

รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่มที่ 2

**รูปแบบและกระบวนการ
ดำเนินงานพัฒนา
ระบบบริการ
เวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิ
ในเขตเมืองและเขตชนบท
ในพื้นที่ต่าง ๆ**



สำนักงานสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขที่	
เลขที่หนังสือ	HS 0787 983
วันที่	8 เดือน 07 ปี 42

สนับสนุนงบประมาณ โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

W
89
ศ1745
2542
ณ3

รายนามผู้วิจัย

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร | นักวิจัยหลักโครงการฯ รวม |
| 2. นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ | นักวิจัยหลักโครงการฯ รวม |
| 3. นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญญไพศาลเจริญ | นักวิจัยหลักในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 4. นายแพทย์วินันท์ ศิริกนกวิไล | นักวิจัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 5. แพทย์หญิงนงน้อ ภูริพันธ์ภิญโญ | นักวิจัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 6. แพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ | นักวิจัยหลักในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา |
| 7. นายแพทย์วิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ | นักวิจัยหลักในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น |
| 8. นายแพทย์วิชัย อัครภาคย์ | นักวิจัย จังหวัดขอนแก่น |
| 9. นายแพทย์พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ | นักวิจัยหลักในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ |
| 10. นายแพทย์อมร รอดคล้าย | นักวิจัยหลักในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา |

คำนำ

โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เป็นโครงการที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากสถานการณ์ที่มีปัญหาสมองไหลและปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ เมื่อปี พ.ศ. 2533 นักวิชาการและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องต่างเห็นวาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป น่าจะเป็นคำตอบหนึ่งในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้ แต่ปัญหาหรือคำถามใหญ่ที่สืบเนื่องต่อมา คือ จะพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปให้เข้มแข็ง และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มคนต่างๆ ทั้งส่วนที่เป็นประชาชนและบุคลากรในวิชาชีพได้อย่างไร จึงเริ่มมีความพยายามที่ดำเนินการพัฒนาเรื่องดังกล่าว จากส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโครงการศึกษาวิจัยนี้ขึ้น เพื่อศึกษารวบรวม ประเมินสถานการณ์ทั้งหมดของระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปทั้งในประเทศไทย และประสบการณ์ในต่างประเทศ พร้อมกับศึกษาหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการนี้ ในระดับพื้นที่พร้อมกับพยายามหาข้อเสนอการพัฒนาในระดับประเทศ (ถ้าเป็นไปได้) โครงการนี้ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2536 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของกระแสการปรับเปลี่ยนเรื่องระบบบริการส่วนต่างๆ ความคิดเห็น และความเข้าใจต่อระบบบริการนี้มีความหลากหลายทั้งเหมือนและต่างกันมาก จึงทำให้ในช่วงระยะแรกจึงเป็นช่วงที่ปรับความคิด ความเข้าใจ หาข้อสรุปต่อการพัฒนางานร่วมกันที่ต้องใช้เวลานาน ประกอบกับต้องมีการทดลองพัฒนาบริการที่เป็นสถานการณ์จริง เพื่อเป็นการพิสูจน์สมมติฐาน และความคิดเห็นต่างๆ ที่แตกต่างกัน ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับรากฐานเพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบงานต่างๆ

กระบวนการสำคัญที่ใช้ในโครงการนี้ คือการตั้งสมมติฐานของรูปแบบการพัฒนาในแต่ละพื้นที่ และทดลองดำเนินการ ควบคุมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพื้นที่ โดยที่นักวิจัยของโครงการฯ ทำหน้าที่จัดเวทีแลกเปลี่ยน ติดตาม สนับสนุนทางด้านวิชาการ และประสานการสนับสนุนทางด้านการบริหารและนโยบาย พร้อมกับรวบรวมผลงานของพื้นที่เพื่อการเปรียบเทียบ รวมทั้งจัดให้มีการระดมความคิดเห็นต่อข้อเสนอมาตรการทางนโยบายในการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และช่วยสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการปฏิบัติงาน แต่เนื่องจากโครงการฯ นี้ไม่มีงบประมาณที่จะสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการได้โดยตรง แต่เป็นการสนับสนุนด้านวิชาการ พื้นที่ต้องหางบประมาณเอง จึงทำให้การพัฒนาติดขัดบ้างในบางโอกาส อีกทั้งรูปแบบการพัฒนามีความหลากหลาย ชุดของข้อมูลเพื่อการเปรียบเทียบผลจึงทำได้ยาก และไม่สามารถเปรียบเทียบได้สมบูรณ์ แต่อย่างไรก็ตามโครงการฯ นี้ได้ดำเนินไปภายใต้การเรียนรู้และการปรับวิธีการศึกษาไปตลอด ทำให้เกิดการเรียนรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องมากพอควร นอกจากนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการศึกษาครอบคลุมเนื้อหาที่ค่อนข้างกว้าง และบางช่วงโครงการฯ ต้องไปร่วมมือในการพัฒนาแผนงาน และการดำเนินการบางส่วนที่มีได้ตั้งไว้ในแผนปฏิบัติงาน จึงทำให้การดำเนินงานของโครงการฯ นี้ ใช้เวลายืดไปจากเดิม รวมทั้งขยายขอบเขตงานที่เป็นการประสานงานมากกว่าที่กำหนดในแผนงาน

อย่างไรก็ตาม โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนานี้เป็นการศึกษาที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ และพัฒนาระบบงาน การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุขขั้นแรก ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และต้องอาศัยความเข้าใจที่รอบด้าน และแผนการศึกษาที่หลากหลายแต่ต้องประสานต่อกันได้ อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน ต้องมีการปรับวิธีการ

ii

ศึกษาที่ทันกับสถานการณ์ มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โครงการนี้ถือเป็นบทเรียนที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการในระดับพื้นที่ และการเชื่อมต่อระหว่างบทเรียนของพื้นที่กับการพัฒนามาตรการเชิงนโยบาย

รายงานการศึกษานี้ เป็นความพยายามที่จะรวบรวม สรุป และสังเคราะห์ประสบการณ์ที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาในโครงการนี้ทั้งหมดที่เป็นประเด็นสำคัญ รวมทั้งการพัฒนาในส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ที่ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องด้วย โดยจัดทำรายงานการศึกษาเป็น 2 เล่ม คือ

เล่มที่ 1 เป็นรายงานสรุปผลการศึกษาทั้งหมด

เล่มที่ 2 เป็นรายงานผลการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตเมือง และชนบท ในพื้นที่ต่างๆ

ซึ่งหวังว่าข้อมูลจากรายงานนี้จะเป็นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติครอบคลุม / ระบบบริการปฐมภูมิในอนาคตต่อไป

คณะผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปนี้ได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้บริหารของมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี รศ.นพ.วิชัย โปษยะจินดา ศ.นพ.ทองจันทร์ หงส์ดามรงค์ ศ.นพ.สมพร โพธิ์นาม ศ.นพ.เฉลิม วราวิทย์ ศ.นพ.ประสงค์ ตู่จินดา นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์มงคล ณ สงขลา และนายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์ ตลอดจน นายแพทย์เอื้อพงศ์ จตุรธำรง นายแพทย์ทวิ เลานพันธ์ ซึ่งโครงการฯ ต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

โครงการฯ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่างๆ ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการ และช่วยเหลือในการดำเนินงานต่างๆ อันได้แก่ นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพุกษ ที่ให้การดูแลติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง นายแพทย์วันนัท ศิริกนกวิไล นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ แพทย์หญิงสมจิตร์ พุกษะวิธานนท์ นายแพทย์อุกฤษณ์ มลิณทรวงกูร นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และ นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้แทนจากสำนักงานประมาณ ผู้แทนจากคณะกรรมการก.พ. คณะเจ้าหน้าที่ในกองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองการเจ้าหน้าที่ ที่สนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

การดำเนินงานของโครงการฯ สามารถดำเนินไปได้ต่อเนื่องเป็นอย่างดีอันเนื่องจากการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และการบริหารจัดการ การประสานงาน การดำเนินงานจากบุคลากรในหน่วยงานของโครงการฯทุกท่าน ซึ่งต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นอกจากนี้ขอขอบคุณทีมดำเนินงานทุกท่านในพื้นที่วิจัยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่ร่วมดำเนินการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างแข็งขัน ซึ่งนับว่าเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่สำคัญในโครงการนี้

สารบัญเนื้อหา

เรื่อง	หน้า
คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	iii
สารบัญ	iv

◆ พัฒนาระบบปฐมภูมิใน : “เขตเมือง”

* เปรียบเทียบแนวคิด รูปแบบ และกระบวนการดำเนินงานพัฒนา เวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ต่าง ๆ	1
● รูปแบบการดำเนินงาน	1
● ประเด็นในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ	1
1. จุดเริ่ม แนวคิด และรูปแบบการดำเนินงานหลัก	4
2. บุคลากร และทีมงาน :	9
2.1 ทีมสนับสนุน	9
2.2 ทีมผู้ให้บริการ	11
2.3 การเตรียมความพร้อม และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง	13
3. เครื่องมือในการพัฒนาบริการ	15
3.1 การมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน	15
3.2 สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล สะดวกใกล้	16
3.3 ประเภทของบริการ และวิธีการจัดบริการที่เอื้อต่อการรับบริการได้ง่าย สะดวกเข้าถึงได้ และมีคุณภาพที่ดี	19
3.4 การมีระบบข้อมูลข่าวสารที่ค้นหาง่าย เชื่อมโยงบริการได้	21
3.5 ระบบการเก็บเงินผู้รับบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม	22
3.6 การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน	23
3.7 ระบบการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล/ระบบบริการทุติยภูมิ	24
4. ระบบบริหารการจัดการ : ความคล่องตัวและศักยภาพในการปรับตัวของ ระบบให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ และการคงอยู่ระยะยาว	25
5. ผลลัพธ์บริการ	26
6. ค่าใช้จ่าย และต้นทุนบริการ	37
● เปรียบเทียบ ผลลัพธ์ และต้นทุนบริการ	42

♦ พัฒนาระบบปฐมภูมิใน : เขตชนบท

* 1. บทเรียนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ อ.นครหลวง จ. พระนครศรีอยุธยา	45
• พัฒนาการของงานทั้งหมดจนถึงปัจจุบัน	45
• การดำเนินการพัฒนาสถานีอนามัยในระยะแรกตามโครงการอยุธยา	46
• การพัฒนาสถานีอนามัยและทีมสาธารณสุขระดับอำเภอระยะที่ 2 ที่เน้นการพัฒนาทีมงานเป็นหลัก	51
* 2. สรุปการพัฒนางานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ อ. น้ำพอง จ. ขอนแก่น	57
1. จุดเริ่มต้นและ พัฒนาการของความคิดการพัฒนา	57
2. แนวคิดหลักในการพัฒนากระบวนการและกิจกรรมดำเนินการ ผลลัพธ์ และปัญหาอุปสรรค	58
3. แนวทางในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในชนบท	63
• ข้อเสนอต่อแนวทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตชนบทในอนาคต	68
* 3. สังเคราะห์บทเรียนการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตชนบท	70

♦ ภาคผนวก 1

* สรุปการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่เขตเมือง :	74
1. การดำเนินงานพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดอยุธยา	75
2. การดำเนินงานพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา	79
3. การดำเนินงานพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดนครสวรรค์	82
4. การดำเนินงานพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดขอนแก่น	88
5. การดำเนินงานสาธารณสุขเขตเมืองเทศบาลเมืองหาดใหญ่	91
6. การดำเนินงานพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่เขตเมืองศรีสะเกษ	95
7. การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตเมืองจังหวัดอุบลราชธานี	98

♦ ภาคผนวก 2

* ประเมินผลโครงการวิจัยปฏิบัติการทดลองรูปแบบการบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์	104
--	-----

♦ ภาคผนวก 3

* การพัฒนาระบบเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลขอนแก่น	123
--	-----



เปรียบเทียบแนวคิด รูปแบบ และกระบวนการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ต่าง ๆ

รูปแบบการดำเนินงาน

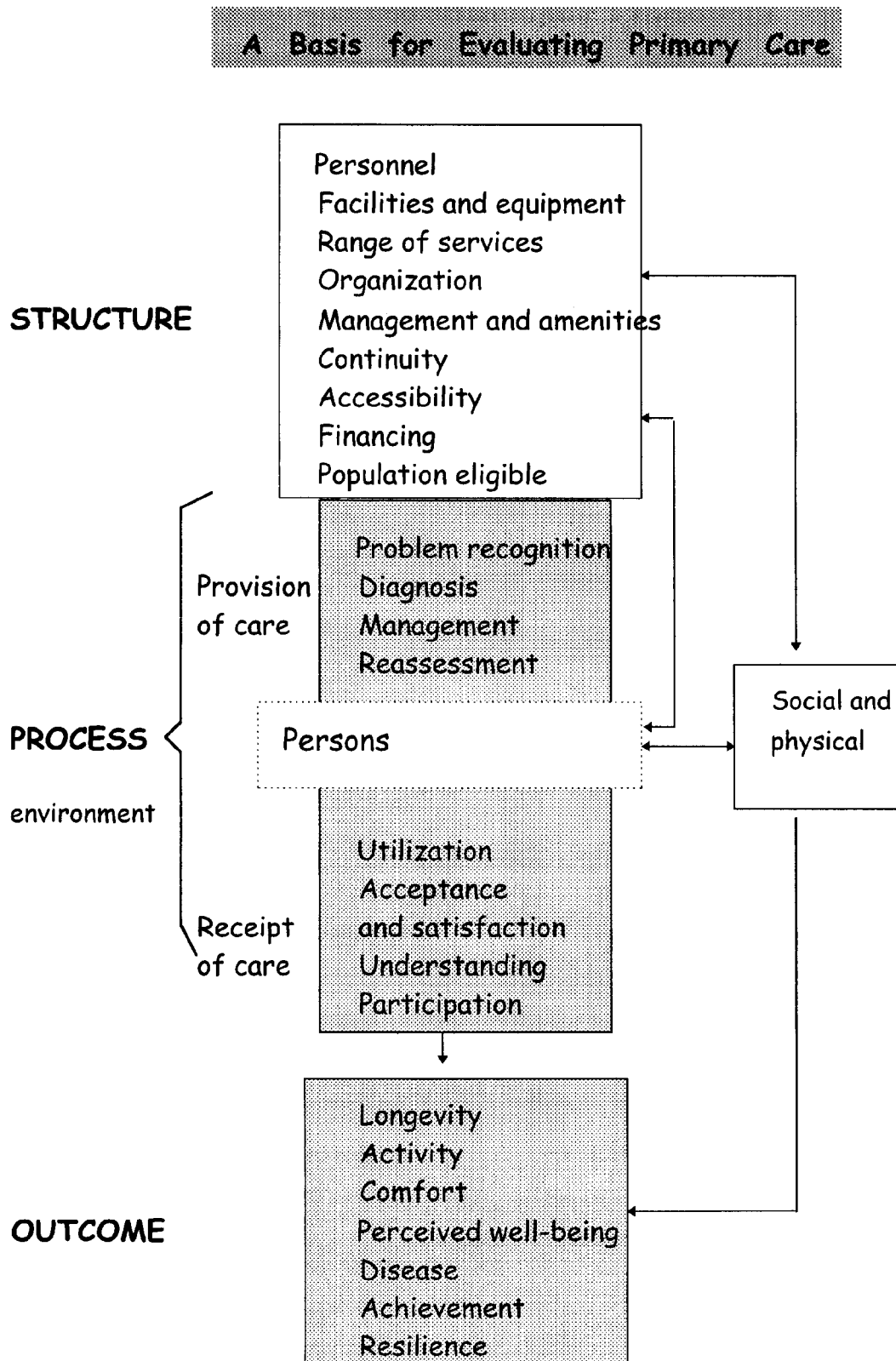
อยุธยา	ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง
นครราชสีมา	ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง
ขอนแก่น	OPD เวชปฏิบัติทั่วไป รพ.ขอนแก่น
นครสวรรค์	OPD เวชปฏิบัติทั่วไป รพ.สวรรค์ประชารักษ์
หาดใหญ่	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหาดใหญ่

ประเด็นในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ทั้งนี้โดยอิงจากกรอบความคิดเรื่องระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated District Health System) และการประเมินผลระบบบริการปฐมภูมิ ในภาพแผนภูมิที่ 1 ปรับเป็นกรอบความคิดซึ่งแสดงได้ดังแผนภูมิที่ 2 และประเด็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบมีดังนี้

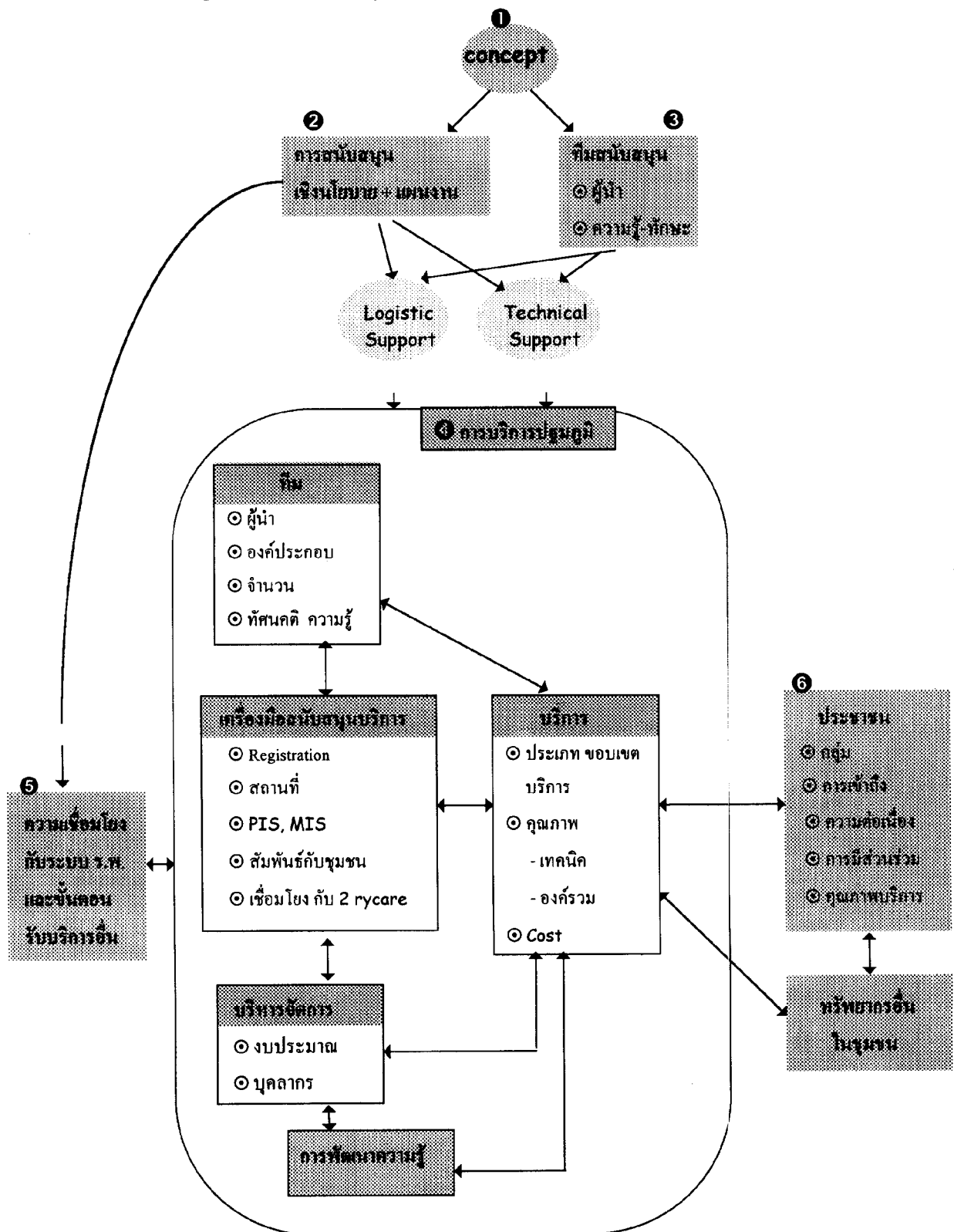
1. จุดเริ่ม แนวคิด และรูปแบบการดำเนินงานหลัก
2. บุคลากร และทีมงาน :
 - 2.1 ทีมสนับสนุน
 - 2.2 ทีมผู้ให้บริการ
 - 2.3 การเตรียมความพร้อม และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
3. เครื่องมือในการพัฒนาบริการ
 - 3.1 การมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน
 - 3.2 สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล สะดวก ใกล้
 - 3.3 ประนาทของบริการ และวิธีการจัดบริการที่เอื้อต่อการรับบริการได้ง่าย สะดวก เข้าถึงได้ และมีคุณภาพที่ดี
 - 3.4 การมีระบบข้อมูลข่าวสารที่คั่นหาง่าย เชื่อมโยงบริการได้ดี
 - 3.5 การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน
 - 3.6 ระบบการเก็บเงินผู้รับบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม
 - 3.7 ระบบการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล / ระบบบริการทุติยภูมิ
4. ระบบการบริหารจัดการ : ความคล่องตัว และศักยภาพในการปรับตัวของระบบให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ และการคงอยู่ระยะยาว
5. ผลลัพธ์บริการ
6. ค่าใช้จ่าย และต้นทุนบริการ

แผนภูมิที่ 1 กรอบการประเมินระบบบริการปฐมภูมิ



Source : Starfield, 1973.

