระทรวงสาธารณสุข และการจัดการในระดับเขต ซึ่งอาจพิจารณาเป็นความพยายามกระจายอำนาจของ สปสช. ที่จะทำให้ง่ายต่อการซื้อบริการมีความยืดหยุ่นมากขึ้น หรือพิจารณาในภาพกว้างกว่าการกระจายอำนาจของ สปสช.

สำหรับการทำงานหรือการจัดบริการ/ซื้อบริการในระดับเขตที่จะปรึกษาหารือในวันนี้ เป็นความพยายามที่จะรวบรวมความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ว่ามีแนวคิด และมีประสบการณ์/ความรู้จากการทำงานในระดับเขตอย่างไร เพื่อนำไปสู่การคิดร่วมกันว่าควรจะมีแนวทางการทำงานในอนาคตอย่างไร ควรมีโจทย์หรืองานวิจัยในเรื่องดังกล่าวอย่างไร ควรทำงานวิชาการใดเพิ่ม ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นให้ได้ข้อสรุปสำหรับการจัดบริการในระดับพื้นที่

จากนั้น นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ รองเลขาธิการ สปสช. ได้เสนอต่อให้ที่ประชุมให้อภิปรายและเสนอความเห็นต่อประเด็น area-based management ว่าหลักการของ area-based management เป็นการสร้างข้อต่อเชื่อมโยง และจัดลำดับน้ำหนักการทำงานในพื้นที่ว่าควรจะทำอะไรก่อน/หลัง ดังนั้นการพิจารณาอาจจะพิจารณาส่วนต่างๆ ที่ผูกโยง/เกี่ยวข้องกับประเด็น area-based management เช่น อำนาจทางกฎหมาย (เช่น การกระจายอำนาจ, ธรรมนูญสุขภาพ) หรือการทำให้ชัดเจน เช่น ด้านการจัดการ การเงินในพื้นที่ (Financing) ทั้งในส่วนของการงบประมาณปกติ เงินจากแหล่งทุนต่างๆ เงินชุมชน เงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องสุดท้ายคือเรื่องของการจัดการทางสังคม และพิจารณาว่าควรจัดลำดับ/น้ำหนักให้แก่แต่ละเรื่องอย่างไร เพื่อให้เกิดประโยชน์ที่ชัดเจนแก่ประชาชน

ข้อมูลสำหรับการประชุมในครั้งนี้ ประกอบด้วย ๓ หัวข้อ คือ

นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์ นำเสนอการทบทวนองค์ความรู้หลักการและประสบการณ์ประเทศต่างๆ ในการจัดบริการแบบเขตสุขภาพ ซึ่งนำเสนอความหมายสำคัญ แนวทางการจัดบริการในลักษณะเขตสุขภาพจาก

ประเทศต่างๆ โดยประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือ การจัดบริการแบบเขตสุขภาพ มีขอบเขตกว้างขวางกว่า “การซื้อบริการ” แต่เป็นการบริหารจัดการ (commissioning) โดยผู้รับผิดชอบในพื้นที่มีหน้าที่ตัดสินใจ มีปฏิสัมพันธ์กับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งผู้ให้บริการ เพื่อจัดบริการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประชากรที่ตนเองรับผิดชอบ ทั้งนี้อาจรวมถึงการวางแผน ติดตาม และประเมิน และสรุปประเด็นในการพิจารณาสำหรับการดำเนินการพัฒนาเขตสุขภาพในอนาคตในเรื่อง การกระจายอำนาจทั้งในเรื่องการคลังและบริการ ขนาดของเขตสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งหากพิจารณาในลักษณะเป็น population based จะต้องพิจารณาถึงการเชื่อมโยงระหว่างกองทุนต่างๆ และพิจารณาในเชิงโครงสร้าง governance structure และกลไกความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรอื่น ทั้งในระดับเขตและระดับประเทศ และระหว่างส่วนกลาง-พื้นที่ และระบบการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (เอกสารหมายเลข ๑)

การนำเสนอแนวคิด วิธีการ และประสบการณ์การจัดบริการแบบเขตสุขภาพ จาก ๒ พื้นที่ คือ สปสช. กทม. และ สปสช. นครราชสีมา ซึ่งเป็นพื้นที่ทดลองการจัดบริการแบบเขตสุขภาพ ตามมติคณะกรรมการ สปสช.

นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล ผู้อำนวยการ สปสช. กทม. นำเสนอประสบการณ์การบริหารแบบเขตสุขภาพของ สปสช. กทม. (เอกสารหมายเลข ๒) จากประสบการณ์ของ สปสช. กทม. การพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพหลักที่ต้องการแก้ไข พิจารณาจากข้อมูลผู้ป่วย (individual record) พบว่า กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเคลื่อนย้ายไปมาสูงกว่าผู้ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างชัดเจน และในกรณีผู้ป่วยในพื้นที่ กทม. พบว่าผู้ป่วย ICU มีความต้องการสูง

กทม. มีบริบทที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น คือไม่มี สสจ. เป็นผู้บริหารจัดการและพิจารณาภาพรวมของจังหวัด (กทม. ไม่แสดงบทบาทที่ชัดเจน) และระบบบริการภาครัฐใน กทม. มีเจ้าของที่หลากหลาย (กทม. / โรงเรียนแพทย์/ กสธ/ หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ/ และภาคเอกชน ๑๕๐ แห่ง) การจัดการเรื่องเงินจึงกำหนดแนวทางการทำงานเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ สะท้อนภาระงาน สร้างความเป็นธรรม และลดปัญหาการเข้าถึงบริการในโรคยากๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยส่วนใหญ่เน้นที่การซื้อบริการ โดยดำเนินการตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ สปสช. ภายใต้วงเงินที่ได้รับทั้งเงินบริการผู้ป่วยนอก (OP) บริการผู้ป่วยใน (IP) และเงินป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (PP) (งบประมาณในส่วนบริการแพทย์แผนไทย สปสช. กทม. เข้าไปบริหารจัดการใหม่น้อยมาก

กรณีผู้ป่วยนอก สปสช. กทม. ได้คำนวณสัดส่วนงบประมาณ (differential capitation) โดยให้เงินเหมาจ่ายปรับตามโครงสร้างอายุและภาระเสี่ยง ซึ่งทำให้เงินเหมาจ่ายไปยังภาคเอกชนค่อนข้างสูง (และเป็นธรรม) ซึ่งผลการดำเนินงานที่จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังลงทะเบียน ที่ผ่านมาในช่วงที่ผ่านมา (ถึงเดือนเมษายน) พบว่าการผลักดันผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลงในภาคเอกชนอย่างเห็นได้ชัด

การพัฒนาระบบข้อมูล พบว่าได้รับข้อมูลค่อนข้างครบถ้วน และ สปสช. กำลังพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับเครือข่าย เริ่มทำในเครือข่ายของโรงพยาบาลภูมิพล ทดลองใน ๒ คลินิก และคาดว่าจะครบ ๒๗ คลินิกในเครือข่ายภายในสิ้นปีนี้ ซึ่งระบบข้อมูลจะช่วยลดปัญหาเรื่องการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และการเชื่อมโยงบริการแก่ผู้ป่วยให้ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีข้อมูลนำเสนอประกอบ

สำหรับเงินป้องกันโรคและส่งเสริม (PP) ใน กทม. มีปัญหา เนื่องจากหน่วยบริการเอกชน ไม่ทำงาน PP งบประมาณที่สนับสนุนไปเป็นเงินเหมาจ่ายอาจจะเสียเปล่า สปสช. กทม. จึงเปลี่ยนวิธีจ่ายเป็น itemized ตามรายงาน แม้ว่าอาจจะไม่ได้ทำให้หน่วยบริการทำงานได้ตามเป้าหมาย แต่อาจเป็นการกดดันให้หน่วยบริการ

ทำงาน ซึ่งจนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มาก นอกจากนี้ในส่วนของงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (on top primary care) – ดำเนินการเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ พยายามสนับสนุนให้คลินิกเอกชนให้ความร่วมมือ โดยพัฒนาให้คลินิกเอกชนมีภาคประชาชนเข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารคลินิก และทำงานเชิงรุก สปสช. เริ่มดำเนินการไม่นานนี้ และเมื่อพิจารณา criteria แล้วมีคลินิกเข้าข่ายรับงบประมาณดังกล่าวประมาณ ๓๐ คลินิก สปสช. จะพิจารณาเรื่องดังกล่าวต่อไป

นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา สปสช. เขต ๙ นครราชสีมา ได้นำเสนอแนวคิดและการดำเนินงานเขตสุขภาพของ สปสช. (เอกสารหมายเลข ๓) ว่าเป็นวิวัฒนาการของวิธีทำงานมากกว่าสร้างระบบบริการ ใช้หลักการทำงานโดยมี key words สำคัญ คือ Public Policy (Public Interest); Autonomy; Area based; Commissioning และ Knowledge management และได้เสนอกรอบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์ในพื้นที่ โดยเน้นที่การสร้างเครือข่ายผู้ให้บริการ การใช้หลักการของ commissioning และการนำเอาการจัดการความรู้มาใช้ประโยชน์ การรวมเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อแบ่งหน้าที่รับผิดชอบดูแลเครือข่ายร่วมกัน และพัฒนาองค์กรควบคุมกำกับ (governance body) ขึ้น

อภิปรายให้เห็น

๑. ประเด็นเรื่องการจัด (ซื้อ) บริการ ไม่ได้มุ่งที่การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการกองทุนต่างๆ จาก สปสช. กลางไปสู่ สปสช. เขต และไม่จำกัดการพิจารณาเฉพาะในเรื่องการจัดบริการโดยเขตสุขภาพเท่านั้น

๒. เขตสุขภาพไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่เป็นความพยายามจัดบริการให้แก่ประชาชนอยู่แล้วในพื้นที่ ซึ่งต้องการเปลี่ยนแปลง แต่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจริงๆ ต้องผลักดันให้ผู้บริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข / ผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐ ยอมรับและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และทำงานในทิศทางเดียวกัน (เป็นบริษัทเดียวกัน)

๓. ต้องสร้างกลไกจัดการภายในที่เข้มแข็งเพื่อการขับเคลื่อนให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม แต่สามารถดำเนินการได้ในพื้นที่โดยไม่จำเป็นต้องรอการจัดการในส่วนกลางซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก (เน้นการบูรณาการ และเน้นที่กระบวนการทำงานมากกว่าพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของ output แต่เพียงอย่างเดียว) ให้อำนาจการจัดการในระดับพื้นที่ มีอิสระในการตัดสินใจการดำเนินงาน และเลือกบริการที่ดีที่สุดแก่ประชาชนในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งระยะเปลี่ยนผ่านจะเป็นช่วงสำคัญที่ผู้รับผิดชอบแต่ละฝ่ายจะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

๔. การจัดการโดยองค์กรของรัฐที่มี รัฐบาลกลาง- ส่วนภูมิภาค-ส่วนท้องถิ่น เป็นประเด็นความเชื่อมโยง/บทบาทขององค์กรแต่ละระดับ – ความสัมพันธ์ของรัฐบาลกลาง-ภูมิภาค เป็นการกระจายอำนาจ/บทบาทหน้าที่ของส่วนกลาง/สื่อสารนโยบายของส่วนกลาง ซึ่งแตกต่างจากเขตสุขภาพซึ่งเป็นเรื่องของการที่หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพในพื้นที่ มารวมตัวกันเพื่อจัดการทรัพยากร (ซื้อ จ่าย จัดสรร (commissioning)) ที่มีอยู่ในท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อดูแลประชาชน ซึ่งสามารถศึกษาได้จากประเทศที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน -- ศึกษาการ/จัดการเชิงโครงสร้างและระบบการทำงานให้ชัดเจน ซึ่งมีประเด็นพิจารณาทั้งในส่วนของการจัดสรรทรัพยากรลงในพื้นที่ กระบวนการการจัดบริการ และบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และในส่วนของเขตวางยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โดยมีระดับจังหวัด/ท้องถิ่นจัดการ

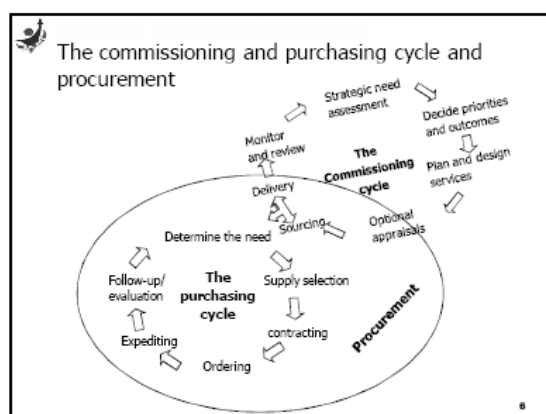
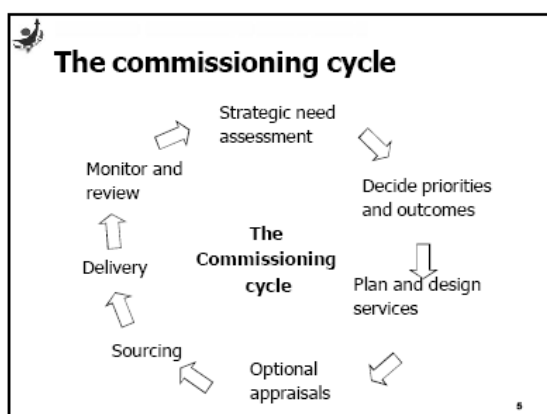
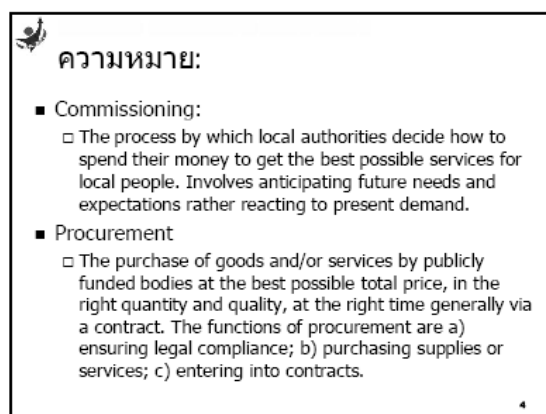
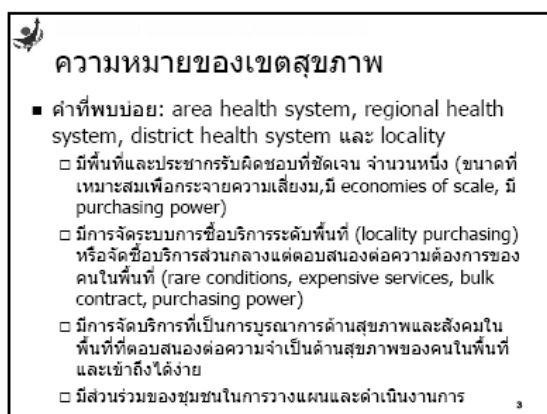
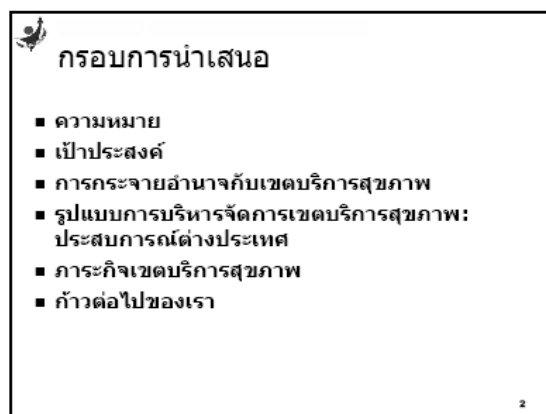
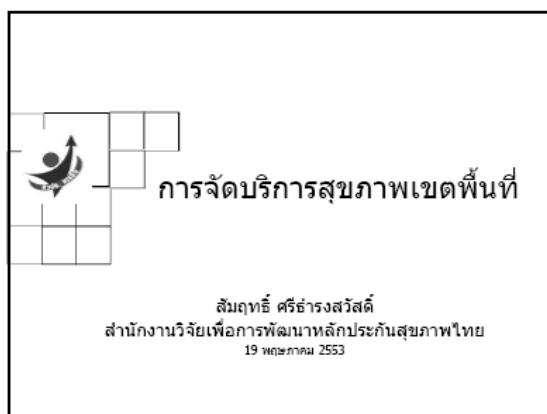
๕. โดยสมมติฐาน การจัดการในระดับเขต แบบ commissioning น่าจะดี แต่เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการ สิ่งที่ต้องการคือ strategic need assessment – หรือปัญหาที่แท้จริงที่ต้องการแก้ไขที่แท้จริงคืออะไร ซึ่งประเด็นในปัจจุบันมักพบว่าความต้องการส่วนกลางไม่ตรงกับความต้องการในพื้นที่ – ต้องจัดกระบวนการให้เกิดการค้นหาความต้องการ และการจัดการเพื่อให้ทุกส่วนยอมรับ “ความต้องการ” นั้นร่วมกัน และจัดการเพื่อให้เกิดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการแก้ปัญหาในพื้นที่

สรุป

ด้วยองค์ความรู้ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการจัดบริการในพื้นที่ควรเป็นรูปแบบใด เนื่องจากทางเลือกการจัดบริการในพื้นที่อย่างไรมีเป็นจำนวนมากและยังไม่มีเขตความรู้เพียงพอ แต่อย่างไรก็ดีขณะนี้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการกระจายอำนาจการจัดการใน สปสช. ซึ่งกระทบต่อการจัดระบบสุขภาพมาก และเปิดโอกาสให้พื้นที่มีอำนาจจัดบริการด้วยตนเองมากขึ้นหากมองเห็นโอกาส เกิดการจัดการรูปแบบใหม่ๆ โอกาสการปรับปรุง และการเรียนรู้มากขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขควรถือเป็นโอกาสที่จะจัดการให้ภาคส่วนต่างๆ ได้เข้ามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดึง สปสช. และอปท. ซึ่งมีบทบาทสำคัญ เพื่อให้เกิดการดำเนินการปรับปรุงระบบในระยะยาว มากกว่าจะเกิดการพัฒนาในลักษณะ ad hoc

และเนื่องจากขณะนี้ สวรส. จะศึกษาวิจัยเรื่องการกระจายอำนาจ ใน ๑๐ จังหวัด อาจเชื่อมโยงเรื่องนี้เข้าไปในการวิจัยกระจายอำนาจด้วย และจะเสนอเป็นงานระยะที่ ๒ ของแผนการบริการจัดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่ง มสช. จะทำงานร่วมกับ สวรส. ต่อไป



การกระจายอำนาจกับการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

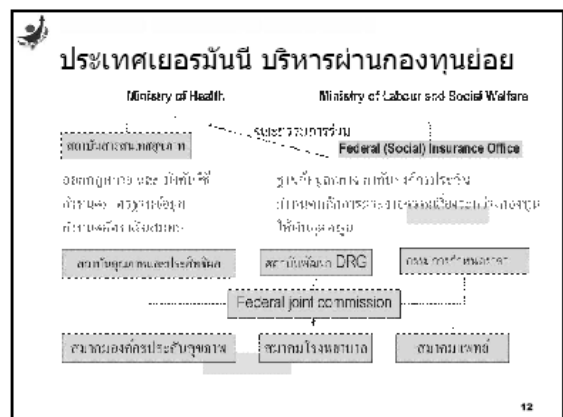
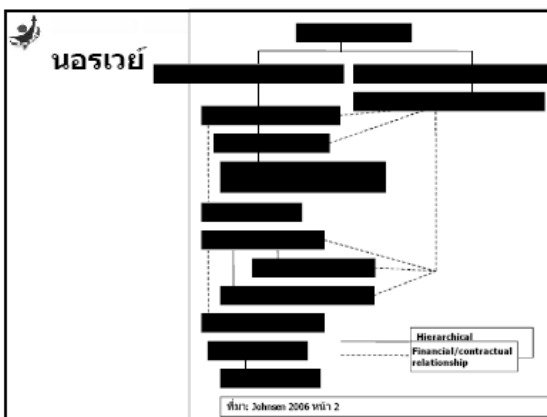
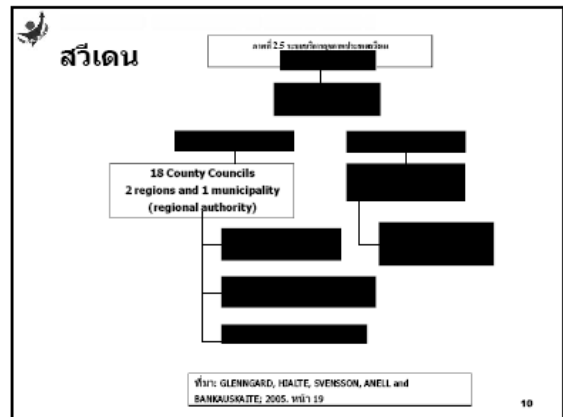
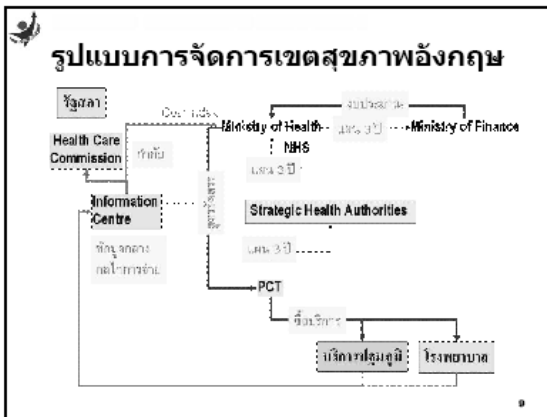
- การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (health care decentralization) มีความสัมพันธ์และสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการเขตสุขภาพ
- มีการนำเอากลไกการกระจายอำนาจมาใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือผสมกัน (mixed forms)
 - การแบ่งอำนาจ (Deconcentration)
 - การถ่ายโอนอำนาจ (Devolution)
 - การมอบอำนาจ (Delegation)
 - การกระจายอำนาจสู่คณะกรรมการที่มีตัวแทนจากส่วนกลางและท้องถิ่นร่วมกัน
 - การปกครองแบบสหพันธรัฐ
 - การกระจายอำนาจผ่านกลไกตลาดภายในองค์กรรัฐ

