

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการการจัดการความรู้การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ”

Health Management and Research for Health System

(ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 54-011)

โดย

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เมษายน ๒๕๕๕

สารบัญ

ที่มา	3
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	3
แนวทางการทำงาน	4
ผลลัพธ์ของการทำงานตามสัญญา	5
บริบทการทำงาน	16
แนวทางการทำงาน	16
1. การสังเคราะห์งานวิชาการเพื่อให้เกิดทางเลือกนโยบาย.....	16
2. การสนับสนุนงานวิชาการ/งานวิจัย.....	18
3. การผลักดันนโยบายจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ.....	18
บทเรียน ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา	20
ภาคผนวกที่ 1 แหล่งความรู้และเครือข่ายที่สอดคล้องกับแนวทางในข้อตกลงปฏิบัติงานวิชาการฯ	23
ภาคผนวกที่ 2 ศึกษาดูงานและเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลนครพิงค์และเครือข่าย	26
ภาคผนวกที่ 3 ตัวอย่างตารางสรุปข้อค้นพบจากการประชุม core team	30
ภาคผนวกที่ 4 การประชุมกลุ่มย่อย(HSS core group)	34
ภาคผนวกที่ 5 ตัวอย่างจดหมายประสานการดูงาน ระบบส่งต่อคนไข้ภาคเหนือ	37
เอกสารอ้างอิง	38

ที่มา

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบริการสุขภาพ 40 ปีที่ผ่านมา ผนวกกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ 30 ปีที่ผ่านมา ในที่สุดคนไทยทั้งหมดก็ได้รับหลักประกันสุขภาพในปีพ.ศ.2545 โดยอาศัยภาษีรายได้เป็นหลัก ในทางปฏิบัติสิ่งนี้หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางกว่าที่เคยเป็นมา ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจนล้มละลายลดลงอย่างเด่นชัด ภาระของครัวเรือนโดยเฉพาะกลุ่มยากจนในเรื่องบริการสุขภาพลดลงจนเข้าใกล้ส่วนของครัวเรือนรายได้สูง ความพอใจต่อคุณภาพบริการของคนส่วนใหญ่¹

กระนั้นก็ตาม ยังมีความท้าทายรออยู่ในทุกระดับ ตั้งแต่ มหภาค องค์กร และจุลภาค สืบเนื่องจากการเปลี่ยน...โครงสร้างอายุของประชากร ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ ความคาดหวังของสังคม การขับเคลื่อนของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆในสาขาบริการสุขภาพ การรวมตลาดแรงงานและทุนภายใต้ความตกลงอนุภูมิภาคอาเซียน² ตัวอย่างในระดับมหภาค ได้แก่ การหาความลงตัวเกี่ยวกับการจำแนกบทบาทซื้อบริการกับให้บริการ การซื้อบริการอย่างยั่งยืนและการกระจายเงินและบุคลากรอย่างเท่าเทียม การลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพหลัก¹ ธรรมชาติของระบบบริการสุขภาพ² ในระดับองค์กร ได้แก่ ธรรมชาติขององค์กร³ การออกแบบโครงสร้างและรูปแบบบริการสุขภาพให้เท่าทันความต้องการของสังคม² และในระดับจุลภาค ที่สำคัญอาจหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับคนไข้²

แม้ว่าการแยกระดับดังกล่าว อาจทำให้เห็นความชัดเจนว่ายังมีโอกาสพัฒนาอะไรในแต่ละระดับ แต่ในความเป็นจริง ระบบบริการสุขภาพแต่ละระดับมีความเชื่อมโยงกัน มากเสียจนการมองข้ามและพยายามแก้ปัญหาเฉพาะระดับอาจนำไปสู่ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์หรือเกินความคาดหมาย(ทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์) ตัวอย่างเช่น วิธีการซื้อบริการแบบ pay-for-performance ในด้านหนึ่งช่วยให้บริการเป้าหมายมีคุณภาพเพิ่มขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่งคุณภาพของบริการที่ไม่ใช่เป้าหมายไม่ได้รับการพัฒนาหรือกระทั่งเสื่อมถอย⁴

ทางเลือกหนึ่งสำหรับการพัฒนา คือ การมุ่งเน้นประเด็นที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคนไข้หรือผู้รับประโยชน์ มากกว่าการพิจารณาโดยจำแนกระดับดังกล่าวข้างต้น ด้วยทางเลือกเช่นนี้ เมื่อพิจารณาเชื่อมโยงกับความสนใจของผู้กำหนดนโยบาย⁵ และช่องว่างองค์ความรู้ที่มีอยู่ อาจหยิบยกประเด็นที่น่าจะมีความสำคัญ ได้ดังนี้

- (1) การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ(continuity of care)
- (2) การพัฒนาบริการปฐมภูมิเขตเมือง
- (3) การพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย บางกลุ่มโรค

นี่คือ ที่มาของสัญญาปฏิบัติงานวิชาการ(สัญญาเลขที่ HSS54001) ระหว่างมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและผู้รายงาน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบายหรือแนวปฏิบัติการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น ประเด็นต่อไปนี้
 - (1) การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ(continuity of care)
 - (2) การพัฒนาบริการปฐมภูมิเขตเมือง
 - (3) การพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย บางกลุ่มโรค
2. ผลงานทางวิชาการซึ่งเกิดจากการทบทวน/สังเคราะห์องค์ความรู้ ในประเด็นที่มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบาย

แนวทางการทำงาน

- การสังเคราะห์งานวิชาการเพื่อให้เกิดทางเลือกนโยบาย

เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวม การทำงานเชิงสังเคราะห์ผ่านกระบวนการกลุ่มและกลไกของโครงการที่เชื่อมโยงการทำงานและนำผลงานวิชาการ/วิจัยที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างๆ เช่น หน่วยงานภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพในงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และรวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ในประเด็นต่างๆ มาจัดการความรู้ให้เกิดข้อสรุปที่เป็นรูปธรรม และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอทางเลือกนโยบาย และนำเสนอต่อผู้รับผิดชอบและตัดสินใจในเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

- การสนับสนุนงานวิชาการ/งานวิจัย

เชื่อมโยงความรู้และพร้อมไปกับการพัฒนาบทบาทและศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพที่มีหลากหลาย และเชื่อมโยงกับกลุ่มต่าง ๆ ที่ทำงานด้านระบบบริการ เพื่อพัฒนารูปแบบและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เป็นฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพ มุ่งทำความเข้าใจและพัฒนาให้เกิดข้อเสนอแนะทางเลือกเพื่อการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังไม่มีผู้ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยที่ชัดเจน ใน 3 ประเด็น ได้แก่

- การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง

เป้าหมายเพื่อการหารูปแบบการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองที่มีคุณภาพ จากผู้ให้บริการหลากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะบริการเชิงรุกในพื้นที่ทั้งการรักษาและการป้องกัน มากกว่าการตั้งรับในสถานพยาบาล

- การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย

เป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อเชื่อมโยงบริการตั้งแต่บริการปฐมภูมิไปจนถึงบริการตติยภูมิและสถานบริการเฉพาะทางเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)

เป้าหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

- การผลักดันนโยบายจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ

สร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบาย เป้าหมายเพื่อพิจารณาข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบาย หรือการปฏิบัติ ที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการต่างๆ ว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหรือไม่ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูล และนำไปใช้ในทางปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทันที หรืออาจมีข้อเสนอแนะแนวทางการผลักดันเรื่องดังกล่าวต่อผู้รับผิดชอบให้ได้รับไปดำเนินการต่อไปในอนาคต

ผลลัพธ์ของการทำงาน

1. ข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบายหรือแนวปฏิบัติการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเด็นต่อไปนี

(1) การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ(continuity of care)

- การสื่อสารนโยบายของส่วนกลาง(กระทรวงสาธารณสุขและกองทุนสุขภาพ)ในลักษณะชี้ทิศทางและเป้าประสงค์ (purpose)แทนการสั่งการอย่างจำเพาะตายตัว จะเอื้อให้เกิดภาวะผู้นำอันจำเป็นต่อการออกแบบพัฒนาเครือข่ายบริการ ดังตัวอย่าง เครือข่ายบริการ....จักษุวิทยาจังหวัดนครราชสีมา ช่องทางด่วนภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสระบุรี จังหวัดปทุมธานี-อยุธยา ระบบchecklistส่งเสริมการเข้ายากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ รพ.ศิริราช⁶
- แทนที่จะกำหนดอย่างจำเพาะตายตัวจากส่วนกลาง การจัดสรรและบริหารงบประมาณอย่างยืดหยุ่นตามความต้องการของคนไข้และศักยภาพของพื้นที่ โดยอาศัยการทดลองในบริบทจริงของพื้นที่ จะเอื้อให้การออกแบบพัฒนาเครือข่ายบริการมุ่งสนองความต้องการของคนไข้และการระดม/จัดสรร/กระจาย/ใช้/พัฒนา ทรัพยากรบุคคล ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ในลักษณะของการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็นเขตย่อย(zoning) โดยแต่ละเขตย่อยประกอบด้วย แม่ข่ายและลูกข่าย ทำงานประสานกันภายใต้แนวปฏิบัติที่ตกลงกันชัดเจน(referral guideline) ดังตัวอย่าง เครือข่ายบริการส่งต่อผู้ป่วยภาคเหนือตอนบน⁷ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการผ่าตัดสมอง บริการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การปฏิเสธการส่งต่อ เป็นต้น
- แทนที่จะกำหนดอย่างจำเพาะตายตัวจากส่วนกลาง การสนับสนุนการออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศโดย เครือข่ายบริการในพื้นที่ เพื่อการตัดสินใจของบุคลากรในเครือข่ายบริการ ซึ่งมุ่งเน้นการบริการคนไข้เป็นสำคัญ ไม่เพียงช่วยให้คนไข้ได้ประโยชน์ ยังเอื้อต่อการเรียนรู้พัฒนาบริการอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคลากรภายใน เครือข่าย ดังตัวอย่างใน(a) และ(b) และระหว่างเครือข่ายต่างพื้นที่ ดังตัวอย่าง เครือข่ายบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด(STEMI)⁸ รวมถึงการพัฒนาต่อยอด ดังตัวอย่าง ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ รพ.ขอนแก่น⁹

(2) การพัฒนาบริการปฐมภูมิเขตเมือง มีข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบายดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อเปรียบเทียบของนโยบายทางเลือกเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

	ทางเลือกที่หนึ่ง: Incremental approach (focus on the underprivileged population)	ทางเลือกที่สอง: Competition approach (focus on medical services & Individual health)	ทางเลือกที่สาม: Integrated approach (focus on catchment areas & population health)
1. การจัดการอุปสงค์ของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (managing the demands for primary care services)			
1.1 ความต้องการและการรับรู้ เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของ ประชาชน (Public perception of primary care services)	- เหมือนสภาพปัจจุบัน (status quo) PCU อาจถูกมองว่าเป็น บริการสุขภาพ ชั้นสอง?	++ ไม่ใช่บริการชั้นสอง ถ้าผู้มี สิทธิจากทั้ง 3 กองทุน สามารถรับบริการได้ จาก PCU เดียวกัน, ประชาชนในเขตเมือง คุ้นเคย กับการเลือกใช้คลินิก และ/ หรือ OPD ของ โรงพยาบาล เป็น first contact อยู่แล้ว, มีโอกาส เห็น PCU รูปแบบ ใหม่ๆซึ่งหากทำได้ดี ครบถ้วน ทั้ง 4 หน้าที่หลักก็จะเกิด เป็นต้นแบบ (role model) ที่กำหนดอุปสงค์ต่อไป	+ ไม่ใช่บริการชั้นสอง ถ้าผู้มีสิทธิ จากทั้ง 3 กองทุน สามารถรับ บริการได้จาก PCU เดียวกัน, แต่ถูกจำกัดสิทธิในการเลือก PCU เนื่องจากข้อจำกัด ของการจัดแบ่งพื้นที่ รับผิดชอบเพื่อให้บริการด้าน สาธารณสุข, มีโอกาสเห็น PCU รูปแบบใหม่ๆซึ่งหาก ทำได้ดีครบถ้วน ทั้ง 4 หน้าที่หลักก็จะเกิด เป็นต้นแบบ (role model) ที่ กำหนดอุปสงค์ต่อไป