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการจัดการ
ปฐมภูมิ และการสนับสนุนบริการ



1. จุดเริ่ม แนวคิด และรูปแบบการดำเนินงานหลัก

1.1 ออยุธยา

การเริ่มพัฒนาที่อยุธยามาจากการเป็นโครงการวิจัยและพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุข การพัฒนาโดยส่วนใหญ่มาจากพื้นฐานข้อมูลการวิจัย และการตัดสินใจของทีมงานและผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง และส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีความคิดต่างประเทศ ซึ่งเข้มข้นมากในช่วงระยะแรกของการพัฒนา (ประมาณ 5 ปี) มีการวางแผนพัฒนาเครื่องมือ และกระบวนการให้บริการค่อนข้างเป็นระบบ (คือมีวัตถุประสงค์เป้าหมายที่ชัด มีการประเมินผล ติดตามเพื่อปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องมากขึ้น) ในช่วงหลังเริ่มเข้าสู่การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการเพื่อผสมผสานเข้าสู่ระบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ฐานการวิจัยอย่างเป็นระบบลดลง (หมายถึงการติดตาม กำกับ และการประเมินผลลดลง) ทั้งนี้พิจารณาจากรายงานการประชุม การสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง ถึงการเปลี่ยนแปลงระบบงานแต่ละส่วนว่าเกิดจากเหตุใด เป็นการดำเนินการตามรูปแบบเดิมที่ศูนย์แพทย์ศูนย์แรกได้เคยดำเนินการไว้ มีการปรับเปลี่ยนบ้าง

การดำเนินงานนี้ทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับผู้บริหารบางส่วนที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข

แนวความคิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่นี้ คือการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนที่ตั้งอยู่ในชุมชนนอกโรงพยาบาล เป็นศูนย์ให้บริการเบ็ดเสร็จ ผสมผสานมีทั้งบริการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยมุ่งหวังให้เกิดบริการที่ผสมผสาน ต่อเนื่อง และบริการอย่างเป็นองค์รวม ประชาชนมีส่วนร่วม และได้มีการคิดพัฒนาเครื่องมือ การจัดการที่มุ่งหวังให้เอื้อต่อการพัฒนาบริการให้เกิดผลดังกล่าว ได้แก่ การหาที่ตั้งในชุมชน การจัดสถานที่บรรยากาศในสถานบริการ การไหลเวียนของผู้รับบริการ การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การจัดกิจกรรมให้บริการแต่ละประเภทที่เชื่อมโยงกันได้ การจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ ตลอดจนการจัดการเรื่องระบบการเก็บเงินจากประชาชน การประสานงานกับโรงพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่ให้บริการ การทำงานเป็นทีม

มีการวางแผนการครอบคลุมบริการลักษณะนี้ให้กับประชาชนทั้งหมดในเขตเทศบาล เป็นแผนการครอบคลุม (coverage plan) ที่ตั้งเป้าให้มีศูนย์ลักษณะเช่นนี้ 6 แห่ง การตั้งศูนย์ใหม่จะขึ้นบนแผนการครอบคลุมนี้ที่วางแผนไว้ ซึ่งอาจปรับเปลี่ยนได้บ้างตามการปฏิบัติจริง

จุดมุ่งหวังสุดท้ายหลังจากการวิจัยพัฒนานี้ คือการเสนอต่อผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการรับแนวคิดนี้ และดำเนินการในพื้นที่อื่นอย่างเหมาะสม มีการกำหนดมาตรการบังคับที่ทำให้ประชาชนต้องไปใช้บริการปฐมภูมิ ก่อนไปรับบริการที่โรงพยาบาล

1.2 นครราชสีมา

จุดเริ่มของการพัฒนาเรื่องนี้มาจากการริเริ่มของแพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ ที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ซึ่งดำเนินการทางด้านงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่มาตลอด ด้วยวิธีการส่งบุคลากรในฝ่ายออกไปให้บริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ แต่ไม่ได้ให้บริการด้านการรักษา ซึ่งประชาชนต้องมาใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งก็ดำเนินการได้สำเร็จพอควรตามความเห็นของทีมงาน แต่เมื่อ พ.ร.จิราได้เห็นรูปแบบการจัดบริการอย่างเช่นที่ศูนย์แพทย์ ออยุธยา ซึ่งเป็นรูปแบบที่น่าสนใจอีกแบบหนึ่งที่นำมาทดลองจะทำให้การ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองสามารถดำเนินการได้สำเร็จมากขึ้นหรือไม่เพียงใด จึงได้มีความพยายามในการจัดการหาทรัพยากรบุคคล และงบประมาณเพื่อมาช่วยดำเนินงานนี้ ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้การวิจัยและพัฒนาที่รับจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

แนวคิดหลักของการพัฒนาบริการในพื้นที่นี้ จะเป็นรูปแบบการบริการเช่นเดียวกับที่อยุธยา แต่มีการต่อเชื่อมแนวความคิดจากประสบการณ์เดิมที่เคยทำมาก่อนในพื้นที่ เช่นการให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีบทบาท และการให้บุคลากรจากฝ่ายเวชกรรมสังคม เข้ามามีส่วนร่วมและช่วยในการพัฒนา และต่อเชื่อมการบริการด้วยกัน รวมทั้งการพัฒนาฐานข้อมูล แต่การพัฒนาเครื่องมือ หรือระบบการบริหารจัดการรองรับการพัฒนา มีความต่างกันในระยะเฉียด และความลึกซึ้งของการพัฒนางาน ที่ต่างกันชัด คือจำนวนบุคลากรให้บริการ การจัดระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการให้บริการ

แผนงานหลักของการดำเนินงานในพื้นที่นี้ คือการสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนที่ให้บริการผสมผสานเช่นนี้ จำนวนประมาณ 2 แห่ง เพื่อเป็นบทเรียนการพัฒนาประสบการณ์ และองค์ความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นการสาธิตการดำเนินงานให้แก่หน่วยงานอื่นที่ควรมีบทบาทในการจัดบริการนี้ในพื้นที่ อย่างครอบคลุมคือ เทศบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยที่โรงพยาบาลจะมีบทบาทร่วมในการเป็นเครือข่ายบริการ และกำกับมาตรฐานบริการปฐมภูมิ

1.3 ขอนแก่น

จุดเริ่มของการพัฒนาในพื้นที่นี้ส่วนหนึ่งเป็นการชักชวนจากโครงการวิจัยที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมประกอบความสนใจของนายแพทย์วิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ที่ต้องการพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอเมืองในโรงพยาบาลจังหวัด และงานที่รับผิดชอบต้องเผชิญกับจำนวนผู้ป่วยที่แน่นแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ขอนแก่น จึงได้ริเริ่มการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังการแก้ปัญหาการบริหารจัดการ ลดความแออัด และการกระจาย งานบริการระหว่างฝ่ายที่ไม่เท่ากันของแผนกผู้ป่วยนอก จากนั้นจึงจะขยายต่อการให้บริการผู้ป่วยใน การผ่าตัด เป็นลักษณะการจัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอในโรงพยาบาลใหญ่

ฉะนั้นรูปแบบหลักในการให้บริการจึงเป็นบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลใหญ่ที่แก้ปัญหาเบื้องต้นก่อน คือความรวดเร็วและความแออัด โดยใช้กำลังบุคลากรที่มีอยู่เดิม เน้นการจัดระบบการบริหารจัดการ และมีการพัฒนาบริการรักษาพยาบาลที่เป็น ward เพื่อรองรับให้แพทย์มีกิจกรรมบริการที่ครบวงจร ภายในโรงพยาบาลใหญ่

เมื่อโครงการพัฒนาบริการได้ดำเนินไป 1 ปีกว่า มีการประเมินผล และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับพื้นที่อื่น ทีมงานจึงเห็นว่าการพัฒนาบริการเฉพาะส่วนแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการพัฒนาคุณภาพงาน จึงได้เริ่มที่จะมีการพัฒนาเครือข่ายงานบริการนอกโรงพยาบาล ในรูปแบบศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตเทศบาล โดยการทำงานร่วมกับบุคลากรจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม แนวคิดที่เป็นฐานในการพัฒนาบริการในศูนย์แพทย์ฯคือ การขยายบริการออกนอกโรงพยาบาล และการทำงานร่วมกับชุมชน แต่แนวคิดที่ต้องการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขไม่ปรากฏชัดเจน และไม่พบแนวทางการพัฒนาเครื่องมือหรือระบบเพื่อรองรับการคุณภาพบริการดังกล่าวในระยะ 1 ปีแรกของพัฒนางานนี้ ส่วนขณะนี้อยู่ในระยะการพัฒนาคุณภาพบริการมากขึ้น

1.4 นครสวรรค์

จุดเริ่มของการพัฒนา บางส่วนคล้ายกับที่นครราชสีมา และขอนแก่น กล่าวคือ นายแพทย์พีระพล สุทธิวิเศษศักดิ์ ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มงานนี้เป็นหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้รับการพัฒนางานศูนย์แพทย์ชุมชนที่อยุธยา เห็นว่าวิธีการนี้น่าสนใจ และเห็นว่าในฝ่ายงานเวชกรรมฯ มีกำลังแพทย์พยาบาลพอที่จะทำงานนี้ได้ แต่เนื่องจากเห็นว่าการพัฒนาบริการที่ภายในโรงพยาบาลก่อนก็น่าจะเพิ่มคุณภาพบริการได้เช่นกัน จึงริเริ่มพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไป โดยการพัฒนาห้องตรวจบริการ 1 ห้องที่ดูแลโดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม คัดกรองผู้ใช้บริการกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งที่เป็นผู้มีสิทธิบัตรต่างๆ และผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของเวชกรรมสังคม แก้ปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลด้วยระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงต่อกันโดยคอมพิวเตอร์ และการบริหารจัดการ เชื่อมต่อการดูแลที่บ้านโดยทีมงานเวชกรรมสังคมที่ดูแลงานในชุมชน

รูปแบบการจัดบริการจึงเป็นลักษณะการจัดบริการห้องตรวจพิเศษเพิ่มขึ้น¹ ห้องในระบบโรงพยาบาลใหญ่ที่จัดเป็นบริการด่านแรก แต่ใช้ระบบการยืนยันบัตร การรับยา ในระบบปกติ ห้องตรวจพิเศษนี้เป็นการบริการเฉพาะการรักษาพยาบาล แต่งานบริการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ANC WBC ต้องไปรับบริการที่แผนกสูติกรรม และกุมารเวชกรรม ตามระบบปกติ บริการติดตามที่บ้านมีเฉพาะประชากรเป้าหมายในพื้นที่ชุมชนแออัด 3 ชุมชนเท่านั้น

หลังจากการดำเนินงานครบ 2 ปี พบว่ารูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวมีข้อจำกัดในการพัฒนาคุณภาพบริการ ผลด้านความรวดเร็วก็ดีขึ้นบ้างแต่ไม่มาก และประชากรที่รับผิดชอบในชุมชนมาใช้บริการน้อย เพราะที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ไกลชุมชน ประชาชนมาใช้ไม่สะดวก ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายในการให้บริการผสมผสานแก่ประชากรในพื้นที่เป้าหมาย แต่สามารถให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีสิทธิบัตรต่างๆ ได้รวดเร็ว และมีผู้รับผิดชอบกลุ่มนี้ที่ชัดเจนมากขึ้น จึงดำเนินการต่อในส่วนบริการให้แก่กลุ่มผู้มีสิทธิบัตรต่างๆ ส่วนการบริการแก่ประชากรในพื้นที่ได้เลิกไป และช่วงหลังจึงเปลี่ยนมาเป็นการให้บริการในลักษณะศูนย์แพทย์ เมื่อมีนโยบายการสนับสนุนมาจากกระทรวงสาธารณสุข

1.5 หาดใหญ่ สงขลา

การดำเนินการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่เทศบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีการพัฒนางานมาตลอดภายใต้การดูแลของเทศบาลเมืองหาดใหญ่ ต่อมามีการพัฒนาเพิ่มเติมร่วมกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2537 โดยที่นายแพทย์อมร รอดคล้าย ซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้เริ่มด้วยการพัฒนางานชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลร่วมกับเทศบาล และลงไปร่วมพัฒนาวิชาการให้แก่เทศบาล จากนั้นในปี 2539 จึงได้เริ่มส่งแพทย์ไปให้บริการที่ศูนย์บริการเทศบาลนอกเวลาราชการ โดยใช้ระบบเงินประกันสังคม ซึ่งเป็นการขยายบริการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมขึ้นในชุมชนเป็นหลัก ยังไม่ได้เน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น แต่มีการจัดบริการอื่นในรูปแบบของอนามัยโรงเรียน การให้บริการวัคซีน ที่มีการขยายความครอบคลุมร่วมกับเทศบาล และคลินิกเอกชน นพ.อมร บอกว่ามีแผนที่จะค่อยๆ พัฒนาคุณภาพงานเพิ่มขึ้นโดยการพัฒนาศักยภาพของเทศบาลในการให้บริการจากการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งเป็นการพัฒนาเทคนิคบริการ แล้วจึงค่อยๆ พัฒนาในส่วนที่เป็นคุณภาพบริการด้านสังคม-จิตวิทยาในระยะต่อไป

แนวคิดหลักของการพัฒนาบริการในพื้นที่ เป็นการเน้นการพัฒนาบริการเดิมที่มีอยู่แล้วให้มีคุณภาพมากขึ้น เป็นการพัฒนางานที่ร่วมกับเทศบาล พัฒนางานร่วมกับเอกชน ที่มีความหลากหลายของรูปแบบการบริการ โดยมีแผนที่จะครอบคลุมบริการพื้นฐานทั้งหมดให้แก่ประชาชนในพื้นที่เทศบาล

ขณะนี้โรงพยาบาลหาดใหญ่อยู่ในระหว่างการพัฒนาคลินิกบริการเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาล เพื่อให้บริการประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ และเริ่มการให้บริการที่มีคุณภาพทางด้านสังคม-จิตวิทยาเพิ่มขึ้น รวมทั้งการบริการที่เชื่อมต่อกับงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคร่วมด้วย

1.6 วิเคราะห์ เปรียบเทียบ

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้นนี้ จะเห็นว่าวิถีคิด และจุดเริ่มความสนใจในการพัฒนาแต่ละพื้นที่มาจากจุดเริ่มที่ต่างกัน แต่ต่างมีความต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิให้ดีขึ้น แต่ระดับคุณภาพในความหมายของแต่ละคนที่เป็นทีมหลักในการผลักดันงานมีความแตกต่างกัน บางส่วนของคุณภาพบริการเพียงความสะดวก รวดเร็วในการรับบริการ อันได้แก่พื้นที่ขอนแก่น นครสวรรค์ อันเป็นปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องเผชิญทุกวัน ในขณะที่อยู่ยามองคุณภาพบริการที่ต้องมีความต่อเนื่อง และบูรณาการการให้บริการ มีความเป็นกันเองกับผู้รับบริการอันจะนำไปสู่การบริการที่ผสมผสานทางด้านสังคม-จิตวิทยามากขึ้น ส่วนพื้นที่หาดใหญ่มองที่การบริการพื้นฐานที่ต้องครอบคลุมประชากรทั้งหมดก่อน โดยยังไม่หวังที่ระดับลึกของการพัฒนาคุณภาพงานในระยะแรก แต่มีวางแผนว่าจะพัฒนาต่อไป ทั้งหมดนี้ย่อมเป็นส่วนพื้นฐานที่กำหนดรูปแบบวิธีการดำเนินงาน การพัฒนางานบริการที่มีความแตกต่างกัน

สถานการณ์แวดล้อมแต่ละพื้นที่ที่กำหนดให้รูปแบบและวิธีการพัฒนาที่แตกต่างกัน เป็น 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ 1) การพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยที่ยังไม่มีการกำหนดประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน เป็นลักษณะการตั้งรับเป็นหลัก ได้แก่ การพัฒนาบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น และการบริการผู้ป่วยนอกเวลาราชการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหาดใหญ่ ส่วนนี้เป็นการมองปัญหาจากสิ่งที่มีอยู่ และพยายามแก้ปัญหาภายใต้ระบบและทรัพยากรเดิม

2) การพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยมีการกำหนดประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน ซึ่งมีการกำหนดใน 2 ลักษณะ คือการกำหนดโดยขีดเส้นพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่การดำเนินงานในพื้นที่อุทยาน นครราชสีมา ขอนแก่น ในส่วนที่เป็นศูนย์แพทย์ ศูนย์บริการเทศบาลหาดใหญ่ และกำหนดประชากรรับผิดชอบตามเกณฑ์สิทธิต่างๆ เช่นการมีบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่รูปแบบบริการของคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีสิทธิบัตรประเภทต่างๆ ได้แก่งานบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในความดูแลของเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แต่การดำเนินงานจริงในพื้นที่ส่วนหลังสุดนี้ยังมีแต่ลักษณะตั้งรับให้บริการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนนี้ทั้งหมด เป็นความพยายามจัดระบบการบริการใหม่ให้เด่นชัดขึ้น มีการต้องใช้ทรัพยากรใหม่เพิ่มเติมในระยะที่เป็นการทดลองพัฒนา

ความต่างของ 2 รูปแบบหลักข้างต้นนี้ คือการบริการโดยที่ไม่มีฐานประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจนในรูปแบบที่ 1 นั้น เจ้าหน้าที่จะขาดความรู้สึกรับผิดชอบต่อประชากรที่มาใช้บริการ จะไม่มีระบบ หรือการจัดการที่ดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่รูปแบบที่มีการกำหนดประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน จะเป็นเงื่อนไขแรกในการสร้างความรับผิดชอบร่วมกัน และเป็นขั้นตอนแรกของการให้บริการเชิงรุก

(รูป ในที่นี้หมายถึงทั้งเป็นบริการในสถานบริการ และนอกสถานบริการ รุกตั้งแต่ยังไม่ป่วย รุกตั้งแต่ยังไม่มีปัญหาหนักเกินไป) ส่วนการจะดำเนินการรุกได้จริงมากน้อยเพียงใด ขึ้นกับการวางแผนและการจัดระบบรองรับ ซึ่งเป็นเงื่อนไขต่อมา

ขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ริเริ่มย่อมส่งผลต่อขอบเขตงานที่พัฒนาใหม่ ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ก็จะเริ่มงานภายใต้ขอบเขตที่กลุ่มงานตนเองรับผิดชอบ หรือ เคลื่อนย้ายทรัพยากรได้ เช่นกรณีของรพ.สวรรค์ประชารักษ์ และนครราชสีมา แต่กรณีขอนแก่นตัวหลักเป็นรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ จึงมีอำนาจการจัดการที่กว้างขวางขึ้น ประกอบกับขาดทรัพยากรที่ฝ่ายเวชกรรมฯ จึงต้องใช้ทรัพยากรจากแผนกอื่นแทน ส่วนกรณีอยุธยา ก็เป็นการเคลื่อนย้ายทรัพยากรภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหลัก ส่วนกรณีหาดใหญ่มีโครงสร้างพื้นฐานในส่วนของเทศบาลที่เข้มแข็งอยู่แล้วจึงเป็นการพัฒนาบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับเทศบาล ในขณะที่พื้นที่อื่นมีการประสานงานกับเทศบาลไม่มากนัก ด้วยเหตุผลว่าขาดความร่วมมือและความสนใจจริงของส่วนเทศบาล

ในประเด็นความยั่งยืนของการดำเนินงานพัฒนาบริการนี้ ในพื้นที่นครสวรรค์จะหยุดการพัฒนาแบบการดำเนินงานไปช่วงหนึ่ง ในขณะที่พื้นที่อื่นยังมีการเคลื่อนไหวตลอด แต่ด้วยความเร็ว และปริมาณที่ต่างกัน พื้นที่ที่มีบุคลากรภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องจะด้วยการศึกษาดูงาน หรือการที่นักวิชาการมาให้ความเห็น จะมีความเคลื่อนไหวมากกว่าพื้นที่ที่มีบุคลากรภายนอกเข้ามาร่วมน้อย ดังเช่นกรณีนครราชสีมา และอยุธยาที่มีการปรับเปลี่ยนมากกว่า พื้นที่นครสวรรค์และขอนแก่น และหากกระบวนการทำงานมีการประเมินผล การคิดหาวิธีทำงานที่มีประสิทธิภาพตลอดเวลา จะทำให้รูปแบบวิธีการทำงานมีการปรับเปลี่ยน เช่น กรณีที่ขอนแก่นขยายการบริการออกไปนอกพ.มากขึ้น หรือการที่หาดใหญ่มีการพัฒนางานในรพ.หาดใหญ่เพิ่มเติมจากเดิม

2. บุคลากร และทีมงาน

2.1 ทีมสนับสนุน

2.1.1 อยุธยา

ผู้ที่เป็นผู้จัดการติดตามต่อเนื่อง คือ นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ ซึ่งเป็นผู้อำนวยการด้านเวชกรรม ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ที่เคยแก้ปัญหาบริหารจัดการ และตัดสินใจการดำเนินการหลักๆ ของโครงการอยุธยา แนวทางการดำเนินการขึ้นกับนพ.ทวีเกียรติ มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มต่างๆ และตัดสินใจรายละเอียดเป็นส่วนที่ทีมปฏิบัติงานดำเนินการเอง

ทีมสนับสนุน มีลักษณะของผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนภายใต้โครงการอยุธยาที่ประกอบด้วยบุคลากรสนับสนุนระดับจังหวัด คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด และผู้สนับสนุนในกระทรวงสาธารณสุข คือ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และส่วนมหาวิทยาลัย คือ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยวิชาการจากต่างประเทศ คือ สถาบันโรคเขตร้อนประเทศเบลเยียม ที่ติดตามผลงานวิชาการเป็นระยะ ซึ่งกลุ่มนี้ในระยะแรกมีบทบาทมากทั้งในด้านการสนับสนุนวิชาการงบประมาณ และการกำหนดทิศทางการทำงาน แต่ระยะหลังเป็นลักษณะการติดตามงาน และช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวิจัยและพัฒนา การประชุมอย่างต่อเนื่องลดลง

2.1.2 นครราชสีมา

ผู้จัดการทีมหลัก คือ แพทย์หญิงจุริรา มังคละศิริ ซึ่งเป็นผู้จัด และวางระบบงานทั้งหมด ภายใต้การแนะนำของทีมสนับสนุน และทีมนักวิชาการที่ปรึกษา

ทีมสนับสนุนประกอบด้วยผู้บริหาร และนักวิชาการในระดับจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา และบางส่วนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีการประชุมติดตามกำกับงานเป็นระยะ ๆ ไม่ถี่นัก