7

เป้าประสงค์: เขตบริการสุขภาพ/กระจายอำนาจ

- เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
 - เพิ่ม cost conscious
 - จัดบริการตรงตามความจำเป็นด้านสุขภาพและความต้องการของชุมชน (local needs and local preferences)
- เพิ่มความเป็นธรรม
 - จัดสรรทรัพยากรตามความจำเป็นด้านสุขภาพ,
 - ปัญหาสุขภาพของกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการจัดการดีขึ้น
- เพิ่มคุณภาพบริการ
 - การบูรณาการของบริการสุขภาพ-สังคม บริการส่วนบุคคล-บริการสาธารณะ
 - ระบบข้อมูลดีขึ้น
 - การเข้าถึงบริการของกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน
- มีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ
- เพิ่มธรรมาภิบาลในการจัดการบริการจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆมากขึ้น

8





ภารกิจของเขตสุขภาพ

- ไม่ได้เป็นเพียงการจ่ายเงินเพื่อซื้อหาบริการเท่านั้น แต่จะต้องเริ่มตั้งแต่สร้างความเข้าใจและรู้ถึงความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริง ไปจนประเมินผลการบริการที่นำไปปรับเปลี่ยนการซื้อบริการที่ต้องการต่อไป
- ผู้มีส่วนได้เสีย ต้องมีบทบาทร่วมกัน และมีความเห็นร่วมกัน
- Medium term หรือ long term planning (3-10+ ปี)

13



บทบาทด้านการคลังเขตบริการสุขภาพ

- ส่วนกลางมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ดีและมั่นคงทางการคลัง
 - ดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่รัฐต้องเกื้อกูลให้เกิดการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม
 - การเข้ามาปรับเปลี่ยนให้เกิดความเป็นธรรมทางทรัพยากรสุขภาพระหว่างเขต
- การคลังสุขภาพที่ลงสู่พื้นที่กำหนดชัดเจนให้สามารถซื้อบริการสำหรับประชาชนที่รับผิดชอบ และมุ่งเน้นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและชุมชนมากขึ้นและชัดเจน

14



บทบาทการจัดบริการสุขภาพ

- การจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการประชาชนที่แท้จริงในพื้นที่เป็นเป้าหมายสำคัญยิ่ง
- การพัฒนาการจัดบริการ 2 ลักษณะ คือ
 - การผสมผสานบริการทุกอย่างในพื้นที่เข้าด้วยกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พินฟูสภาพ การสาธารณสุข และบริการสังคม
 - การสร้างเครือข่ายบริการ ที่มีการรวมตัวจัดขึ้นระหว่างเขตสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วอย่างชัดเจนและครอบคลุมการบริการ

15



บทบาทการกำกับดูแลระบบเขตสุขภาพ

มีกลไกสำคัญ 3 ประการ

- กรรมการบอร์ดเขตสุขภาพ เป็นองค์กรอิสระ ประกอบด้วยกรรมการจากการแต่งตั้งและเลือกตั้ง
- การจัดทำสัญญาระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนดวิธีการทางการคลัง การจ่ายค่าตอบแทน และการจัดบริการที่แสดงถึงปริมาณและคุณภาพที่ตกลงกัน โดยอาจเป็น
 - block contract,
 - cost-and-volume contract,
 - cost-per case contract
- การฟ้องร้องและเรียกร้องค่าเสียหายทางการแพทย์

16



ผลจากการจัดระบบเขตสุขภาพ

- ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ
 - การจัดเครือข่ายและความครอบคลุมบริการในเขต
 - กลไกและมาตรการจัดการระหว่างเขต
- ประสิทธิภาพ
 - Certificate of need
 - ขนาดของเขต
- คุณภาพบริการ?

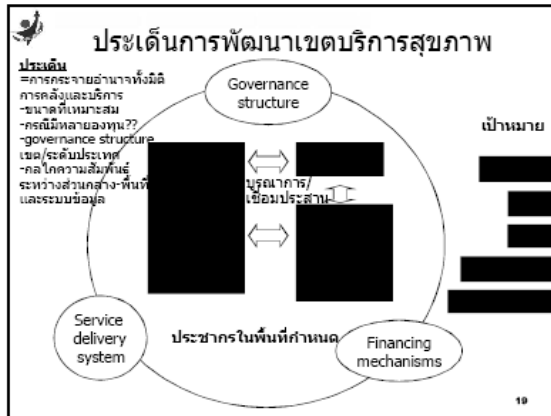
17



โดยสรุป

- เขตสุขภาพเป็นแนวคิดที่ดี ประเทศต่างๆยอมรับว่าเป็นการบริหารจัดการที่ดีสามารถนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม และตอบสนองความต้องการประชาชน
- พื้นที่เขตสุขภาพใช้กลไกทางบริหารจัดการหลายรูปแบบผสมผสานกัน
- กลไกการควบคุมกำกับเปลี่ยนจากการใช้กลไกภาครัฐที่เป็นลักษณะบนสู่ล่าง มาเป็นกลไกการควบคุมดูแลด้วยองค์อิสระการทำสัญญา การกำกับด้วยกฎหมายและแนวทางปฏิบัติ ใช้กลไกการควบคุมงบประมาณและการวางแผนแทนการสั่งการ
- เขตสุขภาพผสมผสานทุกบริการที่ประชาชนจำเป็นและสมควรได้รับ (personal health services + public health services + social care services)
- การบริหารจัดการกำหนดบทบาทองค์กรต่างๆที่เข้าร่วมดำเนินการให้เกิดการประสานและสร้างเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ (commissioning) แทนเพียงซื้อบริการ (purchasing) และจัดบริการ (providing)

18



การบริหารงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการบริหารกองทุนสุขภาพ กทม.

ปีงบประมาณ 2553

กรอบการนำเสนอ

- มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- งบประมาณกองทุนที่ได้รับจัดสรร
- แนวทางการบริหารกองทุนสุขภาพ กทม.
- ผลงานการบริหารกองทุน

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(IP : เขตนำร่อง 2 เขต สามารถกำหนดแนวทางการจ่ายงบผู้มีรายได้น้อยค่าตัวได้
แต่ต้องผ่านมติของคณะรัฐมนตรี และต้องเป็นค่าบริหารฐาน
โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ
เขต (อปสข.)

IP : อัตราการรักษาในเขต ไม่เป็นอัตราเดียวในแต่ละเขต โดยขึ้นอยู่กับ Global budget
กับจำนวนคนงานที่เป็นค่าปรับในลักษณะค่าจ้างคน 1 เขตนำร่อง 2 เขตนำร่อง ไม่สามารถกำหนด
วิธีการจ่ายงบผู้มีรายได้น้อยค่าตัวได้ คณะกรรมการกำหนดค่าจ้างคนและต้องเป็นค่าบริหาร PMP
โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต

PP : ส่วนอื่น 2 เขตนำร่อง ไม่สามารถกำหนดค่าจ้างคนและต้องเป็นค่าบริหารกำหนดแนวทาง
การจ่ายงบผู้มีรายได้น้อยค่าตัวได้ แต่ต้องผ่านมติของคณะรัฐมนตรีและต้องเป็นค่าบริหาร PMP
โดยแนวทางการจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต

วัตถุประสงค์การบริหารกองทุนแต่ละกองทุน

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ
2. สะท้อนภาระงาน และจัดสรรงบประมาณ
อย่างเป็นธรรม ไม่ผลักใสโรคเรื้อรัง
3. ลดปัญหาการหาเตียงกรณีโรคยาก เช่น
ผ่าตัดสมอง, Multiple Injuries

มติฯ ให้เขต กทม. นำร่องเขตสุขภาพ โดยให้บริการกองทุน 4 กองทุน คือ

1. การบริหารกองทุน ผู้ป่วยนอก (OP)
2. การบริหารกองทุน ผู้ป่วยใน (IP)
3. การบริหารกองทุน ส่งเสริมสุขภาพ (PP)
4. การบริหารกองทุน บริการแพทย์แผนไทย



หมายเหตุ

Differential capitation ปีละ 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูลประชากรสิ้นเดือนธ.ค.52

ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูลประชากรสิ้นเดือนก.พ.53

OP Refer เป็นข้อมูลเพิ่มเติม

วิธีการคำนวณ

Differential capitation

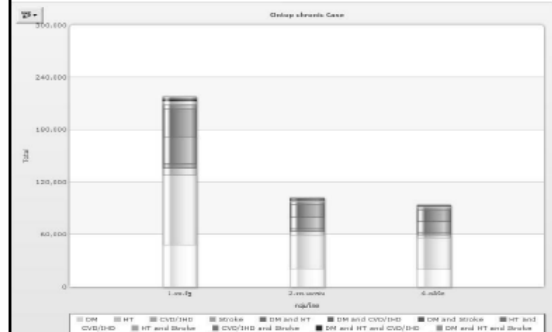
ตามโครงสร้างอายุและปรับตามความเสี่ยงโรคเรื้อรัง จำนวน 7 โรค
DM HT Asthma COPD Stroke CVD CA)

งบประมาณ เป็น 2 ส่วน
ส่วนที่ 1 = 78% สำหรับปรับตามโครงสร้างอายุ
ส่วนที่ 2 = 22% สำหรับปรับตามความเสี่ยงโรคเรื้อรัง
ได้ capitation อยู่ระหว่าง 618.42 – 793.50 บาท

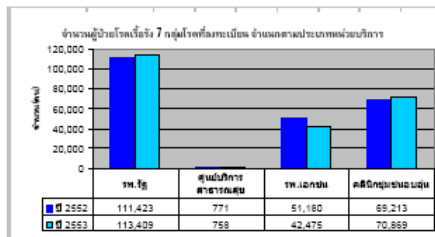
(78/22 : สัดส่วนผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน กทม. จากข้อมูล OP Individual record 2551)

7

ข้อมูลโรคเรื้อรังที่ลงทะเบียนจำแนกตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2551



เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ลงทะเบียน จำแนกตาม ประเภทหน่วยบริการเดือน กันยายน 2552 และ เดือน เมษายน 2553



ปี 2552 : 30 ก.ย. 2552
ปี 2553 : 15 เม.ย. 2553

จำนวนการรับบริการของผู้ป่วยนอกจำแนกตามประเภท

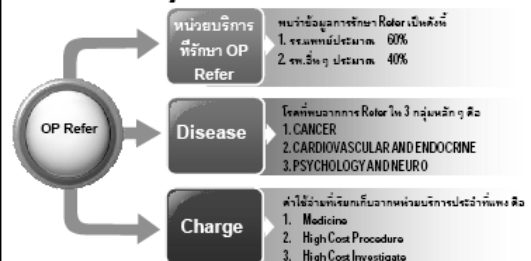
ประเภท	2552(ครั้ง)	2553(ครั้ง)
OP Normal	5,751,128	มีการเพิ่มเติมเพิ่มข้อมูลยา
Handicap	84,705	29,269
OP AE	13,131	5,027
OP Refer	123,844	68,621

OPAE : ปี 2552 ร.ร. 51-ก.ม. 52
ปี 2553 ร.ร. 52- ร.ร. 52
Handicap : ปี 2553 ร.ร. 51-ก.ม. 52
ปี 2553 ร.ร. 52- ร.ร. 52
OPRefer : ปี 2552 ร.ร. 52- ร.ร. 53
ปี 2553 ร.ร. 52- ร.ร. 53
OPNormal : ปี 2552

- Clearing House โดยการหักเงินจากหน่วยบริการประจำ(เจ้าของเงิน) ตามจ่ายให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อ
- Clearing House เฉพาะบัตร กทม.
- Clearing House เฉพาะกรณี OP Refer และ AE ในบัญชีเครือข่ายเดียวกัน
- กรณีปฏิเสธการจ่าย มีกลไกการพิจารณาโดยคณะกรรมการ OP Refer

สิ่งที่ดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูล OP Refer

Summary

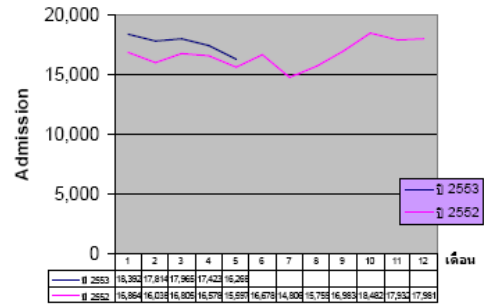


2. การบริหารกองทุนผู้ป่วยใน (IP) เขต 13 กรุงเทพมหานคร

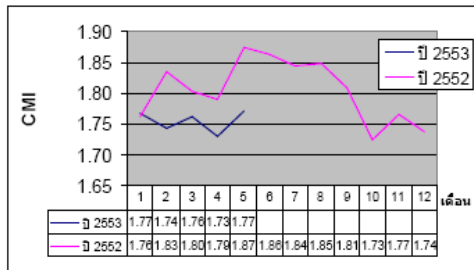
รายการ	กองทุนเดิมนับจาก เงินเดือนที่หลัง
งบประมาณกองทุน	3,296,308,068
หักค่าเสื่อม	0
ตามจ่ายต่างจังหวัด	252,240,847
คืนไว้ 3% ปลายปี	96,889,242
กันไว้สำหรับผู้ป่วยที่จ่ายเกินต่อโรงพยาบาล (Special DRG Group)	32,067,878
งบประมาณกองทุนคงเหลือ	2,913,110,100
งบประมาณกองทุนคงเหลือต่อเดือน	242,759,175
ผลรวมเฉลี่ยต่อเดือน ค่าคงที่ 53 (Adjw)	28,230,9173
ประมาณการอัตราจ่ายต่อ Adjw	8,200

- หมายเหตุ:
 1. ค่าใช้จ่ายเกินเดือน 28% หัก Admission
 2. ค่าใช้จ่ายเกินเดือน 2553
 3. การบริหารกรณีผู้ป่วยในที่มีค่าเกินต่อโรงพยาบาล (Special DRG Group) ตามอัตรา Ag RW ๙ 9,000

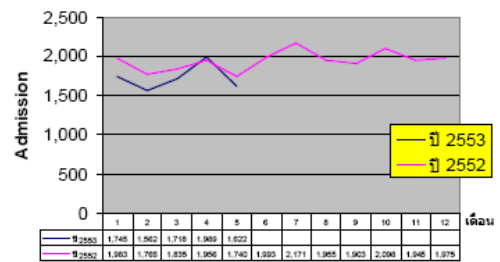
In Region (Admission)



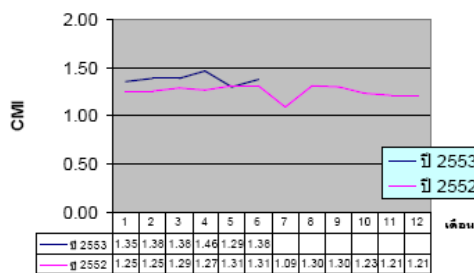
In Region (CMI)



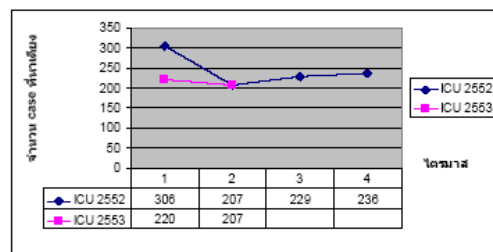
Seek Out (Admission)



Seek Out (CMI)



ข้อมูลการหาเตียงในกรุงเทพ (ICU)



	1	2	3	4
Non-ICU 2563	238	234		
Non-ICU 2562	429	386	366	350

Month	Rev				AE.com				Total					
	Refer- ence	AdjRev	CHI	%	AE.com	AdjRev	CHI	%	Total cost	AdjRev	CHI			
200810	261	1700	635.0000	3.80	3200	1.820	8900	1.788.0000	1.14	8900	1.290	1.290	3.054.3100	1.30
200811	189	1230	460.0000	3.50	1900	1.370	8200	1.696.3000	1.20	8200	1.050	1.050	2.198.2600	1.30
200812	230	1700	635.0000	3.80	3074	1.800	8720	1.764.0200	1.12	8720	1.710	1.710	2.939.4800	1.30
200901	220	1230	460.0000	3.70	1800	1.230	8850	1.360.3000	1.00	8850	1.680	1.680	2.046.2400	1.00
200902	220	1230	460.0000	3.60	1800	1.160	8850	1.081.3000	1.10	8850	1.610	1.610	2.046.1300	1.30
tot	1.000	1230	3700.0000	3.60	10000	7.000	8000	1.937.0700	1.20	8000	1.600	1.600	1.937.0700	1.30

```

graph LR
    P[PP Expressed demand UC+Non UC] --> PA[Pay by activities]
    P --> PB[Project based]
    A[PP Area based] --> C[Capitation]
    B[PP community] --> C
    C --> D[Pay by activity (Immediate / special Home Health Care)]
    C --> E[Project based]
    F[PP national program] --> G[บริการโรคเรื้อรัง]
    H[P&P capitation] --> P
    H --> A
    H --> B
    H --> F
  
```

The diagram illustrates various P&P Capitation models. It starts with a central box 'P&P capitation' which branches into three main categories: 'PP Expressed demand UC+Non UC', 'PP Area based', and 'PP community'. 'PP Expressed demand UC+Non UC' further branches into 'Pay by activities' and 'Project based'. 'PP Area based' and 'PP community' both point to a large box titled 'Capitation' which lists Thai text, English text 'Capitation', and 'Pay by activity (Immediate / special Home Health Care)'. 'PP national program' points to a box with Thai text 'บริการโรคเรื้อรัง'.