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ทางเลือกที่หนึ่ง: Incremental approach (focus on the underprivileged population)	ทางเลือกที่สอง: Competition approach (focus on medical services & Individual health)	ทางเลือกที่สาม: Integrated approach (focus on catchment areas & population health)
1. การจัดการอุปสงค์ของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (managing the demands for primary care services)			
1.2 แรงจูงใจในตลาดแรงงาน ของผู้ให้บริการเวชปฏิบัติปฐม ภูมิ (Incentives for primary care providers in the labor market)	- เหมือนสภาพปัจจุบัน (status quo)	+ บุคลากรทางการแพทย์ใน PCU ทำหน้าที่ให้บริการ ทาง การแพทย์ระดับบุคคล (individual health) สามารถทำเวชปฏิบัติ ปฐมภูมิในรพ. หรือคลินิก ส่วนตัว จัดบริการให้ ครอบคลุมผู้มี สิทธิ์ทั้ง 3 กองทุน โดยไม่ต้องกังวล การให้บริการ ทางสาธารณสุขในชุมชน, และให้กระทรวง สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น หรือองค์กรด้าน สาธารณสุข ระดับเขตที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ให้บริการด้านสาธารณสุข (population health)	+/- บุคลากรทางการแพทย์ใน PCU ทำงานบูรณาการทั้งการ ให้บริการทางการแพทย์ระดับ บุคคล (individual health) และบริการด้านสาธารณสุข (population health), สามารถทำเวชปฏิบัติปฐมภูมิ ในรพ. และ/หรือคลินิก ให้ ครอบคลุมผู้มีสิทธิ์ทั้ง 3 กองทุน, ร่วมวางแผนและให้ บริการสาธารณสุขในชุมชน อาจจัดซื้อเรื่องเงินทุนใน การจัดบริการ P&P สำหรับผู้มี สิทธิ์ SSS & CSMBS ในพื้นที่ รับผิดชอบ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ทางเลือกที่หนึ่ง: Incremental approach (focus on the underprivileged population)	ทางเลือกที่สอง: Competition approach (focus on medical services & Individual health)	ทางเลือกที่สาม: Integrated approach (focus on catchment areas & population health)
2. การจัดการอุปทานของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (managing the supplies for primary care services)			
2.1 การใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ (Utilization of available human resources)	- เหมือนสภาพปัจจุบัน (status quo)	++ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) จัดบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ร่วมกับแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมทั่วไป กุมารเวชกรรมทั่วไป และแพทย์หรือเวชในบางกรณี เพื่อเป็นทีมดูแลคนไข้ ผู้มีสิทธิจากทั้ง 3 กองทุน	+ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) จัดบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ร่วมกับแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมทั่วไป กุมารเวชกรรมทั่วไป และแพทย์หรือเวชในบางกรณี เพื่อเป็นทีมดูแลคนไข้ ผู้มีสิทธิจากทั้ง 3 กองทุน รวมทั้งทำงานด้าน สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area)
2.2 การใช้ทรัพยากรองค์กรที่มีอยู่ (Utilization of available healthcare facilities)	- เหมือนสภาพปัจจุบัน (status quo)	++ เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของคลินิก และ OPD ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง	+ เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของคลินิก และ OPD ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง ที่มีความพร้อมในการทำงาน ทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ
2.3 แรงจูงใจขององค์กรเอกชนในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Incentives for public-private partnership)	- เหมือนสภาพปัจจุบัน (status quo)	+/- อาจปรับนโยบายภาษี ให้ส่งเสริม public-private partnership โดยอาจจัดให้ PCU เป็นองค์กรเพื่อการไม่แสวงหากำไร (designated non-profit organizations)	+/- อาจปรับนโยบายภาษี ให้ส่งเสริม public-private partnership โดยอาจจัดให้ PCU เป็นองค์กรเพื่อการไม่แสวงหากำไร (designated non-profit organizations)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ทางเลือกที่หนึ่ง: Incremental approach (focus on the underprivileged population)	ทางเลือกที่สอง: Competition approach (focus on medical services & Individual health)	ทางเลือกที่สาม: Integrated approach (focus on catchment areas & population health)
2. การจัดการอุปทานของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (managing the supplies for primary care services)			
2.4 การลดความเสี่ยงทาง การเงิน ของหน่วยบริการ สุขภาพ ปฐมภูมิ (PCU) ● การประหยัดจากขนาด (economy of scale) ● การจ่ายเงินที่คำนึงถึง ความไม่เท่า เทียมทางภูมิศาสตร์ โครงสร้างประชากร และความเสี่ยงโรค (risk-adjusted payment methods) ● การจ่ายเงินเพื่อ ส่งเสริม P&P (FFS on top of capitation) ● งบลงทุน (investment capitals)	+/- PCU ต้องการ risk- adjusted payment methods และ/หรือ FFS ontop of capitation) (ขึ้นอยู่กับนโยบาย UC)	+/- PCU ต้องการ risk- adjusted payment methods และ/หรือ FFS ontop of capitation (ขึ้นอยู่กับนโยบาย ของ UC, SSS & CSMBS),และอาจ ต้องการการรวมตัว ของคลินิกขนาดเล็กเป็น กลุ่มคลินิกเพื่อเพิ่มการ ประหยัดจากขนาด, ไม่ ต้องรับผิดชอบงบลงทุน ด้านสาธารณสุข	+/- PCU ต้องการ risk-adjusted payment methods และ/ หรือ FFS ontop of capitation (ขึ้นอยู่กับ นโยบายของ UC, SSS & CSMBS), และอาจต้องการ การรวมตัวกับโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆที่ใหญ่ กว่าเพื่อลดงบลงทุนในการ จัดหาทรัพยากร โดยเฉพาะ การทำงานด้านสาธารณสุข ในพื้นที่รับผิดชอบ
2.5 การจัดหน่วยบริการเพื่อเป็น “first contact” ในการเข้าถึง ระบบบริการสุขภาพ (access to care) ของประชาชน	- จำกัดอยู่ที่สิทธิ์ UC และ จำกัดการให้บริการอยู่ใน เวลาทำงานปกติ	++ ไม่จำกัดสิทธิ์ และ สามารถใช้ คลินิก รพ. (รวมทั้งห้อง ฉุกเฉินของรพ. ในบาง กรณี) เพื่อให้บริการนอก เวลาทำการปกติของ PCU	++ ไม่จำกัดสิทธิ์ และสามารถใช้ คลินิก รพ. (รวมทั้งห้อง ฉุกเฉินของรพ. ในบางกรณี) เพื่อให้บริการนอกเวลาทำ การปกติของ PCU

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ทางเลือกที่หนึ่ง: Incremental approach (focus on the underprivileged population)	ทางเลือกที่สอง: Competition approach (focus on medical services & Individual health)	ทางเลือกที่สาม: Integrated approach (focus on catchment areas & population health)
2. การจัดการอุปทานของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (managing the supplies for primary care services)			
2.6 การจัดหน่วยบริการเพื่อ เป็น comprehensive care (individual health level)	+/- ขึ้นอยู่กับทักษะทาง การแพทย์ของบุคลากร และ infrastructure ใน PCU, ความเป็นไปได้ที่ส่ง ต่อคนไข้ออกนอก PCU จำนวนมาก, ควรมีนโยบาย ระดับชาติ เพื่อวางแผน และ ประเมินผลว่าบริการ ทางการแพทย์ใดควรมี การจัดบริการในระดับ PCU และบริการใดควรมี การส่งต่อผู้ป่วย	+ ขึ้นอยู่กับทักษะทาง การแพทย์ของบุคลากร และ infrastructure ใน PCU, แต่มีความเป็นไปได้ ที่ส่งต่อคนไข้ออกนอก PCU น้อยลงถ้าจัดบริการ โดยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว หรือแพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไปร่วมกับแพทย์ เฉพาะทางด้าน อายุรกรรมทั่วไป กุมารเวช กรรมทั่วไป และแพทย์นรี เวชในบางกรณี เพื่อเป็น ทีมดูแลคนไข้ร่วมกัน, ควรมีนโยบายระดับชาติ เพื่อวางแผนและประเมิน ผลว่าโครงการสร้างเสริม สุขภาพลักษณะใดที่ควร ดำเนินการในระดับ PCU และโครงการสร้างเสริม สุขภาพลักษณะใดที่ควร ดำเนินการในระดับชาติ	+ ขึ้นอยู่กับทักษะทาง การแพทย์ของบุคลากร และ infrastructure ใน PCU, แต่มีความเป็นไปได้ ที่ส่งต่อคนไข้ออกนอก PCU น้อยลงถ้าจัดบริการ โดยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว หรือแพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไปร่วมกับแพทย์ เฉพาะทางด้านอายุรกรรม ทั่วไป กุมารเวชกรรม ทั่วไป และแพทย์นรีเวชใน บางกรณี เพื่อเป็นทีมดูแล คนไข้ร่วมกัน, ควรมี นโยบายระดับชาติ เพื่อ วางแผนและประเมิน ผลว่าโครงการสร้างเสริม สุขภาพลักษณะใดที่ควร ดำเนินการในระดับ PCU และโครงการสร้างเสริม สุขภาพลักษณะใดที่ควร ดำเนินการในระดับชาติ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ทางเลือกที่หนึ่ง: Incremental approach (focus on the underprivileged population)	ทางเลือกที่สอง: Competition approach (focus on medical services & Individual health)	ทางเลือกที่สาม: Integrated approach (focus on catchment areas & population health)
2. การจัดการอุปทานของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (managing the supplies for primary care services)			
2.7 การจัดหน่วยบริการเพื่อเป็น comprehensive care (population health level)	+/- ขึ้นอยู่กับทักษะทางสาธารณสุขของบุคลากรและ infrastructure ใน PCU, ความมีนโยบายระดับชาติ เพื่อวางแผนและ ประเมินผลว่าโครงการ สร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะใดที่ควรดำเนินการในระดับ PCU และโครงการ ลักษณะใดที่ควรดำเนินการในระดับชาติ	+ ขึ้นอยู่กับทักษะทางสาธารณสุขของบุคลากรและ infrastructure ของกระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรด้านสาธารณสุขระดับเขตที่จัดตั้งขึ้นใหม่ให้บริการด้านสาธารณสุข, ความมีนโยบายระดับชาติ เพื่อวางแผนและ ประเมินผลว่าโครงการ สร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะใดที่ควรดำเนินการในระดับ PCU และโครงการ ลักษณะใดที่ควรดำเนินการในระดับชาติ	+/- ขึ้นอยู่กับทักษะทางสาธารณสุขของบุคลากรและ infrastructure ใน PCU, ความมีนโยบายระดับชาติ เพื่อวางแผนและประเมินผลว่าโครงการ สร้างเสริมสุขภาพลักษณะใดที่ควรดำเนินการในระดับ PCU และโครงการ สร้างเสริมสุขภาพลักษณะใดที่ควรดำเนินการในระดับชาติ
2.8 การจัดบริการเชื่อมต่อ (coordination & referral system)	+/- การส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงกว่า จำกัดตามสิทธิ์ UC, และต้องการการจัดการเรื่องการส่งต่อคนไข้กลับ PCU	+/- การส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงกว่าจำกัดตามสิทธิ์ UC หรือ SSS, และต้องการการจัดการเรื่องการส่งต่อคนไข้กลับ PCU	+/- การส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงกว่าจำกัดตามสิทธิ์ UC หรือ SSS, และต้องการการจัดการเรื่องการส่งต่อคนไข้กลับ PCU