ทีมสนับสนุนมีอีกส่วนที่เป็นนักวิชาการจากนอกโรงพยาบาลที่โครงการฯ ได้จัดขึ้นเป็นทีมที่ปรึกษา เพื่อสนับสนุนทางด้านวิชาการ ประกอบด้วยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผล และให้คำแนะนำการจัดบริการประมาณ 6 เดือน ต่อครั้ง

2.1.3 ขอนแก่น

ผู้จัดการหลัก คือ นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ของโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นผู้ที่กำหนดทิศทางและจังหวะก้าวการทำงานทั้งหมดในการพัฒนางานบริการส่วนนี้ โดยที่มีทีมงานเป็นผู้ปฏิบัติในรายละเอียดตามนโยบายหลักที่กำหนดจากผู้จัดการนี้

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาล ซึ่งเทียบเท่าทีมสนับสนุน อันประกอบด้วยหัวหน้างานและผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นหลัก ส่วนนักวิชาการภายนอกเข้ามามีบทบาทน้อย แต่เป็นส่วนที่เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับผู้จัดการทีมเป็นหลัก

2.1.4 นครสวรรค์

ผู้จัดการหลัก คือ นพ.พีระพล สุทธิวิเศษศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็นผู้ที่ประสานให้เกิดการพัฒนางานในโรงพยาบาล ตลอดจนการหาทรัพยากรสนับสนุน โดยที่เจ้าหน้าที่ในฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ในระดับจังหวัด ซึ่งมีทั้งส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ร่วมเป็นกรรมการโดยที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม เป็นเลขานุการ บทบาทของคณะกรรมการส่วนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สนับสนุนตามคำร้องขอจากทีมเลขาฯ มากกว่าการเป็นทีมรุกที่ลงไปช่วยพัฒนางานเต็มที่

2.1.5 หาดใหญ่

ผู้จัดการหลัก คือ นพ.อมร รอดคล้าย หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.หาดใหญ่ ที่มีการวางแผนการทำงานร่วมกับทีมเวชกรรมสังคม และการประสานกับส่วนของเทศบาลเมืองหาดใหญ่

ไม่มีการกำหนดโครงสร้างของทีมผู้สนับสนุนงานที่ชัดเจน แต่เป็นลักษณะของการประสานงานของผู้จัดการทีมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ และผู้บริหารในเทศบาล ในการหาสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานทั้งหมด ทั้งนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากวิธีการทำงานในการพัฒนาบริการนี้ ใช้วิธีการที่หลากหลายตามแต่โอกาสที่มี ณ ขณะนั้น ใช้โครงสร้างงานเดิมเป็นหลัก

2.1.6 วิเคราะห์เปรียบเทียบ

ทุกพื้นที่ที่มีทีมสนับสนุนการพัฒนางานโดยมีบุคคลที่ทำหน้าที่เปรียบเสมือน ผู้จัดการหลักในการจัดการดำเนินการ แต่องค์ประกอบของทีมสนับสนุนมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ในพื้นที่อยุธยาจะมีองค์ประกอบของทีมสนับสนุนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานที่หลากหลาย และมีบทบาทมากที่สุด คือ มีทีมทั้งที่เป็น นักวิชาการจากทั้งในประเทศ และต่างประเทศ มีผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด และในกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาททั้งในด้านเทคนิค วิชาการ และการสนับสนุนทรัพยากร การร่วมแก้ปัญหา ด้านการบริหารจัดการ ส่วนที่มีองค์ประกอบมากรองลงมาคือส่วนพื้นที่นครราชสีมา ส่วนที่น้อยกว่าคือนักวิชาการจากต่างประเทศ การมีส่วนร่วมจากผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขเป็นระดับต่างๆ ส่วนพื้นที่ นครสวรรค์ และขอนแก่นไม่มีทีมวิชาการจากภายนอกที่ชัดเจน มีแต่นักวิชาการจากโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ที่ช่วยในด้านการให้ความเห็นทางวิชาการ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนวิจารณ์ กับพื้นที่อื่น ส่วนขอนแก่นที่มีน้อยกว่านครสวรรค์ คือการมีส่วนร่วมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วน หาดใหญ่ไม่มีการจัดระบบที่เป็นโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน เป็นการประสานภายใต้บุคคลที่เป็นผู้จัดการเป็นหลัก และการประสานภายใต้ระบบเดิมทั้งหมด

การที่มีองค์ประกอบของทีมสนับสนุนต่างกัน ย่อมมีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลอื่นนอก จากผู้จัดการมากน้อยต่างกันด้วย รวมทั้งการมีบทบาทเชิงแนวคิด และวิชาการที่จะพัฒนางานบริการในพื้นที่ ทำให้กระบวนการทำงานมีการติดตามประเมินผลด้วยฐานข้อมูลที่เป็นระบบต่างกัน ขึ้นกับวิธีคิดและวิธีทำงาน ของ ผู้ที่เป็นผู้จัดการเป็นหลัก

2.2 ทีมผู้ให้บริการ

บุคลากรที่ให้บริการจะแปรตามรูปแบบและวิธีคิดในการจัดบริการของแต่ละพื้นที่ดังนี้

พื้นที่	อยุธยา			นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์	หาดใหญ่
	ศูนย์ฯ ที่ 1	ศูนย์ฯ ที่ 2	ศูนย์ฯ ที่ 3	ศูนย์แพทย์	OPD-GP	OPD-GP	ศูนย์บริการ เทศบาล (13 แห่ง)
จำนวนแพทย์	1	-	-	2	50	2	2
- แพทย์เวชปฏิบัติ	1	-	-	1	1	2	1
- แพทย์เฉพาะทาง	-	-	-	1	49	-	1
พยาบาลวิชาชีพ	1	2	2	4	3	2	8
พยาบาลเทคนิค	2	2	1	-	-	-	9
ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	-	-	-	3	-
จพ.วิทยาศาสตร์ การแพทย์	-	-	-	1	-	-	-
เจ้าหน้าที่บริหาร สาธารณสุข	-	-	-	1	-	-	-
ลูกจ้าง	1	1	1	1	2	-	34
รวม	5	5	4	9	55	7	53

ทีมทั้งหมดข้างต้นเป็นทีมที่ให้บริการประจำ ยกเว้นพื้นที่ขอนแก่นที่เป็นลักษณะแพทย์ที่หมุนเวียนมาให้บริการ นอกจากนี้ยังมีทีมที่ให้บริการเพิ่มเติม หรือให้บริการชั่วคราวดังนี้

✱ **ขอนแก่น** ลักษณะการหมุนเวียนแพทย์ที่ห้องตรวจ OPD-GP

✱ ห้องตรวจ เข้า 3 ห้อง ปาย 1 ห้อง

✱ แพทย์ที่หมุนเวียนให้บริการเป็นแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ใช้ทุน ทุกคน ยกเว้น พยาธิแพทย์ รังสีแพทย์ และวิสัญญีแพทย์

✱ เฉลี่ยแพทย์แต่ละท่านมีโอกาสออก OPD เดือนละ 2 ถึง 3 ครั้ง ครั้งละ 1 คาบ (สามชั่วโมง)

✱ **นครราชสีมา** มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมมาช่วยออก OPD เพื่อให้บริการโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ทุกวันพุธ

✱ **อยุธยา** การบริการนอกเวลาราชการนั้น จะมีแพทย์และพยาบาลจากหน่วยงานอื่นมาช่วยหมุนเวียนให้บริการ โดยรับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา

✱ **ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหาดใหญ่** มี 2 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะที่เป็นศูนย์ใหญ่มีแพทย์ให้บริการทุกวัน และมีทันตแพทย์แต่ละ 1 คน เกสเซอร์ 1 คน (ศูนย์ 42 ไม่มี) และมีพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ละ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1-2 คน ลูกจ้าง 2 คน ให้บริการครบทุกประเภท 2) ลักษณะที่เป็นศูนย์เล็ก เป็นศูนย์ที่ตั้งในชุมชน และศูนย์ที่ตั้งในโรงเรียน มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิค 1 คน ลูกจ้าง 2 คน เป็นผู้ให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล งานบริการ ANC, WBC (มีเจ้าหน้าที่จากกองอนามัยและสิ่งแวดล้อมเทศบาล มาช่วยให้บริการเพิ่ม) รวมทั้งงานควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ในศูนย์ใหญ่มีคนขับรถอีกแต่ละ 1 คน และศูนย์เล็กมี 4 แห่งที่มีรถและมีคนขับรถซึ่งเป็นลูกจ้าง

วิเคราะห์เปรียบเทียบ

● องค์ประกอบและจำนวน

ในส่วนที่เป็นรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้านเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลใหญ่เหมือนกัน ส่วนของขอนแก่นใช้แพทย์ให้บริการ 4 คนต่อวัน คนละ 1 คาบ คือ 4 ชั่วโมง ในขณะที่นครสวรรค์ใช้แพทย์ 2 คนให้บริการคนละ 1 คาบยอมให้บริการผู้ป่วยได้จำนวนน้อยกว่า แต่เมื่อคิดเป็นจำนวนการให้บริการต่อคาบต่อคน ก็พบว่าบริการที่ขอนแก่นมากกว่านครสวรรค์ 3 เท่า ส่วนพยาบาลนั้นในพื้นที่นครสวรรค์มีพยาบาลร่วมให้บริการในจำนวนมากกว่า

ในส่วนที่เป็นรูปแบบของศูนย์แพทย์เช่นเดียวกัน ศูนย์แพทย์ที่นครราชสีมามีพยาบาลวิชาชีพให้บริการ 4 คน แต่ไม่มีพยาบาลเทคนิคหรือผู้ช่วยพยาบาล ในขณะที่อยุธยามีพยาบาลวิชาชีพให้บริการน้อยกว่า (1-2 คน) และมีพยาบาลเทคนิค 2 คน ทั้งนี้เพราะที่นครราชสีมาใช้บุคลากรที่มีอยู่และสนใจงานนี้ ส่วนการมีแพทย์เฉพาะทางมาช่วยตรวจที่ศูนย์ฯ นครราชสีมาด้วย เพราะแพทย์เฉพาะทางที่มามีความสนใจงานนี้เป็นการส่วนตัว ซึ่งก็ทำให้บริการที่ศูนย์ฯ นี้ได้รับการเป็นที่ยอมรับได้มากในช่วงแรก เพราะเป็นแพทย์ที่มีผู้ป่วยประจำอยู่แล้วจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ที่นครราชสีมามีบุคลากรที่เป็นเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การเพิ่มมาทำงานทางด้านตรวจชันสูตรเพิ่มอีก 1 คน เพราะพื้นที่ที่ตั้งของศูนย์ที่นครราชสีมาอยู่ไกลจาก รพ. และระบบ รพ.มหาราชฯ ค่อนข้างใหญ่ ไม่สะดวกในการไปรับบริการมากนัก และเนื่องจากเป็นกรณีพิเศษที่เจ้าหน้าที่คนนี้ช่วยในด้านลงข้อมูลคอมพิวเตอร์ด้วย นครราชสีมาที่เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุขเพิ่มอีก 1 คน เพราะที่ศูนย์ฯ นี้ได้ขอตั้งเป็น

12

รพ. สาขาของรพ.มหาวิทยาลัย ที่มีอำนาจการจัดการเงินบำรุง และการจัดซื้อจัดจ้างได้เองระดับหนึ่ง จึงมีบุคลากรมารับผิดชอบเรื่องนี้โดยเฉพาะ โดยสรุปที่นครราชสีมามีบุคลากรมากกว่า และหลายประเภทมากกว่าที่อยุธยา (ส่วนผลงานมีความต่างหรือไม่ ให้พิจารณาในส่วนที่เป็นผลงานบริการ)

ในพื้นที่อยุธยา แพทย์ที่ศูนย์ที่ 1 จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการรักษาพยาบาลในศูนย์ที่ 2 และ 3 ที่ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์ 2 และ 3 ที่มีเพิ่มขึ้นจากศูนย์ 1 คือมาทำหน้าที่ให้บริการแทนแพทย์ ทั้งเพราะปัญหาการขาดแคลนแพทย์

• ความเป็นทีม และร่วมรับผิดชอบของทีมผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่

ในส่วนการดำเนินงานที่ขอนแก่นจะมีจุดอ่อนมากที่สุด เพราะผู้ให้บริการมิได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบงานนี้โดยตรงเนื่องจากเป็นการหมุนเวียนแพทย์มาให้บริการเพียง 1-2 ครั้ง ความเป็นทีมย่อมไม่เกิดขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับนครสวรรค์ที่มีทีมรับผิดชอบจากเวชกรรมสังคมโดยตรง จึงมีโอกาสที่ทีมจะร่วมพัฒนางานนี้ได้มากกว่า รวมทั้งผู้จัดการและผู้ให้บริการเป็นกลุ่มเดียวกันจึงมีส่วนร่วมได้มาก ส่วนหาดใหญ่แม้ว่าจะเป็นการหมุนเวียนแพทย์ไปให้บริการ แต่การบริหารจัดการได้จัดให้เป็นทีมแพทย์ที่ออกไปจัดบริการที่ศูนย์เทศบาลแต่ละศูนย์เป็นการประจำ จึงมีสร้างความเป็นเจ้าของรับผิดชอบ และร่วมพัฒนางานได้ ส่วนในพื้นที่อยุธยา และนครราชสีมาเน้นวิธีการทำงานต้องทำเป็นทีมอยู่แล้ว ส่วนจะดำเนินงานได้ดี ทีมผู้ให้บริการมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นกับวิธีบริหารจัดการ และวิธีทำงานของผู้จัดการทีมว่าเปิดโอกาสมากน้อยเพียงใด และขึ้นกับความสามารถของบุคคลในทีมด้วย

2.3 การเตรียมความพร้อม และการพัฒนาบุคลากรที่ต่อเนื่อง

2.3.1 อยุธยา

ในระยะแรกมีการเตรียมความพร้อมของแพทย์ที่ให้บริการในด้านแนวคิด และเทคนิคบริการด้วยการส่งไปดูงานที่ประเทศอังกฤษ นาน 6 สัปดาห์ ส่วนเตรียมพยาบาลด้วยกิจกรรมส่งไปฝึกงานที่รพ.ชุมชนที่อยู่ในโครงการวิจัยอยุธยา และการส่งไปดูงานที่ต่าง ๆ จากนั้นจะมีการประชุมระหว่างทีมอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์

ในช่วงที่เปิดศูนย์ที่ 2 และ 3 ก็ดำเนินการคล้ายกัน แต่มีกระบวนการไปฝึกงานที่ศูนย์ที่ 1 เพิ่มพร้อมกับแพทย์ที่รับผิดชอบเป็นผู้แลกเปลี่ยนเตรียมความคิดของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด

พยาบาลวิชาชีพที่จะต้องทำงานเวชปฏิบัติแทนแพทย์ ได้รับกรณีอบรมต่อเนื่อง 1 เดือนในด้านโรค การตรวจรักษาร่วมพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ที่สนใจ

มีการสรุปประเมินผล และศึกษาดูงาน ประมาณ 1 ปีละ 1 ครั้ง

2.3.2 นครราชสีมา

มีการเตรียมทีมในด้านแนวคิดการทำงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว การทำงานเป็นทีม และกระบวนการให้บริการทางด้านสังคมจิตวิทยา ด้วยกระบวนการฝึกอบรม และการไปศึกษาดูงานที่อยุธยา และพื้นที่ทำงานอื่นๆ

ส่วนแพทย์ นั้นมีการเปลี่ยนบุคคลเข้ามามีงาน แต่ทุกคนก็ได้รับการเตรียมแต่มีวิธีที่ต่างกันตามโอกาส กล่าวคือ คนแรก เข้ากระบวนการเดียวกับพยาบาล คนที่สองได้เพิ่มเติมในการไปศึกษาดูงานที่ Scotland นาน 6 สัปดาห์ ส่วนคนที่สามขณะนั้นกำลังศึกษาในประเทศเบลเยียม และคนที่สี่มีการส่งให้เข้าร่วมในกระบวนการฝึกอบรมด้านเวชปฏิบัติครอบครัวที่โครงการวิจัยฯ นี้ จัดร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

มีการประชุมระหว่างทีมร่วมกันประมาณเดือนละ 1 ครั้ง

บุคลากรของศูนย์ฯ มีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์ฯ เป็นระยะ ๆ

2.3.3 ขอนแก่น

ในช่วงก่อนเปิดดำเนินการ และระหว่างดำเนินการ ทีมได้รับแนวคิดจากผู้จัดการทีม และเข้าร่วมในการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับงานเวชปฏิบัติทั่วไป รพ.ขอนแก่น

ใช้การประชุม ติดตามงานในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ส่วนใหญ่เป็นการเตรียมทางด้านบริหารจัดการมากกว่าแนวคิด และวิชาการด้านการจัดบริการ ไม่มีการจัดอบรมหรือเตรียมด้านแนวคิด และวิธีการจัดบริการด้านเวชปฏิบัติครอบคลุมโดยเฉพาะ

บุคลากรในทีมมีส่วนร่วมในการประเมินผล 1 ครั้ง

มีการเชิญนักวิชาการจากภายนอกเข้ามาดูงานและให้ความคิดเห็น วิจารณ์วิธีการดำเนินงาน

ในช่วงระยะหลัง ที่มีการเปิดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนแล้ว มีการส่งทีมให้ไปศึกษาดูงาน 1 ครั้ง และเข้าร่วมในกระบวนการฝึกอบรมด้านเวชปฏิบัติครอบคลุม (ปี 2540-2541)

2.3.4 นครสวรรค์

มีการเตรียมด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างทีมกับนักวิชาการภายนอก 3 ครั้ง

มีการประชุมระหว่างทีมเป็นระยะๆ

มีการไปศึกษาดูงานที่อยุธยา 1 ครั้ง

มีนักวิชาการภายนอกเข้าไปเยี่ยม และให้ความคิดเห็น 3 ครั้ง

2.3.5 หาดใหญ่ สงขลา

เป็นการประชุม แลกเปลี่ยนเตรียมความคิดของทีมโดยผู้จัดการทีมเป็นหลัก มีการเชิญนักวิชาการภายนอกไปร่วมแลกเปลี่ยนให้ความเห็น

ในส่วนเทศบาล แพทย์ที่รับผิดชอบเคยได้มีประสบการณ์ร่วมในการฝึกอบรมพัฒนางานสาธารณสุขเขตเมือง และเคยไปศึกษาดูงานที่อยุธยา ส่วนเจ้าหน้าที่คนอื่นได้จากการพูดคุย แลกเปลี่ยน

※ช่วงระยะแรก เป็นการจัดระบบให้ดำเนินไปได้ มีการพัฒนามูลฐานในช่วงระยะหลังเมื่องานดำเนินไปแล้วระยะหนึ่ง

※ช่วงระยะหลังนี้ จึงเริ่มให้แพทย์ของ รพ.หาดใหญ่ที่ดูแลการจัดบริการที่เทศบาลและเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมเข้าร่วมในกระบวนการอบรมด้านเวชปฏิบัติครอบคลุม ส่งไปศึกษาดูงานที่อยุธยา และสิงคโปร์ (ร่วมกับเจ้าหน้าที่เทศบาล) ในปี พ.ศ.2541

2.3.6 วิเคราะห์เปรียบเทียบ

การเตรียมความพร้อมของทีมบุคลากรในพื้นที่ 5 จังหวัดข้างต้นนี้ ได้รับการเตรียมด้วยเนื้อหาที่มีความแตกต่างกัน และความเข้มข้นที่ต่างกัน ในส่วนพื้นที่อยุธยาและนครราชสีมา มีการเตรียมด้านแนวคิดทัศนคติ ความรู้ และการจัดระบบบริการมากกว่าพื้นที่อื่น ทั้งด้วยวิธีการอบรม การฝึกปฏิบัติ ศึกษาดูงาน ทั้งนี้เพราะเชื่อมโยงกับแนวคิดการจัดบริการที่ 2 พื้นที่นี้เน้นคุณภาพบริการที่ให้บริการต่อเนื่องเป็นองค์รวม ในขณะที่พื้นที่อื่นเป็นการพัฒนาบริการผู้ป่วยนอกให้บริการอย่างรวดเร็ว และสะดวก จึงเน้นที่การเตรียมด้านบริหารจัดการเป็นหลักมากกว่าแนวคิดและทักษะบริการ รวมทั้งความเข้มข้นในการติดตามประเมินผลจะต่างกัน เพราะการจัดบริการใน 3 พื้นที่หลังเป็นการจัดบริการแบบเดิม ซึ่งอาจเห็นว่ามีให้บริการใหม่ ในขณะที่ 2 พื้นที่แรกเป็นการจัดระบบใหม่ จึงมีการติดตามประเมินมากกว่า ทั้งนี้ย่อมแสดงว่าแนวคิด และคุณภาพบริการที่คาดหวังเป็นปัจจัยที่สำคัญ ในการเตรียมความพร้อมของบุคลากร

3. เครื่องมือในการพัฒนาศูนย์บริการ

3.1 การมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน

รูปแบบการดำเนินงานที่อยุธยา นครราชสีมา และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหาดใหญ่ มีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจนเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างในวิธีการกำหนด และกระบวนการ กล่าวคือ ในพื้นที่อยุธยาดำเนินการภายใต้แผนการครอบคลุมบริการในเขตเทศบาลทั้งหมด (coverage plan) ซึ่งมีการวางแผนที่ตั้งของบริการ และการครอบคลุมไว้ล่วงหน้าก่อน ในขณะที่การดำเนินการที่นครราชสีมาเป็นการสร้างรูปแบบงาน กำหนดที่ตั้งของศูนย์ก่อน จากนั้นจึงกำหนดประชากรรับผิดชอบจากขอบรอบของที่ตั้งศูนย์ ส่วนศูนย์บริการขนาดใหญ่ มีการกำหนดชัด แต่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนแออัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ และเป็นการกำหนดตามวิธีทางบริหารมากกว่าการคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