Topic	2052 (orange)	2053 (green)
AI	30,000	10,000
IT	30,000	10,000
New IT skills	30,000	10,000
IT management	2,000	2,000
IT security	10,000	2,000
IT privacy	10,000	5,000
IT security/IT services	30,000	35,000
Computing for IT	35,000	25,000
IT management	20,000	5,000
IT management/IT	20,000	5,000

2052
 2053

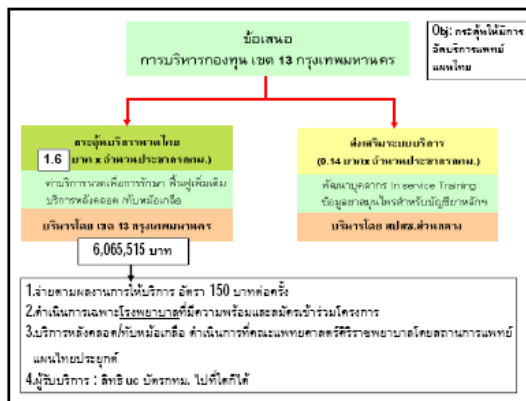
40,000
 30,000
 20,000
 10,000
 0

AI
 IT
 New IT skills
 IT management
 IT security
 IT privacy
 IT security/IT services
 Computing for IT
 IT management
 IT management/IT

2052
 2053

40,000
 30,000
 20,000
 10,000
 0

Profession	without pensioners	with pensioners
not specified	6500	1200
farmer	4500	1200
household work	4500	1500
household work	1200	200
household work	1200	200
household work	1500	800
household work	4500	3800
household work	5500	3200
household work	3800	500
household work	1200	800



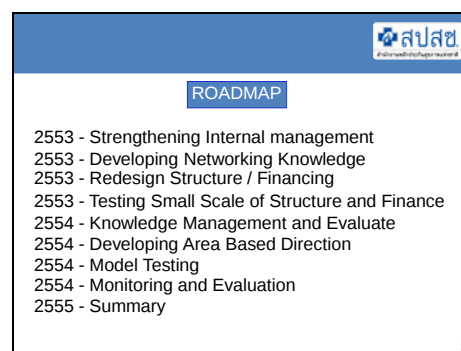
แผนจัดการปัญหาที่พบ

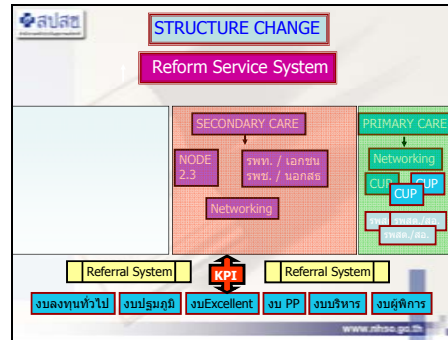
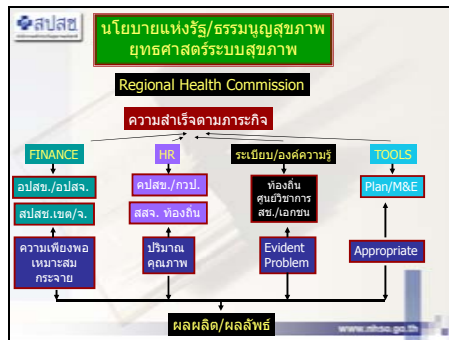
1. Audit งาน PP ในหน่วยที่มีการเบิกเงินมากผิดปกติ จำนวน 10 หน่วย
2. IP มีการ Monitor กองทุนและจะนำเข้า CFO กทม. เพื่อหามาตรการต่อไป



Principle

Keyword	Process	Output	Outcome
Public Policy	Direction	validity	Public interest
Autonomy	Accountability	Effectiveness Efficiency	Transparency
Area base Issue	Responsiveness	Satisfaction	Security
Commissioning	Communication Commitment	Mutual Benefit	Stakeholder Belonging
KM	Empowerment	Acceptable	Development





สสส สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
National Health Security Office

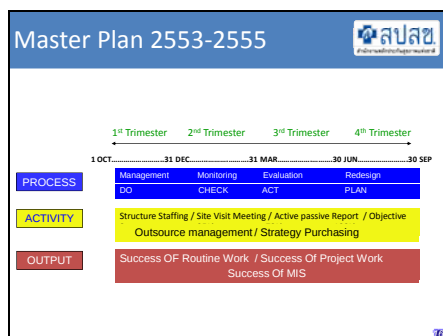
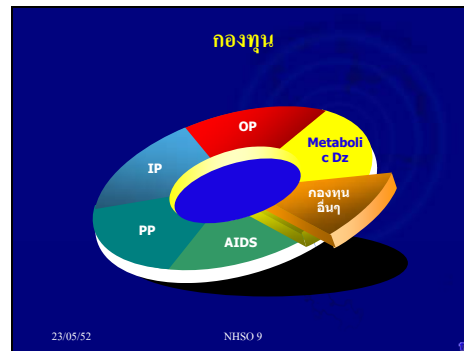
DIRECTION OF เขตสุขภาพ

- Design Present 7 ปี การออกแบบเน้นส่วนกลาง Context Base Design
- Philosophy Equity ค่าลดทอน Primary care (Medical / Health /)
- Principle หัวใจ การพัฒนาระบบให้บริการ
 - ครอบคลุม (ใกล้บ้าน) Coverage Plan
 - เข้มแข็ง มีคุณภาพ (ใกล้ใจ)
 - เครือข่าย ที่แข็งแกร่ง แนวทาง (ประชิด) กลาง / ประชิด () Node and Sattelite OR INN
 - ใช้ทรัพยากร หักค่าส่วน รัฐ เอกชน
 - มี ครอบคลุม เข้าถึง เข้าใจ คุณธรรมสิทธิ
 - Allocation Purchase Claim Payment
 - Good Governance
 - สสส./สสจ.
 - สสส.เขต/สสส.จังหวัด
 - MIS Knowledge Base กฎ ระเบียบ Admin

หัวใจ การพัฒนาระบบให้บริการ
หัวใจ การพัฒนาระบบกองทุน
หัวใจ ระบบสนับสนุน

กรอบการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2553

การดำเนินงาน	Input	PROCESS				Output
		ส่งเสริม	ป้องกัน	รักษา	ฟื้นฟู	
ภาคประชาชน		PP 271.79	IP Infu. 11.36	Aids&TB	ฟื้นฟู 8.08	PP 40.00
Primary	OP 12.50	PP 271.79		OP 696.13	ฟื้นฟู 8.08	PAP 40.00
				งบสส. 2.00		OP/PP Ind. 46.00
Secondary	OP&IP Special 72.25	PP 271.79	IP Infu. 11.36	OP 696.13	ฟื้นฟู 8.08	PAP 40.00
				งบสส. 2.00		IP 885.94
Excellent		PP 271.79	IP Infu. 11.36	OP 696.13	ฟื้นฟู 8.08	PAP 40.00
				IP 885.94		IP 885.94
		CT 148.69, Excellent 0.94				DHI 154.34
						OP/PP Ind. 46.00



MAIN ISSUE FOR IMPLEMENTATION

สสส

- ความสำเร็จการบริหารงานธุรกรรม – ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
- ความสำเร็จการบริหารแผนงานโครงการ – ตรงประเด็น วัดผลประสพ
- ข้อมูลข่าวสาร - แปลผลได้



Area Base Issue MIS

ISSUE

- HOSPITAL BASE INFORMATION – OP / IP**
Area Health Issue and Profile of Behavior
- COMMUNITY BASE INFORMATION – HEALTH STATUS**
Survey and Local Gov Partnerships
- HEALTH SERVICE SYSTEM Hor. & Ver. NETWORK**
Service Network / Workload / Data Exchange
- Budgeting Equity – allocation / payment**
Valid & Reliable MIS For Budgeting

SCENARIO MODEL OF NETWORKING IT

OUTPUT MIS

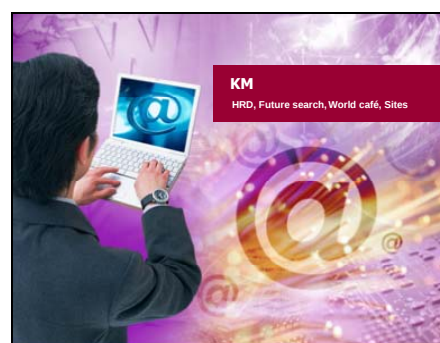
- MIS FOR PAYMENT (PERFORMANCE BASE)**
- MIS FOR BENEFIT PACKAGE (BENEFIT FOR PATIENT)**
- MIS FOR AREA BASE ISSUE (HOSPITAL BASE SERVICE)**
- MIDDLEWARE OR Standard Interpreted Software**
- Standard MIS Dashboard / Factsheet**



Commissioning



ISSUE	Output	Outcome	Impact
มีสิทธิ์เข้าถึง	ปริมาณคุณภาพเวลา	เสมอภาคตรงกลุ่มเป็นธรรม	EQESA Social Benifit
คุณภาพ Pri / Sec / Ter	ค่าใช้จ่าย	โปร่งใส	Vision
ชัดเจน	ความพึงพอใจ	รับผิดชอบ	Public interest
คุ้มครอง			Security
ส่วนรวม			
เข้าใจ			
ความเป็นเจ้าของ			
การบริหารงบประมาณ			



KM

HRD, Future search, World café, Sites

**สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นการวิจัย
เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ครั้งที่ ๓: ประเด็นบทบาทโรงพยาบาลชุมชนในอนาคต
วันจันทร์ที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.
ห้องประชุม ๑ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ**

รายชื่อผู้เข้าประชุม

๑. นายแพทย์ไพโรจน์ วิเศษศักดิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. นายแพทย์นพดล เสรีรัตน์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
๓. นายแพทย์เจริญ เสรีรัตนาคกร	โรงพยาบาลวชิรเมธีราชบุรี จังหวัดราชบุรี
๔. นายแพทย์เจตพัฒน์ ภัทรพงศ์สินธุ์	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดชัยภูมิ
๕. นายแพทย์ชิต สัมพันธ์ประสิทธิ์	โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
๖. นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
๗. นายแพทย์นราพงศ์ ธีระวัชรวิภาส	โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
๘. นายแพทย์พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี	โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
๙. นายแพทย์แสงชัย ธีรปกรณ์	โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี
๑๐. แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน	โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
๑๑. นายแพทย์เกษม เวชสุทธานนท์	สำนักบริหารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
๑๒. คุณทัศนีย์ ญาณะ	สำนักบริหารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
๑๓. นายแพทย์นิทัศน์ ร่ายยาว	สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๑๔. แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
๑๕. นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๑๖. นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ	สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๑๗. นายแพทย์อำนาจ กาจันะ	สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
๑๘. คุณปาริฉัตร ตันติยวงศ์	สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
๑๙. แพทย์หญิงนุชกร อนุชาติวรกุล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
๒๐. ศาสตราจารย์นายแพทย์ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
๒๑. นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๒. แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๓. คุณวรรณพร บุญเรือง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๔. คุณสิรินาฏ นิภาพร	สถาบันสาธารณสุขอาเซียน
๒๕. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหะวัณ	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๒๖. คุณสุทธิดา ชุณหะวัณ	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๒๗. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กล่าวต้อนรับและกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุม เพื่อการนำไป
โจทย์ในการสังเคราะห์ความรู้ การสร้างความรู้ใหม่ในเรื่องการบริการสุขภาพ และจัดกระบวนการเพื่อให้เกิด
การมีส่วนร่วมกับผู้ตัดสินใจทางนโยบาย

โจทย์ในการประชุมในวันนี้เป็นการพิจารณาเรื่องบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในอนาคต เนื่องจาก
รพช. เป็นจุดยุทธศาสตร์เชื่อมโยงบริการทั้งต่อเนื่องกับบริการปฐมภูมิ และเชื่อมโยงด้านบนไปยังสถานบริการ
สูงขึ้น

นายแพทย์พีรพล สุทธิพิเศษศักดิ์ นำเสนอข้อมูลจากระบบบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบหลักประกัน
สุขภาพ (UC) จากสถานพยาบาลทุกประเภททั้งรัฐและเอกชน ซึ่งอาจจะไม่ครอบคลุมงานของ รพช. ทั้งหมด
และการตีความต้องใช้ความระมัดระวังเนื่องจากข้อมูลที่มีเป้าหมายเพื่อการจ่ายเงินเป็นหลัก (เอกสาร ๑)

ข้อมูลจากปี ๒๕๔๔ – ๒๕๕๒ แสดงให้เห็นว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ ๙ เป็น
ร้อยละ ๑๑ อัตราการวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งอาจแสดงความแออัดของผู้ป่วยทำให้ต้องให้ผู้ออกจาก
โรงพยาบาลเร็วขึ้น

การเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประมาณ ๒.๕ ไม่เปลี่ยนแปลงมาก เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ พบว่า
ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการก็เป็นกลุ่มผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน หากพิจารณา
อัตราตายมารดา (maternal death) ในโรงพยาบาล สูงกว่าอัตราเฉลี่ย ๑๘: ๑๐๐,๐๐๐ ซึ่งกำหนดโดยกรมอนามัย
เมื่อพิจารณาอัตราการตายโดยรวมจากกลุ่มต่างๆ คุณภาพบริการยังอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้

พัฒนาการของเด็กปฐมวัย จากการสำรวจของ พญ.นันทา อ่วมกุล กรมอนามัย (๒๕๕๑) พบเด็ก
พัฒนาการช้า (delayed development) ประมาณ ๑ ใน ๓ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้รับบริการสำหรับผู้ป่วย autism
(pervasive development disorder) ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยได้รับการ ประมาณ ๑๐,๐๐๐ –
๒๐,๐๐๐ คนต่อปี ซึ่งหมายความว่าผู้ต้องการรับบริการส่วนใหญ่ ยังไม่ได้รับการที่เหมาะสม

พิจารณาผู้ป่วยในที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้น
สะท้อนให้เห็นว่า มีผู้ป่วยเบาหวานแบบไม่รู้ตัวมี และจากสำรวจ chart ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่
เป็นไปตามเกณฑ์ ประมาณร้อยละ ๔๐

สถานการณ์การรักษาด้วยโรคหืดลดลงเล็กน้อย

การรักษาด้วยหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น แต่อัตราการป่วยตาย (case fatality rate – CFR) ลดลง เมื่อ
พิจารณาการเข้าถึงบริการเปรียบเทียบกับจำนวนผู้รับการรักษา พบว่า การได้รับการ CT scan เพียงครึ่งเดียว
ผู้ป่วยไม่ถึงร้อยละ ๕๐ ไม่ได้รับการกายภาพบำบัด และเข้าไม่ถึงยา โดยพบว่าผู้ป่วย ได้รับยา thrombolytic
เพียง ๒๐๐ ราย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิต ลดลง (เหลือร้อยละ ๑๕) แต่ยังไม่ได้ตาม
เป้าหมายที่จะให้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๑๐ การสวนหัวใจ (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty -
PTCA) การให้ยาซึ่งน่าจะทำได้ในระดับ รพช. รวมถึงไปอัตราตายจากการผ่าตัด ยังเป็นช่องว่างซึ่ง
น่าจะสามารเพิ่มคุณภาพบริการได้

ดัชนี CMI ซึ่งสะท้อน cost, severity ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจจะเกิดจากระบบคอมพิวเตอร์ adjusted RW และการให้บริการ ใน รพช. เพิ่มขึ้น

ภาพผลการดูแลผู้ป่วยใน พิจารณาจากบางโรคสำคัญ รพช.ดูแลผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๖๐ หัวใจและหลอดเลือด Acute Myocardial infarction (AMI) และหลอดเลือดสมอง สัดส่วนต่อครั้งต่ำกว่าเฉลี่ย สำหรับโรคเรื้อรัง รพช. ดูแลในระดับค่าเฉลี่ย

ที่ประชุมได้ย้ำเตือนว่าการตีความและแปลผลข้อมูลที่น่าเสนอต้องทำด้วยความระมัดระวัง

นายแพทย์นภดล เสรีรัตน์ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุกินารายณ์) ได้เสนอแนวคิดการทำงานของ รพช. โดยสรุปว่า รพช. จำเป็นต้องมีกรอบวิธีคิดและการทำงานของ Primary care ด้วย จากประสบการณ์ของ รพช.กุกินารายณ์ ได้พยายามสนับสนุนการบริการปฐมภูมิ โดยพยายามบูรณาการ โดยสร้าง functional team ในโรงพยาบาลทำงานปฐมภูมิ และกำหนดพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน ให้โรงพยาบาลเป็นแกนโดยให้แพทย์ Family Medicine เป็นผู้ให้บริการ ระยะแรกเลือกให้บริการในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาก่อน โดยเริ่มที่ฟื้นฟูผู้พิการและโรคเรื้อรัง สร้างความเข้าใจและการเรียนรู้ใน สอ. โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้มาช่วยแก้ไขปัญหา และขยายไปสู่บริการอื่นๆ ในระดับบริการปฐมภูมิ

อภิปราย

๑. ข้อควรพิจารณาคือทิศทางการพัฒนา รพช. เป็นไปอย่างถูกทิศทางหรือไม่ โดยพิจารณาว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรใน รพช. หลังการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นพิจารณาที่สำคัญคือการป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหลังหลักประกันสุขภาพภาคพลเมืองจะมีการเปลี่ยนแปลงการจัดการงบประมาณเป็นแบบใหม่ แต่ในเนื้อหาการจัดงบประมาณยังไม่เปลี่ยน ยังคงทำเป็นโครงการเหมือนเดิม ขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน ในขณะที่ปัญหาสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ซับซ้อนมากขึ้น

๒. การจัดบริการใน รพช. จำเป็นต้องมี Specialist หรือไม่ - ตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่ง มีอัตราผู้ป่วยไส้ติ่งแตกใน รพช. ถึงร้อยละ ๒๐ อย่างไรก็ตามมีความเห็นตรงกันว่า การพิจารณาเรื่องควรมี specialist (เช่นแพทย์ผ่าตัด สูติรีแพทย์) ในระดับ รพช. หรือไม่เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาในรายละเอียด ในบริบทของแต่ละพื้นที่ซึ่งควรพิจารณาตามการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการ การมี specialist ในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการน้อย อาจไม่คุ้มค่าในการลงทุน และอาจจะไม่สามารถรักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไว้ในพื้นที่ได้

ประเด็นที่สำคัญมากกว่าคือระบบปรึกษาหารือที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้แพทย์/ผู้ให้บริการในระดับล่างสามารถให้บริการที่มีคุณภาพภายใต้การดูแลได้มากยิ่งขึ้น

และนอกจากนี้แล้วประเด็นเช่นนี้อาจจะต้องการข้อมูลเพื่อนำมาพิจารณาว่างานใดบ้างที่ Non specialist สามารถทำได้ทดแทนหรือทำได้ดีกว่า specialist care เป็นต้น

๓. ตัวอย่างโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวาน ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานอาการแทรกซ้อนที่มีมากขึ้น อาจสะท้อนการเข้าถึงบริการมากขึ้น การทำงานในชุมชนและการกระจายทรัพยากรมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่า รพช. จะเป็นจุดเชื่อมสำหรับบริการปฐมภูมิ แต่มีข้อเสนอให้ primary care มีความเป็นอิสระทางการเงิน และการตัดสินใจ (ผอ. รพ. ไม่ควรเป็นประธาน CUP)

๔. การพัฒนารูปแบบบริการ /การจัดการใน รพช. อาจจะไม่มีรูปแบบเดียวก็ได้ อาจแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รพช.เขตเมือง/เขตชนบท ซึ่งควรปรับปรุงบทบาท/บริการให้เหมาะสม ในขณะที่เดียวกันต้องสามารถดูแลผู้ป่วย

และประชากรในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างทั่วถึง ซึ่งแต่ละระดับอาจจะมีบริการที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทของพื้นที่ (ซึ่งในอนาคตพื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่จะเกิดเพิ่มมากขึ้น) โดยอาจจะมีบริการ

- a. เป็นในระดับ primary care ศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตเมือง เพื่อการคัดกรองและต้องจัดระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประเด็นนี้มีข้อเสนอที่แตกต่างว่า ในการให้บริการระดับรพช. อย่างน้อยควรให้บริการในระดับทุติยภูมิได้
- b. ให้บริการในระดับ primary และ secondary ได้โดยเป็น node ดูแล primary care unit อื่นๆ ในพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งอาจจะเหมาะสำหรับในพื้นที่ที่ค่อนข้างห่างไกล
- c. ระดับที่มี specialist ให้บริการ เพื่อช่วยรับภาระบริการโรคบางโรค (โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรัง) และลดความแออัดจากโรงพยาบาลใหญ่

ซึ่งต้องประเมินว่า รพช. ที่ใดมีความเหมาะสมที่จะให้บริการในระดับใด และความพร้อมที่จะพัฒนาหรือไม่ และจะต้องพัฒนาโครงสร้าง จัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับรูปแบบบริการของ รพช. แต่ละแห่ง และจัดระบบเครือข่ายบริการการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยให้เหมาะสม และระบบให้คำปรึกษาหารือในการรักษาที่เหมาะสม

๕. การให้บริการด้านสุขภาพควรมองฐานเป็นระดับอำเภอ ให้ รพช. เป็นเจ้าภาพดูแล/จัดบริการให้แก่ประชาชนทั้งอำเภอ เชื่อมโยงไปถึงระดับตำบล สร้างเครือข่ายบริการที่ชัดเจน โดยทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องทำงานร่วมกัน แต่ รพช.แต่ละแห่งอาจมีบทบาทในการให้บริการต่างกัน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ – Specialist โดยอาจมีเองในเครือข่ายหรือจัดหาจากภายนอก) ซึ่งในอนาคตทุกหน่วยจะสามารถเชื่อมโยงกันง่ายขึ้นด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ และการคมนาคมที่ดีขึ้น แบ่งหน้าที่กันทำงาน รพช. ในพื้นที่เดียวกันอาจจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

๖. แต่เดิมการแบ่งระดับโรงพยาบาล (รพช/รพท/รพศ) ผูกติดกับการแบ่งบทบาทตามความยากง่ายของงานตามแบบของ กพ. ซึ่งใช้ไม่ได้ในปัจจุบัน บทบาท รพช. ในปัจจุบันจะเป็นตาม “งาน” /พันธกิจ และผูกกับภาพใหญ่ของการบริการในพื้นที่ ที่ต้องพิจารณาควบคู่ไปกับความสามารถในการจัดการควบคู่กับการจัดการเงินการคลัง ซึ่งได้รับจาก สปสช. – การจัดรูปแบบการจัดการ/การให้บริการ เช่น ความเป็นอิสระของ รพช. การจัดการบุคลากร - ต้องพิจารณาเรื่องดังกล่าวควบคู่ไปด้วย

๗. บทบาทของแต่ละส่วนจะรับผิดชอบแตกต่างกัน (๑) ส่วนกลาง ทำหน้าที่ติดตามและรักษาสมดุล (กระจายทรัพยากร ออกกตึกา และการลงทุน) กำหนดทิศทาง (เลือกทำงาน เชิงรุกมากกว่ารับ) และดูแลภาพใหญ่เพื่อให้เกิดสมดุลในแต่ละพื้นที่ (๒) ในส่วนพื้นที่ ทำหน้าที่สร้าง service model ที่สอดคล้องกับสภาพของพื้นที่ ในระดับพื้นที่ต้องการอิสระในการบริหารการเงินและบุคลากร ซึ่งการออกแบบการจัดการในพื้นที่ ระบบเครือข่าย (networking) มีความสำคัญเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น stemi fast tract เป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยบริการต่างๆ โดยหลักการของ economy of scale, scope งาน แต่ต้องมีศูนย์กลางการจัดการบริการ ซึ่งจะต้องมีภาระงานมากพอที่จะ maintain expertise เอาไว้ได้ ทำหน้าที่กระจายบทบาทและความสามารถลงในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งจะเป็น บทบาทการดูแลผู้ป่วย การจัดหา/การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (appropriate technology) กระจายบริการ การให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ (case manager) และความสามารถในการดูแลและสุขภาพในระดับชุมชน (population health)

๘. เพื่อให้ รพช. เป็นจุดเชื่อมโยงที่สำคัญ การสร้างทีมใน รพช. สำหรับการทำงานในพื้นที่เพื่อให้บริการเป็น ใจทย์หนึ่ง - การพัฒนาบุคลากรแบบใหม่ที่มีความรู้ความสามารถในการทำงานในพื้นที่ ทั้งระดับแพทย์ / พยาบาล/นักวิชาการ ซึ่งในส่วนของการผลิตอาจจะต้องปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานในพื้นที่มากขึ้น

การพัฒนาแพทย์ – เพื่อให้เกิดแพทย์ที่พร้อมจะทำงานในพื้นที่นอกโรงพยาบาล (เช่นเดียวกับ Family Medicine และขยายไปถึง community medicine) อย่างกว้างขวาง -- จุดเปลี่ยนอาจจะอยู่ที่การ เปิดโอกาสให้ แพทย์ทำงานในพื้นที่ได้เรียน Family Medicine และใช้พื้นที่เป็นที่ฝึกอบรม เป็น on the job training แทนการฝึก แพทย์จบใหม่ เพื่อให้แพทย์ที่ทำงานในพื้นที่ได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ

สร้าง Critical mass ในกลุ่มผู้บริหาร รพช. โดยเฉพาะผู้บริหาร รพช. ที่อยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน มีความ ต้องการพัฒนา รพช. ใช้การจัดการความรู้ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ค้นหาความสำเร็จ หรือ tacit knowledge ที่สอดคล้องกับ explicit knowledge และนำมาทำให้ถูกมองเห็น/ขยายความรู้ให้กว้างขวางมากขึ้น)

๙. ช่องว่างในการพัฒนาบริการระดับ รพช.