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ทางเลือกที่หนึ่ง: Incremental approach (focus on the underprivileged population)	ทางเลือกที่สอง: Competition approach (focus on medical services & Individual health)	ทางเลือกที่สาม: Integrated approach (focus on catchment areas & population health)
2. การจัดการอุปทานของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (managing the supplies for primary care services)			
2.9 การจัดหน่วยบริการ เพื่อรักษาคนมากกว่ารักษาโรค (Patient-centered /Continuous care)	+/- ขึ้นอยู่กับ payment methods (มีแนวโน้มเป็น patient-centered care ถ้าจ่ายเป็น capitation และ FFS on top for P&P, มีแนวโน้มเป็น disease-oriented care ถ้าใช้เพียง DRG หรือ FFS)	+/- ขึ้นอยู่กับ payment methods (มีแนวโน้มเป็น patient-centered care ถ้าจ่ายเป็น capitation และ FFS on top for P&P, มีแนวโน้มเป็น disease-oriented care ถ้าใช้เพียง DRG หรือ FFS)	+/- ขึ้นอยู่กับ payment methods (มีแนวโน้มเป็น patient-centered care ถ้าจ่ายเป็น capitation และ FFS on top for P&P, มีแนวโน้มเป็น disease-oriented care ถ้าใช้เพียง DRG หรือ FFS)
3. กลไกการสนับสนุนระดับประเทศ (Supporting mechanisms)			
3.1 ระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยง กันได้จากทุกหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) และระบบบริการสุขภาพระดับอื่นๆ ทั้งข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลทางการจัดการ (Interoperability of EHR & MIS)	- ข้อมูลทั้งทางการแพทย์ มีการแยกส่วนตาม 3 กองทุน,ข้อมูลทางสาธารณสุขอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข และ อาจไม่ครบถ้วนเนื่องจาก ไม่ได้ดูแลกลุ่มประชากร SSS & CSMBs, อาจมีความยากลำบากในการสร้างระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลจาก PCU และ ระบบบริการสุขภาพระดับอื่นๆ ที่สังกัดต่างหน่วยงานกัน	+ ข้อมูลทางการแพทย์ที่ PCU ไม่แยกส่วนตาม 3 กองทุน,ข้อมูลทางสาธารณสุขอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรด้านสาธารณสุขระดับเขตที่จัดตั้งขึ้นใหม่ให้บริการด้าน สาธารณสุข (population health), ต้องการระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลจาก PCU และ ระบบบริการสุขภาพระดับอื่นๆ ที่สังกัดต่างหน่วยงานกัน	+ ข้อมูลทั้งทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ที่ PCU และ ไม่แยกส่วนตาม 3 กองทุน, ต้องการระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลจาก PCU และ ระบบบริการสุขภาพระดับอื่นๆ ที่สังกัดต่างหน่วยงานกัน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ทางเลือกที่หนึ่ง: Incremental approach (focus on the underprivileged population)	ทางเลือกที่สอง: Competition approach (focus on medical services & Individual health)	ทางเลือกที่สาม: Integrated approach (focus on catchment areas & population health)
3. กลไกการสนับสนุนระดับประเทศ (Supporting mechanisms)			
3.2 การสร้างเสริมสุขภาพใน ระดับ ชุมชน (Health prevention & promotion at community level)	- (ทำได้ยากหากไม่มี เจ้าภาพ ในพื้นที่ซึ่งดูแลผู้รับสิทธิ ประโยชน์จากทั้ง 3 กองทุน)	+ (อาจทำได้โดยใช้องค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่น และ/หรือ หน่วยงานของ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพในพื้นที่)	++ (อาจทำได้โดยให้ PCU เป็น เจ้าภาพในพื้นที่ และ ทำงาน ร่วมกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และ/หรือ หน่วยงานของ กระทรวงสาธารณสุข เป็น เจ้าภาพในพื้นที่)
3.4 การสร้างเสริมสุขภาพใน ระดับประเทศ (Health prevention & promotion at national level)	+ (ทำได้โดยใช้ กระทรวง สาธารณสุข และองค์กร อื่นๆเช่น สสส. เป็นเจ้าภาพเพื่อจัดการ social determinants of health ซึ่งอยู่นอกเหนือการ ควบคุม ของ PCU ในพื้นที่)	+ (ทำได้โดยใช้ กระทรวง สาธารณสุขและองค์กร อื่นๆเช่น สสส. เป็น เจ้าภาพเพื่อจัดการ social determinants of health ซึ่งอยู่ นอกเหนือ การ ควบคุม ของ PCU ในพื้นที่)	+ (ทำได้โดยใช้ กระทรวง สาธารณสุขและองค์กรอื่นๆ เช่น สสส. เป็นเจ้าภาพเพื่อ จัดการ social determinants of health ซึ่งอยู่นอกเหนือ การควบคุมของ PCU ใน พื้นที่)
4. ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติตามนโยบาย (Feasibility)			
4.1 ความต้องการการปฏิรูป ระบบประกันสุขภาพของ ประเทศไทย (demands for health insurance/financing reform)	++ (ไม่ต้องการ major reform)	+ (ต้องการ minor reform โดยต้องมีการจัดการ ร่วม ของ 3 กองทุน เพื่อ ทำงานกับ PCU ได้ ครอบคลุมทุกกลุ่ม ประชากร แต่ยังคง บทบาทของ กระทรวง สาธารณสุขในฐานะ ผู้ให้บริการด้าน สาธารณสุขของ ผู้รับสิทธิประโยชน์จาก ทั้ง 3 กองทุน)	- (ต้องการ major reform) โดยต้องมีการจัดการร่วมของ 3 กองทุนเพื่อทำงานกับ PCU ได้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ประชากร (อาจสับสนเสียถูก มองเป็น “One size fits all.”)

(3) การพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย บางกลุ่มโรค (อ้างอิงจาก รัตมี ดันศิริสิทธิกุล นิลรัตน์ วรรณศิลป์ เกษร เทพแปง และคณะ รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) 10 กุมภาพันธ์ 2555)

- มีมาตรการบังคับให้หน่วยบริการการรายงานความผิดพลาดและมาตรการที่เรียนรู้เพื่อแก้ไขข้อผิดพลาดด้วย
ร่วมกับการผลักดันนโยบายระดับประเทศให้รายงานด้วยความสมัครใจในขั้นต้น และผลักดันในขั้นต่อไปให้มี
กฎหมายบังคับการรายงานโดยในกฎหมายต้องปกป้องผู้รายงานและข้อมูลให้เป็นความลับ
- ควรมอบหมาย บุคคล องค์กรหรือหน่วยงานที่มีอยู่หรือจัดตั้งหน่วยงานใหม่หรือตำแหน่งงานใหม่เพื่อจัดการ
ภาพรวมเรื่องความปลอดภัยในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน (2) ในระดับประเทศจัดตั้งหน่วยงาน
ใหม่ (อาจเรียกว่า ศูนย์ความปลอดภัยของผู้ป่วย) และหรือขยายภารกิจของสรพ.(3) ให้มีจุดเน้นหนักชัดเจนใน
เรื่องนี้
- สภาวิชาชีพต่าง ๆ ควรเพิ่มความเคร่งครัดด้านมาตรฐานวิชาชีพโดยเน้นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมาก
ยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น
- มีนโยบายการสอบหรือต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ โดย
อาศัยการประเมินด้านความสามารถและความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริการต่าง ๆ ด้วย
- ร่วมกับหน่วยบริการในการค้นหาและดำเนินมาตรการแก้ไขความเสี่ยงรวมถึงบุคลากรที่มีความเสี่ยง อาทิ การ
สร้างแบบฟอร์มมาตรฐานระดับชาติ เช่น มาตรฐานผู้ป่วยในลักษณะคล้ายกับ Standardized National Inpatient
Medication Chart (NIMC) ของประเทศออสเตรเลีย
- คณะกรรมการอาหารและยา ควรดำเนินการตรวจสอบยาและผลิตภัณฑ์ทั้งระยะก่อนการวางขาย หรือการรับรอง
และประเมินผลของยาต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงร่วมกับสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ พัฒนาแนวทางและการประเมิน
ติดตามความปลอดภัยในการใช้ยาที่สำคัญ เช่น
- พัฒนาและกำหนดมาตรฐานในการออกแบบบรรจุภัณฑ์และฉลากที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการจัดยาและจ่าย
ยาอันนำไปสู่ความปลอดภัยในการใช้ยา
- ใช้กลไกการขึ้นทะเบียนยาขอความร่วมมือผู้ผลิตและจำหน่ายยา ระบุยาและส่วนผสมยาที่อาจเกิดความผิดพลาด
ได้ง่าย อาทิ ยาที่มีลักษณะชื่อ Look Alike Sound Alike
- ควรกำหนดให้ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์เป็นความรับผิดชอบของสถาบันหรือองค์กรที่บุคลากรนั้น
สังกัด (Enterprise Liability) มิใช่เป็นความรับผิดชอบของตัวบุคคล (Individual Liability) ดังเช่นที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.
ว่าด้วยการกระทำละเมิดของพนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐ เนื่องจากสถาบันหรือองค์กรจะมีศักยภาพที่จะเยียวยา
ความเสียหายแก่ผู้ป่วยได้ดีกว่าตัวบุคคลเพียงลำพัง
- ควรมีกฎการชดเชยค่าสินไหมทดแทนที่ไม่คำนึงถึงความผิด (No – Fault Compensation) โดยกำหนดเป็น
ประเภทของความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับที่พึงจะได้รับค่าสินไหมทดแทนจากการนั้นโดยไม่ต้องคำนึงว่า ความ
เสียหายดังกล่าวเกิดขึ้นจากความผิดของผู้กระทำหรือไม่ โดยการเยียวยาค่าสินไหมทดแทนต้องยืดหยุ่นรวดเร็ว

(Quickly) และคาดหมายได้ (Predictably) และขยายให้ได้นอกเหนือจากที่กลไกของกฎหมายโดยทั่วไปจะ
ขยายได้ (Wider Range of Benefits)

2. ผลงานทางวิชาการซึ่งเกิดจากการทบทวน/สังเคราะห์องค์ความรู้ ในประเด็นที่มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบาย ประกอบด้วย เอกสารตามหัวข้อต่อไปนี้

(1) ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์ และธีระ วรรณรัตน์ รายงานวิจัย การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย มูลนิธิ
สาธารณสุขแห่งชาติ 28 มกราคม 2555

(2) รัศมี ตันศิริสิทธิกุล นิลรัตน์ วรรณศิลป์ เกษร เทพแปง และคณะ รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนา
ระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) 10 กุมภาพันธ์ 2555

(3) บวรศม ลีระพันธ์ รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการปฏิบัติงานวิชาการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง ระบบบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิในเขตเมือง Primary Care Services in Urban Settings: Lessons from International Experiences

(สัญญาเลขที่ HSS54005) ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีนาคม 2555

(4) สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย วิศรี วายุรกุล จรรยา ภัทรอาชาชัย รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ
ปฏิบัติงานวิชาการการวิจัยเอกสารวิชาการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง Urban Medical Care:
International and Thai Experiences (สัญญาเลขที่ HSS54002) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มกราคม 2555

(5) ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ธรณี กายี นเรนทร์ โชติรสนิรมิต และคณะ สังเคราะห์บทเรียนการพัฒนาระบบส่งต่อ
คนไข้ภาคเหนือตอนบน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 28 พฤศจิกายน 2554 (รอตีพิมพ์)