ความเข้าใจของประชาชนต่อบทบาทของศูนย์บริการ และความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของศูนย์ มีความต่างกันระหว่างพื้นที่ ซึ่งมีผลต่อบทบาทของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการ ทั้งนี้สืบเนื่องจากกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์กับชุมชน กระบวนการลงทะเบียนเป็นประชากรในเขตรับผิดชอบมีความต่างกันกล่าวคือ ในพื้นที่อยุธยามีการทำความรู้จัก สร้างความสัมพันธ์ และชี้แจงการบริการของศูนย์ให้แก่ประชาชนทุกครัวเรือนก่อนเปิดดำเนินการ เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ต่อประชาชน แต่พื้นที่นครราชสีมาเน้นที่การเก็บข้อมูลพื้นฐานของประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่าการสร้างความสัมพันธ์ ส่วนพื้นที่หาดใหญ่ก็เป็นการแบ่งประชาชนรับผิดชอบตามเขตการบริหาร มิได้มีกระบวนการที่แจ้งความรับผิดชอบต่อบุคลากรต่อประชาชน

ในส่วนงานเวชปฏิบัติทั่วไปที่ รพ.ขอนแก่น ไม่มีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน เป็นการเน้นให้บริการรักษาแบบตั้งรับ ส่วนงานเวชปฏิบัติทั่วไป ที่รพ.สวรรค์ประชารักษ์ มีการกำหนดประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นชุมชนแออัด 3 ชุมชน ในเขตรับผิดชอบของเวชกรรมสังคม และการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยรายได้น้อย ผู้มีบัตรประกันสุขภาพ (ทีมพยายามจัดระบบรองรับกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มากกว่าที่ขอนแก่น)

การมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจนนั้น เป็นบันไดขั้นแรกในการที่จะทำงานเชิงรุกร่วมกันระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2 สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล สะดวก ใกล้

การดำเนินงานที่อยุธยา และนครราชสีมา ได้จัดตั้งศูนย์ใหม่ที่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชน คำนึงถึงการเดินทางที่สะดวก ส่วนหาดใหญ่ ศูนย์บริการสาธารณสุขตั้งมาก่อนแล้วซึ่งส่วนใหญ่ก็ตั้งอยู่ในชุมชนเดินทางได้สะดวก และการตั้งสถานที่ใหม่ก็ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่เป็นชุมชน เดินทางได้สะดวก

ส่วนนครสวรรค์ นั้นประชาชนในเขตพื้นที่ชุมชนแออัดมาใช้บริการไม่สะดวก แต่ส่วนประชากรที่มีสิทธิบัตรอื่นๆ สามารถมาใช้บริการได้ เพราะเดินทางสะดวก แต่กลุ่มผู้มีสิทธิบัตรนี้เป็นกลุ่มที่ใหญ่กว้างขวาง ย่อมต้องมีกลุ่มประชากรจำนวนหนึ่งที่ใช้บริการง่าย บางกลุ่มอาจจะยาก (แต่ไม่ได้วิเคราะห์แยกรายละเอียด)

ส่วนในพื้นที่ขอนแก่น ไม่ได้มีการกำหนดประชากรรับผิดชอบ แต่ทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาลสามารถเดินทางมาได้สะดวก แต่ความใกล้ ใกล้ย่อมประเมินได้ยาก เพราะพื้นที่เขตเทศบาลนั้นกว้างขวาง

➡ หากเปรียบเทียบทั้งหมดย่อมเปรียบเทียบยาก เพราะรูปแบบบริการโดยรพ.มิได้กำหนดประชากรรับผิดชอบที่ชัด จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าประชากรมาใช้บริการได้สะดวกหรือไม่ จากการดูสถานที่ตั้งเพียงประการเดียว แต่จะต้องดูระบบการให้บริการร่วมด้วย ซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อการจัดบริการ

3.3 ประเภทบริการที่ครอบคลุม และวิธีการจัดบริการที่เอื้อต่อการรับบริการได้ง่าย สะดวก เข้าถึงได้ และมีคุณภาพที่ดี

รายละเอียดของประเภทบริการที่ให้โดยสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่ แสดงดังตารางที่ 1 ซึ่งประเภทบริการย่อมแตกต่างกันแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่จัดบริการในลักษณะที่เป็นศูนย์แพทย์หรือศูนย์บริการสาธารณสุข ในพื้นที่อยุธยา นครราชสีมา และหาดใหญ่ ให้บริการในลักษณะที่ผสมผสานทั้งที่เป็นบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคบางส่วน และบริการฟื้นฟูสภาพบางส่วน โดยทีมงานทีมเดียว ณ สถานที่เดียวกัน ไม่มีระบบที่ซับซ้อน รวมทั้งมีบริการเยี่ยมบ้านที่เชื่อมต่อสำหรับประชากรในเขตรับผิดชอบ แต่รายละเอียด และขอบเขตการให้บริการมีความกว้างขวางไม่เท่ากันในระหว่างพื้นที่ 2) บริการที่ห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลใหญ่ในรพ.ขอนแก่น และรพ.สวรรค์ประชารักษ์ ให้บริการแต่เฉพาะงานรักษาพยาบาล แต่บริการอื่นๆ จะให้บริการโดยบุคลากรในแผนกเฉพาะทางอื่นๆ ของรพ. โดยไม่มีระบบการเชื่อมต่อข้อมูล และไม่มีระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง แต่หากรวมบริการทั้งรพ.ย่อมมีบริการที่มีขอบเขตกว้างขวาง

ตารางที่ 1 ประเภทบริการ ที่ให้บริการในศูนย์แพทย์ชุมชน และ ห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ต่าง ๆ

ประเภทบริการ	ศูนย์แพทย์ฯ อยุธยา	ศูนย์แพทย์ฯ นครราชสีมา	ศูนย์บริการฯ หาดใหญ่	OPD-GP ขอนแก่น	OPD-GP นครสวรรค์
1. รักษาพยาบาล					
1.1 ปัญหาเฉียบพลัน	บริการทุกกลุ่มอายุ และเพศ	บริการทุกกลุ่มอายุ และเพศ	บริการทุกกลุ่มอายุ และเพศ	บริการเฉพาะผู้ใหญ่ และที่ไม่ใช่ปัญหาทางสูติ-นรีเวช	บริการเฉพาะผู้ใหญ่ และที่ไม่ใช่ปัญหาทาง สูติ-นรีเวช
1.2 ปัญหาโรคเรื้อรัง และระบบการติดตาม	ให้บริการโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และอื่นๆ ในลักษณะที่คละกับการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป ทุกวันมีระบบติดตามเมื่อมีการขาดนัด หรือมีปัญหาอื่นๆ	มีการจัดบริการแยกเป็นคลินิกพิเศษคือ คลินิกเบาหวาน และคลินิกโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ช่วงเช้า มีระบบติดตามเมื่อมีการขาดนัด หรือมีปัญหาอื่นๆ	มีการให้บริการในศูนย์บริการ 2 แห่งที่มีแพทย์ให้บริการ ในเวลาราชการ ศูนย์ที่ไม่มีแพทย์ ถ้าพบ case ให้นัดพบแพทย์ ช่วงบ่ายในวันที่มีแพทย์ไปให้บริการประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ไม่มีบริการที่แผนกนี้ แต่เป็นบริการโดยแผนกเฉพาะทางอื่น ซึ่งจัดเป็นคลินิกเฉพาะ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมเมื่อขาดนัด หรือเมื่อมีปัญหา	ไม่มีบริการที่แผนกนี้ แต่เป็นบริการโดยแผนกเฉพาะทางอื่น มีการติดตามทางจดหมายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันฯที่ขาดนัด
1.3 ปัญหาด้านจิตใจ และด้านสังคม	มีการให้บริการที่คละกันไปกับบริการทั่วไป ไม่มีระบบรองรับที่ชัดเจน	มีการให้บริการที่คละกันไปกับบริการทั่วไป มีการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มโรคเรื้อรัง ตอนพฤหัสบาย	ไม่ชัดเจน มีบ้างที่คละกับบริการทั่วไป	ให้บริการโดยแผนกอื่น ในรพ.	ให้บริการโดยแผนกอื่น ในรพ.
1.4 การผ่าตัดเล็ก	มีการผ่าตัดเล็ก ตามขอบเขตที่แพทย์ทั่วไป และพยาบาลทำได้	มีการผ่าตัดเล็ก ตามขอบเขตที่แพทย์ทั่วไป และพยาบาลทำได้ แล้วแต่แพทย์จะทำแค่ไหน	มีการผ่าตัดเล็ก เฉพาะในศูนย์ฯที่มีแพทย์	บริการโดยแผนกศัลยกรรมของรพ.	บริการโดยแผนกศัลยกรรมของรพ.

ประเภทบริการ	ศูนย์แพทย์ฯ อยุธยา	ศูนย์แพทย์ฯ นครราชสีมา	ศูนย์บริการฯ หาดใหญ่	OPD-GP ขอนแก่น	OPD-GP นครสวรรค์
1.5 การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ	เก็บ specimen ที่ศูนย์แล้วส่งไปตรวจที่รพ. แต่กรณีเอกซเรย์ส่งไปตรวจที่รพ. โดยไม่ต้องผ่าน ไอพีดีของรพ.	ตรวจ CBC U/A Blood sugar ได้เองที่ศูนย์ นอกนั้นเก็บ specimen ที่ศูนย์แล้วส่งไปตรวจที่รพ. แต่กรณีเอกซเรย์ส่งไปตรวจที่รพ. โดยไม่ต้องผ่าน ไอพีดีของรพ. EKG ทำได้ที่ศูนย์ฯ	ส่งตรวจที่ศูนย์ฯ 2 ของเทศบาล ที่เป็นศูนย์กลางตรวจได้ถึง Blood chemistry นอกนั้นส่งไปตรวจต่อที่เอกชนหรือ รพ.หาดใหญ่แล้วแต่ผู้ใช้บริการ ไม่มีระบบการเชื่อมต่อโดยตรง ต้องผ่านระบบ OPD เหมือนผู้ป่วยทั่วไป	ใช้ระบบการตรวจชั้นสูตรปกติของรพ. ไม่มีการแยกเฉพาะ	ใช้ระบบการตรวจชั้นสูตรปกติของรพ. ไม่มีการแยกเฉพาะ
2. ส่งเสริมสุขภาพ					
2.1 ดูแลหญิงตั้งครรภ์	ให้บริการคละกับผู้ป่วยทั่วไปทุกวัน ไม่แยกคลินิกเฉพาะ ทั้งเช้าและเย็นโดยพยาบาล หากมีปัญหาจึงพบแพทย์	จัดเป็นคลินิกเฉพาะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เฉพาะเช้า โดยพยาบาล หากมีปัญหาจึงพบแพทย์	จัดเป็นคลินิกบริการเฉพาะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเวลาราชการ และนอกเวลาในศูนย์ที่มีแพทย์รพ. ให้บริการ	บริการโดยแผนกสูติ-นรีเวช ทุกวัน ช่วงเช้า	บริการโดยแผนกสูติ-นรีเวช ทุกวัน ทั้งวันในเวลาราชการ
2.2 คลินิก WBC	จัดเป็นคลินิกเฉพาะสัปดาห์ละ 1 วัน แต่ใช้บริการได้ทั้งเช้าและเย็น (นอกเวลาราชการ)	จัดเป็นคลินิกเฉพาะสัปดาห์ละ 1 วัน เฉพาะเช้า	จัดเป็นคลินิกเฉพาะสัปดาห์ละ 1 วัน โดยมีพยาบาลจากกองชนวัยและสิ่งแวดล้อมเทศบาลมาช่วยให้บริการเพิ่ม	บริการโดยแผนกกุมารเวชกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ช่วงบ่าย	บริการโดยแผนกกุมารเวชกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ช่วงบ่าย เวชกรรมฯ ดูแลเรื่องยาและวัคซีน
2.3 วางแผนครอบครัว	ให้บริการทุกวัน	รายเก่า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รายใหม่รับทุกวัน	ทุกศูนย์สัปดาห์ละ 2-3 วัน	บริการโดยแผนกสูติ-นรีเวช ทุกวัน ช่วงเช้า	บริการโดยแผนกสูติ-นรีเวช ทุกวัน ช่วงเช้า

ประเภทบริการ	ศูนย์แพทย์ฯ อยุธยา	ศูนย์แพทย์ฯ นครราชสีมา	ศูนย์บริการฯ หาดใหญ่	OPD-GP ขอนแก่น	OPD-GP นครสวรรค์
2.4 การคัดกรองพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง	ยังไม่มีระบบการจัดบริการนี้	กำลังเตรียมดำเนินการ	ไม่มีบริการนี้	ไม่มีบริการนี้	ไม่มีบริการนี้
2.5 การให้คำปรึกษาในด้านการปรับพฤติกรรมหรือลดปัจจัยเสี่ยง	ยังไม่มีระบบการจัดบริการนี้เป็นระบบโดยเฉพาะ	มีบริการโดยพยาบาล 1 คน ขณะนี้เน้นให้บริการร่วมกับคลินิกเบาหวาน	ไม่มีบริการนี้	ไม่มีบริการนี้	ไม่มีบริการนี้
2.6 อื่นๆ				-มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่หน่วยงานที่มาติดต่อ	-มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่หน่วยงานที่มาติดต่อ - บริการคลินิกผู้สูงอายุทุกศุภรบาย
3. งานสุขภาพเฝ้าระวังและการป้องกันโรค	ไม่ได้ให้บริการ ประชาชนได้รับบริการจากเทศบาล	ไม่ได้ให้บริการ ประชาชนได้รับบริการจากเทศบาล	ไม่ได้ให้บริการโดยศูนย์ฯ แต่ดูแลโดยฝ่ายป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กองอนามัยและสิ่งแวดล้อม เทศบาล	ดูแลโดยเทศบาลเมืองขอนแก่น	ดูแลโดยเทศบาลเมืองนครสวรรค์
4. การควบคุมโรคติดต่อในชุมชน	มีการติดตามผู้ป่วยโรคติดต่อบ้าง แต่ไม่มีระบบการลงไปควบคุมโรคโดยตรง	มีการติดตามและควบคุมโรคตามฤดูกาล ร่วมกับบุคลากรจากเทศบาล และสสจ.	ดูแลโดยฝ่ายป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กองอนามัยและสิ่งแวดล้อม เทศบาล	ดูแลโดยฝ่ายเวชกรรมสังคมของรพ.ขอนแก่น และเทศบาลเมืองขอนแก่น	ดูแลโดยบุคลากรเพิ่มจากฝ่ายเวชกรรมสังคม เฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบ
5. พื้นฟูสภาพ	พยาบาลสามารถให้บริการกายภาพบำบัดที่ไม่ยากที่บ้าน	มีบริการให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ แต่เน้นการออกกำลังกาย	ไม่มีบริการนี้	บริการโดยกลุ่มงานฟื้นฟูสภาพ ของรพ.	บริการโดยกลุ่มงานฟื้นฟูสภาพ ของรพ.

ประเภทบริการ	ศูนย์แพทย์ฯ อยุธยา	ศูนย์แพทย์ฯ นครราชสีมา	ศูนย์บริการฯ หาดใหญ่	OPD-GP ขอนแก่น	OPD-GP นครสวรรค์
6. การติดตามเยี่ยมบ้าน และการบริการที่บ้าน	มีระบบการเยี่ยมบ้านทุก ป้ายของวันราชการ เพื่อ ติดตามผู้ป่วยที่ต้องการดูแล ต่อเนื่อง ให้การพยาบาล ติดตามผู้ป่วยขาดนัด ติดตามแม่และเด็กเล็ก	มีระบบการเยี่ยมบ้าน ตอน ป้ายของวันราชการ สัปดาห์ ละ 3 ครั้ง เพื่อติดตามผู้ป่วยที่ ต้องการดูแลต่อเนื่อง ให้การ พยาบาล ติดตามผู้ป่วยขาด นัด ติดตามแม่และเด็กเล็ก และออกตรวจสุขภาพคนงาน สัปดาห์ละ 2 ครั้งป้าย	มีการติดตามเยี่ยม แต่เน้นที่ การติดตามแม่หลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และเด็กแรกเกิด	หน่วยนี้ไม่ได้ให้บริการเอง มีการเยี่ยมบ้านโดย เวชกรรมสังคมเฉพาะใน บางชุมชน แต่เน้นแต่งงาน แม่และเด็ก และผู้ป่วยโรค เรื้อรัง	มีเยี่ยมบ้านเฉพาะ ประชากรในพื้นที่ชุมชน แอ๊ด 3 แห่ง
7. การติดตามผู้ป่วยที่มา รับบริการในตึกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล	มีการเยี่ยมติดตามกรณีที่ผู้ ป่วยในเขตไปรับบริการอยู่ ในตึกผู้ป่วยในที่รพ. อยุธยา	มีบ้างที่แพทย์ และพยาบาล ตามไปดู case ที่สนใจ	ไม่มีบริการนี้	ไม่มีบริการนี้	ไม่มีบริการนี้
8. การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของประชาชน	ใช้กระบวนการประชุมกับ กรรมการศูนย์ฯ และการ เยี่ยมบ้าน	ใช้การประชุมที่ปรึกษาศูนย์ฯ และผ่านอสม.	ผ่านกลไกอสม. และกรรมการ ชุมชน	ไม่มีบริการนี้จากฝ่ายนี้ แต่ เป็นกิจกรรมของฝ่าย เวชกรรมสังคม	ผ่านกลไกอสม. ร่วมกับฝ่าย เวชกรรมสังคม

การจัดระบบที่เอื้อต่อการรับบริการที่สะดวก เข้าถึงง่าย และมีคุณภาพบริการที่ดี

ระบบบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชน หรือศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นลักษณะบริการที่เบ็ดเสร็จ ให้บริการพื้นฐานเกือบทุกประเภทแยกออกมาจากระบบโรงพยาบาลใหญ่ ขั้นตอนการทำบัตร การรอตรวจโรค การจ่ายเงิน และการรอรับยา สะดวกและรวดเร็วกว่าบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่ ที่ต้องรอรับบริการร่วมกับผู้ป่วยที่ต้องการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง และผู้รับบริการที่มาจากนอกเขตเทศบาลที่มีจำนวนมากทำให้ต้องเสียเวลามากกว่า

เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่มีหน่วยบริการที่หลากหลายมากกว่า การที่จะเข้าไปถึงบริการตรวจเวชปฏิบัติทั่วไป ย่อมต้องผ่านด่านขั้นตอนหลายชั้น มีผู้รับบริการมากกว่า การส่งต่อไปรับบริการที่แผนกต่าง ๆ มีความซับซ้อนมากกว่า รวมทั้งการจัดสถานที่ให้บริการจะจัดด้วยระบบที่เป็นสถาบัน เป็นห้องแยกหลายห้อง ในขณะที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา และนครราชสีมา มีการจัดสถานที่ภายในที่ไหลเวียนสะดวก ให้บรรยากาศใกล้ชิดมากกว่า และพยายามจัดให้สิ่งกีดขวางการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการมีน้อยที่สุด ตัวอย่างเช่น ห้องบัตรที่โรงพยาบาลใหญ่ จะเป็นห้องที่ปิดด้วยกระจกหรือลูกกรงเหล็ก มีช่องให้พูดติดต่อกันเล็ก ๆ แต่ที่ศูนย์แพทย์ จะไม่มีส่วนที่ขวางกั้น เป็นเคาน์เตอร์โล่ง หรือที่ห้องรับยาก็เป็นลักษณะเช่นเดียวกัน ที่ศูนย์แพทย์นครราชสีมา และอยุธยา จะจัดเป็นโต๊ะนั่งให้ผู้รับบริการนั่งฟังคำอธิบายจาก ผู้จ่ายยาได้สะดวก และเน้นการซักซ้อมความเข้าใจในการใช้ยา พร้อมจ่ายเงินไปพร้อมกัน

การจัดสถานที่ที่เอื้อต่อการปรึกษาปัญหาที่ลึกซึ้ง ในห้องตรวจผู้รับบริการที่โรงพยาบาลโดยทั่วไปในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นห้องที่ไม่มีติดชิด และมักมีการให้บริการผู้ป่วยพร้อมกันหลายคน ในขณะที่ห้องตรวจที่ศูนย์แพทย์นครศรีอยุธยา และนครราชสีมาจัดให้ห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัว เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการพร้อมที่จะเล่าปัญหาที่ลึกซึ้งได้ง่ายขึ้นกว่าที่อื่น ทั้งนี้เพื่อเอื้อต่อการบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาทางด้านจิตใจ และด้านสังคมมากขึ้น

ระบบการติดตามผู้รับบริการเมื่อไม่มาตามนัด และการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกรพ.ขอนแก่น ไม่มีระบบการติดตามเมื่อผู้รับบริการไม่ว่าที่เป็นโรคเรื้อรัง หรืองานส่งเสริมสุขภาพไม่มาตามนัด เพราะไม่มีผู้รับผิดชอบผู้รับบริการที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ในรพ.สวรงค์ประชารักษ์ มีระบบการติดตามเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยฝ่ายเวชกรรมสังคมที่ตามด้วยจดหมาย และมีการติดตามเพิ่มเติมด้วยเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยถึงขั้นวิกฤต และเด็กเล็ก แต่ศูนย์แพทย์ชุมชนที่อยุธยา และนครราชสีมา มีระบบการจัดการข้อมูลผู้รับบริการที่รู้ได้ว่าใครขาดนัด และมีเกณฑ์ในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อดูว่ามีปัญหาอย่างไร

ทั้งหมดข้างต้นนี้ แสดงถึงจุดเด่นของการให้บริการในรูปแบบของศูนย์แพทย์ชุมชนที่เบ็ดเสร็จ สะดวก และแสดงถึงข้อจำกัดในด้านความสะดวกของระบบบริการผู้ป่วยนอกของรพ.ใหญ่อย่างเช่น รพ.ขอนแก่น และรพ.สวรงค์ประชารักษ์