(๑) การพัฒนาบริการฉุกเฉิน เพื่อดูแลผู้ป่วย เช่น โรคหอบ AMI

(๒) การพัฒนาเด็ก – low-birth-weight พัฒนาการช้า และรวมถึงลดการตั้งครรภ์ในเด็กวัยรุ่น โดยการให้ ความรู้แก่ประชาชน

(๓) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(๔) การพัฒนาคุณภาพบริการ

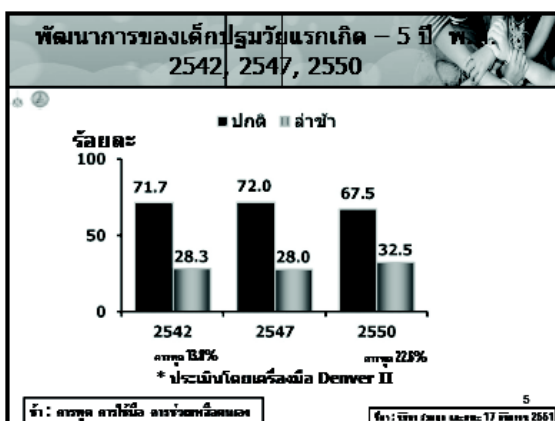
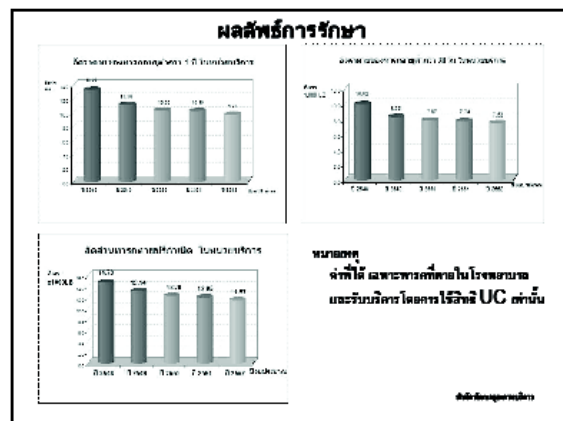
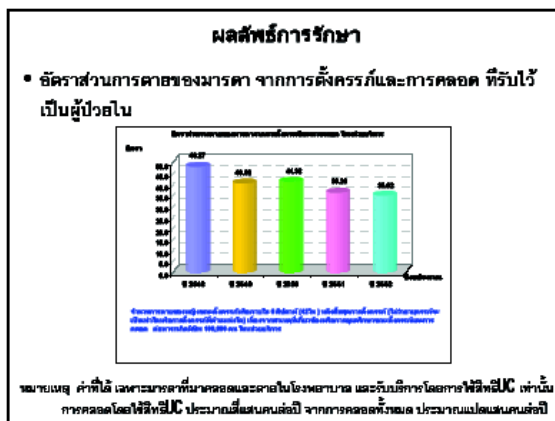
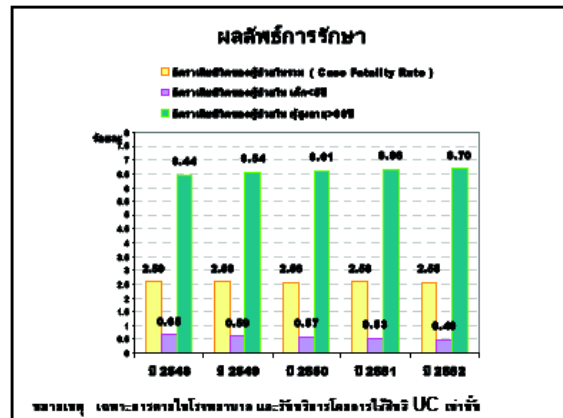
(๕) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care)

๑๐. เพื่อออกแบบการทำงานของ รพช.ใหม่ ควรใช้ข้อมูลจริงในการวางแผนการทำงาน ซึ่งมาจากการทำ Qualitative Research ในพื้นที่และนำเสนอข้อมูล โดยให้ รพช.ดูแลในพื้นที่ทดลองและปรับแนวทาง โดยศึกษาทั้ง ระบบ (เช่น การเงิน ระบบสารสนเทศ ระบบการส่งต่อ การให้คำปรึกษา และรวมถึงบทบาทการให้บริการ)

สรุป

โจทย์การทำงานในเรื่องอนาคตของ รพช. ขยายกว้างกว่า รพช.ควรให้บริการอะไรบ้าง แต่เป็นโจทย์ว่า จะทำอะไร/ ออกแบบระบบอย่างไร เพื่อให้ รพช. สามารถทำงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ เกิดขึ้น และต้องมีความหลากหลาย โดยพิจารณาเป็น “ระบบสุขภาพอำเภอ” ที่ เปิดโอกาสให้ รพช. มี Autonomy, Flexibility, และ Innovation

ผลการให้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิ UC ปี 2548 - 2552					
	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
ประชากร UC (คน)	47,343,401	47,542,982	46,672,613	46,949,267	47,558,456
ผู้ป่วยใน (คน)	3,231,636	3,429,738	3,532,156	3,683,018	3,824,844
(คน/ปี)	4,406,006	4,737,113	4,911,602	5,168,683	5,378,813
มีค่าเฉลี่ยในการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อหนึ่งประชากร UC)	9.3	10.0	10.5	11.0	11.3
วันรวมโรคทางาน (วัน)	19,174,438	20,263,468	20,705,075	21,396,390	22,155,877
เฉลี่ยวันรวมโรค	4.35	4.28	4.22	4.14	4.12
เตียงนอน (คน)	83,791	88,991	90,626	95,005	97,557
มีค่าป่วยต่อเตียงนอน (คน/เตียง)	2.58	2.59	2.56	2.58	2.65

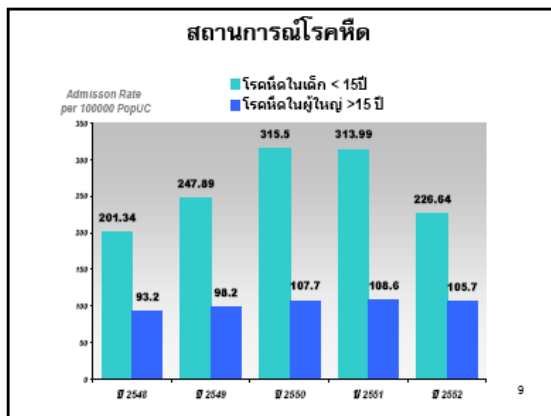
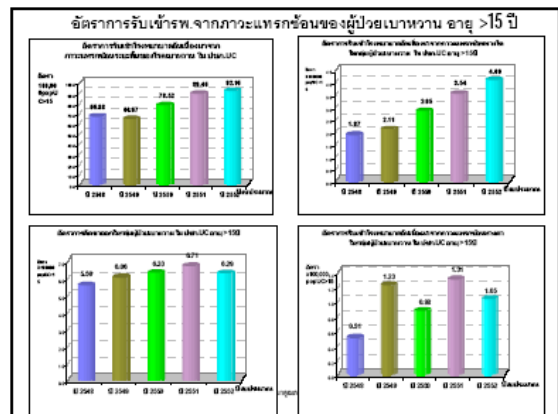


จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการ F84 Pervasive developmental disorder (Autism) ปี 2547 - 2550

ลำดับ	ประเภท	ปี	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
1	โรคสมาธิสั้น	รวม	6,658	8,341	11,530	10,650
2	โรคสมาธิสั้น	รวม	3,389	3,359	5,839	4,282
3	โรคสมาธิสั้น	รวม	820	1,950	4,886	714
4	โรคสมาธิสั้น	รวม	1,404	1,104	1,679	1,855
5	โรคสมาธิสั้น	รวม	771	620	1,115	1,830
6	โรคสมาธิสั้น	รวม	704	1,105	1,849	430
7	โรคสมาธิสั้น	รวม	212	456	827	1,289
8	โรคสมาธิสั้น	รวม	142	198	587	282
9	โรคสมาธิสั้น	รวม	182	493	451	80
10	โรคสมาธิสั้น	รวม	70	30	394	394
11	โรคสมาธิสั้น	รวม	160	194	220	19
12	โรคสมาธิสั้น	รวม	155	95	141	116
13	โรคสมาธิสั้น	รวม	65	54	130	44
14	โรคสมาธิสั้น	รวม	15	17	42	131
15	โรคสมาธิสั้น	รวม	12	34	37	38
16	โรคสมาธิสั้น	รวม	40	32	40	8
17	โรคสมาธิสั้น	รวม	14	8	50	38
รวมทั้งหมด			14,215	18,000	26,144	21,339

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สรุปผลการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด ปี 2547-2551									
ปี	จำนวนทารกที่คลอด	จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจ	%	โรคคอหอยซ้ำ		ส่งตรวจซ้ำ		ผลผิดปกติ	
				TSH	PKU	TSH	PKU	TSH	PKU
2,547	822,575	741,965	90.20	2,830	111	2,134	75.41	73	65.77
2,548	809,783	760,625	93.93	7,910	234	6,250	79.01	150	64.10
2,549	802,924	757,985	94.40	8,879	373	8,082	91.02	289	77.48
2,550	811,384	779,105	96.02	3,516	82	3,238	92.09	70	85.37
2,551	811,384	782,455	96.43	3,605	28	3,217	89.24	22	78.57
รวม	4,058,050	3,822,135	94.19	26,740	828	22,921	85.72	604	72.95
ที่มาข้อมูลกรมวิทยาศาสตร์สาธารณสุข									
ข้อมูลนี้ได้อิงตามการดำเนินการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รพภลพจนส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค วันที่ 24 พค. 2552									



สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง					
	จ 2548	จ 2549	จ 2550	จ 2551	จ 2552
Stroke admission (160-166)	51,648	56,573	58,821	65,473	68,291
Cerebral infarction admission	19,934	23,013	27,132	31,875	34,849
Death in Stroke admission	7,811	8,172	8,100	8,810	8,960
Case Fatality rate (%)	17.4	16.8	16.0	15.7	13.8
Access to procedure					
C.A.T.scan of head or other tomography of head	13,008	15,700	20,507	28,380	33,885
Injection or infusion of thrombolytic agent in Cerebral infarction	9	11	17	112	208
Physical therapy, respiratory therapy, rehabilitation and related procedures	3,062	3,642	4,311	6,384	8,145

สถานการณ์โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน					
	จ 2548	จ 2549	จ 2550	จ 2551	จ 2552
AMI admission (I210-I219)	14,075	18,223	22,408	28,230	29,807
Death in AMI admission	2,739	3,347	3,682	4,210	4,167
Case Fatality rate (%)	22.0	20.9	19.3	18.1	15.4
Total ST-elevation MI admission (I210-I213)	4,270	5,129	6,643	8,746	8,796
Access to procedure					
Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty [PTCA]	436	708	1,088	1,646	1,507
Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty [PTCA] in ST-elevation MI	245	371	606	1,050	991
Injection or infusion of thrombolytic agent in ST-elevation MI	20	83	331	792	1,420

การเข้าถึงหัตถการ/การผ่าตัดที่สำคัญ ของโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ ปี 2548 - 2552					
	จ 2548	จ 2549	จ 2550	จ 2551	จ 2552
การเข้าถึงหัตถการ/การผ่าตัดที่สำคัญ					
จำนวนการผ่าตัดหัวใจ open heart surgery *	2,865 *	4,212 *	6,411 *	6,345 *	5,368
จำนวนการทำการ bypass graft [CABG]	926	1,094	1,278	1,462	1,793
จำนวนการทำการ catheterization [PTCA]	1,530	2,625	3,811	5,078	5,971
อัตราตายในผู้ป่วยที่ได้รับการหัตถการ/ผ่าตัด					
ผ่าตัดหัวใจ open heart surgery	3.9	5.3	5.1	6.7	5.6
Coronary artery bypass graft [CABG]	5.1	4.8	4.7	3.8	7.4
การสวนหัวใจ [PTCA]	7.1	5.0	4.8	5.7	3.2

การเข้าถึงและคุณภาพบริการ ของโรคไตเรื้อรัง ปี 2548-2552					
	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
จำนวนเตียงในโรงพยาบาล	70,791	74,590	76,352	75,984	79,553
อัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อ 100,000 pop UC	150.48	157.84	164.44	162.67	167.28
อัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในรพ. (%)	0.16	0.17	0.16	0.17	0.14
การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่สำคัญ					
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด	62,764	67,252	71,085	70,831	74,470
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด (%)	85.95	88.03	91.22	91.50	92.19
การมีเตียงนอน					
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด (%)	14,380	14,832	15,162	14,816	15,263
(proportion (percentage) : K350)					
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด (%)	19.81	19.43	19.44	19.09	18.78

ข้อมูลจากกรมการแพทย์

13

การเข้าถึงและคุณภาพบริการของโรคเบาหวาน ปี 2548-2552					
	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
จำนวนเตียงในโรงพยาบาล	155,848	170,049	184,999	201,279	209,993
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต่อ 100,000 pop UC	148.6	156.8	168.2	178.2	204.9
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในรพ. (%)	12.9	13.6	13.9	14.3	14.7
การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่สำคัญ					
จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัด	100,203	143,287	181,268	204,842	
จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัด (%)	56.812	63.701	69.837	71.411	

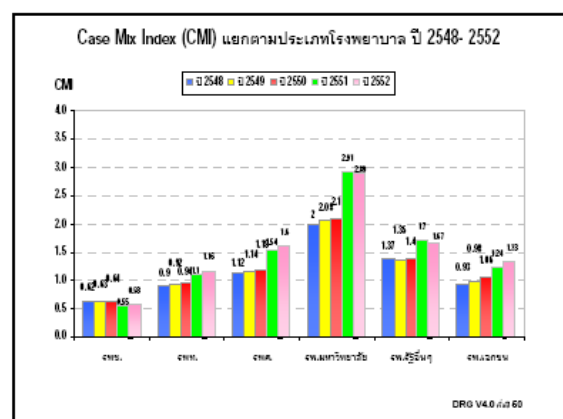
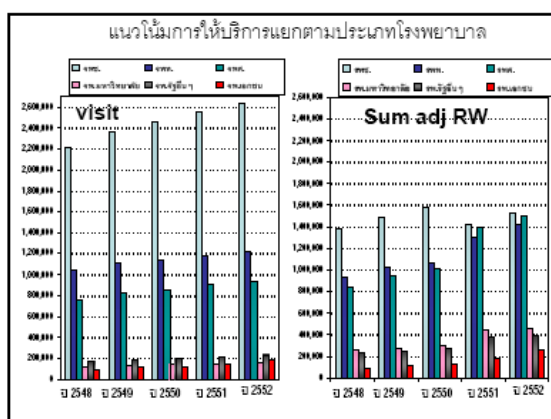
ข้อมูลจากกรมการแพทย์

14

ผลการดูแลผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชน	
---	--

15

ผลการให้บริการผู้ป่วยใน โดยโรงพยาบาลชุมชน ปี 2548 - 2552								
	patient	admission	Length of stay	Average LOS	sum adj rw	CM	death	case fatality (%)
ปี 2548	1,772,934	2,217,556	6,492,116	2.93	1,377,340.8823	0.62	11,345	0.64
ปี 2549	1,867,825	2,362,612	6,942,036	2.9	1,485,066.8001	0.63	12,268	0.66
ปี 2550	1,937,781	2,465,266	7,232,388	2.9	1,578,516.2737	0.64	12,237	0.63
ปี 2551	1,990,917	2,552,534	7,470,986	2.9	1,416,333.7766	0.55	12,915	0.65
ปี 2552	2,049,434	2,635,936	7,821,278	2.97	1,532,581.3827	0.58	13,537	0.66



การให้บริการผู้ป่วยในของคู่ลงทะเบียนกับ CUP โรงพยาบาลชุมชน
แยกตามที่ตั้งหน่วยให้บริการ ในปี 2551

หน่วยให้บริการ	ครั้ง	%
โรงพยาบาลชุมชน ต้นสังกัด	2,005,952	61.4
หน่วยบริการอื่นที่อยู่ในจังหวัดเดียวกัน	1,031,929	31.6
หน่วยบริการอื่นที่อยู่ในเขตเดียวกัน	27,209	0.8
หน่วยบริการอื่นนอกเขต	200,857	6.2
รวม	3,265,947	100
อัตราการให้บริการผู้ป่วยในต่อประชากร	10.35%	

อัตราการให้บริการผู้ป่วยในต่อประชากรค่าเฉลี่ยประเทศ 11.0%

19

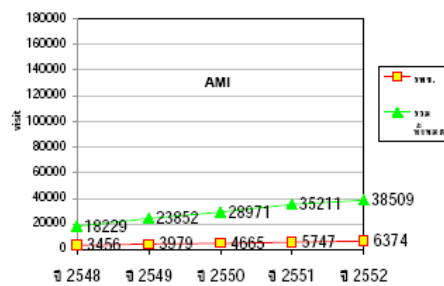
ผลการดูแลผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชน ในบางโรคที่เป็น tracer

01/06/53

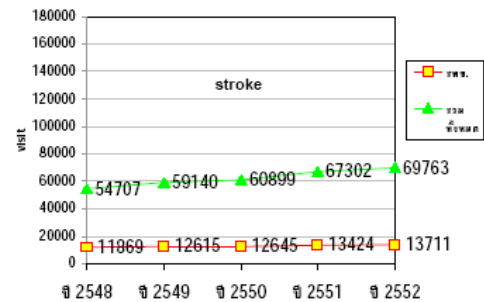
Unit: service per 100,000 pop.