(6) ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล รุ่งทิวา หมื่นปา นววรรณ เจียรพิรพงศ์ และคณะ พลังของ CNN ในความปลอดภัยคนไข้
ด้านยา ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข (รอตีพิมพ์)

สรุปบทเรียนการทำงาน ผู้จัดการโครงการ บริบทการทำงาน

โครงการอายุ 9 เดือนนี้ เกิดขึ้นท่ามกลางความขาดแคลนนักวิชาการสาขาวิจัยระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสังเคราะห์ความรู้เพื่อเสนอแนะนโยบาย ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบต่างๆในระบบบริการสุขภาพเป็นไปอย่างรวดเร็วในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แต่การเข้าถึงแหล่งข้อมูลทุติยภูมินับเป็นอุปสรรคสำคัญไม่เปลี่ยนแปลง

ในอีกด้านหนึ่ง กลไกส่งเสริมการวิจัยระบบบริการสุขภาพ อันได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และเครือข่าย(รวมมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติด้วย) ช่วยให้การเข้าถึงผู้รู้และผู้กำหนดนโยบายเป็นไปได้โดยสะดวกกว่าการเข้าถึงข้อมูลทุติยภูมิอย่างมาก ทำนองเดียวกัน การเข้าถึงรายงานวิจัยระบบสุขภาพผ่านกลไกดังกล่าว ก็สะดวกกว่าในอดีตเมื่อ 10 ปีก่อน แม้จะยังจำกัดกว่าการเข้าถึงรายงานวิจัยในสากลอยู่มากก็ตาม นอกจากส่งเสริมการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ยังเป็นช่องทางเข้าถึงผู้กำหนดนโยบายโดยตรง ทำให้มีความจำเป็นน้อยลงที่จะสื่อสารนโยบายผ่านสื่อมวลชน ประการสุดท้าย เชื่อว่ามีนวัตกรรมบริการเกิดขึ้นกระจายทั่วประเทศ โดยที่ อาจกล่าวโดยเฉพาะได้ว่า โครงการ R2R สวรส. เป็นช่องทางล่าสุดที่ช่วยให้เข้าถึงนวัตกรรมเหล่านี้ได้กว้างขวางเพราะมีการพัฒนาและรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้นกว่าในอดีต เพิ่มเติมจากเครือข่ายสถานพยาบาลภายใต้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.)ที่ดำรงอยู่มานานเกือบ 20 ปี

แนวทางการทำงาน

1. การสังเคราะห์งานวิชาการเพื่อให้เกิดทางเลือกนโยบาย

ในข้อตกลงปฏิบัติงานวิชาการ ให้แนวทางไว้ ดังนี้เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวม การทำงานเชิงสังเคราะห์ผ่านกระบวนการกลุ่มและกลไกของโครงการที่เชื่อมโยงการทำงานและนำผลงานวิชาการ/วิจัยที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างๆ เช่น หน่วยงานภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพในงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และรวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ในประเด็นต่างๆ มาจัดการความรู้ให้เกิดข้อสรุปที่เป็นรูปธรรม และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอทางเลือกนโยบาย และนำเสนอต่อผู้รับผิดชอบและตัดสินใจในเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

ในทางปฏิบัติ ดำเนินการดังนี้

- ตั้งต้นจาก เครือข่ายสถาบันของสวรส. เนื่องจากเชื่อว่า เป็นแหล่งรวมความรู้เชิงสาระและเครือข่ายที่ใหญ่ที่สุดของประเทศในด้านการวิจัยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผสมกับ เครือข่ายที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติมีอยู่เดิม และความรู้เดิมของผู้จัดการโครงการ(อันมีที่มาจากการทำงานร่วมกับสวป.หนึ่งในสถาบันเครือข่ายของสวรส.) จากจุดตั้งต้นนี้ ทำให้สามารถระบุ แหล่งความรู้และเครือข่ายที่สอดคล้องกับแนวทางในข้อตกลง ได้ตั้งตารางในภาคผนวก ที่ 1 จึงสามารถจัดประชุมสรุปบทเรียนหรือปรึกษาหารือผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องโดยลำดับ
- ต่อ ยอด ด้วยการลงพื้นที่ดูงาน หรือจัดประชุมสรุปบทเรียนโดยขอความรู้เกี่ยวกับผลงานของเครือข่ายจากวิทยากรชุดแรก จึงค้นพบเครือข่ายมากขึ้น พร้อมทั้งความรู้ใหม่ ที่นำไปสู่การสังเคราะห์ร่วมกับผู้รู้ในพื้นที่ อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบาย และการกลั่นกรองความน่าเชื่อถือขององค์ความรู้ด้วยการส่ง

ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภายใต้กลไกอิสระของวารสารฯ หรือ กลไกผู้ทรงคุณวุฒิ
ดังรายละเอียดในภาคผนวกที่ 2

- การจัดประชุมมี 4 ลักษณะสำคัญได้แก่

- การประชุมกลุ่มแกน(core team meetings) ประมาณเดือนละครั้ง ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้บริหารหน่วยงานส่วนกลาง/ภูมิภาค และนักวิชาการ เพื่อ 1) ตามให้ทันองค์ความรู้ทางวิชาการ
และนโยบายและมองหาช่องว่างองค์ความรู้เพื่อต่อยอดตามกรอบข้อตกลงปฏิบัติงานทางวิชาการ
2) ทำความชัดเจนในประเด็นที่องค์ความรู้มากพอเพื่อให้เกิดข้อเสนอแนะนโยบาย ที่องค์ประชุม
นำไปใช้ได้โดยตรงหรือโดยอ้อม แนวทางการจัดประชุมประกอบด้วย การนำเสนอประมวลองค์
ความรู้เท่าที่ผู้จัดการและนักวิชาการโครงการนี้สามารถเข้าถึง แล้วตามด้วยการเสริมความรู้และ
ความเห็นเพิ่มเติมจากองค์ประชุม การหาข้อสรุปเท่าที่จะเป็นไปได้ แล้วบันทึกลงรายการงานการ
ประชุมซึ่งมักแล้วเสร็จภายใน 5 วัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเห็นเพิ่มเติมกลับมา ใช้อ้างอิงใน
ภายหลัง ตลอดจนเป็น input ให้นักวิจัยหน้าใหม่ 3 ท่านที่รับภาระทบทวนองค์ความรู้ 3 ประเด็น
ตามข้อตกลงปฏิบัติงานวิชาการฯ (โปรดดูตัวอย่าง ตารางสรุป ข้อค้นพบจากการประชุม ภาคผนวก
ที่ 3)
- การประชุมกลุ่มย่อย(HSS core group) ประกอบด้วย นักวิชาการผู้ทบทวนองค์ความรู้ 3 ท่าน
ผู้จัดการโครงการฯ และผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน มุ่งหมายเพื่อติดตามความก้าวหน้าการทำงานของ
นักวิชาการ พร้อมเป็นคู่คิดให้ การประชุมช่วยให้สามารถแบ่งงานเป็น 3 ทีม โดยมีกรอบการ
ทำงานที่ตกลงร่วมกันกับนักวิชาการ ภาคผนวกที่ 4 แสดงตัวอย่าง ข้อคิดจากที่ประชุม
เช่นเดียวกับการประชุมประเภทแรกขั้นตอนเป็นไปในลักษณะเดียวกันเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีประโยชน์
สูงสุดบนฐานวิชาการ
- การประชุมเฉพาะประเด็น ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารหน่วยงานส่วนกลาง/ภูมิภาค และ
นักวิชาการ เพื่อ 1) เจาะลึกประเด็นที่ได้จากการประชุมกลุ่มแกน หรือ 2) ประเมินกรณีศึกษาใน
เบื้องต้นเพื่อติดตามเจาะลึกต่อไป หรือ 3) สืบค้นกรณีศึกษาให้กว้างขวางยิ่งขึ้นจากเดิม (ดูตัวอย่าง
ใน ภาคผนวกที่ 1) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผลการเรียนรู้ในลักษณะนี้นำไปสู่รายงานวิชาการในสองลักษณะ
ได้แก่ รายงานทบทวนองค์ความรู้ 3 ประเด็นตามข้อตกลงปฏิบัติงานฯ รายงานตีพิมพ์ในวารสาร
วิจัยสวรส. เช่นเดียวกับการประชุมประเภทแรกขั้นตอนเป็นไปในลักษณะเดียวกันเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีประโยชน์
สูงสุดบนฐานวิชาการ
- การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการตามแนวปฏิบัติ
ในการติดตามกำกับโครงการของสวรส. ตลอดระยะเวลา 9 เดือน สามารถจัดประชุมได้เพียง 2
ครั้ง เนื่องจากกว่าจะสรรหาประธานคณะกรรมการฯ ก็ใช้เวลาถึง 2 เดือน และประธานก็มีเวลาจำกัด
ถึงขั้นที่ จำเป็นต้องจัดประชุมครั้งแรกโดยไม่มีประธาน เพราะเห็นว่าเป็นการเนิ่นนานเกินกว่าที่
คณะกรรมการกำกับทิศทางจะทำงานได้ตามที่คาดหวังเนื่องจากโครงการได้เริ่มแล้ว 4 เดือนยังจัด
ประชุมไม่ได้สักครั้งเพราะข้อจำกัดนี้ อย่างไรก็ตามการประชุมครั้งแรก ได้ช่วยให้ทิศทางการ
ทำงานโดยมีจุดเน้นหนักเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยชัดเจน และมีความหมายเชิงสัญลักษณ์ต่อทีม

วิชาการในระดับหนึ่ง เช่นเดียวกับการประชุมประเภทแรกขั้นตอนเป็นไปในลักษณะเดียวกัน เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีประโยชน์สูงสุดบนฐานวิชาการ

2. การสนับสนุนงานวิชาการ/งานวิจัย

ตามข้อตกลงปฏิบัติงานวิชาการฯ คาดว่าจะดำเนินการโดย....เชื่อมโยงความรู้และพร้อมไปกับการพัฒนาบทบาทและศักยภาพของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพที่มีหลากหลายและเชื่อมโยงกับกลุ่มต่าง ๆ ที่ทำงานด้านระบบบริการ เพื่อพัฒนารูปแบบและ โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เป็นฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพ มุ่งทำความเข้าใจและพัฒนาให้ เกิดข้อเสนอแนะทางเลือกเพื่อการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังไม่มีผู้ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยที่ชัดเจน ใน 3 ประเด็น ดังกล่าว

ในทางปฏิบัติ การดำเนินการคาบเกี่ยวกับที่อธิบายไว้ข้างต้น ในหัวข้อ การสังเคราะห์งานวิชาการเพื่อให้เกิดทางเลือกนโยบาย ที่ จะกล่าวเสริมในที่นี้ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักวิชาการผู้ทบทวนองค์ความรู้ กับ ผู้จัดการโครงการ และแหล่งความรู้ในพื้นที่

- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักวิชาการผู้ทบทวนองค์ความรู้ กับ ผู้จัดการโครงการ ด้วยเวลาอันจำกัดเพียง 9 เดือน และเป็นหน้าใหม่ในวงการของนักวิชาการทั้ง 3 ท่าน ผู้จัดการโครงการได้สนับสนุนการทำงานของพวกเขามาโดย ผ่าน 4 ช่องทาง ได้แก่
- การจัดประชุมดังกล่าวไปแล้ว
- การขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ ทบทวนรายงานความก้าวหน้า และร่างรายงานฉบับสมบูรณ์
- การให้ความเห็นส่วนตัวของผู้จัดการโครงการแก่นักวิชาการ
- การแลกเปลี่ยนเอกสารทางวิชาการ