3.4 การมีระบบข้อมูลข่าวสาร ที่ค้นหาง่าย เชื่อมโยงบริการได้

พื้นที่อยุธยา นครราชสีมา มีการเตรียมการระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารที่ชัดเจน โดยการเตรียมข้อมูลพื้นฐานเป็นครอบครัว มีระบบการจัดเก็บเป็นแฟ้มครอบครัว รวมทั้งบัตรให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เก็บรวมกันเป็นแฟ้มเดียวกัน มีระบบการจัดการเก็บข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการติดตาม

ผู้ป่วยเมื่อขาดนัด มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างการเยี่ยมบ้านกับการให้บริการในศูนย์ฯ (แต่ยังมีความแตกต่างในรายละเอียดของความสนใจในการนำข้อมูลที่บ้านมาใช้ให้บริการแก่ผู้รับบริการ ส่วนนี้เป็นความเห็นที่ได้จากการพูดคุย สัมภาษณ์ และสังเกตการปฏิบัติงาน ยังไม่มีตัววัดที่ชัดเจน)

มีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการติดตามกำกับงานเป็นระยะๆ ส่วนข้อมูลเพื่อการประเมินผล และรายงาน มีการจัดระบบที่ชัดเจนในส่วนพื้นที่นครราชสีมา ได้แก่ ข้อมูลต้นทุนบริการ แบบแผนการให้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ในพื้นที่อยุธยา มีการประเมินผลชัดเจนในช่วงระยะแรก

✳ **ส่วนขอนแก่น** มีระบบข้อมูลรายบุคคลแต่ละคนที่มาใช้บริการในระบบคอมพิวเตอร์ ที่เชื่อมต่อกันทั้งระบบในโรงพยาบาล และเชื่อมกับแพทย์ผู้ให้บริการเพื่อใช้ในการบริหารจัดการให้คำตอบสนอง และใช้ในการคิดเงินค่าบริการ และจัดทำรายงาน แต่ไม่มีการใช้เพื่อติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด หรือไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างฝ่ายเพื่อใช้ในการให้บริการ การใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามกำกับไม่ชัดเจน มีการประเมินผลเป็นการเฉพาะ 1 ครั้ง

✳ **ระบบที่นครสวรรค์** ก็เช่นเดียวกับระบบที่ขอนแก่น แต่ไม่มีข้อมูลส่วนผู้ให้บริการที่ใช้ในการจ่ายค่าตอบแทน มีเพิ่มเติมจากขอนแก่นคือการเก็บข้อมูลพื้นฐานครอบครัวของประชากรในพื้นที่ชุมชนแออัด ซึ่งใช้ในการเยี่ยมบ้าน แต่มีได้นำมาใช้บริการในโรงพยาบาลร่วมด้วย

✳ **ศูนย์บริการเทศบาลเมืองหาดใหญ่** ใช้ระบบข้อมูลตามปกติ ซึ่งเป็นข้อมูลการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ รายบุคคล ยังไม่มีการจัดเก็บเป็นแฟ้มรายครอบครัว แต่มีข้อมูลพื้นฐานรายครอบครัวเก็บไว้ในแฟ้มแยกเฉพาะ ไม่มีการจัดระบบข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลเพื่อการติดตามกำกับงาน ใช้ข้อมูลเพื่อการรายงานตามระบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีระบบข้อมูลเพื่อการประเมินผลที่ชัดเจน

➡ เมื่อเปรียบเทียบระบบข้อมูลทั้งหมดข้างต้นย่อมเห็นความแตกต่างของระบบข้อมูลในระบบของศูนย์แพทย์ กับระบบบริการของแผนกเวชปฏิบัติทั่วไปของรพ. เพราะการให้ความสำคัญของข้อมูลในส่วนการให้บริการ และการเชื่อมโยงบริการต่างกัน รพ.ไม่ได้ให้ความสำคัญจุดนี้ เพราะแนวคิดบริการมิได้พิจารณาประเด็นนี้เป็นคุณภาพบริการที่มีความสำคัญ แม้รพ.จะมีเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ที่สามารถถูกนำมาใช้ได้ แต่มิได้มีผู้รับผิดชอบดึงข้อมูลมาใช้ เน้นการใช้เพื่อการบริการ และการรายงานเป็นหลัก มิได้ใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ ส่วนศูนย์บริการเทศบาล มีศักยภาพที่จะพัฒนาต่อได้ง่ายหากบุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจต่อระบบข้อมูลมากขึ้น สามารถดำเนินการได้เองภายใต้ระบบของศูนย์ฯ

3.5 ระบบการเก็บเงินผู้รับบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม

ในทุกพื้นที่ยกเว้นพื้นที่อยุธยา ใช้ระบบการเก็บเงินตามระบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือมีการเก็บเงินตามค่าบริการ และค่ายาจากผู้รับบริการโดยตรง ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่มีการประกันสุขภาพ หรือไม่สิทธิในการรับสวัสดิการใดๆ

ในพื้นที่อยุธยา มีวิธีเก็บที่ต่างไปคือระบบการเก็บเงินเป็นค่าบริการคงตัว (Flat rate) ในกรณีที่ผู้ที่ไม่สิทธิใดๆ ในกรณีที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพแบบเฉียบพลัน เสียค่าบริการ 90 บาทต่อ episode (ระยะแรกเก็บ 70 บาท มาปรับเพิ่มขึ้นเพราะค่าใช้จ่ายไม่พอ) ไม่ว่าจะมียาอย่างน้อยเพียงใด แม้จะมารับบริการกี่ครั้งในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกันไม่ต้องจ่ายเพิ่ม หรือหากผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ก็ไม่ต้องเสียเงินเพิ่ม ศูนย์แพทย์ฯ จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายแทน ส่วนกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเก็บค่าบริการคงที่เป็น

รายปี เป็นการประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่อง ส่วนวิธีการนี้ส่งผลกระทบอย่างไร คงต้องพิจารณาจากผลงาน และการสมดุลงบของรายรับ รายจ่ายของศูนย์ที่ต้องพิจารณาในส่วนผลงานในหัวข้อต่อไป

3.6 การปฏิสัมพันธ์กับชุมชน

กลไกการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนนี้ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจสถานการณ์สุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น รวมทั้งช่วยให้ประชาชนเข้าใจบทบาทการทำงานของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว และของชุมชนได้ แต่ทั้งนี้ผลปฏิบัติจริงจะเป็นอย่างไรขึ้นกับการวางแผนออกแบบบริการให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้มากน้อยเพียงใด และทีมผู้จัดการ และผู้ให้บริการมีทักษะในการสื่อสาร ทำความเข้าใจกับประชาชนได้อย่างไร

แผนกเวชปฏิบัติทั่วไป รพ.ขอนแก่น ไม่มีระบบที่รับผิดชอบประชากรที่ชัดเจน จึงไม่มีระบบการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกัน มีแต่ที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมรับผิดชอบชุมชนในเขตเทศบาลบางชุมชนแต่ไม่ได้เชื่อมโยงกับ OPD-GP ยกเว้นแต่งงานพัฒนาใหม่ในรูปศูนย์แพทย์ชุมชนที่เริ่มมีการรับผิดชอบชุมชนที่ชัดเจน มีระบบการประชุม พูดคุยกับชุมชนในเขตรับผิดชอบ

ระบบเวชปฏิบัติทั่วไป รพ.สวรงค์ประชากรวัยที่ดูแลโดยฝ่ายเวชกรรมสังคม มีระบบรับผิดชอบประชากรในชุมชนแออัด 3 พื้นที่ เจ้าหน้าที่จากเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่ที่ตรวจที่ OPD-GP มีการติดตามเยี่ยมบ้านในพื้นที่ตามลักษณะงานปกติ มีการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทำงานกับผู้แทนชุมชนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ผสมผสานกับการบริการรักษาพยาบาลที่รพ.ได้ยาก เพราะประชาชนในเขตที่ฝ่ายรับผิดชอบมาใช้บริการที่รพ.น้อยมาก

ศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมที่เทศบาลพบชุมชนในรูปของกิจกรรมบริการประเภทต่าง ๆ ที่ทุกหน่วยของเทศบาลออกไปให้บริการพร้อมกัน รวมทั้งนายกเทศมนตรี และแพทย์จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งประชาชนที่มีความใกล้ชิดกับเทศบาลท้องถิ่น และเทศบาลมีระบบให้ร้องเรียนปัญหาทุกประเภทผ่านเทศมนตรี ไม่มีระบบเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ศูนย์แพทย์ชุมชนนครศรีอยุธยา มีแผนการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนตั้งแต่ก่อนเปิดศูนย์ ด้วยการออก census พูดคุยกับทุกครัวเรือน การหาตัวแทนของชุมชนที่ไม่เป็นทางการ และจัดตั้งเป็นกรรมการของศูนย์แพทย์ มีการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ทุกเดือนเพื่อร่วมกันพัฒนาศูนย์ เจ้าหน้าที่พูดคุยขณะให้บริการเป็นรายบุคคล สัมพันธ์ด้วยการเยี่ยมบ้านในรายที่มีความจำเป็น และมีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ซึ่งได้เงินจากการบริจาคของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ไม่ได้เน้นการทำงานร่วมกับ อสม.

ศูนย์แพทย์นครราชสีมา มีคณะกรรมการที่ปรึกษาศูนย์แพทย์ซึ่งเชื่อมต่อกับสภาตำบล ให้มีส่วนในการเสนอความเห็นต่อการพัฒนาศูนย์ และสนับสนุนทรัพยากรแก่ศูนย์ฯ และสัมพันธ์กับชุมชนด้วยการเยี่ยมบ้านเป็นรายครัวเรือนตามความจำเป็น นอกจากนี้มีการทำงานชุมชนร่วมกับ อสม. ซึ่งเป็นงานที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับฝ่ายเวชกรรมสังคม ของรพ.นม.

จากทั้งหมดข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นถึงจุดเด่นที่การให้บริการในรูปแบบของศูนย์แพทย์หรือศูนย์บริการที่มีแนวคิดการทำงานกับชุมชนจริงๆ จะมีเงื่อนไขของการสร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนได้ง่ายกว่า และเป็นจริงมากกว่าการเป็นหน่วยงานย่อยในระบบรพ.ใหญ่

3.7 ระบบการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล / ระบบบริการทุติยภูมิ

ระบบการเชื่อมโยงกับรพ. หรือการบริการทุติยภูมินี้ มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือในการเชื่อมต่อการให้บริการที่จำเป็นกับประชาชนได้อย่างครอบคลุม พอเพียงและต่อเนื่อง อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการจัดบริการในลักษณะงานเวชปฏิบัติทั่วไป ในรพ.ศูนย์ เช่นในกรณีรพ.ขอนแก่น รพ.สวรงค์ ประชากรนั้น ความเชื่อมโยงกับระบบบริการเฉพาะทาง หรือระบบทุติยภูมิจะเป็นลักษณะการส่งต่อภายในรพ. ด้วยกัน เป็นลักษณะการประสานระหว่างแผนกหนึ่งกับอีกแผนกหนึ่งตามระบบปกติของรพ. ไม่มีผู้รับผิดชอบการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือดูแลในภาพรวม แต่เป็นระบบการส่งทอดต่อกันไป

ส่วนระบบการจัดบริการที่เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา เชื่อมโยงกับรพ. ในฐานะที่รพ.ช่วยให้บริการอื่นๆ ที่ศูนย์ฯให้บริการไม่ได้ทั้งในด้านการตรวจชันสูตร (ซึ่งเป็นทางด่วนไปที่แผนกได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านไอพีดี) และการตรวจรักษาต่อเนื่องผ่านระบบการส่งต่อ มีระบบการจัดการเพื่อให้มีการเชื่อมโยงบริการโดยที่ศูนย์แพทย์ฯ เป็นผู้รับผิดชอบประชากรในเขตอย่างต่อเนื่อง เช่นการมารับบริการต่อเนื่องที่ศูนย์ เมื่อตรวจชันสูตรแล้ว หรือเมื่อผู้ป่วยออกจาก รพ.แล้ว หรือการที่เจ้าหน้าที่ศูนย์เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยในรพ. รวมทั้งในกลุ่มประชากรที่จ่ายแบบ Flat rate ศูนย์ฯเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาที่รพ. นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลในการจัดสรรเวชภัณฑ์บริการให้ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีระบบที่เจ้าหน้าที่ศูนย์เข้าร่วมงานวิชาการของโรงพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ. ลักษณะความสัมพันธ์เป็นระหว่างหน่วยงานกับหน่วยงานด้วยกัน แต่เชื่อมโยงต่อกันในด้านวิชาการ และการให้บริการ

ระบบของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครราชสีมา มีลักษณะส่วนใหญ่ของการจัดบริการที่เชื่อมโยงและการสนับสนุนคล้ายกับที่อยุธยา แต่มีความต่าง คือศูนย์แพทย์ที่นี้ถือเป็นสาขาบริการของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงานมีการเชื่อมต่อกันมากกว่า ศูนย์ฯยังนับเป็นส่วนหนึ่งของรพ. แต่มีความอิสระระดับหนึ่งที่ต่างจากการเป็นรูปแบบของงานเวชปฏิบัติทั่วไปในรพ. บุคลากรให้บริการที่ศูนย์ส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรจาก รพ.ใหญ่ ซึ่งต่างจากอยุธยา ที่เป็นบุคลากรที่จัดสรรมาเป็นการเฉพาะ

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหากใหญ่ ยังไม่มีการจัดระบบการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลที่เป็นระบบพิเศษ เป็นระบบการส่งต่อไปใช้บริการตามระบบปกติ ไม่มีช่องทางด่วนในการเข้าไปใช้บริการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ ไม่มีการเชื่อมต่อเนื่องระบบการเงินที่ดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบ รวมทั้งยังไม่มีการจัดระบบที่ดูแลประชากรที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว มีความต่างจากที่อื่น คือการมีทีมแพทย์ไปให้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 ศูนย์เป็นการเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยที่รพ.เป็นผู้สนับสนุนค่าตอบแทนให้ แต่การให้บริการในศูนย์ 3 แห่งนี้ก็ยังไม่มีการเชื่อมโยงที่ต่อเนื่อง เป็นลักษณะการจัดบริการเป็นจุดๆ

➡ หากพิจารณาเปรียบเทียบความเชื่อมโยงทั้งหมดข้างต้น โดยพิจารณาจากมุมมองของผู้ให้บริการแล้ว รูปแบบการเชื่อมโยงในลักษณะที่ศูนย์แพทย์อยุธยาและนครราชสีมา น่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้

บริการมากที่สุด เพราะมีผู้รับผิดชอบดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีความสะดวกมากขึ้นในเชื่อมต่อบริการกับโรงพยาบาล โดยที่หน่วยงานให้บริการทั้งรพ.และศูนย์แพทย์มีได้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมาก เป็นเพียงการจัดระบบการจัดการ และการทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลขนาดใหญ่มีศักยภาพที่จะพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนได้หากจัดระบบการเชื่อมโยงบริการให้ต่อเนื่องมากขึ้น ส่วนรูปแบบของแผนกเวชปฏิบัติทั่วไปยังมีข้อจำกัดเพราะขาดผู้รับผิดชอบดูแลผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้มีการจัดระบบเพื่อการดูแลผู้ใช้บริการในภาพรวม เป็นการจัดระบบตามกิจกรรม มากกว่าการพิจารณาจัดบริการโดยพิจารณาประชาชนเป็นศูนย์กลาง

4. ระบบการบริหารจัดการ: ความคล่องตัวและศักยภาพในการปรับตัวของระบบให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ และการคงอยู่ระยะยาว

ซึ่งในที่นี้หมายถึงการมีอำนาจในการบริหารจัดการทั่วไป จัดหาทรัพยากรเพื่อใช้ในการให้บริการได้คล่องตัว สามารถปรับวิธีการจัดบริการได้ง่าย เพื่อปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และการคงอยู่ในระยะยาว

OPD-GP รพ.ขอนแก่น มีการบริหารจัดการที่ขึ้นกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ระบบการจัดซื้อวัสดุ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ ต้องขึ้นกับฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล และผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล การจัดการบุคลากรที่ให้บริการต้องผ่านการเห็นชอบจากฝ่ายให้บริการอื่นๆ โดยรวมเนื่องจากบุคลากรที่ให้บริการมาจากทุกฝ่าย รายรับ รายจ่ายของหน่วยงานนี้จะถูกส่งเข้าไปผสมกับระบบของรพ.ใหญ่ ซึ่งระบบนี้มีจุดดีคือมีทรัพยากรมาก ถ้าทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเห็นด้วย มีจุดอ่อนคือหากมีส่วนใดไม่เห็นชอบก็จะชุลกชลัก ระบบการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ต่างๆ มีความล่าช้าเพราะต้องใช้ระบบใหญ่ของรพ.ที่มีปริมาณงานมาก การจัดการบุคลากรไม่คล่องตัวเพราะต้องประสานกับบุคคลจำนวนมาก (50-60 คน) การคงอยู่ระยะยาวขึ้นกับความเข้มแข็งของผู้บริหารจัดการ และการจัดระบบเข้าสู่ระบบปกติที่ทุกฝ่ายงานยอมรับได้

OPD-GP รพ.สวรงค์ประชารักษ์ อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโดยตรง ภายใต้การประสานความร่วมมือกับฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง ใช้นักวิชาการภายใต้กลุ่มงานซึ่งมี 3-5 คน การจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ ต่าง ๆ ใช้ทรัพยากรภายใต้กลุ่มงานนี้ ทำให้จัดการได้ง่ายขึ้น แต่มีข้อจำกัดคือบุคลากรน้อยกว่า และทรัพยากรน้อยกว่า แต่มีความคล่องตัวในระดับกลุ่มงาน ส่วนการหาเพิ่มเติมต้องขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการใช้งบประมาณและเงินบำรุงของโรงพยาบาล รายรับของหน่วยงานนี้ถูกส่งเข้าระบบเงินบำรุงของรพ.ใหญ่ ฉะนั้น ส่วนสนับสนุนอื่นๆ ต้องดำเนินการภายใต้การบริหารของระบบรพ.ใหญ่ ซึ่งจะคล่องตัวน้อยกว่า แต่ทั้งนี้ขึ้นกับประสิทธิภาพของโครงสร้างและระบบการบริหารเดิมขององค์กร และขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล การคงอยู่ระยะยาวขึ้นกับหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นหลัก ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากรพ.ใหญ่

ศูนย์แพทย์ชุมชนนครศรีอยุธยา เป็นหน่วยงานภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งในด้านการบริการบุคลากร การบริหารงบประมาณ และการบริหารทั่วไป โดยมีฝ่ายงานหนึ่งในสำนักงานสสจ.เป็นส่วนที่ดูแล และมีผู้อำนวยการศูนย์ที่เป็นผู้บริหารงานภายในทั้งหมด รายได้จากศูนย์ฯ ส่งเป็นเงินบำรุงของสสจ. ส่วนรายจ่ายใช้เงินบำรุงของสสจ.และงบประมาณสนับสนุนจากสสจ.ที่มีการจัดสรรยอดให้ศูนย์ฯโดยเฉพาะ ส่วนหนึ่งเป็นยอดที่จัดสรรให้จากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหนึ่งจัดสรรตาม

งานบริการที่ให้อัตโนมัติโดยสสจ. ระบบการจัดซื้อ จัดจ้างวัสดุ ครุภัณฑ์ ผ่านระบบงานพัสดุ และการเงินของสสจ. ยกเว้นแต่เวชภัณฑ์ที่เบิกจากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แต่สสจ.จัดสรรงบประมาณชดเชยให้รพ.เป็นรายปี ฉะนั้นระบบการจัดการส่วนใหญ่ยังต้องอิงกับระบบงานของสสจ. ฉะนั้นความคล่องตัวย่อมขึ้นกับประสิทธิภาพของระบบงานในสสจ. แต่ศูนย์ฯยังขาดความเป็น Autonomy ของตนเอง เพราะการใช้ทรัพยากรทั้งหมดยังต้องขึ้นกับสสจ. และผู้ดูแลนอกศูนย์แพทย์ การคงอยู่ระยะยาวยังมีปัญหาเพราะบุคลากรที่ให้บริการในศูนย์เป็นบุคลากรที่ยืมตัวจากหน่วยงานอื่น เพราะยังไม่มีโครงสร้างหน่วยงานที่รองรับชัดเจน เป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ชั่วคราว ซึ่งขึ้นกับนโยบายและการสนับสนุนจากสสจ.และกระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครราชสีมา เป็นหน่วยงานภายใต้การดูแลกำกับจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.มหาราชนครราชสีมา แต่มีความอิสระเป็นระดับหน่วยงานย่อย คือเป็นโรงพยาบาลสาขาของรพ.มหาราชฯ ที่มีอำนาจการจัดซื้อจัดจ้าง และจ่ายเงินบำรุงได้ระดับหนึ่งตามอำนาจที่ได้รับมอบหมาย รายรับของศูนย์ฯเข้าเงินบำรุงของศูนย์ฯเองที่แยกจากรพ.อย่างชัดเจน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งจากรพ. และจากกระทรวงสาธารณสุขโดยตรงผ่านระบบการจัดสรรเงินตามสิทธิบัตรของประชาชน (สปร. บัตรสุขภาพ ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ) ซึ่งผ่านมาทางรพ.มหาราชฯ การบริหารงานมีความอิสระคล่องตัวที่ดำเนินการได้ภายใต้การเป็นรพ.สาขา แต่ทั้งนี้ยังอยู่ภายใต้การดูแลของรพ.มหาราชฯ ความคล่องตัว และการคงอยู่ระยะยาวดีกว่ารูปแบบข้างต้นทั้งหมด เพราะมีความเป็นหน่วยงานที่ชัดเจน มีรายได้เป็นของตนเอง และสามารถตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีได้เองในขอบเขตที่ค่อนข้างสูง (วงเงิน 500,000 บาท)