20

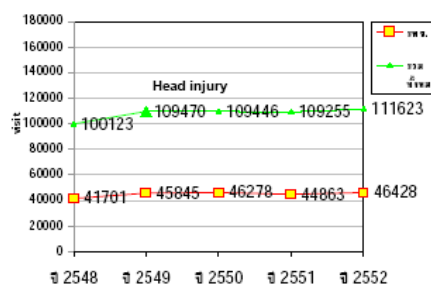
จำนวนครั้งการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชน
เทียบกับจำนวนรวมทั้งหมด แยกโรค ปี 2548-2552



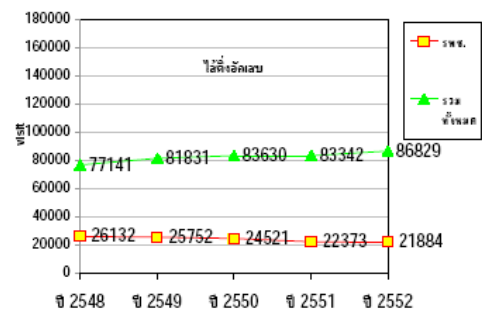
จำนวนครั้งการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชน
เทียบกับจำนวนรวมทั้งหมด แยกโรค ปี 2548-2552

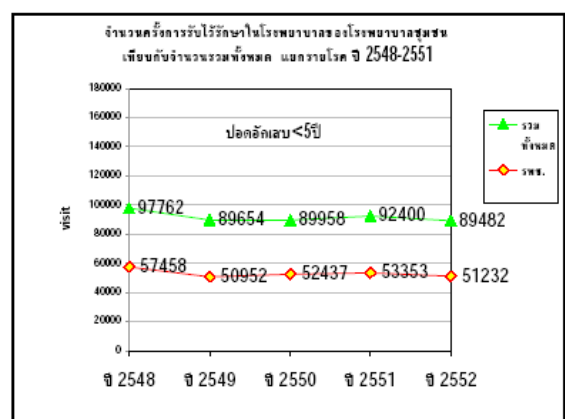
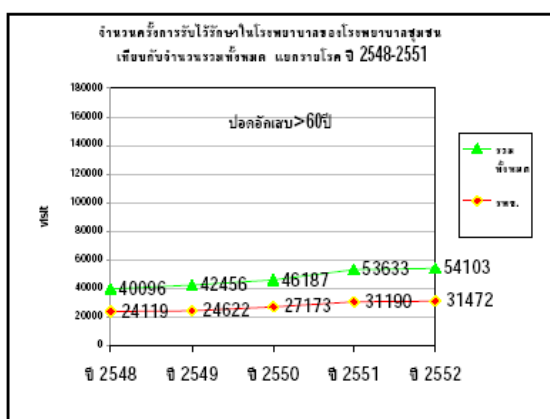
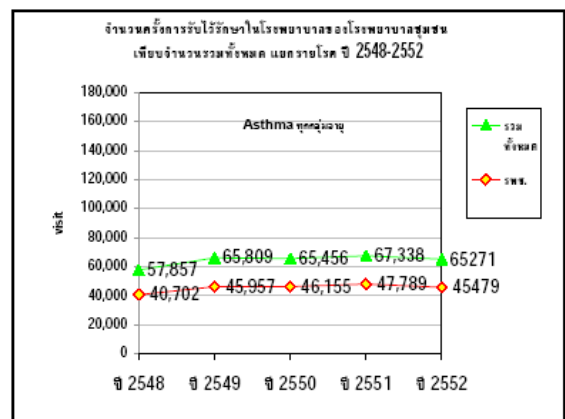
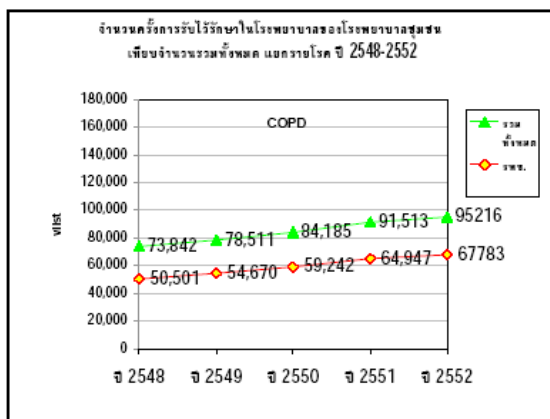
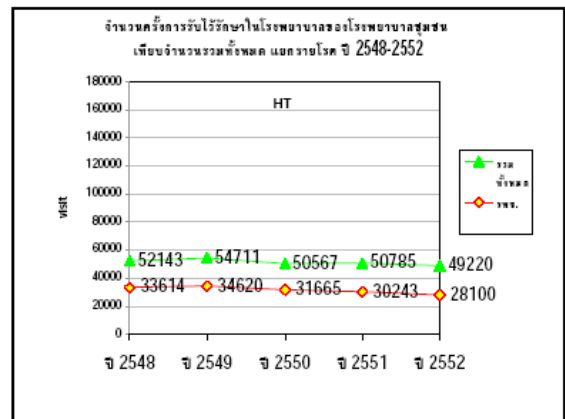
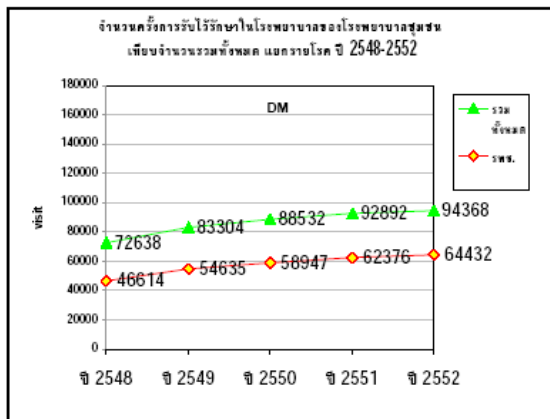


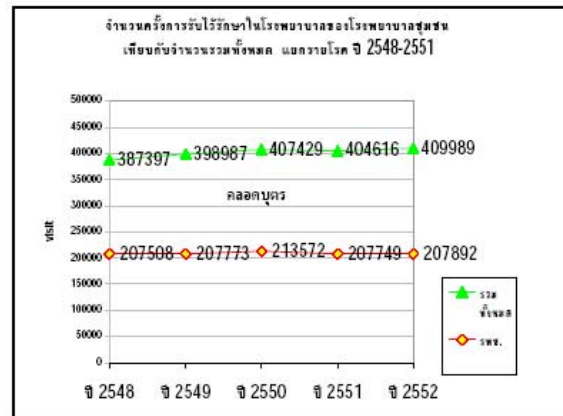
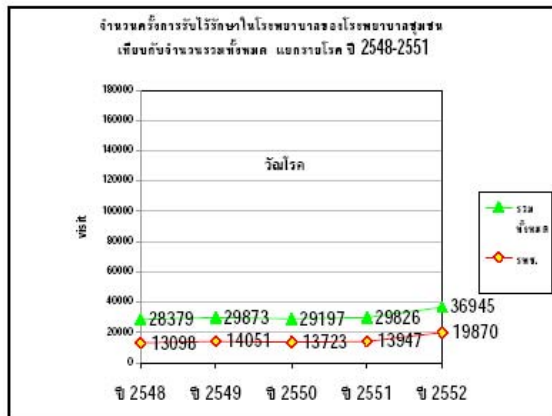
จำนวนครั้งการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชน
เทียบกับจำนวนรวมทั้งหมด แยกโรค ปี 2548-2552



จำนวนครั้งการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชน
เทียบกับจำนวนรวมทั้งหมด แยกโรค ปี 2548-2552





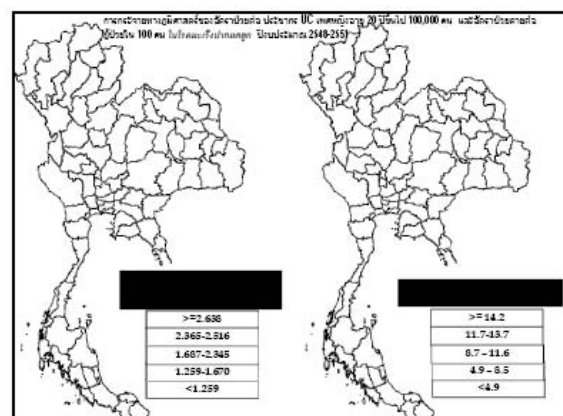
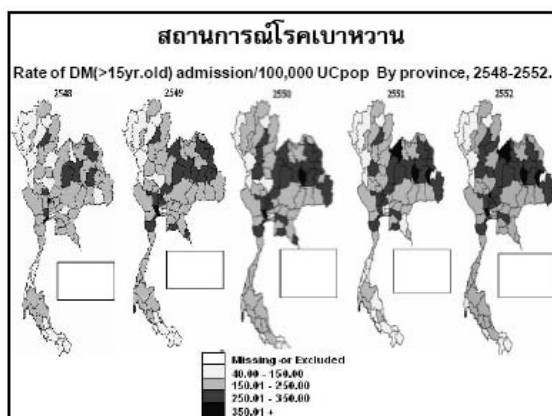


การทำการคัดกรอง ผ่าตัดไส้ติ่ง ของโรงพยาบาลชุมชน ปี 2548-2551

	จำนวน admit จากไส้ติ่งอักเสบ (admission)			จำนวนการผ่าตัดไส้ติ่ง (admission)		อัตราการผ่าตัดไส้ติ่ง (%)	
	รวมทั้งหมด	ใน รพช.	%	รวมทั้งหมด	ใน รพช.	รวมทั้งหมด	ใน รพช.
ปี 2548	77,141	26,132	33.7	67,306	13,921	87.3	53.3
ปี 2549	81,831	25,752	31.4	67,306	13,921	82.3	54.1
ปี 2550	83,630	24,521	29.2	71,131	13,717	85.1	55.9
ปี 2551	83,342	22,373	26.8	70,879	11,668	85.0	52.2
ปี 2552	86,829	21,884	26.8	74,547	11,552	85.9	52.8

การทำการคัดกรอง ผ่าตัดหลอดเลือด ของโรงพยาบาลชุมชน ปี 2548-2551

	จำนวน admit จากภาวะหลอดเลือด (ครั้ง)			จำนวนการผ่าตัดหลอดเลือด (ครั้ง)		อัตราการผ่าตัดหลอดเลือด (%)	
	รวม	ใน รพช.	%	รวม	ใน รพช.	รวม	ใน รพช.
ปี 2548	381,059	202,249	53.1	68,302	13,421	17.9	6.6
ปี 2549	393,619	203,097	51.6	78,217	14,777	19.9	7.3
ปี 2550	401,982	208,878	52.0	85,658	17,141	21.3	8.2
ปี 2551	399,198	203,064	50.9	88,419	16,666	22.7	8.2
ปี 2552	399,198	203,064	50.9	93,355	17,323	23.4	8.5



**สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นการวิจัย
เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ครั้งที่ ๔ ประเด็น: บทบาทหน่วยบริการประจำในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
วันอังคารที่ ๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๓๐ น.
ห้องประชุม ๑ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์**

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นพ.นิพัทธ์ กิตติमानนท์	โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
๒. คุณเกียรติศักดิ์ วัจักษ์ณกุล	สถานีอนามัยหนองกิงเพล จังหวัดอุบลราชธานี
๓. คุณจรรยาศรี ปัญญาดี	สถานีอนามัยนาบัว จังหวัดอุดรธานี
๔. คุณอำนาจ ช้วนิน	สถานีอนามัยบางยี่รงค์ จังหวัดสมุทรสงคราม
๕. คุณกษิตีศ ชันธรัตน์	สมาคมหมออนามัย
๖. นพ.เจดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์	โรงพยาบาลหนองบัวละเหว จังหวัดชัยภูมิ
๗. นพ.ชาญชัย จันทรรักษ์กุล	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
๘. นพ.นพดล เสรีรัตน์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ จังหวัด กาฬสินธุ์
๙. นพ.วิชัย อัสวภาคย์	โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
๑๐. นพ.วีรศักดิ์ เกียรติผดุงกุล	โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
๑๑. นพ.วีระพล ชีระพันธ์เจริญ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๑๒. พญ.ลลิตยา กองคำ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
๑๓. พญ.บุษกร อนุชาติวรกุล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
๑๔. นพ.นิทัศน์ รายนว	สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๑๕. นพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย	สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๑๖. พญ.ประนอม คำเที่ยง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
๑๗. นพ.อานวย กาจันะ	สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
๑๘. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
๑๙. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์	สำนักบริหารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
๒๐. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๒๑. คุณเกษนี ยงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๒๒. คุณประไพพร อุตมา	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๒๓. คุณพัฒนาวิไล อินใหม่	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๒๔. คุณอุทุมพร วงษ์ศิลป์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๒๕. คุณศิริกัญญา วงศ์สุริยนันท์	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม
๒๖. คุณสิรินาฏ นิภาพร	สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
๒๗. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

๒๘. คุณวรรณพร บุญเรือง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๙. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๓๐. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๓๑. คุณสุพัตรา บุญญานุกาพวงศ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม และย้ำถึงวัตถุประสงค์การประชุมว่า การประชุมวันนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนา health services research network ซึ่งมีโจทย์ในการทำงาน 6 โจทย์ ที่จะร่วมกันหาข้อเสนอเบื้องต้น และโจทย์เพื่อนำไปพัฒนาข้อเสนอแนะในระยะต่อไป

สำหรับวันนี้เป็นประเด็นในเรื่องการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จากการกระจายอำนาจและระบบประกันสุขภาพ ได้พยายามพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นให้เข้มแข็ง ซึ่งมีประเด็นที่ควรหาคำตอบ เช่น ระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง – เขตชนบท บทบาทและการมีส่วนร่วมของ อปท. ในการจัดบริการปฐมภูมิ เป็นต้น สำหรับระบบบริการปฐมภูมิในเขตชนบทส่วนใหญ่ใช้ระบบการดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยหน่วยบริการประจำ (CUP) ให้งบประมาณกับ CUP เพื่อสนับสนุนการทำงานของ PCU :ในการสนับสนุนงบประมาณดังกล่าวความสัมพันธ์ระหว่าง PCU กับ CUP และ CUP กับ รพ.สต. ควรเป็นอย่างไร และอะไรเป็นประเด็นสำคัญบ้างที่จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนา CUP และ PCU ในส่วนประเด็นอื่นๆ เช่น ในเขตเมืองระบบบริการปฐมภูมิเป็นอย่างไร จะอภิปรายในครั้งต่อไป

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้นำเสนอบทบาทของ CUP ในการสนับสนุน รพ.สต. ตามนโยบาย รพ.สต. ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง CUP/PCU ซึ่งต้องการให้ PCU เข้มแข็งขึ้นตามนโยบายดังกล่าว และถือได้ว่าเป็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกัน (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข ๑)

นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ได้นำเสนอประสบการณ์ในการสนับสนุนบริการปฐมภูมิ ใน รพศ. พุทธชินราช (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข ๒) โดยเริ่มจากกรอบคิดและยุทธศาสตร์การทำงานของโรงพยาบาล ซึ่งต้องการขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิไปพร้อมๆ กับ สอ. และชุมชน

รพ.ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ใน ๓ ด้านคือ คน ระบบ และวิชาการ โดยในการพัฒนาระบบนั้นได้ตั้งศูนย์สุขภาพเขตเมือง เพื่อเชื่อมโยงประสานทั้งระดับล่าง โดยรับจากสถานีอนามัย – คัดกรอง และให้การรักษาเบื้องต้นโดยแพทย์ FamMed หรือส่งต่อไปหาผู้เชี่ยวชาญภายใน รพ. ที่ศูนย์ประสานงานดังกล่าวจะเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วย ผลการรักษา และเป็นหน่วยติดตามผลการรักษาต่อเนื่องที่บ้านเมื่อส่งกลับให้ สอ. โดยจัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสารเชื่อมโยง ระหว่าง สอ.และ รพ.

นอกจากนี้ยังจัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาประจำโซน จัดพยาบาลเวชปฏิบัติทำงานประจำสถานีอนามัย ให้การสนับสนุนงบประมาณ และเวชภัณฑ์ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ด้วยการจัดระบบดังกล่าว รพ.ได้ติดตามผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกใน รพ. ลดลง และเมื่อพิจารณาอัตราการใช้บริการใน PCU เพิ่มขึ้น

จากนั้นที่ประชุมได้อภิปรายให้ความเห็นต่อประเด็นดังกล่าว

๑. ประสพการณ์ที่น่าจะช่วยให้ CUP-PCU ทำงานร่วมกันได้ คือการวางแผนร่วมกัน เช่นการใช้กระบวนการสร้างวิสัยทัศน์และทำแผนยุทธศาสตร์การทำงานร่วมกัน อาจมีการติดตามอย่างใกล้ชิด หรือให้อิสระในการจัดการแก่ PCU ซึ่งแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน - บาง สอ. มีความสามารถและพร้อมที่จะเป็นอิสระจาก CUP และเห็นว่าสามารถบริหารจัดการได้เอง หลายแห่งมีพื้นที่ทดลองที่จะให้ชุมชน/ สอ. บริหารจัดการเงินเองอย่างอิสระ โดยมี รพช. เป็นพี่เลี้ยง

๒. จุดแข็งของ สอ. คือการให้บริการใกล้ชุมชน สะดวกสำหรับประชาชนในการรับบริการ แนวทางในการพัฒนาสถานีอนามัยควรพัฒนาให้เสริมจุดแข็งนี้ด้วย โดยที่ สอ. เป็นจุดที่ใกล้ชุมชน ทิศทางที่ควรพัฒนาจึงควรเน้นเรื่องการทำงานเชิงรุก เพื่อให้เกิด self care/การพึ่งพาตนเอง แต่ต้องไม่ทำอย่างโดดเดี่ยว ต้องเชื่อมโยงกับหน่วยอื่นๆ ด้วย สำหรับเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง รพ. และ สอ. ควรให้ สอ. รับผิดชอบดูแลในส่วน of common diseases การที่ สอ. เป็นยุทธศาสตร์การทำงานเชิงรุกที่สำคัญ (แต่กลับพบว่างานเชิงรุก ส่งเสริมป้องกัน นวัตกรรมที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่ง สอ. คิดเองหรือคิดร่วมกับภาคส่วนต่างๆ กลับมีน้อยมาก)

นโยบาย รพ.สต. ในปัจจุบัน โดยเฉพาะในเรื่องชื่อ อาจจะสื่อสารและสร้างความคาดหวังต่อภาพอนาคตของ สอ. ไปผิดทาง แต่โดยหลักการแล้วเป็นเรื่องที่ดี ควรเน้นที่จุดแข็งของ สอ. และตั้งเป้าหมายระยะยาวให้มองที่สุขภาพะ และให้การสนับสนุนให้มากขึ้น

๓. การทำงานระหว่าง PCU – CUP ที่ร่วมกันคิดร่วมกันทำมีจำนวนน้อยมาก ไม่ถึงร้อยละ ๒๐ ดังนั้นควร explore ดูว่าอะไรเป็นจุดที่ทำให้เกิดความแตกต่างเช่นนั้นได้ เช่น เป็นเรื่องของปัจเจกที่สนใจพัฒนา PCU หรือ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการที่ CUP ไปพัฒนา PCU -- เพื่อนำไปสร้าง/กระตุ้นให้เกิดการดำเนินการเช่นนั้นในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อสามารถพัฒนางาน PCU ให้ประสบผลสำเร็จได้

โดยสรุป มีความหลากหลายของการทำงานร่วมกัน ระหว่าง CUP – PCU และความต้องการในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบทแตกต่างกัน ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่าง CUP เมือง/ชนบท กับ PCU เมือง/ชนบท มีความแตกต่างกันด้วย การพัฒนา PCU จึงควรแตกต่างกันในแต่ละบริบท

ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา

๑. ทำอย่างไรให้ PCU ได้รับการพัฒนา/สนับสนุนจาก CUP อย่างเต็มที่

- a. การบริหาร PCU โดย รพ. ขนาดใหญ่ ควรทำอย่างไร (เช่น ให้ รพ. ใหญ่เป็นหน่วยรับ refer อย่างเดียวโดยไม่มีหน้าที่จัดบริการปฐมภูมิ)
- b. รูปแบบความสัมพันธ์ (business model) ของ CUP-PCU ควรเป็นอย่างไร
- c. การสนับสนุนจาก CUP ควรเป็นมาตรฐานหรือไม่ และรูปแบบการสนับสนุนควรประกอบด้วยอะไรบ้าง เช่น การสนับสนุนงบประมาณจำนวนหนึ่ง (เท่าไร) การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ (ควรมีลักษณะอย่างไร) การจ่ายเงิน OPD ส่งต่อควรเป็นอย่างไร – กลไกทางการเงินเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาระบบควรเป็นอย่างไร

๒. สอ. ควรเป็นอิสระจาก CUP และบริหารจัดการการเงินด้วยตนเองหรือไม่

- a. ค่าใช้จ่ายรายหัวควรเป็นเงินเท่าไร สอ. จึงจะสามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนได้

- b. การจัดบริการ / output-outcome ด้านสุขภาพจะประเมินอย่างไร
 - c. Indicators การประเมินเพื่อการพัฒนา PCU ผ่านการวัดด้วย unit cost และตัววัดผลงานควรมีอะไรบ้าง (ความรุนแรงไม่สูงต้องใช้บริการที่ รพ. / อัตราผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอน)
 - d. สอ.เป็นอิสระ รพ. มีปัญหาหรือไม่ งบประมาณ รพช. เป็นอย่างไร อยู่ได้หรือไม่
 - e. ปัจจุบันมี PCU ที่เป็นอิสระบริหารจัดการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ – สามารถสังเคราะห์ประสบการณ์ได้หรือไม่
๓. นโยบาย รพ.สต. สอดคล้องกับการพัฒนาจุดแข็งของ สอ. หรือไม่ การจัดการเขตเมือง/ชนบทแตกต่างกันหรือไม่
- a. บริบทการจัดบริการ PP
 - b. การเข้าถึงบริการการแพทย์ - จุดเน้นเขตเมืองอยู่ที่ mobilized ทรัพยากรในพื้นที่ – ประสานภาคเอกชน, ท้องถิ่น ในขณะที่เขตชนบท มีประเด็นบริหารจัดการที่หลากหลาย (stand alone)
 - c. indicators
๔. ปัจจุบันมีความเสี่ยงด้านงบประมาณโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยนอกส่งต่อ สอ. ควรเป็นอิสระในการรับเงิน OP เอง โดยมีความเสี่ยงเช่นเดียวกับ ภาคเอกชนหรือไม่ หาก สอ. เป็นอิสระควรมีการป้องกันความเสี่ยงอย่างไร
- a. กำหนดราคากลางสำหรับการส่งต่อ (เช่นเดียวกับนครราชสีมา) จำนวนเงินควรเป็นเท่าไร (ต่อครั้ง) สำหรับการส่งต่อทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
 - b. ตั้งกองทุนป้องกันความเสี่ยงที่บริหารจัดการกองทุนอย่างไร