โปรดสังเกตว่า สองประการหลัง เปรียบได้ใกล้เคียงกับบทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั่นคือ ผู้จัดการโครงการ จำเป็นต้องค้นคว้าและเรียนรู้คู่ขนานไปกับนักวิชาการ แทนที่จะทำหน้าที่ประสานงาน เท่านั้น การนำเสนอประเด็นในที่ประชุมกลุ่มแกน เป็นรูปธรรมของผลผลิตในบทบาทของสองประการหลังนี้

3. การผลักดันนโยบายจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ

ตามข้อตกลงปฏิบัติงานวิชาการฯ จะสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดนโยบาย เป้าหมายเพื่อพิจารณา ข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติ ที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการต่างๆ ว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หรือไม่ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงข้อมูล และนำไปใช้ในทางปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทันที หรืออาจมีข้อเสนอแนะ แนวทางการผลักดันเรื่องดังกล่าวต่อผู้รับผิดชอบให้ได้รับไปดำเนินการต่อไปในอนาคต

ในทางปฏิบัติ โครงการอาศัยการจัดประชุม 4 ลักษณะดังกล่าวข้างต้น ไม่ได้ดำเนินการประเมินอย่างเป็นกิจลักษณะว่า ผู้กำหนด นโยบายหรือผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ นำข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องไปใช้ประโยชน์หรือไม่ อย่างไร แต่จำนวนผู้ เข้าประชุมดังตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่สนใจติดตามเรื่องราว บ่งชี้ความเป็นไปได้ที่อาจมีการนำผลงานไปใช้ ประโยชน์ โปรดสังเกตว่า จำนวนผู้เข้าร่วมที่มาจากหน่วยงานสังกัดส่วนกลางมีจำนวนมากที่สุดเนื่องจาก เลือกสถานที่จัด ประชุมในทอม.เป็นหลักเพื่อความสะดวกแก่ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง และความประหยัดงบประมาณ หลักฐานเชิงประจักษ์ขึ้น เดียวเท่าที่มี อันแสดงว่าผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางสนใจตามผลงานของโครงการ ดังปรากฏในรูปที่ 5

ตารางที่ 2 จำนวนผู้เข้าประชุมจำแนกตามสังกัดและลักษณะการจัดประชุมตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

สังกัด	คณะทำงาน			COC		PS		UH	
	Board	Core team	Core group	ประชุม	ผู้ทรงฯ	ประชุม	ผู้ทรงฯ	ประชุม	ผู้ทรงฯ
ส่วนกลาง									
1. กระทรวงสาธารณสุข									
1.1 ผู้ตรวจ	-	5	-	3	1	4	-	4	-
1.2 โรงเรียนแพทย์	13	23	12	17	1	22	9	17	2
1.3 หน่วยงานอื่นที่สังกัดกระทรวงฯ	6	23	3	3	2	15	-	19	-
2. สปสช.	1	13	-	4	-	3	-	6	-
3. หน่วยงานอื่นๆ	6	6	-	-	-	5	-	1	-
TOTAL	26	70	15	27	4	49	9	47	2
ส่วนภูมิภาค									
1. สปสช.เขต	-	2	-	-	1	-	-	-	1
2. โรงเรียนแพทย์	-	-	-	-	4	-	-	-	3
3. สสจ.	-	-	-	6	-	-	-	-	-
4. สสอ.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	0	2	0	6	5	0	0	0	4
ส่วนท้องถิ่น									
1. เทศบาล	-	-	-	-	-	-	-	1	-
2. กทม.	-	1	-	-	-	2	-	2	-
TOTAL	0	1	0	0	0	2	0	3	0
สถานพยาบาล									
1. ภาควิชาและกวม.	-	-	2	17	-	18	-	4	-
2. ภาควิชาวันออก	-	-	-	-	-	-	2	-	-
3. ภาควิชาสน	-	2	-	5	-	-	-	5	1
4. ภาควิชาเหินือ	-	-	-	54	-	2	-	-	-
5. ภาควิชาได้	-	-	-	-	-	3	-	2	-
TOTAL	0	2	2	76	0	23	2	11	1

รูป 1 จดหมายจากผู้ประสานงานของรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนพ.ชูชัย ศุภวงศ์ 8 มีนาคม 2555

surut chatchaiyalerk Si Mar 8 (7 days ago) ☆
to me, นพ.ชูชัย, นพ.นิทัศน์
เรียน นพ.ไพฑูริย์
นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และนพ.นิทัศน์ ร่ายยาว (รองปลัด) ได้ทราบว่ นพ.ไพฑูริย์
ได้ริเริ่มระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ซึ่งคาดว่าจะเขียนงานวิจัยเสร็จภายใน
เดือนนี้ และเพื่อให้การผลักดันนโยบายระบบบริการปฐมภูมิของกระทรวง
สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงขอความกรุณาช่วยจัดส่ง (ร่าง)
งานวิจัยระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ให้หน่อยครับ เพื่อจะได้ส่งเคราะห์
เป็นข้อเสนอทางนโยบาย ให้กับผู้บริหารกระทรวงต่อไป
สุรัตน์
081 646 6620

บทเรียน ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

ถ้าเชื่อว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบซับซ้อนและปรับตัว(complex adaptive systems)^{10,11,12,13} เน้นต่อการกำหนด นโยบายและ
การปฏิบัติที่ตามมาคือ การให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เพื่อปรับตัว แทนที่จะมุ่งหาความรู้อันเป็นสูตรสำเร็จ ให้ความสำคัญกับการ
สร้างขีดความสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่(capability) มากกว่าการนำเข้าผู้เชี่ยวชาญสำเร็จรูป(competency) ด้วยความเชื่อดังกล่าว
โครงการนี้ จึงมุ่งดำเนินการเพื่อให้เกิดความรู้ และการเรียนรู้ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินการ อันอาจนำไปสู่
การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติ ต่อไปนี้เป็นผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์บทเรียน ชี้ปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนา
นอกเหนือจากที่กล่าวถึงผลผลิตดังกล่าวก่อนหน้านี้แล้ว

1. การสำรวจพรมแดนแห่งความรู้ทั้งในประเทศและสากล เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวด เพื่อให้แน่ใจว่า สามารถ
เห็นภาพรวมได้ใกล้เคียงความจริงที่สุด แล้วตามด้วยการเลือกวิเคราะห์เจาะลึกส่วนที่เชื่อว่ามีสาระความรู้อันอุดม โดย
หมั่นตรวจสอบกับกรอบข้อตกลงปฏิบัติงานและผู้รู้ด้วยวิธีการประชุมดังกล่าว
2. การเจาะลึก จะได้ประโยชน์คุ้มค่าก็ต่อเมื่อ นักวิชาการพยายามใช้ทั้งกาลามสูตร และกรอบแนวคิดที่รอบด้าน คมชัด(แต่
ไม่ยืดตายตัว) ในการพิจารณาสืบสวนเรื่องราว ดังนั้น การจัดประชุม หรือการลงพื้นที่ แต่ละครั้ง จำเป็นต้องคิดและ
สื่อสารให้ชัดเจนกับวิทยากรว่าต้องการอะไรโดยผ่านจดหมายเชิญและวาจาตามความเหมาะสม(ดูตัวอย่างในภาคผนวก
ที่ 5) อีกด้านหนึ่ง ความรอบด้านอาจได้จากการพยายามวิเคราะห์เชื่อมโยงสาระจากประสบการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง
โดยตรงและโดยอ้อมกับโครงการฯ ตัวอย่างที่ชัดมาก 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การนำเอาเรื่องเขตสุขภาพ เข้าสู่การประชุม
วิชาการเฉพาะประเด็น หลังจากผู้จัดการโครงการได้ไปเป็นวิทยากรให้กับกระทรวงสาธารณสุขในหัวข้อ การบรรยาย
กรอบแนวคิดการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับเขต¹ 2) การค้นหาวិทยาการเรื่อง ระบบความปลอดภัยด้านยา ได้จาก
ความรู้เดิมเมื่อเป็นประธานที่ประชุมเกี่ยวกับการบริหารระบบยาเพื่อให้เกิดการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วอนุมาน
ว่า รพ.ที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านนี้ก็น่าจะเป็นด้วยในด้านความปลอดภัย ซึ่งข้อค้นพบเมื่อประจักษ์แจ้งก็ยืนยันตรงกัน

¹ สธ. 0209.02/ว.149 สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 7 มิ.ย 54

3. การเขียนข้อตกลงปฏิบัติงานวิชาการเพื่อมอบหมายงานให้นักวิชาการ จำเป็นที่จะต้องอาศัยการค้นคว้าโดยฝ่ายผู้มอบหมาย ก่อนที่จะหารือตกลงกับนักวิชาการ โดยการค้นคว้าเป็นไปในลักษณะเรียนรู้ไปด้วยกันทั้งสองฝ่าย สำหรับข้อตกลงก่อนให้เริ่มงาน ประกอบด้วย

- ความเป็นมาและพัฒนาการของแนวคิด
- โมเดลหรือแนวทางการดำเนินงานเชิงทฤษฎี
- กรณีศึกษาว่าด้วยเรื่องการนำแนวทางการดำเนินงานเชิงทฤษฎีสู่การปฏิบัติโดยเชื่อมโยงกับบริบท/ระบบบริการสุขภาพ(health services system)
 - ต่างประเทศ (สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย ภาคพื้นยุโรป(สวีเดน เดนมาร์ก เบลเยียม สเปน)ลาตินอเมริกา(บราซิล คิวบา) เอเชียแปซิฟิก(ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน ฮองกง)
 - ในประเทศ (จะได้จากการเชิญผู้ปฏิบัติและผู้บริหารในแต่ละพื้นที่/สถานพยาบาล มาเล่าให้ฟังและทำการสกัดบทเรียน การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี(ที่เข้าถึงได้) รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและทบทวนเอกสารเกี่ยวกับความพยายามของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกระทรวงสาธารณสุขในด้าน นโยบาย การดำเนินงาน แผนการลงทุน และรายงานการประเมินผล ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา)
- การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (Comparative analysis) ของกรณีศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบ...ในประเทศไทย

จะสังเกตได้ว่า การเขียนสาระของข้อตกลงส่งผลงานในงวดที่ 1(inception report) ระบุให้มีสาระสำคัญเพิ่มขึ้นจากข้อตกลงก่อนเริ่มงาน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- ยกร่างสารบัญญัตินงานฉบับสมบูรณ์(contents of the full report)
- ระเบียบวิธีการทบทวนองค์ความรู้ (search engine, databases, keywords, selection criteria for literatures, data extraction forms, reviewers' inputs)
- แผนปฏิบัติการในงวดถัดไป เช่น กำหนดการรับฟังความเห็นจาก reviewers ซึ่งจะร่วมกันจัดสรรระหว่างผู้รับทุนและนพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

จึงเห็นได้ว่า เมื่อลงรายละเอียดของสาระ จำเป็นต้องอาศัยนักวิชาการขยายกรอบให้ชัดยิ่งขึ้น ภายใต้การเห็นชอบของคณะผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนที่จะมอบหมายให้ทำงานในขั้นสุดท้าย

4. ปัญหาอุปสรรค ได้แก่

- ภาวะน้ำท่วมเมื่อปลายปี 2554 ทำให้การทำงานของนักวิชาการต้องล่าช้ากว่ากำหนดเนื่องจากทุกท่านอยู่ในพื้นที่ประสบภัย และยังทำให้ต้องยกเลิกแผนการจัดประชุมเพื่อหยั่งท่าทีตลอดจนค้นหามุมมองของตัวแทนชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับกลุ่มด้อยโอกาสในกทม. ผลกระทบที่เป็นปฏิกริยาลูกโซ่จากความ