ศูนย์บริการเทศบาลขนาดใหญ่ เป็นหน่วยงานปกติภายใต้การดูแลของเทศบาลเมืองหาดใหญ่ ฉะนั้นการบริหารจัดการทั้งหมดย่อมขึ้นกับระบบปกติของเทศบาล ซึ่งมีความคล่องตัวการจัดการได้ระดับหนึ่งภายใต้การเห็นชอบของเทศมนตรี และระเบียบบริหารของเทศบาลซึ่งยังมีข้อจำกัดในด้านการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรที่น้อยกว่ากระทรวงสาธารณสุข แต่ขณะนี้แพทย์ของรพ.หาดใหญ่ที่ไปช่วยให้บริการที่ศูนย์ฯ นอกเวลาราชการได้รับเงินค่าตอบแทนจากกองทุนเงินประกันสังคมของรพ.หาดใหญ่ ฉะนั้นการคงอยู่ของบริการส่วนแพทย์นี้จึงขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารรพ.หาดใหญ่ และวิธีการจัดการของผู้ดูแลกองทุนประกันสังคม แต่การคงอยู่ของศูนย์บริการเทศบาลย่อมไม่มีปัญหาเพราะเป็นระบบปกติที่ดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น เพียงแต่ยังต้องการสนับสนุนด้านวิชาการ และแพทย์จากรพ.หาดใหญ่

➡ เมื่อเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการในรูปแบบทั้งหมดข้างต้นแล้ว รูปแบบการเป็นรพ.สาขาค่อนข้างจะเป็นระบบที่มีความเป็น Autonomy ในการบริหารจัดการมากที่สุด ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นหน่วยงานอิสระจากรพ.ใหญ่ในอนาคต ที่อาจจะดำเนินการภายใต้กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง หรือ โดยหน่วยงานท้องถิ่น หรือภาคเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐได้ในอนาคต แต่การที่จะเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ควรจะต้องดำเนินการภายใต้แนวคิดที่เป็นการพัฒนามาตรฐานงานบริการที่ดี เพื่อเป็นส่วนที่เปรียบเทียบกับบริการของหน่วยงานอื่นในอนาคตต่อไป เพราะกระทรวงฯไม่มีกำลังคนพอที่จะพัฒนาบริการนี้ได้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดได้ แต่ก็อาจจะมีปัญหาในการยอมรับจากสำนักงานและสภาพัฒนาฯ ในการมีบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ของเทศบาล ที่ต้องมีการพิจารณาและทำความเข้าใจต่อไป

5. ผลลัพธ์บริการ ตลอดปีงบประมาณ 2539

1. ปริมาณให้บริการ

ลักษณะของบริการ	อยุธยา (ต.ค.38-ก.ย.39)		นครราชสีมา ปี 39	ขอนแก่น ปี 39	นครสวรรค์ ปี 38
	ศูนย์ที่ 1	ศูนย์ที่ 2			
1.1 รักษาพยาบาล	รวม 21,248 ครั้ง เฉลี่ยรวม 80 ครั้ง/วัน ในเขต 10,391 ครั้ง ในเขต 36 ครั้ง/วัน	รวม 15,832 ครั้ง เฉลี่ยรวม 60 ครั้ง/วัน ในเขต 8,826 ครั้ง ในเขต 33 ครั้ง/วัน	25,361 ครั้ง รวม 96 ครั้ง/วัน นอกเขต 56-96 ครั้ง/วัน ในเขต 21-26 ครั้ง/วัน	OPD รวม 348,671 = 1,219 ครั้ง/วัน เป็นในเขตเทศบาล 79,907 = 23 % OPD GP 50,465 = 190 ครั้ง/วัน	เฉพาะห้อง GP 6,269 ครั้ง (8,021 ครั้ง ปี 37)
1.2 การผ่าตัดเล็ก	รวม 278 ราย ในเขต 121 ราย	รวม 140 ราย ในเขต na	237 ราย (ปี 38)	ไม่มีในส่วน GP แต่อยู่ใน แผนกศัลยกรรม	ไม่มีในส่วน GP แต่อยู่ในแผนก ศัลยกรรม
1.3 ANC	รวม 403 ครั้ง ในเขต 172 ครั้ง	รวมทั้งหมด na ในเขต 34 คน 136 ครั้ง	1,113 ครั้ง	บริการทุกวัน 2,024 คน 15,345 ครั้ง ในเขตเทศบาล 262 คน 1,537 ครั้ง	ในเขตเทศบาลมารับบริการ 730 คน
1.4 WBC	รวม 556 ครั้ง ในเขต 222 ครั้ง	รวมทั้งหมด na ในเขต 56 คน	4,037 ครั้ง	บริการจันทร์, พุธ 3,226 ครั้ง 31 ครั้ง/วัน ในเขต 703 ครั้ง 7 ครั้ง/วัน	ในเขตเทศบาลมารับบริการ 573 คน
1.5 FP	รวม 700 ราย ในเขต 320 ราย	รวมทั้งหมด na ในเขต 20 คน	782 ครั้ง	บริการทุกวัน 2,736 ครั้ง 13 ครั้ง/วัน	
1.6 การเยี่ยมบ้าน	รวม 558 ครั้ง ในเขต 549 ครั้ง	รวม 707 ครั้ง ในเขต 707 ครั้ง	595 ครั้ง	478 ครั้ง 243 ครอบครัว (เยี่ยมโดย วสค. 88 ครอบครัว และโดยฝ่ายการ พยาบาล 155 ครอบครัว)	เยี่ยมแม่ที่มีความเสี่ยงได้ 56.4 %
1.7 การฟื้นฟูสภาพ	ในเขต 115 ครั้ง	ในเขต 10 คน	57 ครั้ง	โดยกายภาพบำบัด 13,286 ครั้ง	

ลักษณะของบริการ	อยุธยา (ต.ค.38-ก.ย.39)		นครราชสีมา ปี 39	ขอนแก่น ปี 39	นครสวรรค์ ปี 38
	ศูนย์ที่ 1	ศูนย์ที่ 2			
1.8 บริการอื่นๆ	ทำแผล ฉีดยา รวม 5,170 ราย ในเขต 2,064 ราย	ทำแผล ฉีดยา รวม 2,658 ราย ในเขต na ราย	28 ครั้ง		
2. Disease Profile สัดส่วน โรคเรื้อรัง	13 %	16 %	7.7 %	18 - 20 %	na

	อายุรยา			นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
3.Early Detection ของDM,HT,TB		ศูนย์ที่ 1	ศูนย์ที่ 2	มีการ Review cases DM ,HT ที่ หน่วยงานว่า มี First Diagnosis	เป็นConventional Diagnosis จึงเป็นเพียง Early Detection by Chance และเป็น selection Hospital Base เพราะใช้ผู้ป่วย ใหม่และที่มีบัตรประกันสุขภาพ เป็นส่วนใหญ่ และบางครั้งหน่วย ตรวจ GP ส่งผู้ป่วยไปยังแผนก เฉพาะทางเพื่อ Diagnosis และ/หรือ Detection	ประเมินไม่ได้เนื่องจากไม่ได้ขอ แบบงานวิจัยเพื่อประเมินเรื่องนี้
	DM ปี 35	19 %	-			
	ปี 36	37%	-	ที่ UHC 9 (12%)		
	ปี 37	69%	17 %	ที่ รพม. 48 (66%)		
	HT ปี 35	40 %	-	ที่อื่นๆ 16 (22%)		
	ปี 36	63 %	-	รวม 73 (100%)		
	ปี 37	79 %	24.4 %			
	TB ปี 35	33 %	-			
	ปี 36	43 %	-			
	ปี 37	80 %	-			

4. การเข้าถึงการรักษาพยาบาล

ตัวชี้วัด	อยุธยา		นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
อัตราการใช้บริการของประชาชน ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด (ครั้ง/คน/ปี)	ศูนย์ 1 ปี 37 2.0 ปี 39 1.7	ศูนย์ 2 ปี 37 1.93 ปี 39 1.8	ปี 37 0.97 ปี 38 1.07	ในเขตเทศบาล 0.3/คน/ปี นอกเขตเทศบาล 0.1/คน/ปี	ปี 37 0.019 ปี 38 0.023
อัตราการใช้บริการแยกเป็นรายหมู่บ้าน-ตำบล	ไม่ได้แยก		มีการแยกตาม Block พบว่า อัตราการใช้มากที่สุดในพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของศูนย์ (1.72 ในปี 37 และ 2.02 ในปี 38) และบริเวณรอบๆ รวมทั้งพื้นที่นอกเขตเทศบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบ	ไม่มีข้อมูล	ไม่ได้แยก
อัตราการใช้บริการแยกตามสิทธิ การรักษาพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)	ศูนย์ 1 ปี 37 ปี 39	ศูนย์ 2 ปี 37 ปี 39	(ปี 37)		ปี 37
-บัตรลงคะแนนในเขต	1.27 3.30	0.52 1.7	3.86		1.20
-บัตรผู้สูงอายุ	- -	- 4.08	3.43	0.49	1.08
-บัตรสุขภาพ อ.เมือง	- 0.81	- na	5.44	0.86	0.22
-บัตรประกันสังคม	0.79 0.60	- na	0.07		0.21
-ฟรี ยากจน	1.63 1.14	0.8 3.6	-		
-ผู้มีสิทธิเบิกได้	1.58 1.42	0.26 na	1.26		
-ไม่มีสิทธิใดๆ	0.56 0.88	0.28 na	1.29		
-ฟรี อื่นๆ (เด็ก พระ ผู้พิการ.)	2.23		-		

5. ความครอบคลุมบริการต่อประชาชนในเขตรับผิดชอบ

ตัวชี้วัด	อายุรยา				นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
ความครอบคลุมด้าน ANC	ศูนย์ 1 ปี 37 59 %	ปี 39 100 %	ศูนย์ 2 ปี 37 62.5 %	ปี 39 85 %	46.2 %	34.4 %	51.9 % (เขตเทศบาล) 63 % (เขต 3 ชุมชนแออัด)
ความครอบคลุมด้าน FP		28 %		15.4 %	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
ความครอบคลุมของเด็กที่ได้รับ วัคซีนครบ 3 เข็ม	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	80 %	61.8 %	ไม่มีข้อมูล	34.6 % (เขตเทศบาล) 70.4 % (เขต 3 ชุมชนแออัด)

6. จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ

ตัวชี้วัด	อายุรยา		นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
อัตราผู้ป่วยส่งต่อ	refer เพื่อรับการรักษาต่อ (admit) , X-ray พบแพทย์ เฉพาะทางรวมทั้ง ในเขต และนอกเขต		1.8 %	ส่งต่อไปแผนกอื่น 17.8 %	consult specialist กลุ่มงานต่างๆ ไม่ได้แยกลักษณะโรคเก็บรวบรวม ไว้ 0.38% (1 มค.37-31 ธค.37) 0.11 % (ปี 38)
	ศูนย์ 1 ปี 35 1.00 % ปี 39 0.69 %	ศูนย์ 2 ปี 37 1.70 % ปี 39 0.21 %			

7. By pass rate

ตัวชี้วัด	อายุรยา	นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
by pass rate	ศูนย์ 1 3 % (มค.37-ธค.37)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล

8.ความต่อเนื่องของบริการ

ตัวชี้วัด	อยุธยา				นครราชสีมา		ขอนแก่น	นครสวรรค์	
	ศูนย์ 1		ศูนย์ 2						
	ปี 37	ปี 39	ปี 37	ปี 39	ปี 37	ปี 38	ปี 39	ปี 37	ปี 38
Regularity of HT patients	91.0 %	83.6 %	95.8 %	100.0 %	90.00 %	100.0 %	19 % (บริการโดยแผนกอื่น)	91.3 %	96.0 % (ม.ค. - ธ.ค)
Regularity of DM patients	92.5 %	89.3 %	97.0%	100.0 %	97.00 %	98.0 %	50 % (บริการโดยแผนกอื่น)	94.9%	100.0 % (ม.ค. - ธ.ค)
Regularity of TB patients	83.3 %		100.0 %		100.0 %				
Regularity Rate of Vaccination - DTP, OPV	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	97.0 %	100.0 %	100.0 %	ไม่มีข้อมูล	DPT3 83.7%	84.9 % Measle 74.1 % 77.3%
Regularity of ANC	ไม่มีข้อมูล	78.6 %	ไม่มีข้อมูล	80 %	100.0 %		ไม่มีข้อมูล	84.5 % (ปี 38)	
Regularity of PNC	ไม่มีข้อมูล		ไม่มีข้อมูล 100 %		77.5 %				

9. คุณภาพบริการ (บางประเด็น)

9.1 ระยะเวลาการให้บริการและรอรับบริการ

ตัวชี้วัด	อยุธยา	นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
9.1.1 ระยะเวลาเฉลี่ยต่อรายในการดูแลคนไข้ เจ็บป่วยทั่วไป (Acute Case)	3-5 นาที (ข้อมูล ศูนย์ 2)	เฉลี่ย 4.7 นาที	ปี 38 5-10 นาที ปี 39 ไม่น้อยกว่า 5 นาที 62.5 % น้อยกว่า 5 นาที 17.5 %	ไม่มีข้อมูล
9.1.2 ระยะเวลาเฉลี่ยต่อรายในการดูแลคนไข้ เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Case)	5-7 นาที (ข้อมูล ศูนย์ 2)	เฉลี่ย 4.3 นาที	9 นาที (ปี 38)	ไม่มีข้อมูล
9.1.3 ระยะเวลาเฉลี่ยต่อรายที่เจ้าหน้าที่ดูแลหญิงมีครรภ์ (พิจารณาจากเวลาที่มีการตรวจ และพูดคุยกับผู้มารับบริการ)	10 นาที (ข้อมูล ศูนย์ 2.)	เฉลี่ย 3 นาที ที่ห้องตรวจ เฉลี่ย 13.8 นาที ที่ห้องส่งเสริม	18 นาที (ปี 38)	ไม่มีข้อมูล
9.1.4 ระยะเวลาเฉลี่ยต่อรายที่เจ้าหน้าที่ดูแลเด็ก 0-5 ปี ที่มารับบริการ WBC (พิจารณาจากเวลาที่มีการตรวจร่างกาย ตรวจพัฒนาการเด็ก และพูดคุยกับผู้ปกครอง)	8-10 นาที (ข้อมูล ศูนย์ 2)	เฉลี่ย 3.5 นาที ที่ห้องตรวจ เฉลี่ย 11.4 นาที ที่ห้องส่งเสริม	7 นาที (ปี 38)	ไม่มีข้อมูล

ตัวชี้วัด	อยุธยา	นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
9.1.5 ระยะเวลาที่ใช้บริการทั้งหมด รวม เวลารอรับบริการ		เฉลี่ย 42.3 นาที	ปี 39 * 1.4 % ใช้เวลา < 60 นาที 13.2 % ใช้เวลา 61-120 นาที 26.4 % ใช้เวลา 121-180 นาที 23.6 % ใช้เวลา 181-240 นาที 35.5 % ใช้เวลา > 240 นาที	ปี 39 0.15 ชม. - 5.68 ชม. 23.4 % ใช้เวลา < 60 นาที 38.3 % ใช้เวลา 61-120 นาที 29.4 % ใช้เวลา 121-180 นาที 6.7 % ใช้เวลา 181-240 นาที 2.2 % ใช้เวลา > 240 นาที

หมายเหตุ ขอนแก่น ข้อมูลนี้ ในการตรวจนั้นเป็นข้อมูลของไอทีทั้งหมดของรพ. ที่ดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางด้วย เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจากฝ่ายการพยาบาล ตามแบบฟอร์มของกองรพ.ภูมิภาค ในกรณีมีการ investigation ,แปลผล อาจมีการดูแลมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 visit เวลาที่ใช้จะขึ้นอยู่กับความยากง่ายในการแปลผล วินิจฉัย ต่อบรองในการ Admit หรือรักษาต่อไป

* เป็นข้อมูลเวลาให้บริการเฉพาะส่วน OPD-GP ที่ได้จากการศึกษาเฉพาะ (วิธีพันธุ และคณะ 2540)

เพิ่มเติม ข้อมูลระยะเวลาการให้บริการที่จุดต่าง ๆ เปรียบเทียบ ปี 2538 กับ ปี 2539 ที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ขอนแก่น (จากการศึกษาโดยฝ่ายการพยาบาล ด้วยแบบวิธีของกองรพ.ภูมิภาค)

จุดบริการ	< 15 นาที		15 - 30 นาที		> 30 นาที	
	ปี 38 (%)	ปี 39 (%)	ปี 38 (%)	ปี 39 (%)	ปี 38 (%)	ปี 39 (%)
รอทำบัตร	64 (13.59)	357 (89.03)	176 (37.37)	35 (8.73)	231 (49.04)	9 (2.24)
รอรับยา	53 (16.51)	70 (22.87)	157 (48.91)	157 (51.31)	111 (34.58)	79 (25.82)
รอชำระเงิน	122 (96.83)	105 (89.74)	4 (3.17)	8 (6.84)	0	4 (3.42)
รอทำใบคำรักษา	13 (86.67)	16 (94.12)	2 (13.33)	1 (5.88)	0	0
ใช้บริการสังคมสงเคราะห์		1 (16.67)		2 (33.33)		3 (50.0)
จุดบริการ	< 30 นาที		31 - 60 นาที		> 60 นาที	
	ปี 38 (%)	ปี 39 (%)	ปี 38 (%)	ปี 39 (%)	ปี 38 (%)	ปี 39 (%)
รอตรวจกับแพทย์	191 (43.41)	243 (61.2)	163 (37.05)	71 (17.88)	86 (19.54)	83 (20.92)

9.2 ความเห็นของผู้รับบริการต่อบริการและข้อมูลที่ได้รับ

ตัวชี้วัด	อยุธยา**	นครราชสีมา***	OPD- GP รพ.ขอนแก่น	OPD- รพ.นครสวรรค์
9.2.1. การดูแล และตรวจร่างกายของแพทย์		ไม่มีข้อมูล		
เหมาะสม	95 (95.0)		105 (70.9)	538 (79.7)
ปานกลาง			32 (21.6)	104 (15.4)
ควรปรับปรุง	5 (5.0)		11 (7.4)	33 (4.9)
9.2.2. บุคลากรอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น		ผู้รับบริการ		
ไม่อธิบาย	17 (17.0)	พอใจต่อคำอธิบาย	32 (21.5)	201 (27.6)
อธิบาย แต่ไม่เข้าใจ		ของแพทย์และ	16 (10.7)	27 (3.7)
อธิบายเข้าใจดี	81 (81.0)	พยาบาล	101 (67.0)	416 (57.1)
ได้รับการอธิบายครั้งก่อนแล้ว	ไม่ตอบ 2 (2.0)	ร้อยละ 83.8		84 (11.5)
9.2.3. บุคลากรอธิบายเรื่องการปฏิบัติตัวของคนไข้				
ไม่อธิบาย	37 (37.0)		35 (23.7)	240 (33.0)
อธิบาย แต่ไม่เข้าใจ			17 (25.2)	26 (3.6)
อธิบายเข้าใจดี	63 (63.0)		96 (64.9)	385 (52.9)
ได้รับการอธิบายครั้งก่อนแล้ว				77 (10.6)
9.2.4. ผู้จ่ายยาอธิบายวิธีการใช้ยา		ไม่มีข้อมูล		
ไม่อธิบาย	35 (35.0)		ไม่มีข้อมูล	576 (92.0)
อธิบาย แต่ไม่เข้าใจ			ไม่มีข้อมูล	2 (0.3)
อธิบายเข้าใจดี	64 (64.0)		ไม่มีข้อมูล	48 (7.7)

หมายเหตุ ข้อมูลที่นครสวรรค์ เป็นข้อมูลผลบริการของผู้ใช้บริการที่โอพีดีของรพ.ทั้งหมด (เพียพร และคณะ) ไม่ได้ศึกษาเฉพาะ GP แต่ข้อมูลขอนแก่น เป็นข้อมูลเฉพาะ OPD-GP

** ข้อมูล การศึกษาที่ศูนย์แพทย์อยุธยา เป็นการถามอีกลักษณะที่ถามว่าแพทย์มีการตรวจร่างกายละเอียดดี ใช่หรือไม่ มิได้ถามเป็นระดับ

***ข้อมูลจากนครราชสีมา เป็นลักษณะของความพอใจต่อการอธิบายของแพทย์ และพยาบาลรวมๆ โดยมิได้แยกรายละเอียด

9.3 การจัดบริการที่เอื้อต่อ holistic care และกรณีตัวอย่าง

ตัวชี้วัด	อยุธยา	นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
9.3.1 การจัดกระบวนการให้บริการ ที่เอื้อต่อ Holistic และ Integration	เริ่มตั้งแต่การออกแบบบริการ การจัดสถานที่ การให้คำแนะนำ การเยี่ยมบ้าน และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ควบคู่กัน เช่น -เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ ในปัญหาของผู้ป่วยเป็นอย่างดี มีการผสมผสานการรักษา ส่งเสริม และป้องกัน เช่น เด็กอายุ 0-5 ปีที่มาใช้บริการตรวจรักษาจะได้รับบริการตรวจรักษา จะได้รับการชั่งน้ำหนัก และแปลผลภาวะโภชนาการให้ผู้ปกครองทราบและถามเรื่องการรับวัคซีนครั้งต่อไป(เพื่อไม่ให้ผู้ปกครองลืม) กรณีหญิงตั้งครรภ์ จะได้รับการตรวจครรภ์ ขณะตรวจพบที่ใด ก็อธิบายไปเลย รวมทั้งสอนวิธีการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ การเตรียมตัว เตรียมของใช้เมื่อใกล้คลอด และเน้นการดูแลต่อเนื่องถึงหลังคลอดอีกด้วย ผู้ป่วย DM หรือ HT จะเน้นเรื่องการปฏิบัติตน การงดอาหาร หวานเค็ม และการออกกำลังกาย และการมารับบริการผู้ป่วยตามนัดทุกครั้ง มีการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและมีผลทำให้อาการของโรคดีขึ้น	มีการจัดด้าน Input และกระบวนการ ที่เอื้อต่อการบริการแบบองค์รวม ได้แก่ การกำหนด ประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน การจัดสถานที่ ทีมงาน การถามปัญหาผู้ป่วย การอธิบายความหมาย และให้คำแนะนำ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ไม่มี	มีการสังเกตเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานจริงว่ามีการผสมผสาน การรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และเอาใจใส่ปัญหาของผู้ป่วย โรค DM หรือ HT หรือTB พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ลักษณะการให้บริการ	อยุธยา	นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
9.3.2.ยกตัวอย่าง Case ที่มีการบริการ อย่างผสมผสานและ บูรณาการ	ตัวอย่างที่ ศูนย์ 2 ป้าจำเนียร โกสุมาศ เป็นผู้ป่วยเบาหวาน แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตลอดเนื่องจากผู้ป่วยสนใจปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างดี ยกตัวอย่างเช่น แนะนำให้รับประทานอาหารหวาน และอาหารประเภทแป้ง น้ำตาลลดลง ผู้ป่วยก็จะรับประทานอาหารตามที่อยากทานทุกอย่าง แต่จะทานเพียง 1-2 คำ แล้วจึงหยุด ผู้ป่วยก็คงมีความสุขที่ได้รับประทานอาหารที่อยากกิน และไม่ทำให้น้ำตาลขึ้นสูงมากด้วย เมื่อมารับบริการระดับน้ำตาลในเลือดปกติผู้ให้บริการรู้สึกชื่นชม และขอให้ป้าจำเนียร เข้าร่วมประชุมสมาชิกศูนย์ แพทย์และเลาประสบการณ์ในการปฏิบัติดังกล่าวแก่สมาชิกท่านอื่นๆฟัง	มีการประเมินผลเป็นภาพรวมในด้านกระบวนการให้บริการ มิได้แสดงเป็นกรณีตัวอย่าง (ดูรายงานความคืบหน้าของโครงการฯ โครงฯ ฉบับที่ 5 หน้า 36-41) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจนั้นๆ และการนัดหมาย	ไม่มี	ไม่มี