โดยสรุปมีความเห็นตรงกันว่า ระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง ต้องอาศัย CUP ทำงานเป็นผู้กำกับและช่วยพัฒนา ซึ่งต้องร่วมกันทำอย่างเป็นระบบ กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทสำคัญในการจัดวางแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากพื้นที่ต่างๆ และบทบาทนำในการผลักดันเรื่องดังกล่าว

Health Systems Research Institute

**บทบาทของ CUP ตามแผนการ
พัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริม
สุขภาพตำบล**

Health Systems Research Institute

**แผนการพัฒนาโรงพยาบาลสร้าง
เสริมสุขภาพตำบล 2552 - 2555**

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุข
แบบผสมผสาน ได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ
ที่สุด

Health Systems Research Institute

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อปรับปรุงการให้บริการและยกระดับการให้บริการสุขภาพของ
สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นโรงพยาบาลสร้าง
เสริมสุขภาพตำบล โดยให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การ
ป้องกันโรค และการให้บริการปฐมภูมิที่จำเป็น
- 2) เพื่อพัฒนาศักยภาพของ “ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลสร้าง
เสริมสุขภาพตำบล” ให้มีความสามารถในการให้บริการ
สุขภาพแบบองค์รวม และเชิงรุก
- 3) เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในการจัดการบริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบท
ของชุมชน

Health Systems Research Institute

คุณลักษณะสำคัญ

1. ขอบเขตการดำเนินงาน
 - เชิงรุก
 - บริการต่อเนื่อง
 - เชื่อมโยงและมีส่วนร่วม
2. มีเขตพื้นที่รับผิดชอบการทำงาน ใช้บ้านเป็น ward
3. บุคลากร 5-10 คน
 - ทักษะผสมผสาน
 - ทำงานเป็นทีม
 - ทำงานเชิงรุก
 - จัดการระบบสารสนเทศ

Health Systems Research Institute

คุณลักษณะสำคัญ

4. บริหารจัดการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น
เครือข่ายบริการในพื้นที่ ให้เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน
กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ
5. มีระบบสนับสนุน
 - ระบบข้อมูล
 - การบริการที่ต่อเนื่องตลอดเวลา
 - ระบบเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับพื้นที่

Health Systems Research Institute

บทบาทของCUP หรือรพ.พี่เลี้ยง

1. การสนับสนุนด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค
 - การให้คำปรึกษาทางไกล แบบ real time ทั้งภาพและ
เสียง
 - การสนับสนุนเวชภัณฑ์และการดูแลผู้ป่วยที่มีความ
ซับซ้อน ระบบมาตรฐานเดียวกัน , lab
 - referral system เพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีระบบข้อมูล
ข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถส่งต่อและ
เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายได้ เช่น ทะเบียนหญิงที่
ตั้งครรภ์ เด็กแรกเกิดกับหญิงหลังคลอด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่
จำหน่ายจาก รพ.พี่เลี้ยงเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย มี
ช่องทางการส่งต่อการเฉพาะ

Health Systems Research Institute

บทบาทของCUP หรือรพ.พี่เลี้ยง

2. การสนับสนุนด้านการเงินการคลัง ที่มี
operating budget จากสปส.ผ่านรพ.พี่เลี้ยง
3. การสนับสนุนบุคลากร
 - จัดสรรคนช่วยดูแลงาน เช่น ะดมรับผู้จบการศึกษา
คืน/รับย้าย โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น
 - ส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติ
 - สนับสนุนแพทย์/บุคลากรอื่น ๆ หมุนเวียนไปช่วยบริการ
ปฏิบัติงานร่วมกันในลักษณะสหวิชาชีพ ในการให้บริการ
ติดตามที่บ้าน

Health Systems Research Institute

บทบาทของCUP หรือรพ.พี่เลี้ยง

4. การบริหารระบบกำลังคนแบบเครือข่าย (Networking
system) โดยใช้บุคลากรที่มีประสบการณ์จากโรงพยาบาล
ชุมชนให้มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ
ตำบล และจัดสรรบุคลากรใหม่กลับไปยังเครือข่ายกับ
โรงพยาบาล จะเป็นการจัดระบบให้โรงพยาบาลสร้างเสริม
สุขภาพตำบลมีบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์
ที่จะเพิ่มศักยภาพในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ ใน
ขณะเดียวกันก็สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรใหม่ที่
เพิ่มขึ้นในอนาคต ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นพี่เลี้ยง
ก็ไม่ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากร

Health Systems Research Institute

บทบาทของCUP หรือรพ.พี่เลี้ยง

- สนับสนุนด้านวิชาการ และการพัฒนาบุคลากร ทั้งด้าน
 - การวินิจฉัย/การคัดกรองโรค/รักษาพยาบาล/ การฟื้นฟูสภาพ/การให้คำปรึกษา
 - เทคโนโลยีที่เหมาะสม การมีแนวทางการปฏิบัติในดำเนินงานร่วมกัน(practice guideline)
 - case conference ให้เกิดการพัฒนากันระหว่างรพ.สต. อย่างสม่ำเสมอ
 - การประสานกับเครือข่ายวิชาการอื่นๆ

Health Systems Research Institute

Thank you for your attention

Health Systems Research Institute

เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข ๒

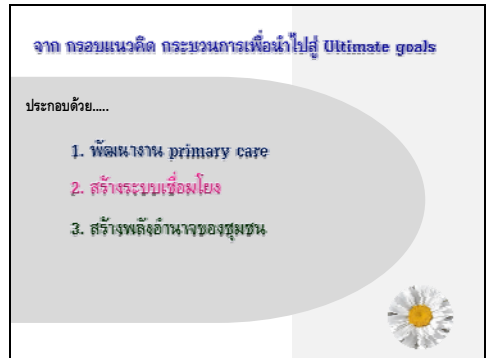
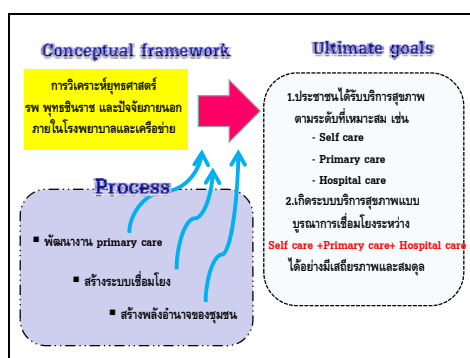
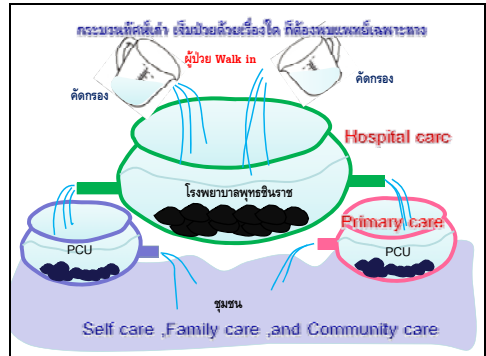
การบริหารจัดการโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

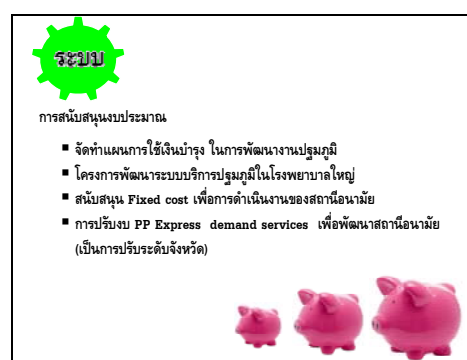
รพ. นีพรี นิดติมานนท์
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

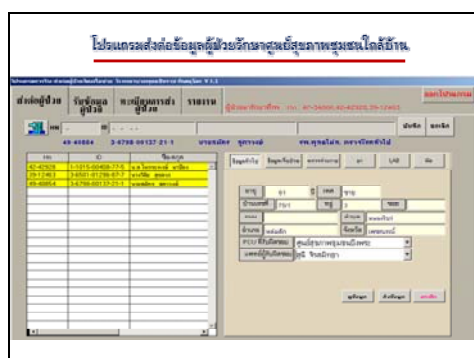
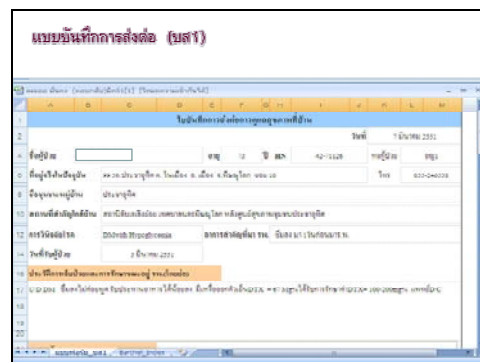
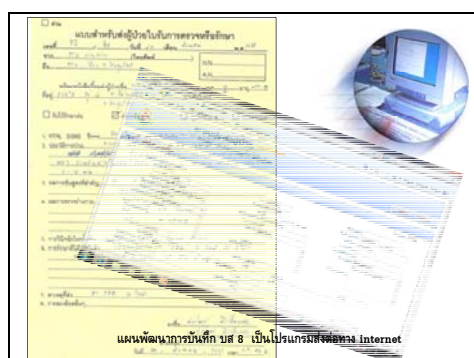
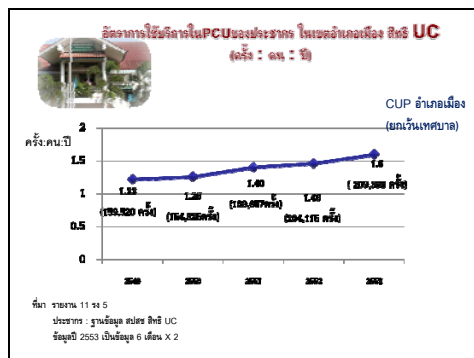
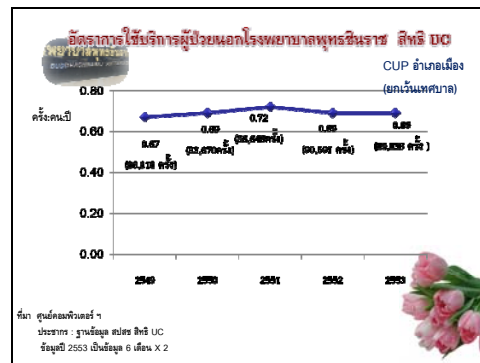
ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพุทธชินราช

5 สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาทรัพยากรการปฐมภูมิ

- สนับสนุน ประสานเครือข่าย สถาบันวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ เทคโนโลยี ที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ
- ส่งเสริมศักยภาพของผู้นำปฏิบัติงาน และเครือข่ายหน่วยบริการ ในการจัดการความรู้
- พัฒนารูปแบบการจัดการปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ (รัฐ ชุมชน ท้องถิ่น เอกชน)
- ผสมผสานองค์ความรู้สุขภาพ สาขาต่างๆ ในการจัดการปฐมภูมิ









**สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น
การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ครั้งที่ ๕: ประเด็นการบริการปฐมภูมิเขตเมือง
วันจันทร์ที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๐๐- ๑๒.๓๐ น.
ห้องประชุม ๓- ๔ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ**

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑.	นพ.อมร รอดคล้าย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่สงขลา
๒.	นพ.รัฐพล เจริญวิชานนท์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
๓.	นพ.สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๔.	นพ.ศุภกิจ วัฒนศิลป์ประวีร์	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๕.	นาวาอากาศเอกเฉลิมพร บุญศิริ	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
๖.	นพ.ชูวิทย์ ประดิษฐ์บาทูกา	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
๗.	คุณทัศนีย์ สุทธิไชยากุล	เทศบาลเมืองลำพูน
๘.	คุณอำนาจ พุ่มทอง	เทศบาลเมืองชุมแสง
๙.	พญ.ทัศนีย์ เอกวานิช	เทศบาลนครภูเก็ต
๑๐.	นพ.สุธี อ้นตระกูล	เทศบาลนครพิษณุโลก
๑๑.	ดร.สุภาณิดา ปุสุริทรรค์คำ	องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
๑๒.	คุณณฐมนท์ พัทธาสิริปกรณ์	ทัพบสุวรรณคลินิกเวชกรรม
๑๓.	คุณจิราวรรณ สมหมาย	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม
๑๔.	นพ.ไพบูลย์ สุริยวงษ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
๑๕.	พญ.บุษกร อนุชาติวรกุล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
๑๖.	นพ.สุนทร สุนทรชาติ	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
๑๗.	นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๑๘.	นพ.นิทัศน์ ร่ายยาว	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๑๙.	นพ.อำนาจ กาจันะ	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๒๐.	คุณธัญพร กล้าวิกรณ์	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
๒๑.	นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๒.	พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๓.	คุณสิรินาฏ นิภาพร	สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
๒๔.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๒๕.	ดร.วณิ ปิ่นประทีป	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๒๖.	คุณสุทธิกานต์ ชุณหะวัณวิวัฒน์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๒๗.	คุณอารีย์ เหมะธุลิน	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๒๘.	คุณสุพัชรา บุญญานุภาพวงศ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กล่าวต้อนรับและวัตถุประสงค์ของการประชุม โดยสรุปว่า การประชุมในครั้งนี้เป็นประเด็นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยพยายามมองว่าระบบบริการสาธารณสุขในอนาคตควรเป็นอย่างไร เนื่องจากมีเหตุปัจจัยของการเปลี่ยนแปลงของระบบประกันสุขภาพและการกระจายอำนาจซึ่งมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน โดยการประชุมในครั้งนี้มีเจ้าภาพ คือ สปสช. และ สวรส. และ มสช. ทำหน้าที่เชื่อมโยงความรู้อันนโยบาย ส่วนการทำงานช่วงแรกจะเป็นการชวนดูความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และความรู้สำคัญที่ขาดอยู่ จะสามารถตอบปัญหานโยบายอะไรได้บ้าง และเป้าหมายต่อไปคือการขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายและพัฒนาระบบ

ในการมองเบื้องต้น ๖ เรื่อง คือ (๑) ระบบบริการปฐมภูมิในชนบท ซึ่งจะดูบทบาท CUP ในการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ และ (๒) ระบบปฐมภูมิเขตเมือง ซึ่งเป็นเรื่องที่จะประชุมกันในครั้งนี้ (๓) การพัฒนา รพช.เองให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมี (๔) ระบบส่งต่อ ซึ่งเชื่อมโยงทั้งระบบแต่จะมุ่งที่จะทำอย่างไรให้ปฐมภูมิเข้มแข็ง ประสิทธิภาพ (๕) การพัฒนากลไกระดับเขตในการจัดบริการประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการส่งต่อและให้บริการระหว่างทุติยภูมิ-ปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ (๖) patient safety เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในระดับสูง

สำหรับวันนี้ เน้นเรื่องการจัดระบบบริการเขตเมือง เน้นที่ระดับปฐมภูมิ – มีคำถามเชิงทิศทางการพัฒนาและการปรับเปลี่ยนอย่างไร ซึ่งคาดว่าจะการประชุมในวันนี้จะได้ร่วมกันพิจารณาถึงข้อมูลความรู้ ทั้งในส่วนของความรู้การจัดการบริการเขตเมือง ว่าอยู่ที่ใดบ้าง ความรู้เท่าที่มีสรุปเชิงนโยบายได้หรือไม่ และจะสามารถหาความรู้ที่ชัดเจนมากขึ้นได้อย่างไร

นายแพทย์อมร รอดคล้าย นำเสนอข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นต่อที่ประชุม (เอกสาร ๑) โดยผู้ให้บริการในเขตเมืองมี ๔ ประเภท (เอกชน, รัฐ, รัฐท้องถิ่น, และรัฐอื่นๆ) โดยทำสัญญากับ สปสช. ๒ แบบคือ คู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (หน่วยบริการคู่สัญญา) และคู่สัญญาเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ ซึ่งได้พยายามแยกบทบาทกันอย่างชัดเจน โดยหน่วยบริการคู่สัญญาบริการปฐมภูมิในเขตเมืองจะต้องหาหน่วยบริการรับส่งต่อมาเป็นเครือข่าย

รูปแบบการสร้างเครือข่ายบริการในเขตเมืองภายใต้ระบบประกันสุขภาพมีทั้ง (๑) รัฐในกำกับ กสธ. – เอกชน ท้องถิ่น (เช่น โรงพยาบาลนพรัตน์ฯ โรงพยาบาลหาดใหญ่) (๒) รัฐภายใต้ กสธ. กับท้องถิ่น (เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) (๓) รัฐอื่น กับเอกชน ท้องถิ่น (เช่น โรงพยาบาลภูมิพล) (๔) ท้องถิ่นกับรัฐ กับเอกชน (เช่น โรงพยาบาลเทศบาลนครศรีธรรมราช ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเชียงใหม่ ชุมแสง บ้านพรุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับท้องถิ่นในรูปแบบอื่นๆ อีก เช่น อปท. สนับสนุนโครงการ/งบประมาณในการก่อสร้างศูนย์บริการสาธารณสุข (พัทลุง) เป็นต้น

สำหรับในเขต กทม. แม้มีศูนย์บริการสาธารณสุข อยู่ ๖๔ แห่ง โรงพยาบาล ๙ แห่ง และหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๖๔ แห่ง และคลินิกอบอุ่นภาคเอกชน ๑๑๖ แห่ง ประชาชนยังได้รับบริการทั้งการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคไม่ทั่วถึง/เพียงพอ

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาสำหรับบริการเขตเมือง

๑. สร้างระบบประสานความร่วมมือและการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน
๒. สร้างกลไกเชื่อมต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ-ตติยภูมิที่เหมาะสม และหนุนเสริมเขตชนบท
๓. พัฒนาศักยภาพ รพศ./รพท.
๔. สร้างระบบที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ
๕. ปรับปรุงระบบการเชื่อมต่อและการตามจ่ายระหว่างปฐมภูมิ – ตติยภูมิ – ตติยภูมิ
๖. ปรับปรุงระบบการเงินการคลังปฐมภูมิ โดยไม่หักเงินเดือน แต่ต้องจัดหน่วยบริการมาตรฐาน และจ่ายเพิ่มในอัตราที่เหมาะสม
๗. พัฒนาระบบการเงินการคลัง และการจัดการรวมหมู่ในระดับพื้นที่
๘. เปิดโอกาสการพัฒนาการบริหารการเงินการคลังในระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม

จากนั้นที่ประชุมได้อภิปรายเสนอข้อมูลและความเห็นต่อประเด็นบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยมีแนวทางการอภิปรายมุ่งที่จะพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองอย่างไร ภายใต้การสร้างให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรรับผิดชอบในเขตเมือง และการซื้อบริการที่เหมาะสม โดยมีประเด็นสรุปดังนี้

๑. การจัดการบริการปฐมภูมิในเขตกรุงเทพ

สปสช. กทม. มีบทบาทในการบริหารจัดการ รูปแบบการดำเนินการมีพัฒนาการตามลำดับ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำให้เร็วที่สุด สิ่งที่ทำเป็นการเป็นอันดับแรกคือ จัดตั้งหน่วยบริการในโรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล (กรณีตัวอย่าง รพ.ภูมิพล) จึงแก้ปัญหาลดความแออัดขึ้น เป็นรูปแบบการทำงานที่ ๒กระจายผู้ป่วยไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุข (กรณีตัวอย่าง รพ.นพรัตนฯ) แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ เกิดความหนาแน่นของผู้ป่วยที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เนื่องจากศูนย์ขยายไม่ทัน (ทั้งสองกรณี เงินยังคงอยู่ที่ รพ.ใหญ่) จากนั้น จึงมีรูปแบบการทำงานที่ ๓ เป็นลักษณะทำสัญญาตรงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่นเดียวกับรูปแบบของ รพ.บ้านแพ้ว ซึ่งรับโอนเงินตรงไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ)

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของ การจัดการบริการของ กทม. คือ กทม. มีหน่วยบริการตติยภูมิไม่เพียงพอ/ไม่ดีพอในการให้บริการ จึงเกิดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยจากปฐมภูมิไปที่ตติยภูมิ ขณะนั้นนโยบายของ สปสช. คือหาโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางมาเป็นตติยภูมิ เพื่อเป็นจุดเชื่อมต่อ และการใช้แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility - CSR ในการให้บริการ (ขณะนี้ ทดลองทำร่วมกับ รพ.ปิยะเวท) ส่วนอีกประการหนึ่งคือ การจัดการบริการปฐมภูมิยังไม่มีคุณภาพ ซึ่งกำลังพัฒนาในส่วนของเพิ่มเจ้าหน้าที่เภสัชกรให้บริการ และจัดให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ ในส่วนของ กทม.เองมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ

ข้อพิจารณาในส่วนของงบประมาณ เช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ คือการจ่ายงบประมาณไปให้แก่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งอาจจะให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิและการป้องกันโรคน้อยกว่า การแก้ไขปัญหานี้ในเชิงการจัดการทางการเงิน อาจใช้ลักษณะ Cup-based Management ซึ่ง กทม. (และ อบปท. อื่น) อาจจะสามารถนำงบประมาณมาบริหารจัดการเพื่อจัดบริการสุขภาพได้

๒. ตัวอย่างการจัดการบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมือง

๒.๑ ตัวอย่างการจัดบริการเขตเมืองของเทศบาลพิษณุโลก – ศูนย์บริการสุขภาพของเทศบาลพิษณุโลก เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิรุ่นแรกที่ได้รับสัญญาจาก สปสช. เป็น CUP (คลินิกชุมชนอบอุ่น) ทำงานอย่างใกล้ชิดกับ รพ.พุทธชินราช ระยะแรกประชาชนยังไม่ให้ความเชื่อถือ แต่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการของ ศูนย์ สาธารณสุขชุมชนเพิ่ม (เปิดศูนย์เพิ่มเป็น ๔ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๓๖ ของผู้ป่วยนอกทั้งระบบ (เพิ่มจากร้อยละ ๒) และจะเชื่อมโยงระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรังรับต่อเนื่องมาจาก รพ.พุทธชินราช ซึ่งในระยะแรกเป็นภาระด้านงบประมาณกับเทศบาลมาก เกือบขาดทุน จึงได้พยายามจัดระบบร่วมกับ รพ.พุทธชินราช เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ในส่วนบริการเชิงรุก เทศบาลถือเป็นหน้าที่หลักและให้ความสำคัญ และใช้เงินงบประมาณของเทศบาลเพิ่มขึ้น

๒.๒ ตัวอย่างการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองเทศบาลลำพูน – ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลลำพูน รับเป็นหน่วยบริการประจำคู่สัญญากับ สปสช. (คลินิกชุมชนอบอุ่น) ปัจจุบันมีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ให้บริการรักษาพยาบาลโดยจ้างแพทย์ประจำ และมีบุคลากรต่างๆ โดยใช้งบประมาณของเทศบาล มาตรฐานยา เช่นเดียวกับ รพ.ลำพูน ทำงานเชิงรุกทุกรูปแบบ จากการวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจดีขึ้น

มีข้อพิจารณาในส่วนของการสัมพันธภาพกับ รพ.แม่ข่ายในพื้นที่เดียวกัน (รพ.ลำพูน) ได้ดำเนินการตามนโยบายลดความแออัด รพ.ลำพูน ได้เปิดหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่เทศบาล ซึ่งเป็นเขตพื้นที่เดียวกับพื้นที่เทศบาล และเรียกเก็บเงินผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลจากเทศบาล

๒.๓ ตัวอย่างการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองเทศบาลนครภูเก็ต - ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลไม่ได้รับเป็นหน่วยบริการประจำคู่สัญญากับ สปสช. แต่เทศบาลจัดให้มีศูนย์บริการด้วยเช่นกัน โดยจัดในลักษณะ เป็นเครือข่ายใหญ่ 1 เล็ก 2 แบ่งพื้นที่การทำงานกับ รพ.วชิระภูเก็ต และส่วนใหญ่เน้นการให้บริการเชิงรุก และ self care ตามภารกิจของเทศบาล บริการรักษาพยาบาล ใช้งบประมาณของเทศบาล ในการจ้างเหมาแพทย์ให้บริการ แต่ส่วนใหญ่ใช้บริการของแพทย์อาสา เนื่องจากค่าตอบแทนบุคลากรตามระเบียบการจ้างเหมาของเทศบาล จำนวนน้อยไม่จูงใจ เนื่องจากไม่มีระบบ refer จึงพบปัญหาเรื่องผู้ป่วย shop around และรับยาซ้ำจาก รพ.อื่น การบริหารจัดการใช้งบประมาณของเทศบาลโดยตรง แต่ใช้นโยบายรักษาพยาบาลฟรี เช่นเดียวกัน โดยขออนุมัติงบประมาณผ่านสภา ปีที่ผ่านมาได้รับงบประมาณสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ประมาณ ๖๐๐,๐๐๐ บาท และใช้เงินบำรุงของศูนย์บริการสาธารณสุข ส่วนงบประมาณสำหรับกิจกรรมป้องกันโรค/ส่งเสริมสุขภาพ ใช้เป็นงบประมาณสนับสนุนกองทุนฯ

๒.๔ ตัวอย่างการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองเทศบาลชุมแสง – เทศบาลชุมแสง เป็นหน่วยบริการประจำคู่สัญญา กับ สปสช. – เนื่องจากพื้นที่เล็ก ประชากร UC น้อย (๖,๐๐๐ คน) ตั้งแต่รับสัญญาประสบภาวะขาดทุนโดยตลอด เป็นหนี้ รพ.ชุมแสง จำนวนมากจากกรณีส่งต่อผู้ป่วย ปัจจุบันได้มีข้อตกลงกับ สสจ. หักงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวไว้ที่ สสจ. เพื่อกันไว้เป็นงบประมาณสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีข้ามเขตประมาณร้อยละ ๗ สถานการณ์ดีขึ้น สำหรับงบประมาณ เทศบาลสนับสนุนในส่วนของเงินเดือน ค่ายา/เวชภัณฑ์ และการให้บริการสุขภาพกับกลุ่มประชากร (นักเรียน) เฉพาะ โดยโอนเข้ากองทุน

๒.๕ ประสิทธิภาพการจัดบริการเขตเมือง อบจ.โคราช – การจัดการเป็นบทบาทของ รพ.มหาวิทยาลัย ในส่วนของ อบจ. เป็นผู้ประสานภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยตั้งเป็นคณะทำงานฯ และสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรเพื่อทำงานปฐมภูมิ (สนับสนุนการเรียนต่อ, สนับสนุนการจ่ายเงิน อสม. ฯ) สนับสนุนการวิจัย สนับสนุนกองทุน

๒.๖ ประสิทธิภาพการให้บริการเขตเมือง รพ.สมุทรปราการ – ประชากรจำนวนมาก (๔๐๐,๐๐๐ คน) สิทธิบัตรทอง ๒๒๐,๐๐๐ คน ผู้รับบริการจำนวนมากเช่นเดียวกัน เนื่องจากต้องให้บริการกับประชากรต่างด้าวด้วย การบริหารจัดการแยกบัญชีเครือข่ายบริการปฐมภูมิออกจากบัญชีของโรงพยาบาล แยกสนับสนุนรายสอ.ตามกิจกรรมในปีก่อน (คิดเป็นแต้ม) ตั้งกองทุนสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและค่าใช้จ่ายสูง แยกออกจากเงินสนับสนุนสอ.แต่ละแห่ง และสนับสนุนบุคลากรจัดสรรไปยัง สอ.ตามความจำเป็นของแต่ละ สอ. หากยังไม่เพียงพอจัดจ้างบุคลากรสนับสนุนเพิ่มเติม แม้ว่าแต่เดิมได้ปรับงานโรคเรื้อรังไปอยู่ในระดับ สอ.แล้ว แต่ประชาชนต้องการพบแพทย์ จึงต้องเพิ่มเวลาให้แพทย์ตรวจในระดับ สอ.แต่ละแห่งสัปดาห์ละวัน ซึ่งจะต้องพิจารณาปรับแผนอีกครั้งตามที่ สปสช. ให้ปรับงาน ANC และ well baby clinic ไปอยู่ในระดับ สอ.ด้วย ซึ่งการปรับของ สปสช. แต่ละครั้ง ถ้าปรับเปลี่ยนนโยบายบ่อยๆ ผู้ปฏิบัติงานจะปรับตัวไม่ทัน

๓. ประเด็นที่ชัดเจนคือในเขตเมือง จำเป็นต้องเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ครอบคลุมบริการ การให้ภาคเอกชนร่วมให้บริการเป็นรูปแบบหนึ่ง – แต่จะสามารถบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพได้อย่างไร โดยมีรูปแบบต่างๆ ที่นำเสนอ เช่น ทำสัญญากับคลินิกเอกชน (เช่นในปัจจุบัน) หรือจัดเป็นเครือข่าย (บริษัท) เพื่อรับสัญญากับ สปสช.

๔. ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง หากไม่มองเฉพาะ hospital based และให้เน้น primary care ที่บ้าน และต้องจัดสรรงบประมาณในส่วนส่งเสริม-ป้องกันให้มีสัดส่วนมากขึ้น ให้เหมาะสมกับกิจกรรมและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แต่ต้องมีกระบวนการติดตาม ควบคุมกำกับที่เข้มแข็ง และมีกลไกการประเมินทั้งการจัดการ การเงิน การคลัง และคุณภาพบริการ

๕. งบประมาณเหมาะสมสำหรับเอกชน/ภาคอื่น (อปท.)- ควรพิจารณาปรับปรุง – เช่นในส่วนของ อปท. อาจปรับไม่หักในส่วนเงินเดือนเช่นเดียวกับภาคเอกชน หรือหากมีค่าใช้จ่ายในส่วนของสถานที่ และหากต้องรับภารกิจในส่วนของการส่งเสริมป้องกันในชุมชนด้วย ชัดเจนว่าต้องเพิ่มงบประมาณในส่วนนี้ เนื่องจากต้องเพิ่มบุคลากรให้ทำงานในชุมชนมากขึ้น ซึ่งการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบัน สำหรับงบประมาณ PP โดยใช้วิธีการทำงานก่อนและส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณ อาจจะไม่ยุติธรรมสำหรับภาคเอกชน

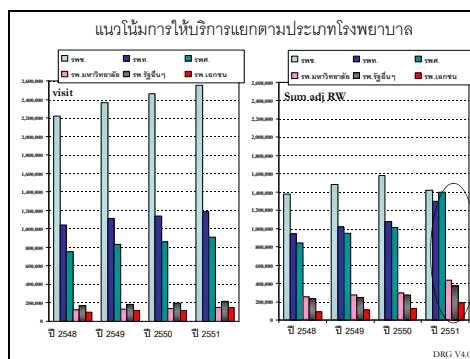
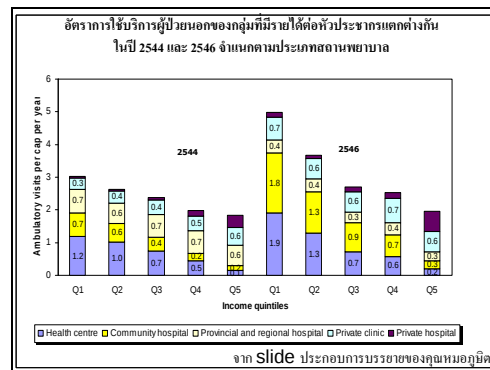
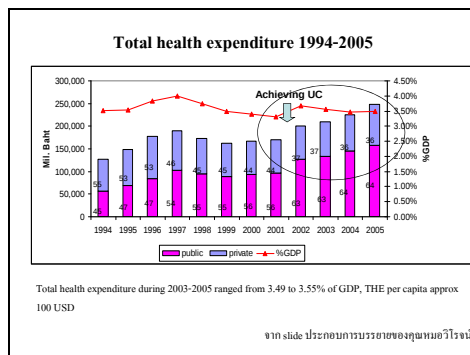
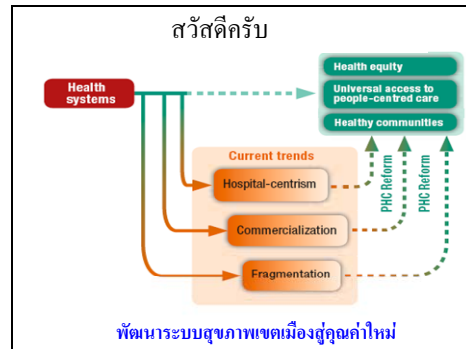
โดยสรุปที่ประชุมเห็นว่า ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองมีโอกาสดำเนินการพัฒนาเชิงระบบ/การบริหารจัดการมากกว่าเขตชนบทเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น

การเชื่อมโยงให้เกิดโอกาสการทำงานร่วมกับภาคเอกชน / อปท. ยังเป็นโอกาสในการพัฒนา แต่ต้องปรับ/สร้างกลไก การจัดการทางการเงินใหม่ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนเขตเมืองมากยิ่งขึ้น และกลไกที่สามารถช่วยลดภาระสถานพยาบาลโดยเฉพาะภาคเอกชนในการตามจ่าย (ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยนอก)

ระบบการส่งต่อเป็นประเด็นที่ควรพิจารณา – เครือข่ายสถานพยาบาลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อให้การรักษาที่ต่อเนื่อง และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนได้ว่าสามารถจะได้รับการรักษาจากแพทย์ได้เมื่อจำเป็น สามารถลดความจำเป็น/ความต้องการพบแพทย์ของประชาชนในระดับปฐมภูมิได้

ประเด็นการวิจัยที่ควรพิจารณา

๗. ประเมินผลการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยภาคส่วนต่างๆ (กสธ. – โรงพยาบาลขนาดใหญ่ / ศูนย์บริการสุขภาพ โดย อปท./ เอกชน) ในเชิงความครอบคลุมประชากร ผลลัพธ์บริการต่อประชากร กลุ่มเป้าหมาย (UC) และประสิทธิภาพบริการ (โดยเฉพาะการจัดบริการของ อปท. ที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม และมีแนวโน้มว่าใช้ทรัพยากรมากกว่า)
๘. เครือข่ายบริการเขตเมือง – พัฒนาโครงข่าย (รูปแบบ/การส่งต่อ) catchment area ที่อาจมีความทับซ้อน / พัฒนาระบบการส่งต่อ / การกระจายบุคลากร
๙. กลไกทางการเงินใหม่สำหรับบริการปฐมภูมิเขตเมือง - - การกำหนดรูปแบบใหม่ในการจัดการทางการเงิน การกำหนดกติกา และโครงสร้างการจัดการทางการเงิน (เขตสุขภาพได้หรือไม่ ใครเป็นผู้รับผิดชอบ) / ควรแยกบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือไม่ // รวมถึงการจัดการเชิงงบประมาณเพื่อพัฒนางานส่งเสริม/ป้องกัน พร้อมๆ กับการรักษา
๑๐. ปรับปรุงเครือข่ายบริการในเขต กทม. เพื่อให้เกิดบริการปฐมภูมิทั้งการรักษาและป้องกันที่มีประสิทธิภาพกว่าที่เป็นอยู่
๑๑. การลงทุนด้านสุขภาพในเขตเมือง (เพื่อดูแหล่งงบประมาณ กระบวนการ การใช้งบประมาณในกิจกรรมรักษา/ส่งเสริม/ป้องกันต่างๆ) เพื่อเสริมประสิทธิภาพการใช้งบประมาณให้มีประสิทธิภาพ และเสริมพลังการทำงานให้มากยิ่งขึ้น
๑๒. สถานการณ์ทางการเงิน - ภาระการตามจ่าย ของคลินิกภาคเอกชน รูปแบบใหม่ทางการเงิน /
๑๓. บทบาทของ อบจ. ในการจัดบริการสุขภาพเขตเมือง



ใครให้บริการสุขภาพในเขตเมือง ?

- เอกชน ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมูลนิธิ อื่นๆ
- รัฐ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย? ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง
- รัฐท้องถิ่น โรงพยาบาล กทม. โรงพยาบาลเทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. เทศบาล อบค.
- รัฐอื่นๆ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทหาร โรงพยาบาลชลประทาน อื่นๆ

บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

- สวัสดิการราชการ สถานพยาบาลรัฐ เอกชน?
- ประกันสังคม ผู้สัญญา โรงพยาบาลรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนเอกชน
- ประกันสุขภาพ

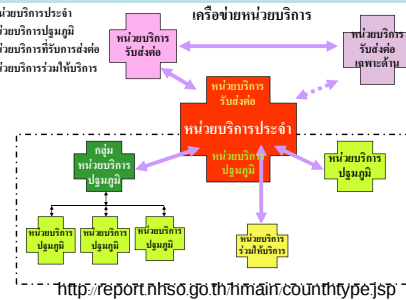
ผู้สัญญาประกัน/หน่วยบริการประจำ โรงพยาบาลผู้สัญญาหน่วยบริการประจำ

คลินิกเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข

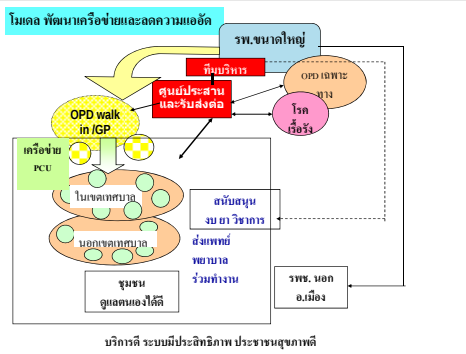
ผู้สัญญาบริการรับส่งต่อ โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC

- * หน่วยบริการประจำ
- * หน่วยบริการปฐมภูมิ
- * หน่วยบริการที่รับส่งต่อ
- * หน่วยบริการร่วมให้บริการ

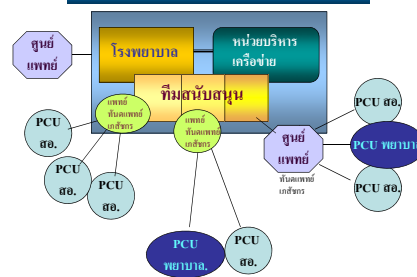


<http://report.nhso.go.th/mailcount/type.jsp>



บริการในระบบมีประสิทธิภาพ ประชาชนสุขภาพดี

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ กับโรงพยาบาล



ตัวอย่าง

การสร้างเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม

- รัฐ กระทรวงสาธารณสุข กับเอกชน กับท้องถิ่น
โรงพยาบาลพริตต์ โรงพยาบาลหาดใหญ่
- รัฐ กระทรวงสาธารณสุข กับท้องถิ่น
โรงพยาบาลพิษณุโลก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลตรัง
- รัฐอื่น กับเอกชน กับท้องถิ่น โรงพยาบาลภูมิพล
- ท้องถิ่น กับรัฐ เอกชน โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองใหม่ ชุมแสง บ้านพรุ

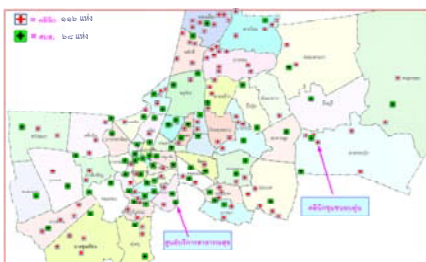
หน่วยบริการของ กทม.

- ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน ๖๔ ศูนย์
ให้บริการนอกเวลาทำการ ๓๐ ศูนย์
- โรงพยาบาล จำนวน ๙ แห่ง

หน่วยบริการทั้งหมดในระบบ UC กทม.

- หน่วยปฐมภูมิ จำนวน ๖๔ ศูนย์ + คลินิก ๑๑๖ แห่ง
คลินิกชุมชนอบอุ่นให้บริการ จันทร์ - อาทิตย์
- โรงพยาบาลทุกประเภท ทั้งสิ้น ๔๙ แห่ง

การกระจายตัว ของศูนย์บริการสาธารณสุข และ คลินิกชุมชนอบอุ่น

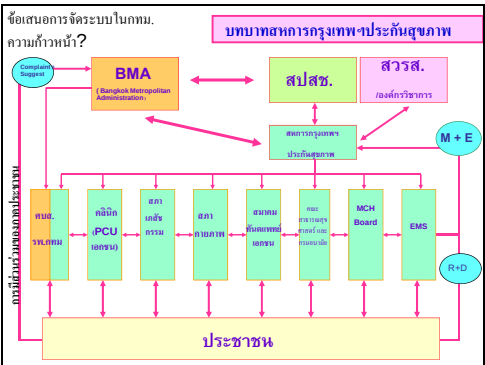


การกระจายตัว ของโรงพยาบาลรัฐบาล และ โรงพยาบาลเอกชน





ทางเข้าสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ช.สวนเงิน





ลักษณะบริบทเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตเมือง

- หลากหลายบริบทการพัฒนา
- หลากหลายหุ้นส่วน
- หลากหลายภารกิจ
- หลากหลายระดับด้านการแพทย์

จากCupในเมือง

จุดแข็ง-จุดอ่อน ที่สำคัญของบริการปฐมภูมิเขตเมือง

จุดแข็ง

- ทุนทรัพยากร
- ทุนวิชาการ
- ทุนเครือข่าย

จุดอ่อน

- หน่วยบริการทุติยภูมิคือโรงพยาบาลชุมชนหายไป
- บริหารด้วยกลไกของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือ?
- บริบทสังคมเมืองยากต่อการทำงานสาธารณสุขเชิงรุก

จากCupในเมือง

ทางเลือกของการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ของกระทรวงสาธารณสุขในเขตเมือง

- ให้มีการจัดการเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่แยกการบริหาร
ออกจาก รพศ./รพท.
- หรือ จัดให้มี **autonomy**
- หรือมีแนวทางการจัดการด้วยตนเองมากขึ้น
และให้มีการจัดการร่วมกับเอกชน ต้องถื่นร่วมด้วย

จากCupในเมือง

เงื่อนไข โอกาส ของหน่วยบริการสุขภาพ ในการบริการสาธารณะ ระบบหลักประกันสุขภาพ (1)					
	การบริการ ถึง UC	บุคลากร	การบริหาร	เครือข่าย	เงื่อนไขที่จะ เกื้อหนุน
รพ.สร.-รับส่งต่อ	+/-	++	+	+	เพิ่มศักยภาพ
-ปฐมภูมิ/ประจำ	+/-	+/-	+/-	++	need reform
รพ.มหาวิทยาลัย-รับส่งต่อ	+/-	+++	+	+	Public view
-ปฐมภูมิ/ประจำ	+/-	+/-	+/-	+/-	Edu- view
ร.พ.รัฐอื่นๆ-รับส่งต่อ	+/-	+/-	+/-	+/-	จัดระบบ หน่วยงาน
-ปฐมภูมิ/ประจำ	+/-	+/-	+/-	+/-	same

อนร

เงื่อนไข โอกาส ของหน่วยบริการสุขภาพในการบริการสาธารณะ ระบบหลักประกันสุขภาพ(2)					
	การบริการ ถึง UC	บุคลากร	การบริหาร	เครือข่าย	เงื่อนไขที่จะ เกื้อหนุน
รพ.ท้องถิ่น-รับส่งต่อ	+/-	++	+	+	Political view
-ปฐมภูมิ/ประจำ	+/-	+/-	+/-	+/-	Political view
รพ.เอกชน -รับส่งต่อ	+	++	++	+	Public view
-ปฐมภูมิ/ประจำ	+	+	++	+	Public view
คลินิก -ปฐมภูมิ/ประจำ	+	+	++	+/-	•Public view •Network •การจัดการ op high cost

อนร

ปัญหาคือ?