ลำช้าดังกล่าว คือ การเตรียมการจัดประชุมใหญ่ตามข้อตกลงกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ จำเป็นต้องดำเนินการในระยะเวลาที่ได้รับการขยายเพิ่มเติมหลังน้ำท่วม ซึ่งกระชั้นชิดเกินกว่าจะรอผลงานของทีมวิชาการ การจัดประชุมจึงต้องอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิที่ค้นพบในระหว่างการจัดประชุมเป็นระยะดังกล่าวแล้ว ข้างต้น หรือค้นพบจากการได้อ่านความเห็นของท่านนั้นๆต่อรายงานความก้าวหน้าของนักวิชาการ

อย่างไรก็ตามด้วยแนวทางการทำงานที่ไม่ได้รอให้ผลงานระยะสุดท้ายปรากฏ หากแต่พยายามประมวล สังเคราะห์ และสรุปองค์ความรู้เป็นระยะมาแต่เริ่มต้น จึงปรากฏผลงานวิชาการเผยแพร่อย่างเป็นทางการ(ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข) ดังกล่าวถึงข้างต้นและอ้างอิงในภาคผนวกที่ 2

- การเข้าถึงข้อมูลทุติยภูมิยากมาก แม้ได้มีความพยายามทั้งโดยทางตรง ไม่เป็นทางการ ทั้งโดยอ้อม ก็ยังไม่มีทางออกที่ดีเพียงพอแก่การยังประโยชน์ให้งานตามโครงการ จึงนับเป็นเงื่อนไขที่เหนือการควบคุมของทีมนักวิชาการ แม้เป็นบริบทของโครงการ ไม่ใช่อุปสรรค แต่ก็สมควรบันทึกไว้ ณ ที่นี้ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบในขอบเขตที่เหมาะสมได้ตระหนักและหาทางแก้ไขต่อขีดความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ระหว่างนักวิชาการแต่ละทีมมีความแตกต่างกัน ทำให้คุณภาพของผลงานต่างกัน เมื่อคำนึงถึงการนำไปใช้ประโยชน์ในทางนโยบาย ทางออกประการหนึ่ง นอกเหนือจากกระบวนการที่กล่าวมาแล้ว คือ ผู้จัดการโครงการตัดสินใจทำข้อตกลงกับนักวิชาการเพิ่มขึ้นอีก 1 ท่านเพื่อเสริมข้อจำกัดของทีมทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับบริการปฐมภูมิเขตเมือง ในจังหวัดสองเดือนสุดท้ายของโครงการเมื่อเห็นโอกาส นั่นคือ ได้พบนักวิชาการที่เพิ่งสำเร็จปริญญาเอกและมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ เงื่อนไขหนึ่งที่เอื้อต่อการดำเนินการเช่นนี้คือ การใช้งบประมาณโดยเน้นความคุ้มค่า ไม่ใช่การใช้งบประมาณให้หมดตามกรอบข้อตกลงฯ อย่างไรก็ตามในทางวิชาการ ดูเหมือนยังไม่มีข้อยุติในการประเมินความคุ้มค่าอยู่ดี

5. โอกาสพัฒนา

โครงการนี้ ค้นพบบทเรียนดังนี้

- ความเป็นไปได้สำหรับการพัฒนานักวิชาการหน้าใหม่สำหรับระบบบริการสุขภาพที่อย่างน้อยได้แสดงความมุ่งมั่นและมีผลงานซึ่งผ่านกลไกกลั่นกรองคุณภาพตามแนวปฏิบัติทั่วไปในวงวิชาการมาแล้ว นั่นคือ การมีระบบสนับสนุนอันประกอบด้วย พี่เลี้ยง(mentor), ทุนวิจัย, กลไกกลั่นกรองผลงาน และการประชุม 4 ลักษณะดังอธิบายไว้แล้ว สิ่งที่ต้องเพิ่ม ได้แก่ ก) กลไกกลั่นกรองคุณภาพโดยการให้ตีพิมพ์ผลงานใน international peer review journal, การเสนอผลงานใน international meeting ข) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลทุติยภูมิได้สะดวกกว่าที่ผ่านมา
- แนวทางการทำงานวิชาการที่มีความเป็นไปได้และมีคุณภาพระดับหนึ่ง ภายใต้ขีดจำกัดของเวลาและการเข้าถึงข้อมูลทุติยภูมิ โดยได้ผลผลิตทางวิชาการนักวิชาการและเครือข่ายวิชาการ/นโยบาย/ปฏิบัติ สอดคล้องกับกรอบเวลาที่เห็นชอบโดยผู้ให้ทุน(มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
- ใจหายวิจัยระบบบริการสุขภาพในสามประเด็นอันได้แก่ บริการส่งต่อคนไข้ บริการปฐมภูมิเขตเมือง และระบบความปลอดภัยสำหรับคนไข้

- ถ้าจะอาศัยการสื่อสารนโยบาย เป็นโอกาสพัฒนาตนเองแก่นักวิชาการหน้าใหม่ ยังมีความจำเป็นต้องฝึกฝนทักษะการสื่อสารนโยบาย(โดยวาจา และข้อเขียน) อีกระยะหนึ่ง(อย่างน้อย 1 ปี) โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านนี้สนับสนุนใกล้ชิดในการคัดสรรประเด็น มองหาจังหวะโอกาส ขัดเกลาวิธีการนำเสนอ

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 แหล่งความรู้และเครือข่ายที่สอดคล้องกับแนวทางในข้อตกลงปฏิบัติงานวิชาการฯ

“เจียรไน COC ประเด็นการส่งต่อผู้ป่วย รพ.ปริมณฑล” เป็น input ให้แก่การทบทวนองค์ความรู้ในรายงานที่เกี่ยวข้อง⁶ และบ่งชี้ว่า ควรหาชุดความรู้ที่แสดงแบบอย่างการแก้ปัญหาได้ชัดเจนมากกว่า จึงนำไปสู่การจัดประชุม เมื่อ 20 พฤษภาคม 2554 : ห้องประชุมวัน โรงแรมเอเชีย (แสดงข้างล่าง)

วันพุธที่ 30 มีนาคม 2554 : ห้องแวนด้า 1 โรงแรมทีเคพาเลส

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	หน่วยงาน	หัวข้อ
1	นพ.ดุลวิทย์ ตปนียากร คุณจิตติชญาณ์ พลบุตร	รพ.พระนั่งเกล้า	ประสบการณ์การจัดการการส่งต่อผู้ป่วย รพ.ปริมณฑล...ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา
2	คุณมุกดา ปฐมอารี	ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รพ.นครปฐม	
3	คุณอรุณี รัตนมณฑิ	ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รพ.ปทุมธานี	
4	คุณอำพร มั่นประเสริฐ	ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รพ.ลำลูกกา	
5	คุณจิรัฐดา ไวยาฑิชีวะ	ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รพ.ประจักษ์ปัตย์	
6	คุณศศิมา แสงพระทาย	ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รพ.คลองหลวง	
7	คุณเกศณี ชูบุบผา	ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รพ.ลาดหลุมแก้ว	
8	คุณพจนา พวงธรรม	ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รพ.สามโคก	
9	คุณอารี รับสิริ	ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย รพ.ธัญบุรี	

การประชุมหัวข้อ “เจียร์ใน COC” นำไปสู่การตีพิมพ์ นิพนธ์ต้นฉบับ ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ตค – ธค 2554 เรื่อง การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

วันศุกร์ที่ 20 พฤษภาคม 2554 : ห้องปทุมวัน โรงแรมเอเชีย ราชเทวี กรุงเทพฯ

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	หน่วยงาน	หัวข้อ
1	นพ.ธรณี กายี คุณสุพิศ กิตติรัชดา คุณสังวาลย์ ดีคำปา	ศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย รพ.นครพิงค์	ระบบส่งต่อผู้ป่วยภาคเหนือ
2	คุณเสาวนีย์ เนาวพานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ศิริราช	Percutaneous Coronary Intervention
3	คุณลัดดา ภัทราพรนันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สรรพสิทธิประสงค์	Fast Track Appendix
4	คุณดุชนฎี อารยะวงศ์ชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สรรพสิทธิประสงค์	Warfarin
5	ภญ.อุบลวรรณ สะพู	เภสัชกร รพ.มหาราชนครราชสีมา	Warfarin Network
6	นพ.ณัฐชัย นิธิปัญญาสกุล นพ.จตุชาญ อึ้งภูริเสถียร พญ.นิศารัตน์ จ่องธุระกิจ	กลุ่มงานจักษุวิทยา รพ.มหาราชนครราชสีมา	โรงพยาบาล Node โรคตา

ที่มาของหัวข้อและวิทยากร คือ จรยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ สังเคราะห์ปัญหาเพื่อพัฒนา R2R กรกฎาคม 2553

“เสวนาบทเรียนการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 1” นำไปสู่การจัดประชุมหัวข้อเดียวกันครั้งที่ 2 ในภาคผนวก 2

วันจันทร์ที่ 29 สิงหาคม 2554 : ห้องประชุม 1 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	หน่วยงาน	หัวข้อ
1	ภญ.เชาวรัตน์ มั่นพรหม	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สระบุรี	Drug Safety
2	ภญ.กัญญา ตั้งเกียรติกำจาย	หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมรพ.สงขลานครินทร์	ระบบความปลอดภัยด้านยา ในรพ.สงขลานครินทร์
3	ภก.ธวัช โอวาทพารพร	หัวหน้างานบริการจ่ายยา รพ.สงขลานครินทร์	- งานบริหารเภสัชกรรม - ตามรอยคุณภาพระบบยา
4	รศ.นพ.กิตติ ลิ้มอภิชาติ	ที่ปรึกษาคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ระบบความปลอดภัยด้านยา ในรพ.สงขลานครินทร์ มุมมองผู้บริหาร

ภาคผนวกที่ 2 ศึกษาดูงานและเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลนครพิงค์และเครือข่าย

ศึกษาดูงานและเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลนครพิงค์และเครือข่าย ประเด็น “รูปแบบการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย” นำไปสู่การสังเคราะห์บทเรียนเรื่อง การพัฒนาระบบส่งต่อคนไข้ภาคเหนือตอนบน⁷ รอตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข
วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 : ห้องประชุม รพ.สันทราย, ห้องประชุม รพ.มหาราชนครเชียงใหม่

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	หน่วยงาน	หัวข้อ
1	นพ.ยุทธศาสตร์ จันทิพย์	รองผู้อำนวยการ รพ.สันทราย	เครือข่ายทารกแรกเกิดและระบบส่งต่อ รพ.สันทราย
2	ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต	รองผู้อำนวยการรพ.มหาราชนคร เชียงใหม่	Chiangmai Trauma Referral System

วันอังคารที่ 13 กันยายน 2554 : ห้องประชุม รพ.นครพิงค์

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	หน่วยงาน	หัวข้อ
1	นพ.ธรณี กายี	หัวหน้าศูนย์ประสานงานการส่ง ต่อผู้ป่วย รพ.นครพิงค์	การพัฒนาระบบการส่งต่อ เขต 15, 16
2	นพ.สมชาย เล่าหุทัย วัฒนา	รพ.นครพิงค์	เครือข่ายการบริการทารกแรก เกิด เชียงใหม่ – ลำพูน – แม่ฮ่องสอน
3	คุณพิงครัตน์ ชัยสำเภา	รพ.ประสาทเชียงใหม่	ระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านศัลยกรรม ประสาท รพ.ประสาทเชียงใหม่
4	คุณจิตติยา วาระนัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ฝาง	Referral Center รพ.ฝาง
5	นพ.อภิชัย ไพยารมณ	กุมารแพทย์ รพ.จอมทอง	Call Center & Refer รพ. จอมทอง
6	คุณธีรรินทร์ เกตุวิชิต	หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ รพ.ลำปาง	Referlink รพ.ลำปาง

“เสวนาบทเรียนการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 2” นำไปสู่การเผยแพร่บทความพิเศษเรื่อง พลังของ CNN ในความปลอดภัยคนไข้ด้านยา ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข (รอตีพิมพ์)

วันพุธที่ 5 ตุลาคม 2554 : ห้องประชุมสุปัญญา ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	หน่วยงาน	หัวข้อ
1	ภญ.ดร.รุ่งทิวา หมีนป่า	หัวหน้างานบริหารผู้ป่วยใน รพ.ลำปาง	Medication Safety System
2	ผศ.ภญ. นววรรณ เจียรพิรพงศ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก	ระบบงานคุณภาพและความปลอดภัยทาง ยา
3	ภก. อำนวย พฤกษ์ภาคภูมิ	หัวหน้างานเภสัชกรรม รพ.สมุทรสาคร	บทเรียนการพัฒนาระบบความปลอดภัย ด้านยาโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงสาระรายงานการทบทวนองค์ความรู้ของนักวิชาการ

ผลงานของทีมนักวิชาการ 3ท่านในการ ทบทวนองค์ความรู้	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิให้ ความเห็น	การเปลี่ยนแปลงภายหลังได้ความเห็นจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ
รายงานความก้าวหน้าการทบทวนองค์ ความรู้เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่าย บริการและการส่งต่อผู้ป่วยครั้งที่ 1 12 เมษายน 2554	3 ท่าน (ทุกท่านมีผลงานวิจัย และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้าน ระบบบริการสุขภาพ)	● เพิ่มเติมแหล่งความรู้ในประเทศไทย ● เพิ่มเติมคำดัชนีสำหรับสืบค้น ● เติมหลักเกณฑ์คัดเลือกกรณีศึกษา
รายงานความก้าวหน้าการทบทวนองค์ ความรู้เรื่องการพัฒนาบบเครือข่ายบริการ และการส่งต่อผู้ป่วยครั้งที่ 2 15 กันยายน 2554	5 ท่าน(ทุกท่านมีผลงานวิจัย และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้าน ระบบบริการสุขภาพ)	● แยกย่อยกรณีศึกษาเป็นสามภาวะได้แก่ ภาวะฉุกเฉิน/เจ็บป่วยหนัก ภาวะเรื้อรัง ● เพิ่มเติมรายละเอียดกรณีศึกษาจากมหกรรม สุขภาพแห่งชาติ มค 2555 ● เติมข้อเสนอแนะนโยบาย ● ปรับการนำเสนอให้มีสาระเชิงวิเคราะห์ให้ เห็นประเด็นที่มีความหมาย แทนการแสดง ตัวเลขสถิติซึ่งสื่อความหมายยาก และ เชื่อมโยงข้อค้นพบกับทฤษฎี(โมเดล)มากขึ้น
รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 3 การทบทวน องค์ความรู้ เรื่อง ระบบบริการปฐมภูมิเขต เมือง (Comparative analysis 3) 15 มกราคม 2555	3 ท่าน (ทุกท่านมีผลงานวิจัย และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้าน ระบบบริการสุขภาพ)	● พยายามเสนอกรณีศึกษาว่าด้วยเรื่องการนำ แนวทางการดำเนินงานเชิงทฤษฎีสู่การ ปฏิบัติโดยเชื่อมโยงกับบริบท/ระบบบริการ สุขภาพ พยายามอธิบายว่า good practice คืออะไร: ต่างประเทศ และในประเทศ จาก เดิมที่นำเสนออย่างกระจัดกระจาย ขาดการ วิเคราะห์เชื่อมโยง ● เติมข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ในประเทศไทย จากเดิมไม่ชัดเจนและไม่ เชื่อมโยงกับข้อค้นพบ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลงานของทีมนักวิชาการ 3ท่านในการ ทบทวนองค์ความรู้	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็น	การเปลี่ยนแปลงภายหลังได้ความเห็นจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ
รายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 2 การทบทวน องค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) มกราคม 2555	6ท่าน(ทุกท่านมีผลงานวิจัยและ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบ บริการสุขภาพ)	● ปรับข้อเสนอแนะให้เจาะจงและ ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาก ขึ้นอย่างชัดเจน ● ปรับสาระหัวข้อย่อย เช่น บทเรียน และมุมมองในอนาคต และเพิ่มเติม บทสรุปของกรณีศึกษาต่างประเทศ ให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น ● เติมบทสรุปผู้บริหาร, ความเป็นมาที่ สำคัญในประเทศไทย เช่นบทบาท ของสธพ.,นิยามสำคัญ,การอธิบาย ขยายความกรอบแนวคิด เป็นต้น

ภาคผนวกที่ 3 ตัวอย่างตารางสรุปข้อค้นพบจากการประชุม core team

ประเด็นเสนอ	สรุปข้อเสนอจากที่ประชุม หรือ คำอภิปราย	การใช้ประโยชน์
1.การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในด้าน primary care, P&P โดย นพ.นิทัศน์ รายวา 2.ระบบบริการปฐมภูมิของสปสช. รูปแบบของอยุธยา และรพ.ภูมิพล โดย นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	1. รูปแบบการบริหารจัดการมีหลากหลายรูปแบบ (Alternative models) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิในเขต เมือง โดยเฉพาะของกทม. เช่น I. Clinic เดี่ยว รับผิดชอบดูแลแต่ละพื้นที่ II. เครือข่ายของ clinics ไม่รวมรพ. III. เครือข่ายของ clinics รวมรพ. IV. เครือข่าย providers อื่น ๆ ที่ไม่ใช่รพ. อาจอิงหรือไม่อิงกับรพ. ทำให้รพ.ใหญ่ต้องปรับตัว... 2. ควรเปิด openly announce for competition ในการดูแลส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ โดยอาจแบ่งความรับผิดชอบให้ดูแลตามกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ 3.ควรมีความชัดเจนในงบประมาณส่วนของ primary care แยกจากเงิน P&P และมีการควบคุมกำกับการใช้งบประมาณในภาพรวม รวมถึงใช้งบประมาณในการพัฒนาทรัพยากรบุคลากรด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น	สาระเกี่ยวกับ”ภูมิพลโมเดล” “คลินิกเดี่ยว” “คลินิกเป็นกลุ่ม” เป็นส่วนหนึ่งของรายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ ปฏิบัติงานวิชาการการวิจัยเอกสารวิชาการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง Urban Medical Care: International and Thai Experiences (สัญญาเลขที่ HSS54002) โดย สุศักดิ์ บุรัตนเวทย์ วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย วิศรี วายุรกุล จรรยา ภัทรอาชาชัย มกราคม 2555

ภาคผนวกที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นเสนอ	สรุปข้อเสนอจากที่ประชุม หรือ คำอภิปราย	การใช้ประโยชน์
How Money Drive Quality and Continuity of Care โดย ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	1. การบริหารจัดการระบบต้องใช้ทั้ง financial และ non-financial incentive ในปัจจุบันการให้ financial incentive มีเฉพาะส่วน input และ process นั้นเหมาะสมและเพียงพอหรือไม่ควรเพิ่มแรงจูงใจใน ระดับ output outcome ด้วยหรือไม่ อย่างไร ส่วนของ non-financial incentive กรณีศึกษาตัวอย่างของ อ.บุญยงค์ จังหวัดน่าน ที่ใช้ non-financial incentive ได้อย่างเหมาะสมให้รู้สึกถึงความมีเกียรติและ คุณค่าในการทำงานของวิชาชีพ (professionalism) ควรนำมาพิจารณาและเชิญอาจารย์และ ผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ๆ มาช่วยให้คำแนะนำและวางแผนยุทธศาสตร์ต่อไป 2. การทำ system managementโดยแพทย์ ควรมีการประเมินไปพร้อมๆกันในทุกๆระดับ macro meso micro patient outcome ตลอด จนปฏิสัมพันธ์ของระบบและผลกระทบ 3.เสนอให้สปสช. มีช่องทางที่เป็นทางการในการเข้าถึงข้อมูล และการจัดการกับเทคโนโลยีในระดับ ส่วนกลาง เปิดโอกาสให้องค์กรวิชาชีพและ ภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของ นโยบาย และเสนอแผนระยะยาว	ได้ประสานกับที่มรพ.ชุมชนในจังหวัดน่าน เพื่อสรุปบทเรียนเกี่ยวกับกรณีตัวอย่างของ อ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร แต่เงื่อนไขเวลาไม่เอื้ออำนวยว่าจะได้ผลงานในรอบเวลา 9 เดือนของโครงการจึงยุติ

ภาคผนวกที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นเสนอ	สรุปข้อเสนอจากที่ประชุม หรือ คำอภิปราย	การใช้ประโยชน์
นโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล วันศุกร์ที่ 16 กันยายน 2554 เวลา 17.00 น. – 20.00 น. ห้องประชุม 1 สวรส. ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล กล่าวถึงวัตถุประสงค์การทบทวนองค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และนำเสนอกรณีศึกษา 2 กรณี ได้แก่ รพ.สระบุรี และรพ.สงขลานครินทร์ ทั้งสองกรณีมีการจัดโครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการยาที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย ควบคุมและกำกับการบริหารจัดการยาของรพ. มีการนำ HA หรือกระบวนการพัฒนาคุณภาพสร้างเครื่องมือและกระตุ้นองค์กรในการพัฒนาคุณภาพการบริการและความปลอดภัยด้านยา โดยเน้นทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกัน และมีการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการตรวจสอบและกำกับเตือน	1.ควรมีการวิจัยศึกษาเรื่องข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในประเทศไทย และการศึกษาประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์ด้านเภสัชวิทยา จริยธรรมการแพทย์ 2.มองแนวโน้มของโรงพยาบาลรัฐในอนาคตตามกระแสและปัจจัยสังคม อาจปรับเปลี่ยนเป็นรพ.ที่เป็นอิสระภายใต้กำกับของรัฐ (autonomous), กึ่งอิสระ (semi-autonomous) หรือ รพ.รัฐเฉพาะทาง เช่น วัดไร่ขิง เป็นต้น 3.การวางระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวมควรคำนึงถึง - o ผลลัพธ์ที่ต้องการในเชิงระบบคืออะไร การใช้ระบบข้อมูลที่จะนำไปสู่การดูแลในระดับประเทศ ตัวอย่างกรณีศึกษาของสหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายให้ส่งรายงานให้กับหน่วยงานส่วนกลาง - o การเลือกว่าอะไรคือปัญหาที่สำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศ จำเป็นต้องมีการลงทุนระบบข้อมูลเพื่อการพัฒนา เช่น ข้อมูลการผ่าตัด การติดเชื้อ เป็นต้น และ....	ความปลอดภัยด้านยาเป็นส่วนหนึ่งของรายงานโดย รัศมี ตันศิริสิทธิกุล นิลรัตน์ วรรณศิลป์ เกษร เทพแบ่ง และคณะ เรื่อง รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) 10 กุมภาพันธ์ 2555

ภาคผนวกที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นเสนอ	สรุปข้อเสนอจากที่ประชุม หรือ คำอภิปราย	การใช้ประโยชน์
เขตสุขภาพ (Area Health): ทางออกการปฏิรูประยะต่อไป? โดย นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ วันพฤหัสบดีที่ 18 สิงหาคม 2554 เวลา 9.00 น. – 12.00 น. ห้องประชุม 1 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนากลไกประกันสุขภาพไทย	1. ในปัจจุบันผู้ตรวจเขตจัดสรรงบประมาณให้แต่ละจังหวัดทำโครงการมารองรับเพื่อแก้ปัญหาของพื้นที่โดยไม่ต้องรอลำสั่งจากกระทรวง สนับสนุนให้เกิดพยาบาลวิชาชีพประจำพสต. จัดสรรอาจารย์พยาบาล การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควรมีข้อมูลเพิ่มเติมว่าการกระจายอำนาจหรือเขตสุขภาพนั้นจะมีผลต่ออำนาจ ความรับผิดชอบและความเสี่ยงต่อผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง ควรวางเป้าหมายเป็นระยะๆ และดำเนินการแบบค่อย ๆ ขยาย 2. หากจะพูดถึงโครงการของระบบสุขภาพควรพูดข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำเป็นข้อมูลพิจารณา เช่น คน เงิน ของ IT governance ต้องระบุ all stakeholder จากทุกส่วน และการเตรียมติดตามประเมินผลที่ดีควรทำอย่างไร ระบบอภิบาลที่ดี เช่น ระบบธนาคารแห่งประเทศไทยและหลักทรัพย์ดูแลการเงินของประเทศ	ไม่ปรากฏหลักฐาน

ภาคผนวกที่ 4 การประชุมกลุ่มย่อย(HSS core group)

บันทึกการประชุมกลุ่ม HSS core group ครั้งที่ 1/2554

ณ ห้องประชุมภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลรามารับดี

วันอังคารที่ 15 กุมภาพันธ์ 2554 เวลา 9.00 – 12.30 น.