6. ค่าใช้จ่าย และต้นทุนการจัดบริการ

ตัวชี้วัด	อยุธยา	นครราชสีมา	ขอนแก่น	นครสวรรค์
1.จำนวนเวลาที่ทำงานของเจ้าหน้าที่ให้บริการต่อเดือน (ชั่วโมงการทำงาน/เดือน) เจ้าหน้าที่กลุ่มต่างๆ -แพทย์ทั่วไป -แพทย์เฉพาะทาง -พยาบาล -อื่นๆ พนักงานผู้ช่วย -พยาบาลPart time	264 ชั่วโมง/เดือน - 264 ชั่วโมง/เดือน 264 ชั่วโมง/เดือน 120 ชั่วโมง/เดือน;	ไม่มีข้อมูล	132 ชั่วโมง 49 คน * 154 ชั่วโมง 3 คน 154 ชั่วโมง 2 คน -	ไม่มีข้อมูล

* รพศ.ขอนแก่น จำนวนแพทย์ผู้ปฏิบัติงานนั้น รวมแพทย์ใช้ทุนประจำแผนกต่างๆด้วย

ตัวชี้วัด	อยุธยา	นครราชสีมา		ขอนแก่น	นครสวรรค์
3. cost	เฉพาะผู้ไม่มีสิทธิ	ปี 37	ปี 38	ไม่มีข้อมูล	ปี 37
3.1 ค่าบริการต่อครั้ง (charge / visit)	ปี 35 74 บาท	เฉลี่ย	เฉลี่ย		บัตรสงเคราะห์ 156 บาท
	ปี 36 65 บาท	61 บาท	90 บาท		บัตรผู้สูงอายุ 147 บาท
	ปี 37 72 บาท				บัตรสุขภาพ 186 บาท
					บัตรประกันสังคม 168 บาท

3.2 unit cost	อยุธยา											
- cost /registered inhabitants	No right			Free care			Civil servants			Total		
	ปี 35	ปี 36	ปี 37	ปี 35	ปี 36	ปี 37	ปี 35	ปี 36	ปี 37	ปี 35	ปี 36	ปี 37
	121	83	146	248	202	188	226	143	149	181	132	157
Total cost / year (ไม่รวมค่ายา แต่ รวมค่า ใช้จ่ายใน รพ.)												
Drug cost /episode	108	75	60	85	75	50	83	51	43	90	66	50

unit cost	อยุธยา								
-cost / episode (บาท)	registered patients			Unregistered patients			Total		
	ปี 35	ปี 36	ปี 37	ปี 35	ปี 36	ปี 37	ปี 35	ปี 36	ปี 37
Fixed cost	64	51	59	44	38	43	53	43	49
variable cost	99	78	88	55	53	55	74	61	67
Drug cost	90	66	50	50	48	50	67	54	50
- cost / contact (บาท)									
Fixed cost	26	27	25	26	27	25	26	27	25
variable cost	40	41	37	32	37	32	36	39	34
Drug cost	36	35	21	29	34	29	33	34	25
cost of overtime							25	25	23

ข้อมูลต้นทุนต่อครั้งการให้บริการในพื้นที่ต่างๆ

unit cost/ครั้ง	OPD-GP รพ.ขอนแก่น ปี39	นครราชสีมา ปี 39	ศูนย์ฯ 1 อยุธยา ปี 40	ศูนย์ฯ 2 อยุธยา ปี 40
RSC (Routine services cost)	รักษาโรคทั่วไป (1) 50 บาท (2) 65 บาท	โรคทั่วไป 68 บาท ANC 65 บาท WBC 23 บาท วางแผนครอบครัว 126 บาท เยี่ยมบ้าน 575 บาท	รักษาโรค 53 บาท ANC 92 บาท WBC 37 บาท วางแผนครอบครัว 51 บาท เยี่ยมบ้าน 81 บาท	รักษาโรค 56 บาท ANC ไม่มีข้อมูล WBC ไม่มีข้อมูล วางแผนครอบครัว - เยี่ยมบ้าน 98 บาท
MCC (Medical Care cost)	โรคทั่วไป (1) 102 บาท (2) 136 บาท	รักษาโรค 49 บาท	รักษา 34 บาท ANC 18 บาท WBC 93 บาท วางแผนครอบครัว 59 บาท เยี่ยมบ้าน 2 บาท	รักษาโรค 32 บาท ANC ไม่มีข้อมูล WBC ไม่มีข้อมูล วางแผนครอบครัว - เยี่ยมบ้าน 3 บาท
รวม	โรคทั่วไป (1) 152 บาท (2) 201 บาท ANC 136 บาท (รวมผู้ป่วยในรีเวด้วย)	รักษาโรค 117 บาท	รักษาโรค 87 บาท ANC 110 บาท WBC 130 บาท วางแผนครอบครัว 110 บาท เยี่ยมบ้าน 83 บาท	รักษาโรค 88 บาท ANC ไม่มีข้อมูล WBC ไม่มีข้อมูล วางแผนครอบครัว - เยี่ยมบ้าน 101 บาท

หมายเหตุ : ขอนแก่น ข้อมูลส่วนตรวจรักษาทั่วไป (1) กรณีที่คิดรวมผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีรวมด้วย ส่วน (2) มิได้คิดรวมผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อมูลต้นทุนนี้รวมทั้งบริการนอกเวลาด้วย ในทุกพื้นที่

เปรียบเทียบ ผลลัพธ์บริการ และต้นทุนบริการ

บางส่วนของผลลัพธ์บริการบางส่วนเปรียบเทียบกันได้ แต่บางส่วนอาจเปรียบเทียบกันได้ยาก เพราะรูปแบบและวัตถุประสงค์การจัดบริการมีความต่างกัน

ผลงานด้านปริมาณการรักษาพยาบาล: OPD-GP รพ.ขอนแก่นมีผลงานมากที่สุด OPD-GP นครสวรรค์มีผลงานน้อยที่สุด ส่วนศูนย์แพทย์อยุธยา และนครราชสีมามีผลงานด้านนี้พอๆ กัน ที่นครราชสีมา ผู้ใช้บริการมาจากนอกเขตมากกว่าอยุธยา เพราะเป็นพื้นที่ขอบอำเภอเมือง ปริมาณงานที่รพ.ขอนแก่นมากกว่าที่ศูนย์แพทย์ 2-3 เท่า เช่นเดียวกับปริมาณแพทย์ให้บริการที่มากกว่า 2-3 เท่า คิดเป็นอัตราส่วนต่อแพทย์แล้วเท่ากัน แต่ที่ศูนย์ 2 ของอยุธยาไม่มีแพทย์ให้บริการในเวลาแต่ก็มีปริมาณงานน้อยกว่าไม่มากนัก และแบบแผนของโรคที่ให้บริการก็ไม่ต่างกันมาก ดูจากสัดส่วนของโรคเรื้อรังที่ให้บริการมีจำนวนพอๆ กันกับศูนย์ 1 อยุธยา และรพ.ขอนแก่น เมื่อพิจารณาจากอัตราใช้บริการของประชากรในเขต พบว่าที่ศูนย์อยุธยา และนครราชสีมา อัตราใช้บริการใกล้เคียงกัน ในขณะที่รพ.ขอนแก่นมีอัตราใช้บริการต่ำสำหรับประชากรในเขตเทศบาล และในพื้นที่นครสวรรค์มีอัตราใช้บริการต่ำมาก

ด้านการผ่าตัดเล็ก ค่อนข้างขึ้นกับแพทย์ที่ให้บริการ จำนวนบริการที่ศูนย์ 1 อยุธยา กับนครราชสีมา มีแพทย์ให้บริการแบบเดียวกัน มีจำนวนการให้บริการใกล้เคียงกัน ลักษณะของบริการคล้ายกัน คือ เป็นการเย็บแผล ผ่าฝี ทำแผล ตัดก้อนเนื้อเล็ก ๆ ส่วนบริการที่โอพีดีของรพ.ใหญ่เทียบกันได้ยาก เพราะเป็นบริการที่มีแพทย์เฉพาะทางให้บริการ มีการคละของลักษณะโรคที่ต่างกัน

บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่รพ.ขอนแก่นมีผู้มารับบริการมากที่สุด แต่เป็นเพราะที่นี่มีแพทย์ให้บริการมากกว่า มีขอบเขตของผู้มารับบริการหลากหลายมากกว่า ที่ศูนย์แพทย์มีผู้รับบริการน้อยกว่า และบริการที่นครราชสีมาจำนวนมากกว่าที่อยุธยา เหตุผลส่วนหนึ่งเนื่องจากที่ตั้งของศูนย์นครราชสีมาอยู่ขอบเมืองมีผู้รับบริการจากนอกเขตเทศบาลมาก และเป็นพื้นที่ที่มีวัยแรงงานมากกว่าในพื้นที่ศูนย์อยุธยา รวมทั้งที่ตั้งของศูนย์อยุธยาตั้งอยู่ใกล้รพ.อยุธยา ประชากรในพื้นที่นอกเขตไปใช้บริการที่รพ.ได้ง่ายกว่า ฉะนั้นข้อมูลนี้หากพิจารณาคู่กับความครอบคลุมในการให้บริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ พบว่าที่ศูนย์อยุธยาให้บริการครอบคลุมประชากรในเขตมากกว่าพื้นที่อื่นๆ (ปี 2539) รพ.ขอนแก่นพิจารณาได้ยาก แต่หากพิจารณาให้ประชากรในเขตเทศบาลเป็นตัวหาร ก็พบว่าครอบคลุมได้เพียงประมาณร้อยละ 30 ซึ่งต่ำกว่าพื้นที่อื่นๆ

บริการคลินิกเด็กดี: ปริมาณบริการที่ศูนย์แพทย์นครราชสีมาปริมาณพอๆ กับที่รพ.ขอนแก่น เมื่อพิจารณาความครอบคลุมเด็กในเขต พบว่าที่ศูนย์ 2 อยุธยามีความครอบคลุมสูง เช่นเดียวกับชุมชนแออัด ที่นครสวรรค์ที่ดูแลโดยเวชกรรมสังคม บางส่วนไม่มีข้อมูลเพราะไม่มีฐานประชากรเด็กในพื้นที่ และฐานข้อมูลการบริการที่มีไม่สามารถค้นหาเพื่อนำมาวิเคราะห์ได้

ลักษณะผลลัพธ์บริการด้านการวางแผนครอบครัว มีลักษณะที่คล้ายกับบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์

งานฟื้นฟูสภาพในศูนย์แพทย์ ทั้งหมดยังทำได้จำกัด เพราะบุคลากรขาดความชำนาญ และไม่มีจำนวนพอในการให้บริการนี้

ส่วนเรื่องผลลัพธ์กิจกรรมเยี่ยมบ้านนั้น จำนวนการให้บริการที่ศูนย์ 2 อยุธยามีจำนวนบริการมากที่สุด ศูนย์ 1 อยุธยาและศูนย์นครราชสีมาปริมาณการให้บริการพอๆ กัน ส่วนปริมาณงานนี้ที่ดำเนินการโดยเวชกรรมสังคม ในรพ.ใหญ่น้อยกว่า ทั้งนี้เป็นเพราะการให้ความสำคัญต่างกัน และความคล่องตัวในการออกบริการโดยศูนย์ง่ายกว่าโดยรพ.ใหญ่

เมื่อพิจารณาด้านคุณภาพของบริการ โดยพิจารณาจากการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าศูนย์แพทย์ชุมชนอยุธยาสามารถค้นหาผู้ป่วยและให้บริการได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่วนการบริการในรพ.ไม่มีข้อมูลที่จะวิเคราะห์ได้ ด้านความต่อเนื่องของการรับบริการก็พบว่าผู้รับบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ศูนย์แพทย์ฯ รวมทั้งหญิงมีครรภ์ที่รับบริการ ANC และบริการวัคซีนแก่เด็ก มีความต่อเนื่องสูงกว่าผู้รับบริการที่รพ.ขอนแก่นมากเพราะที่ขอนแก่นไม่ได้จัดระบบรองรับเรื่องนี้ แต่มีค่าใกล้เคียงกับรพ.นครสวรรค์ซึ่งมีการจัดระบบติดตามและทีมติดตามโดยฝ่ายเวชกรรมสังคม ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหากสถานพยาบาลมีระบบการติดตาม และการจัดการที่ดี ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่หรือเล็ก ก็ทำให้เกิดความต่อเนื่องต่อการบริการได้ แต่รพ.ใหญ่จะมีความซับซ้อนมากกว่า

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการโดยดูจากอัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด พบว่าประชาชนในเขตมีอัตราการใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ฯมากกว่าที่รพ. และเมื่อพิจารณาแยกกลุ่มประชากร พบว่าผู้ที่มีบัตรสงเคราะห์ ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการสูงกว่าผู้ไม่มีสิทธิ์ โดยเฉพาะที่นครราชสีมา ซึ่งอาจแปลความหมายได้ว่าประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสมีการเข้าถึงบริการได้ดี หรือประชากรอาจใช้บริการมากกว่าจำเป็น ผู้มีบัตรสุขภาพในพื้นที่ศูนย์ฯนครราชสีมาใช้บริการถึง 5.4 ครั้งต่อคนต่อปี

เมื่อพิจารณาด้านเวลาการให้บริการ ระยะเวลาการให้บริการในแต่ละพื้นที่มีความต่างไม่มากนัก แต่ที่ต่างกันมากคือเวลาที่ให้บริการทั้งหมด ที่รวมเวลารอ การใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ทั้งอยุธยา และนครราชสีมา ใช้เวลาทั้งหมดไม่เกิน 1 ชั่วโมง แต่ที่รพ.ขอนแก่นและนครสวรรค์ ใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง และบางกรณีใช้เวลาเป็นวัน ซึ่งแสดงถึงความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ

ส่วนด้านผลลัพธ์ที่เป็นความเห็นของผู้รับบริการต่อการตรวจร่างกายของแพทย์ และข้อมูลที่ได้รับ พบว่า ผู้รับบริการที่ศูนย์แพทย์อยุธยามีความรู้สึกที่ดีในสัดส่วนที่สูงกว่าที่ผู้รับบริการที่ OPD-GP รพ.ขอนแก่น และนครสวรรค์ ซึ่ง 2 รพ.นี้มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ขาดข้อมูลผู้รับบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ นครราชสีมา

ด้านต้นทุนการให้บริการพบว่า บริการที่ศูนย์ฯ อยุธยา มีต้นทุนบริการต่ำที่สุดทุกรายการในปี 2535-2537 และมีค่าเพิ่มขึ้นในปี 2540 ซึ่งทั้งนี้อาจมีความต่างในด้านข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณ OPD-GP รพ.สวรรค์ ประชากรฯ ไม่มีข้อมูลต้นทุนบริการ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลต้นทุนในปี 2539 และ 2540 ระหว่างพื้นที่ พบว่าค่าใช้จ่ายพื้นฐาน (RSC) ในด้านการรักษาพยาบาลระหว่างพื้นที่ที่มีค่าใกล้เคียงกัน โดยที่รพ.ขอนแก่นมีค่าใช้จ่ายต่ำสุด ปัจจัยหนึ่งน่าจะเป็นเพราะมีผู้มารับบริการที่รพ.มาก แต่ต้นทุนบริการรักษาที่ศูนย์แพทย์อยุธยา ก็มีต้นทุนสูงกว่าเพียงเล็กน้อย ส่วนที่ต่างมากคือค่ายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่การรักษาที่รพ.ขอนแก่นมีต้นทุนค่ายาสูงกว่าศูนย์ฯ 2-3 เท่า เป็นเพราะจำนวนการจ่ายยาที่รพ.มากกว่า หรือใช้ยาที่มีมูลค่ามากกว่า แต่ความรุนแรงของโรคที่มารับบริการยังไม่อาจเปรียบเทียบได้ แต่จากการศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่รับบริการที่ OPD-GP รพ.ขอนแก่น (วิระพันธ์และคณะ 2540) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางมีเพียงร้อยละ 17 ซึ่งอาจอนุมานได้ว่าผู้รับบริการที่รพ.หนักมากกว่าประมาณ 1 ใน 6 แต่มูลค่าการใช้จ่ายมีความต่างกัน 2-3 เท่า ซึ่งควรจะมีการศึกษาในรายละเอียดถึงการใช้จ่ายที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ต่อไป

ส่วนต้นทุนการให้บริการ ANC นั้น ที่รพ. มีค่าใกล้เคียงกับที่ศูนย์แพทย์ แต่การให้บริการที่รพ.ต้องเสียเวลารอนานมากกว่าการรับบริการที่ศูนย์ฯ ฉะนั้นต้นทุนส่วนของประชาชนที่รพ.จะสูงกว่า

ต้นทุนการให้บริการวัคซีน ไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างรพ.กับศูนย์ฯได้ ส่วนต้นทุนการให้บริการระหว่างศูนย์แพทย์ฯที่นครราชสีมา กับที่อยุธยามีค่าใกล้เคียงกัน

ต้นทุนการให้บริการเยี่ยมบ้านที่นครราชสีมาสูงกว่าที่อยุธยาประมาณ 5 เท่า ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะบุคลากรที่ให้บริการที่นครราชสีมามีความอาวุโสมากกว่า เงินเดือนสูงกว่า ใช้จำนวนคนเยี่ยมมากกว่า อีกทั้งการใช้นายพาหนะที่ต่างกัน ที่อยุธยาใช้รถมอเตอร์ไซด์ จึงไม่ต้องใช้พนักงานขับรถ แต่ที่นครราชสีมาใช้รถยนต์ จึงมีต้นทุนค่าแรงสูงกว่า และต้นทุนยานพาหนะแพงกว่า ลักษณะของปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการเยี่ยมเยียนมีความต่างกันหรือไม่ นั้น ยังไม่ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบ ซึ่งควรศึกษาในขั้นต่อไป

อย่างไรก็ตามต้นทุนค่าบริการที่แสดงในตารางข้างต้นนี้ เป็นเพียงต้นทุนในส่วน of the hospital ยังไม่ได้รวมต้นทุนในส่วน of the community เป็นค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเสียเวลาที่เป็นค่าเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ ซึ่งพบว่าหากพิจารณาเรื่องการเสียเวลาแล้วในส่วนการให้บริการที่รพ.มีค่าใช้จ่ายมากกว่า 2-3 เท่า

ทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่าการจัดการบริการแต่ละแห่งมีจุดเด่น และจุดด้อยในประเด็นที่ต่างกัน ขึ้นกับผู้ตัดสินใจจะให้ความสำคัญต่อเรื่องใดมากกว่า ให้คุณค่าเรื่องใดเป็นเรื่องสำคัญ กล่าวคือ การจัดการบริการที่ศูนย์แพทย์อยุธยามีต้นทุนการบริการที่ต่ำที่สุด (หากรวมค่าใช้จ่ายของประชาชนด้วย) และมีคุณภาพด้านความต่อเนื่องของการบริการที่ดี (แต่คุณภาพด้านเทคนิค มิได้มีการประเมิน) เป็นการให้บริการที่สร้างความคุ้นเคยกับประชาชนได้ดี ที่ศูนย์แพทย์นครราชสีมาทำให้ผลลัพธ์คล้ายกับที่อยุธยา แต่มีต้นทุนสูงกว่า เพราะมีการใช้บุคลากรมากกว่า ส่วนที่ OPD-GP รพ.ขอนแก่นมีต้นทุนพื้นฐานในการรักษาใกล้เคียงกับอยุธยา แต่มีมูลค่าการใช้จ่ายมากกว่า และมีคุณภาพบริการด้านความต่อเนื่องและการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่า ส่วนการบริการที่ OPD-GP รพ.สวรรค์ประชารักษ์ให้บริการได้จำนวนไม่มาก การเข้าถึงบริการต่ำ แต่ความต่อเนื่องของการรับบริการใกล้เคียงกับศูนย์แพทย์ฯ โดยใช้การทำงานร่วมกับทีมเวชกรรมสังคมในการทำงานในชุมชน

๑ บทเรียนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ อำเภอนครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา

เอกสารรายงานส่วนนี้ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์ ทีมงานในอำเภอ นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา ทั้งส่วน รพ.สมเด็จพระสังฆราช (แพทย์ พยาบาล) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยท่าช้าง

พัฒนาการของงานทั้งหมดจนถึงปัจจุบัน

จุดเริ่มคือ แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ (พ.นงคฺน้อย) อำเภอ นครหลวง มีความสนใจในการพัฒนาสถานีอนามัยตั้งแต่เริ่มต้น เคยดำเนินการพัฒนาภายใต้โครงการของกระทรวงสาธารณสุข โดยการออกนิเทศงานสถานีอนามัยตามคู่มือนิเทศงานของกระทรวง แต่การดำเนินการที่ผ่านมาไม่เห็นการพัฒนาที่ชัดเจน เมื่อถูกเสนอให้เข้าร่วม โครงการวิจัยระบบบริการสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งจะมีการดำเนินการพัฒนาสถานีอนามัยเช่นกันจึงเข้าร่วมโครงการ

การพัฒนาบริการปฐมภูมิ อำเภอ นครหลวง จังหวัด.พระนครศรีอยุธยา ได้ดำเนินการต่อมาเป็นเวลา 8 ปีเศษ โดยในระยะ 5 ปีแรกเน้นการพัฒนางานระบบบริการอื่นได้แก่

- 1.การแต่งตั้งทีมพัฒนาระดับอำเภอ
- 2.การนิเทศงานสถานีอนามัย
- 3.การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการและลำดับก่อนหลัง
- 4.การฝึกอบรมแนวคิดสาธารณสุข รูปแบบการดำเนินงาน
- 5.การจัดทำมาตรฐานการบริการ สอ.และ รพช.
- 6.การพัฒนางานบริการ
- 7.การพัฒนาระบบสนับสนุน ; ข้อมูลข่าวสาร การเงิน การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ซึ่งทำให้มีการพัฒนาระบบบริการเกิดขึ้นได้ระดับหนึ่งในช่วงของโครงการวิจัย แม้จะพบอุปสรรคอันได้แก่ ความล่าช้า หรือหยุดนิ่ง หรือ การเริ่มต้นช้าใหม่ อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ดำเนินการ การเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ดำเนินการ การดำเนินการภายใต้ระบบบริหารจัดการ 2 แบบ แบบประจำและแบบเสนอใหม่ และการดำเนินการท่ามกลางแผนปฏิบัติงานปกติซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการสิ่งที่ยังคงอยู่คือ ทักษะของเจ้าหน้าที่ ในการให้บริการบางโรคที่พบบ่อย และได้เรียนรู้ในช่วงของการนิเทศเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่เคยได้รับการนิเทศ และสิ่งที่เจ้าหน้าที่คิดว่าเป็นประโยชน์ในการทำงานของตน ได้แก่ บัตรบันทึก และสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ สอ.ท่าช้าง มาตรฐานการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล กอปรยาและวัสดุครุภัณฑ์ที่เพิ่มขึ้นของ สอ.