ปัญหา

- ปัญหาคือปัญหาการจากระบบ
- ปัญหาคือตัวระบบดูเหมือนง่าย แต่ความเป็นจริงซับซ้อน และความซับซ้อนซ้อนเงิน

ต้นธารของปัญหา

- กระทรวงสาธารณสุขกับการปรับโครงสร้างการบริหารและบริการ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับการใช้กลไกการตรวจประเมินเพื่อให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพได้มาตรฐาน และการบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพ

อมร

ข้อเสนอในการพัฒนาหน่วยบริการรับการส่งต่อ เขตเมือง ทั้งรัฐและเอกชน

- สร้างระบบประสานความร่วมมือ และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างรัฐ รัฐ เอกชน
- สร้างกลไกเชื่อมต่อระหว่างปฐมภูมิและตติยภูมิที่เหมาะสม
ตติยภูมิ? และหนุนเสริมเขตชนบท
- ต้องพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาล ทัวไป ให้เต็มศักยภาพ

อมร

ข้อเสนอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ เขตเมือง ทั้งรัฐและเอกชน(1)

- สร้างระบบ ที่เปิดโอกาส การเข้าร่วม
เพื่อการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง ทั้งจากคลินิก ร้านยา
ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล อื่นๆ
- ปรับปรุงระบบ การเชื่อมต่อ และการตามจ่าย
ระหว่างปฐมภูมิ ตติยภูมิและตติยภูมิที่เหมาะสม
และการจ่ายชดเชย OP high cost จากกองทุน

อมร

ข้อเสนอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ เขตเมือง ทั้งรัฐและเอกชน(2)

- ปรับปรุงระบบการเงินการคลังปฐมภูมิ
 - ไม่หักเงินเดือน แต่ต้องจัดหน่วยบริการมาตรฐาน
 - การเหมาจ่ายและการจ่ายเพิ่มที่เหมาะสม
- พัฒนาระบบการเงินการคลังและการจัดการรวมหมู่ในระดับพื้นที่
Primary care trust :- Area Health Commissioning ?
- เปิดโอกาสการพัฒนาการบริหารการเงินการคลังระดับพื้นที่แบบมี
ส่วนร่วม Community Fund และ การร่วมจ่าย Co-payment

อมร

**สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น
การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ครั้งที่ ๖: ประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย
วันอังคารที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๐ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๓๐ น.
ห้องประชุม ๑ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์**

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
๒. นพ.วีระศักดิ์ อนุตรอังกูร	โรงพยาบาลขอนแก่น
๓. พอ.พญ.จุฑาทวี วุฒิมังค์	สำนักงานเลขาธิการราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
๔. ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร	ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
๕. พอ.หญิงวีราวรรณ มหามันท์โพธิ์	สภากาชาดไทย
๖. คุณวลัยพร เตียวพิพิธพร	สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
๗. คุณน้องนุช ภูมิสนธิ์	งานบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลศิริราช
๘. ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
๙. พญ.บุษกร อรุณาติวรกุล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
๑๐. นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๑๑. พญ.ประนอม คำเที่ยง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
๑๒. นพ.วิรุฬห์ ลิ้มสวาท	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
๑๓. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๑๔. คุณวรรณพร บุญเรือง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๑๕. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๑๖. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๑๗. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กล่าวต้อนรับและกล่าวถึงความ
เป็นมาของการประชุมว่าการประชุมครั้งนี้เป็นความพยายามที่จะรวบรวมข้อมูลและตั้งโจทย์การวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กับคุณภาพบริการ ในมุมมองของความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ภายใต้ภาพรวมของการตั้งเป้าเพื่อ
นำไปสู่ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยการตั้งเป้าหมายเบื้องต้นของการทำงาน ตั้งไว้ ๖ หัวข้อ ซึ่ง
คาดหมายว่าเป็นฐานของบริการภาพรวม ได้แก่ (๑) การพัฒนาบทบาทหน่วยบริการประจำ ซึ่งมีต่อระบบบริการ
ปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ CUP สนับสนุนระบบและ PCU เป็นสำคัญ (๒) เป็นโจทย์ปฐมภูมิเขตเมือง ซึ่ง

ในส่วนของเอกชน/อปท. ได้รับสัญญาและโอนเงินจาก สปสช. โดยตรง และ อปท. มีบทบาทเข้ามีส่วนร่วมให้บริการ เป้าหมายเพื่อให้หน่วยบริการเขตเมืองสามารถให้บริการปฐมภูมิได้ตรงและทำงานอย่างเต็มที่ (๓) ระบบการส่งต่อ เป้าหมายเพื่อให้ระบบปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง ซึ่งแนวทางการศึกษาหลักเป็นการศึกษาในเชิงการเงินซึ่งมีมิติซับซ้อน ซึ่งรวมถึงประเด็นการจ่ายเงิน ระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในซึ่งปัจจุบันมีความแตกต่างกัน รวมถึงระบบการให้ incentive ที่แตกต่าง และประเด็นการไม่รับส่งต่อ (๔) การพัฒนาบทบาทหน่วยบริการประจำระดับ รพช. ซึ่งหากพิจารณาตามบริบทในปัจจุบัน ที่สภาพแวดล้อมเปลี่ยน คมนาคมสะดวก เปลี่ยนไปจากเดิมมาก รพช. ถูกคาดหวัง ให้บริการในโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้รับความเสี่ยงมาก และในขณะที่โรคเรื้อรังมากขึ้น บทบาท รพช. ควรปรับให้ศูนย์ประสานงานกลาง(hub) สนับสนุนการให้บริการได้หรือไม่ (๕) หัวข้อการซื้อบริการ เป้าหมายเพื่อให้เกิดการจัดกรหน่วยบริการในระดับพื้นที่ ซึ่งควรแยกออกเป็นหน่วยจัดการใหม่หรือไม่ หรือสามารถให้ กสธ. บทบาท จัดการดูแลในพื้นที่ เพื่อให้สามารถใช้เงินและบริหารระบบได้ดียิ่งขึ้น โดย สปสช. เป็นผู้จ่าย และสนับสนุนให้ กสธ. มีบทบาทดูแลผู้ให้บริการได้ดีขึ้น และโจทย์สุดท้าย ในวันนี้คือ (๖) ระบบคุณภาพบริการที่มุ่งในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการทำงานวิจัยและพัฒนาระบบในมุมมองของความปลอดภัยของผู้ป่วย ว่าควรทำอะไรมากน้อยเพียงใด

สำหรับมุมมองของความปลอดภัยนี้ Council for research for patient safety ได้เคยมีข้อเสนอแนะให้ประเทศไทยทำวิจัยให้ชัดเจนถึงผลกระทบไม่พึงประสงค์อันเนื่องจากการดูแลรักษาพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากปัจจุบันไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ว่าสามารถป้องกันได้หรือไม่ และได้พัฒนาระบบการวิจัยและเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการป้องกันปัญหาจำนวนหนึ่ง แต่อย่างไรก็ดีประเทศไทยดำเนินงานเรื่องนี้น้อยกว่าที่ควร และ สรพ. ได้พยายามทำกลไกทั้งเชิงป้องกันและจัดการความขัดแย้งอยู่ แต่ในเชิงระบบมีคำถามว่าควรต้องทำอะไร โดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันปัญหาให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีหลักฐานทางทฤษฎีระบุว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้ว กรณีไม่พึงประสงค์ 85% สามารถป้องกันได้ ในประเทศกำลังพัฒนา ลดลงเหลือประมาณ 35% ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามความก้าวหน้าตามบริบทของประเทศ และหากมีการศึกษาที่ชัดเจนก็จะช่วยป้องกันได้ ซึ่งมีขอบเขตการวิจัยค่อนข้างกว้างขวาง

นายแพทย์กิตตินันท์ อนรรฆมณี นำเสนอประเด็นการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ สรพ. ได้ดำเนินการภายใต้การพัฒนาคูณภาพบริการ (เอกสารแนบ) และกล่าวถึงเครื่องมือที่ สรพ. นำมาส่งเสริมเพื่อให้ รพ. สามารถประเมินความปลอดภัยของกระบวนการทำงานในด้านต่างๆ การประเมินความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยให้เป็นการประเมินตาม core value และบริบทขององค์กร เป้าหมายเพื่อการเรียนรู้ภายในองค์กร

ช่องว่างของการจัดการระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทยในปัจจุบันคือ ไม่เคยมีระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ทำให้ไม่มีข้อมูลและการรายงานเพื่อรวบรวม วิเคราะห์ ให้เห็นภาพรวม ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้ การแก้ไขปัญหา และสร้างคำแนะนำเพื่อให้เกิดภาพระดับประเทศ

นายแพทย์วีระศักดิ์ อนุตรอังกูร นำเสนอตัวอย่างการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากกรณีการผ่าตัดอวัยวะ ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่ม Infectious control ร่วมกับ FETP สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จัดการสอบสวนโรคที่เกิดขึ้น และนำผลการสอบสวนโรคดังกล่าวมาปรับปรุงกระบวนการทำงาน ซึ่งเกิดการปรับเปลี่ยนที่ชัดเจนในการกระบวนการผ่าตัด การเก็บวัสดุ การทำความสะอาด

สะอาด ในห้องผ่าตัด หลักฐานการบันทึกข้อมูล ล้างทำลายเชื้อเครื่องมือ แต่ยังไม่เกิดการขับเคลื่อนในการเรียนรู้ พัฒนาระบบการเพื่อปรับปรุงด้านความปลอดภัยและสร้างวัฒนธรรมในเรื่องความปลอดภัยทั้งองค์กร

จากนั้นที่ประชุมได้ร่วมให้ความคิดเห็นต่อประเด็นดังกล่าว โดยสรุปดังนี้

๑. Gap ในระดับประเทศมีอยู่ การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่ถูกนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน เนื่องจากมุมมองของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ยังแตกต่าง แต่ทั้ง 2 ฝ่ายมีความกังวลไม่แตกต่างกัน ในขณะนี้ ผู้ป่วยมีการรวมตัวและเรียกร้องขอเข้ามามีบทบาทในการดูแลเรื่องความปลอดภัย เป็น patient for patient safety แพทย์เองมีความต้องการพัฒนาเรื่องความปลอดภัยสูงมาก แต่ขาดระบบรองรับ ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งควรสร้างระบบเพื่อให้เหตุการณ์เหล่านี้ได้มาเรียนรู้ร่วมกัน

ตัวอย่างในต่างประเทศได้พัฒนาระบบรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นระบบที่ป้องกันแพทย์ให้รายงานข้อมูล เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยไม่มีความผิด มีศูนย์ประสานงาน และนำข้อมูล/ความรู้ที่วิเคราะห์ได้ มาทำ recommendation สำหรับพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องและงานวิชาการต่างๆ ซึ่งประเทศไทยน่าจะสมารถทำได้หากมีความร่วมมือระหว่างราชวิทยาลัยต่างๆ หน่วยวิจัย และหน่วยบริหารจัดการงานวิจัยต่างๆ แต่ต้องมีเจ้าภาพหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว

๒. ความปลอดภัยและคุณภาพบริการไม่ได้แยกออกจากกัน ประเทศที่มีการจัดการเชิงระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มุ่งที่การพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่ง ความปลอดภัยและคุณภาพ ต่างกันในเชิงของความกังวลสาธารณะ (Public concern) และความเร่งด่วน (urgency) และการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตามรอยจุดที่เกิดปัญหาจะนำไปสู่การพัฒนาและแก้ปัญหาในเชิงระบบได้ดีกว่า

ตัวอย่างชัดเจนของการสร้างกระบวนการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่นในเรื่องของธุรกิจการบิน ในกรณีเครื่องบินตก ซึ่งใช้ system approach และนำเสนอต่อสาธารณะอย่างเปิดเผย หรือกรณีการติดตาม

๓. เครื่องมือเรื่องความปลอดภัยส่วนใหญ่ ใช้เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็น trigger tools / root cause analysis, การสอบสวนโรค และบางครั้งอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการหาความผิด ซึ่งอาจจะต้องพัฒนานุเคราะห์ โดยเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลเอง สำหรับการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินในหน่วยงาน รวมทั้งพัฒนา protocol สำหรับการตรวจสอบปัญหาให้เร็วขึ้น นอกจากนี้ การสร้างให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรเป็นเรื่องสำคัญเช่นเดียวกัน ระบบรายงานเหตุการณ์ที่เกือบผิดพลาด (near miss accident) สร้างสภาพแวดล้อมให้มีลักษณะเป็นสังคมเปิด ร่วมกันสร้างวัฒนธรรม no harm, no blame, no shame การรายงานความผิดพลาดไม่ใช่เรื่องน่าอายแต่เป็นการสร้างการเรียนรู้ให้ผู้อื่น ซึ่งจะช่วยสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยได้ และรวมไปถึงกระบวนการสร้าง/ผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข ให้เข้าใจในเรื่องนี้มากขึ้น

๔. สรพ.ในฐานะองค์กรประเมินฯ มีบทบาทสำคัญในการตอกย้ำเรื่องความปลอดภัย และต้องตอกย้ำแนวคิดเชิงบวกว่าการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นเรื่องต้องทำเพื่อการเรียนรู้

๕. ปัจจุบันปฏิเสธไม่ได้ว่ามีสัญญาณซึ่งแสดงความผิดปกติในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (เช่น ปรากฏการณ์ให้ลงนาม consent form ในหลายการรักษาที่ไม่เคยทำมาก่อน สะท้อนความไม่ไว้วางใจทั้งจากแพทย์และผู้ป่วย) และเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้าง ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น สามารถร้องเรียนและอาจได้ประโยชน์ แม้ว่าหลายคนไม่ได้มุ่งเป้าที่การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นหลัก แต่ปัจจุบันมีช่องทางและมีแนวโน้มให้เกิดการฟ้องร้องกันได้มากขึ้น แพทย์เองประกอบวิชาชีพในลักษณะ aggressive มากขึ้น เลี่ยงมากขึ้น ขณะเดียวกันในบางกรณี การสื่อสารในฝั่งการแพทย์ที่ถูกนำด้วยแนวทางการตลาด ที่ over market ก่อให้เกิด

over expectation ในกลุ่มประชาชนด้วยเช่นกัน ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ยิ่งทำให้กระบวนการเรียนรู้และการค้นหาความรู้ลดลงด้วย ควรกลับไปวิเคราะห์ระบบและสร้างความเข้าใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วยการสื่อสารกันมากขึ้น รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ให้สังคมได้รับทราบถึงข้อจำกัดของกระบวนการ เทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนเข้าใจและไม่คาดหวังอย่างเกินจริง เป็นแนวทางการป้องกัน แพทย์ที่ไม่ดีไม่ให้ข้อมูลเกินจริง และป้องกันการฟ้องร้องที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต้องมีเวทีกลางเพื่อการแก้ไข ปัญหา

๖. ราชวิทยาลัยมีบทบาทสำคัญทางวิชาการในการพัฒนากระบวนการทำงานของแต่ละวิชาชีพให้ปลอดภัยมากขึ้น และจัดทำแนวทางการทำงาน (Clinical Practice Guideline) นอกจากนี้บทบาทการสร้างคน องค์การวิชาชีพสามารถมีบทบาทร่วมด้วย

๗. เมืองศิคร/กลไกทำงานร่วมกัน แต่เชื่อมโยงกันน้อยกว่าที่ควร (เช่น สรพ.; กสธ – สป. กพร, กรม สนับสนุน; ราชวิทยาลัยต่างๆ ฯลฯ) โดยมี สรพ. เป็นเจ้าภาพหลักที่ชัดเจน โดยต้องพยายามทำให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการ

โดยสรุปความเห็นของที่ประชุม

(๑) ที่ประชุมมีความเห็นตรงกันว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วย เกี่ยวพันกับปัญหาความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์ – ผู้ป่วย ซึ่งต้องหาวิธีพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

(๒) บุคลากรทางการแพทย์ ยังไม่พร้อมที่จะคุยกันอย่างเปิดเผยในเรื่องนี้ แต่กำลังพัฒนาเครื่องมือที่มี ลักษณะปกป้องตนเอง (defensive) เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจจะทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยยิ่ง ลดลง

(๓) ปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ชัดเจนว่ายังไม่เพียงพอ และอาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่วิธีการแก้ไขปัญหานี้และพัฒนาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย จะต้องพิจารณาให้กว้างขวางกว่าการจัดการเชิงปริมาณบุคลากรให้เพียงพอ และการจัดการเพียงเพื่อหลีกเลี่ยงนำข้อมูลไปเป็นประเด็นฟ้องร้องบุคลากร ทางการแพทย์

(๔) การสนับสนุนให้บุคลากรด้านสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องทำ ควบคู่ไปกับสร้างความตระหนักว่าทุกเทคโนโลยีมีข้อจำกัด (ไม่ over market)

(๕) การสนับสนุนเรื่องให้ humanized health care เป็นความพยายามที่จะทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจผู้ป่วย และเอาใจใส่ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย (care) เสมือนญาติ มุ่งที่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างเอาใจใส่ ซึ่งน่าจะทำให้ ความขัดแย้งต่างๆ ลดลง

ประเด็นงานวิชาการในอนาคตที่น่าจะสร้างและทำงานร่วมกันได้ ประกอบด้วย

๑. ร่วมกับราชวิทยาลัยต่างๆ ทำงานเพื่อพัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มุ่งเป้าเพื่อให้เกิดระบบที่เป็นรูปธรรมในอนาคต แต่ในช่วงต้นอาจจะพัฒนาในเชิงข้อมูล ก่อนจะไปถึงการจัดระบบซึ่งต้อง พิจารณาในหลายระดับสถานพยาบาลทั้งในส่วนของการส่งต่อและระบบสื่อสารและระบบข้อมูลข่าวสาร – ราช วิทยาลัยที่อาจจะชวนมาร่วมงานในเบื้องต้น เช่น

- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ ทำในประเด็นการป้องกันการตายของมารดาและทารก
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ทำในประเด็นการป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัด

- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ทำในประเด็นการป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยา และอาจรวมถึงประเด็นในการให้เคมีบำบัดรักษามะเร็ง
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ ทำในประเด็นการส่งเสริมพัฒนาเด็ก และการดูแลทารกแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนด

๒. งานสื่อสารสาธารณะเพื่อการสร้างความตระหนัก ถึงข้อจำกัดของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ (ร่วมกับหน่วยผลิต) และด้านสังคม-ประชาชน (ร่วมกับสช.)

๓. สรพ. พัฒนางค์ประกอบด้านความปลอดภัย ให้เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลเห็นความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาระบบนี้ขึ้นในโรงพยาบาลในอนาคต (เช่น มีระบบ feed back ติดตามศึกษาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เป็นต้น)

๔. ศึกษาในประเด็น humanized health care

- ศึกษา good practice ในโรงพยาบาลต่างๆ ที่เกิดขึ้น และนำมาสังเคราะห์ในเชิงระบบการจัดการ เพื่อเสริมความสัมพันธ์แพทย์-ผู้ป่วยและลดการฟ้องร้อง
- ศึกษาการพัฒนาทางจิตวิญญาณของบุคลากร และนำมาสร้างเป็นดัชนีเพื่อเป็นตัวชี้วัดสำหรับการพัฒนา humanized health care ในโรงพยาบาล