ผู้เข้าร่วมประชุม

1.	ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี
2.	รศ.ดร.นพ.สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3.	พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข
4.	นพ.ธีระ วรธนารัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5.	พญ.รัศมี ดันศิริสิทธิกุล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี

ประเด็นที่ 1: Patient Safety

คำอภิปราย

1. Hospital Accreditation (HA) หรือสรพ.เป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ patient safety มาก
 - 1.1 มีประโยชน์ในแง่ที่ช่วยให้เกิดการทบทวน เกิดความตระหนักต่อปัญหาและกระตุ้นให้บุคลากร.....
 - 1.2 ข้อสังเกตเกี่ยวกับ HA เช่น
การนำเครื่องมือ (tool) จากบริบทของต่างประเทศมาใช้กับหน่วยงานของไทยอาจเกิด burden ในด้านงานเอกสารของบุคลากรและความรู้สึกไม่ยอมรับ บางครั้งเป็นเพียงกระแสนิยม และยังไม่มีความชัดเจนแสดงผล output outcome ที่ได้จากเครื่องมือต่าง ๆ ชัดเจนนัก....
2. ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กรที่ดี
3. ตัวอย่าง system architect ในต่างประเทศที่โดดเด่น
4. การศึกษา best practices ในประเทศที่ประสบความสำเร็จต่าง ๆ รวมถึง กรณีที่ไม่ประสบความสำเร็จ....
5. คาดหวังให้เกิด critical mass effect ซึ่งควรพิจารณาว่า ควรเป็นกลุ่มใด ...

สรุป

1. หัวข้อวิจัยน่าจะแบ่งเป็นตามแขนง เช่น วิสัญญี ศัลยกรรม สูติกรรม เป็นต้น (อาจเพิ่มระบบต่าง ๆ ที่สำคัญตามสรพ.)
2. ในการสร้าง critical mass ควรเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมที่สำคัญ (list of contributors) ได้แก่.....

คิดเห็นให้รอบด้านยิ่งขึ้น รวมถึงการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ผ่านผู้มีอิทธิพลทางสังคมและประชาชน)

ประเด็นที่ 2: Continuity of Care/ Referral system

คำอภิปราย

1. มุมมองเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องและระบบการส่งต่อ
- 1.1 มุมมองของคนไข้ในเรื่องการดูแลต่อเนื่องอยากได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรในทุกระดับ....
2. การศึกษาทั้งแนวคิดสากล งานวิจัยในต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น
3. ต้องสร้างโจทย์วิจัยในเชิงระบบขึ้นมาเป็นกรอบในการสังเคราะห์หาปัจจัยความสำเร็จ
4. ความยากของการศึกษาระบบการดูแลต่อเนื่อง...

สรุป

1. กรอบในการศึกษา ได้แก่
- 1.1 ศูนย์ส่งต่อของสาธารณสุข
- 1.2 ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยรอบกม.
2. เชิญผู้เกี่ยวข้องร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมุมมอง ภายใต้โจทย์ที่เป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และสรุปเป็นรายงานวิจัย
3. ควรมีผู้วิพากษ์เพื่อเปิดประเด็นมุมมองที่หลากหลาย (list of commentators) ได้แก่....
4. ควรกำหนดกลุ่มผู้ฟัง
5. การนำไปสู่การวิเคราะห์สังเคราะห์เป็นรายงาน อาจใช้วิธีการถอดเทปบันทึกเสียงแล้วจึงนำมาพิจารณาปรับแก้ไข

ประเด็นที่ 3: Urban Health Service

คำอภิปราย

1. อาจแบ่งได้ 2 มุมมอง คือ มุมมองตามกรอบของผู้ให้บริการ เช่น ระบบบริการระดับต่าง ๆ หรือมุมมองด้านประชากร เช่น กลุ่มคนด้อยโอกาส ชุมชนแออัด เป็นต้น
2. มีข้อมูลความรู้สากลหรือแนวคิดต่าง ๆ เช่น best practices ในต่างประเทศ และแนวคิดการตั้งรพ.เมือง เพื่อตอบสนองความต้องการของการดูแลในระดับไม่ซับซ้อนแต่ไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้
3. การใช้ scenario planning มีขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ environmental scan, evaluate status, projecting, design feature, brain storming for filling gap...
4. ตัวอย่างที่น่าสนใจ เช่น
5. การศึกษาแบบ population-based ควรประเมินความต้องการ
6. การศึกษาเกี่ยวกับ financial mechanism
7. หากวิจัยเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิด้านการส่งเสริมป้องกัน จะทำให้เกิด....
8. ควรหาจุดขายของการศึกษาที่เหมาะสมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

สรุป

1. การศึกษาตามกรอบของผู้ให้บริการ
2. ควรมีการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. เลือกกรณีศึกษาพื้นที่ที่มีระบบบริการเขตเมือง ได้แก่ พิษณุโลก โคราซ หาดใหญ่ และ/หรือ กรุงเทพฯ และ/หรือขอนแก่น หรือข้อมูล best practices จากสปสช.เขต....

รายงาน

ประเด็นที่ 4: แผนการดำเนินงาน

คำอภิปราย

1. เจ้าภาพของงาน ควรมีบทบาทเป็นแกนหลักในการดูแลภาพรวมของแต่ละหัวข้อ.....
2. งบประมาณ สำหรับการทบทวนวรรณกรรม การจัดประชุมย่อย ๆ งบประมาณเดือนละครั้ง
3. ระยะเวลาดำเนินการ 10 เดือน (กุมภาพันธ์ ถึงพฤศจิกายน 2554)

สรุป

1. ตารางกำหนดการทำงาน....
2. เสนอให้ร่างข้อมูลเนื้อหา List หัวข้อการทบทวนวรรณกรรมส่งเข้า online ทั้ง 3 หัวข้อ เน้น systematic review ในภาพระบบ, Best practices, concept ต่าง ๆ และให้ประมาณการด้านงบประมาณด้วย
3. การบริหารจัดการการแบ่งงานควรเป็นตามความถนัด โดยคุณณิชชาเป็นผู้ช่วยประสานงานวิทยากร

ภาคผนวกที่ 5 ตัวอย่างจดหมายประสานการดำเนินงาน ระบบส่งต่อคนไข้ภาคเหนือ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02-354-7201 โทรสาร 08-201-2408

ที่ HSS / 2554

วันที่ 9 สิงหาคม 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ศึกษาดูงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์

สืบเนื่องจากการรับฟังรายงานเบื้องต้น “การพัฒนาเครือข่ายบริการภาคเหนือตอนบน” โดย นพ.ธรณี กายี หัวหน้าศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งมีประเด็นที่เป็นประโยชน์ และน่าสนใจต่อการขยายผล ผมจึงขอนำที่มิวิชาการและผู้เกี่ยวข้องมาศึกษาดูงานในพื้นที่ ระหว่างวันที่ 12-13 กันยายน 2554 โดยมีประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

ก. ระดับผลลัพธ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

1. การเปลี่ยนแปลงอัตราป่วยตาย และ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของคนไข้กลุ่มต่อไปนี้

1.1. ผู้บาดเจ็บทางสมอง

1.2. ทารกแรกคลอด น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

2. ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งต่อจากต้นทางไปปลายทาง นับแต่เริ่มการประสานงานโดยหน่วยงานต้นทาง

ข. กระบวนการ ประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

1. ช่องทางสื่อสารระหว่างต้นทาง-ปลายทาง

2. ข้อตกลงการจ่ายค่าตอบแทนระหว่างหน่วยงานต้นทาง-ปลายทาง ตลอดจนข้อมูลแสดงการไหลเวียนของเงินตามข้อตกลงดังกล่าว

3. การหมุนเวียนสลับแพทย์ทางสมอง และกุมารแพทย์ ระหว่างสถานพยาบาลในเครือข่าย

ค. ระดับผลผลิต ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ในแง่ของการถูกปฏิเสธเมื่อมีการส่งต่อ ระหว่างสถานพยาบาลในเครือข่าย

ง. บทบาทของผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเครือข่าย สสจ. สปสช.เขต ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสาธารณสุขนิเทศก์ ในการสนับสนุนกระบวนการดังกล่าว

ในส่วนของการกำหนดการที่แน่นอน ทางโครงการฯ ขอประสานงานกับ นพ.ธรณี กายี ในรายละเอียดที่แน่นอนอีกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

-
- ¹ International and Thai Experts. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Synthesis Report Draft 3. 19 January 2012. Health Systems Research Institute.
- ² ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ข้อเสนอปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ในด้านระบบบริการสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 30 มิถุนายน 2554
- ³ Paibul Suriyawongpaisal, Thira Woratanarat, Rassamee Tansirisithikul. Final report of TOR 4 : The governance of the UC scheme. Health Insurance Systems Research Organization. October 7, 2011
- ⁴ Stephen M. Campbell, Ph.D., David Reeves, Ph.D., Evangelos Kontopantelis, Ph.D., Bonnie Sibbald, Ph.D., and Martin Roland, D.M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England N Engl J Med 2009; 361:368-378
- ⁵ นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข
http://ict4.moph.go.th/reportm/images/stories/doc/policy_moph2555.pdf
- ⁶ ภัทรวิทย์ วรธนารัตน์ และธีระ วรธนารัตน์ รายงานวิจัย การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 28 มกราคม 2555
- ⁷ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ธรณี กาญจน์เรนทร์ โชติรสนิรมิต และคณะ สังเคราะห์บทเรียนการพัฒนาระบบส่งต่อคนไข้ภาคเหนือตอนบน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 28 พฤศจิกายน 2554 (รอตีพิมพ์)
- ⁸ Kositchaiwat J. A report on the development of STEMI Fast Track in Thailand Submitted to the Health Systems Research Institute. December 2009.
- ⁹ W. KOWTANAPANICH, Y. TANABORIBOON, W. CHADBUNCHACHA APPLYING PUBLIC PARTICIPATION APPROACH TO BLACK SPOT IDENTIFICATION PROCESS – A Case Study in Thailand. IATSS RESEARCH Vol.30 No.1, 2006
- ¹⁰ The Learning Healthcare System: Workshop Summary (IOM Roundtable on Evidence-Based Medicine)
<http://books.nap.edu/catalog/11903.html>
- ¹¹ National Health and Hospitals Reform Commission. A Healthier Future For All Australians. Final Report JUNE 2009. ISBN: 1-74186-940-4
- ¹² Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. BMJ 2001;323:799–803.
- ¹³ Stewart Mennin. Self-organisation, integration and curriculum in the complex world of medical education. Medical Education 2010; 44: 20–30