ในช่วง 3 ปีหลังทีมอำเภอได้เข้าร่วมโครงการพัฒนากำลังคนในทีมสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลซึ่งประสานโดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร โดยมี รศ.นพ.วิชัย โปษยะจินดา เป็นที่ปรึกษาซึ่งเน้นเรื่องการพัฒนาคน ทีมได้เข้ารับการอบรมและมีกิจกรรมให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดย เริ่มจากการสั่นคลอนความเชื่อ ความยึดมั่นเก่าๆ เรียนรู้วิธีการศึกษาด้วยตนเอง เข้าใจตนเองและผู้อื่น อยากรู้และดำเนินการพัฒนาตนเองและเพื่อนร่วมทีมทั้งด้าน ความคิด พฤติกรรมต่อการทำงานและการใช้ชีวิต และก้าวไปสู่การพัฒนาความคิดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และ

สถานีนามัยโดยใช้ Home Health Care และงานปรกติเป็นกิจกรรมสื่อในการเรียนรู้ โดยการประเด็นเพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิด วิเคราะห์และเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อเข้าใจตนเอง ผู้ป่วย ระบบสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างยั่งยืนต่อไป

การดำเนินการพัฒนาสถานีนามัยในระยะแรก : ตามโครงการอยุธยา

ระยะแรก การพัฒนาเป็นไปโดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ผลักดัน (แพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทน้อย เข้าร่วมเพราะเป็นนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน มีการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลและสถานีนามัยในนครหลวง 2 เดือน และข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี นำไปวิเคราะห์ใช้เวลาประมาณ 6 เดือนแล้วจึงนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปตั้งสมมุติฐานเพื่อตัดสินใจวางแผนปฏิบัติการ ในช่วงแรกมีแพทย์ในระดับอำเภอเข้าร่วมวางแผน 1-2 คน การปฏิบัติการในระยะ 2 ปีแรก

(พ.ย.33-ส.ค.35) เริ่มจากการนิเทศงานสถานีนามัยโดยแพทย์ (แห่งแรก สอ.ปากจั่น แห่งที่ 2 เปลี่ยนมาเป็น สอ.ท่าช้าง) จัดทำมาตรฐานการรักษาสอ.และ รพช. และวางแผนคัดเลือกพื้นที่เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่สามารถกระทำได้โดยไม่รบกวนระบบบริหารจัดการ ระบบสนับสนุนปกติ และเพราะความไม่ต่อเนื่องของแพทย์เนื่องจากแพทย์ลาศึกษาต่อ ต่อมาในเดือน ต.ค.35 ได้มีการปรับการจัดเรียงลำดับพื้นที่ก่อนหลังในการดำเนินการ อันสืบเนื่องจากทศวรรษพัฒนาสถานีนามัยของกระทรวง ทำให้ สอ.ซึ่งควรถูกพัฒนาเป็นลำดับที่สอง คือ สอ.นครหลวง(สอ.แรกคือปากจั่น) ซึ่งสถานะ ณ ขณะนั้นได้เป็นสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติอันจะต้องกลายเป็น Model ของสถานีนามัยขนาดใหญ่ในจังหวัดจึงถูกเสนอให้ได้รับการพัฒนาก่อน การฝึกอบรม สอ.3 แห่งได้แก่ นครหลวง ปากจั่น ท่าช้าง เพื่อให้เรียนรู้แนวคิดและรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน องค์รวมและต่อเนื่องซึ่งเริ่มในต้นปี 36 สร้างมาตรฐานการรักษายาบาลเพิ่มเติมการหารือในคณะที่มพัฒนา สาธารณสุขระดับอำเภอ ในการวางแผนการทำระบบข้อมูลข่าวสารและการเงินแบบใหม่มาใช้ แต่ก็ได้ชะลอการดำเนินการลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (มค.-ตค.36) จนถึงปลายปี 36 จึงเริ่มมีการประชุมอีกครั้ง พื้นที่ดำเนินการเปลี่ยนเป็น สอ.ท่าช้างและสอ.นครหลวงเนื่องจากสาธารณสุขอำเภอนครหลวงประเมินว่า สอ.ปากจั่นมีผู้รับบริการน้อยเนื่องจากปัญหาที่ตั้ง การคมนาคม และหัวหน้าสถานีนามัยไม่กระตือรือร้น การนิเทศงานท่าช้างเริ่มต้นใหม่อีกครั้ง เจ้าหน้าที่ที่ สอ.ท่าช้างและนครหลวงได้รับการเตรียมเพื่อออก census ในเขต และให้ดำเนินการในช่วง มี.ค.- เม.ย. 2537 ระหว่างนั้นมีการอบรม เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ด้านบริการอนามัยและงานรักษาพยาบาล มีการนำข้อมูลข่าวสารสำหรับดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ครอบครัวยามาใช้ในเดือน พ.ค. 2537 และการเงินระบบ Flat rate มาใช้ในเดือน ก.ย.37 การออก census ไม่สามารถกระทำได้ตามกำหนดเนื่องจากเจ้าหน้าที่ติดตามประจำสำรวจประชากรกลางปี ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (มี.ย.37) นโยบายของจังหวัดเน้นการพัฒนาสถานีนามัยขนาดใหญ่ ในด้านพัฒนาอาคารสิ่งแวดล้อมและคุณภาพบริการ เจ้าหน้าที่จึงให้ความสนใจตามนโยบายจังหวัด การ census จึงเสร็จสิ้นเมื่อสิ้นปี 2537 สำหรับสอ.ท่าช้าง ส่วน สอ.นครหลวง ยังขาดการสำรวจอีก 3 หมู่ ในแง่บริการบนสถานีนามัย ภายหลังการจัดทำมาตรฐานการรักษายาบาล ซึ่งกระทำร่วมกันระหว่างแพทย์และเจ้าหน้าที่ สอ. ได้มีการเพิ่ม ครุภัณฑ์ วัสดุ เวชภัณฑ์ การใช้บัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเพิ่มความถี่ในการให้บริการ WBC

สำหรับการพัฒนาทีมสาธารณสุขระดับอำเภอนครหลวงนั้น ทีมประกอบด้วยฝ่าย รพช. ได้แก่ ผู้อำนวยการแพทย์ประจำ 1 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่าย สสอ. ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วย

สาธารณสุขอำเภอ และนักวิชาการ โดยมี ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข (ผชช.ส) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นประธาน ผชช.ส.และผู้อำนวยการจะรวมอยู่ในทีมวิจัยระดับจังหวัด วิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการมาเสนอทีมระดับอำเภอเพื่อให้รับแนวคิด ผลการวิเคราะห์ และแผนการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของสมาชิกจากสาธารณสุขอำเภอ จึงเป็นการปรับแผนปฏิบัติการเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ พื้นที่ บุคลากร งานประจำหรือโครงการพิเศษอื่น ๆ ของจังหวัดและส่วนกลางและการวางแผนบริหารจัดการในพื้นที่ สำหรับสมาชิกของทีมจากรพ. แพทย์ประจำ มีส่วนร่วมในการนิเทศสถานีนามัย และร่วมจัดทำมาตรฐานการบริการร่วมกับแพทย์อื่นๆ พยาบาลและนักวิชาการส่งเสริม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมีส่วนร่วมในการทีมพยาบาลจัดทำมาตรฐานการรักษายาบาล

ปัญหาอุปสรรค

อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานช่วงนี้คือ

1.การเชื่อมต่อจากแผนกลยุทธ์สู่แผนปฏิบัติการ หรือจากทีมจังหวัดสู่ทีมอำเภอผ่านคนเพียงคนเดียว (พ.นงค์น้อย) ขีดจำกัดของผู้เชื่อมจึงมีผลอย่างมากต่อการปฏิบัติ ได้แก่ เวลาที่สามารถอุทิศให้ ความตระหนักและใส่ใจท่ามกลางภาระงานปกติ (งานบริหาร รพ. งานเวชปฏิบัติทั่วไป) ตระหนักไม่เพียงพอถึงความสำคัญในการสร้างทีมและการทำงานเป็นทีม ขาดความรู้และทักษะในการสร้างทีม การไม่รู้สึกซึ่งในแนวคิดองค์กรรวม ไม่สามารถสื่อให้ทีมเข้าใจความหมายขององค์กรรวมและนำไปสู่การจัดรูปแบบบริการได้

2.การดำเนินงานเป็นการใช้คนและ facility ในระบบของโรงพยาบาลไปสนับสนุนสถานีนามัย ซึ่งทำให้ภาระของผู้อื่นในโรงพยาบาลในระยะสั้นหนักขึ้น แพทย์ผู้มิได้ออกนิเทศงาน และเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจว่าทำไมแพทย์ต้องออกนิเทศงานสถานีนามัย ในขณะที่งานบริการของโรงพยาบาลมีมากและเป็นเรื่องใกล้ตัว การกำหนดให้ต้องเป็นแพทย์เป็นผู้ออกนิเทศทำให้การนิเทศไม่ต่อเนื่อง ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีนามัยรู้สึกว่าเป็นภาระ มีงานเพิ่มขึ้นในขณะที่งานประจำก็ยังคงต้องดำเนินงานต่อไป เมื่อไม่สามารถทำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความจำเป็นหรือความสำคัญในการพัฒนา การ ดำเนินการจึง กระทำเมื่อถูกสั่งการ

3.การสนับสนุนจากระดับผู้บริหารไม่ต่อเนื่อง สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับจังหวัดและนโยบายของผู้บริหารก็มีความต่างกัน อันส่งผลให้ผู้บริหารระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการให้ความสนใจและปฏิบัติงานตามโครงการ ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับอำเภอ(สาธารณสุขอำเภอ) ทำให้การดำเนินการนิเทศต้องชะลอหรือหยุดรอเวลาเพื่อเริ่มต้นกระบวนการใหม่

ความเห็นและผลกระทบของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ความเห็นของหัวหน้าสถานีนามัยทำข้างที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการ

ในระยะการดำเนินงานนั้น ไม่ได้รับการ สนับสนุนจากสาธารณสุขอำเภอเท่าที่ควร และสสอ. ไม่เข้าใจว่ากำลังทำอะไร

“ในส่วนของตนเองในระยะแรกจะยังไม่รู้และเข้าใจอะไรมาก แต่จะพยายามทำตามกิจกรรมที่ได้รับการนิเทศ ซึ่งรู้สึกเครียดมากกับการถูกนิเทศแต่ก็ได้รับความรู้ในเรื่องของการรักษา เรื่องโรค จนถึงสนใจในส่วนของงาน

เก็บข้อมูลเป็นแฟ้มประวัติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เมื่อได้ไปดูงานที่สอ.วัดพระญาติ หรือที่ศูนย์แพทย์ก็จะนำกลับมาใช้ที่ สอ. ในช่วงแรกๆจะ copy มาใช้ มาระยะหลังๆจะประยุกต์ให้เข้ากับการดำเนินงานของตนเอง บางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการเก็บยุ่งยาก ไม่ได้ใช้ประโยชน์ เช่น ข้อมูลเด็กเพราะ สอ.ก็มีระเบียบเก็บที่ใช้ได้อยู่แล้ว และเรื่องของ family file ก็ไม่เห็นความสำคัญเพราะซ้ำซ้อนกับ รบ1ต.03 แต่จะเลือกใช้ในรายที่จำเป็นและหมอก็มีได้อธิบายให้ฟังว่าทำไมจึงต้องทำในส่วนของข้อมูลที่ยั่งยืนและใช้ต่อเนื่องมาจนทุกวันนี้คือแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนเรื่องของ flat rate นั้นได้กลับมาคุยกับชาวบ้านแต่เขาไม่เห็นความสำคัญเพราะจบบทบาทกับโครงการบัตรสุขภาพเข้ามาจึงดำเนินการในส่วนบัตรสุขภาพซึ่งก็ได้ผลดีมากกว่า flat rate (เงื่อนไขอย่างหนึ่งที่ สอ.ประสบคือการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่บ่อย)"

การเรียนรู้ เข้าใจร่วมกับระหว่างผู้นำพื้นที่ และผู้ถูกนิเทศ:

"เจ้าหน้าที่สอ. ไม่มีความคิดอะไร ทำตามกิจกรรมที่กำหนด วันไหนมีผู้นำพื้นที่มา ก็เครียดแต่ช่วงที่ พ.สุพจน์ นิเทศ จะไม่เครียด เพราะเป็นกันเอง และช่วยตรวจ มีการสอนไปด้วย สอนมากช่วงบ่าย"

"ได้ความรู้เรื่องการรักษายาบาล เทคนิคการให้บริการ ระบบข้อมูล การบริหารเวชภัณฑ์และการจัดสถานที่ที่เอื้อให้เกิดความสะดวกสบายกับการทำงาน มีเรื่องบางเรื่องที่ยังสงสัยแต่ยังไม่กล้าถามด้วยความรู้สึกลังเลใจ ไม่เข้าใจ "องค์รวม" รู้ว่าต้องถามคนในครอบครัว แต่ไม่รู้ว่าจะต้องถามอะไร ดูอย่างไร"

ความเห็นของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

"ใน phase 1 ของการดำเนินงานร่วมกับโครงการอยุธยาทำให้เข้าใจ สอ.มากขึ้นจากการเข้าร่วมประชุมใน คปสอ. เข้าใจบ้างในส่วน Integrated care เรื่องการจัดระบบเอาข้อมูลครอบครัวเชื่อมกับงานใน ward งานรักษา มีการเริ่มทำ แต่คนไม่เข้าใจ เลยไม่ยั่งยืนต่อ"

"เนื่องจากถูกระบบบังคับให้ต้องประชุม เพื่อทำมาตรฐานงาน ทำให้มีการพบปะพูดคุยกันเป็นทีมเล็กๆ แต่ยังแยกเป็น section และเริ่มตระหนักต่อคำว่าทีมมากขึ้น แต่ยังไม่เข้าใจคำว่า "ใจ" ของคนในทีม"

ความเห็นของพญ.นงนุชน้อย ผู้อำนวยการพ.

" พยายามหาคำตอบให้แก่เจ้าหน้าที่ว่า "องค์รวม" คืออะไร โดยการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม เรื่อง Home health care การ counselling แล้วเข้ามาเชื่อมกับระบบข้อมูล น่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจได้"

"ในช่วงท้ายๆของโครงการอยุธยา รู้สึกว่ายังสร้างทีมไม่ได้ มีการพูดคุย ปรึกษาถึง"ทีม" ในโครงการอยุธยาเช่นกัน ได้รับคำแนะนำเพียงว่าต้องมีจุดประสงค์ร่วมกัน (แต่จริงๆแล้วมีการกำหนดมาก่อนแล้วจากโครงการฯ) ไม่มีการคิดกลวิธีการสร้างทีมในรายละเอียด"

สิ่งที่ประเมิน และ สรุปได้ในช่วงระยะท้ายของโครงการอยุธยา คือ

1. **ต้องสร้างทีมให้ได้** ซึ่ง หมายถึง คนในทีมต้องรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการมากพอที่จะไปคิดอย่างสร้างสรรค์ ถึงการดำเนินงานต่อไปในพื้นที่ อันหมายถึงจังหวัด สองหน่วยงานในพื้นที่คือ รพช.และ สสอ. รวมถึงแกนนำ จนเมื่อระยะต้น phase 2 (พญ. สุพัตรา) จึงเห็นทิศทางของการสร้างทีม (ระหว่าง รพช.และสสอ.) มากขึ้น
2. **รูปแบบการการนิเทศโดยแพทย์เป็นแกนหลักนั้น ทำได้ไม่ตลอด** (บทเรียนจากการนิเทศในอำเภอนครหลวง และการนิเทศ สอ.วัดพระญาติ โดยนพ. พิเชษฐ ฝ่ายเวชกรรมสังคม รพ.อยุธยา) ถ้าจะให้ยั่งยืนและต่อเนื่องน่าที่จะให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมหรืออาจเป็นแกนหลักแทนแพทย์ได้ ซึ่งพยาบาลนั้นควรมาจากฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมฯ คือต้องรู้ทั้งเรื่องส่งเสริมและรักษาและต้องเป็นผู้ที่ประสานงานได้เนื่องด้วยปัญหาที่ สอ.นั้นหลากหลายเป็นต้นว่าปัญหาบริการ เวชภัณฑ์ การบริหารจัดการ
3. **การดำเนินงานจะไปได้ดี ตัวระบบต้องเอื้อและสนับสนุนให้เกิดทั้งระบบ** กล่าวคือ ทั้งระบบของ สสจ. รพช.และสสอ.ต้องสนับสนุนและเกื้อกูลไปด้วยกันให้หลักให้โอกาสที่ผ่านมานั้นรู้สึกว่าคุณเองดันอยู่คนเดียว

ภาพที่ 1 สรุปพัฒนาการของกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่ อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา

ผู้บริหาร	เวลา	กิจกรรมหลัก	พื้นที่สอ. ที่ดำเนินการ	รพ. และ สสอ.
สสจ.คนที่ 1 สสอ.คนที่ 1	ปีที่ 1 (2533)	6 เดือนแรก วิเคราะห์สถานการณ์ 2 เดือนหลัง นิเทศงาน สอ.แรก	สอ.ปากจั่น	มีแต่แพทย์และหัวหน้าฝ่ายการฯ ที่มีส่วนร่วม สสอ.มีส่วนร่วมน้อย
สสจ.คนที่ 2	ปีที่ 2 (2534)	8 เดือน นิเทศงาน สอ.แรก (หยุดเมื่อแพทย์ลาศึกษาต่อ) 4 เดือน นิเทศงาน สอ.แห่งที่ 2 (เปลี่ยนแพทย์)	สอ.ท่าช้าง	ส่งพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของศูนย์แพทย์ฯ ด้าน MCH เพื่อพัฒนางานในรพ. แต่ไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง
สสจ.คนที่ 3 สสอ.คนที่ 2 สสจ.คนที่ 4	ปีที่ 4 (2536)	10 เดือน นิเทศงาน สอ.แรก 12 เดือน นิเทศงาน สอ.แห่งที่ 3 - อบรม จนท. สอ.3 แห่ง แนวคิดรูปแบบบริการ - ระบบข้อมูล - ทำมาตรฐานการรักษารโรค 4 โรค - คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการก่อนหลังใหม่ 2 เดือน นิเทศงาน สอ.แห่งที่ 2	สอ.นครหลวง	
สสจ.คนที่ 5	ปีที่ 5 (2537)	2 ทำมาตรฐานการรักษาระบบบริการ 3 มาตรฐาน - census พื้นที่ สอ.ที่ 2,3 - กำหนดระบบข้อมูล สอ. การเงิน - จัดระบบส่งต่อ สอ.กับ รพ. - เริ่มดำเนินการพัฒนาศูนย์บริการที่มีระดับอำเภอและ สอ.แห่งที่ 1 (พัฒนางาน) - อบรม จนท. สอ.แห่งที่ 2,3 ด้านทัศนคติ	หยุดนิเทศ	แพทย์หน.ฝ่ายการพยาบาล พยาบาลฝ่ายส่งเสริม ร่วมกับทีมนักวิชาการของสสอ. นครหลวง และทีมนักวิชาการสสจ. เข้ามา ร่วมในกระบวนการ
สสจ.คนที่ 6	ปีที่ 6 (2538)	- อบรมจนท. สอ. นครหลวง งานอนามัยแม่และเด็ก - เปลี่ยนทีมแพทย์ รพ.หยุดการนิเทศ สอ.1 - พัฒนากำลังคนต่อเนื่องเน้นแบบที่ 2 (จุดเน้นที่การพัฒนาคนมากกว่างาน) เริ่มที่ทีมอำเภอ		
	ปีที่ 7 (2539)	พัฒนากำลังคนต่อเนื่องเน้นทีมอำเภอ(แพทย์ หน.ฝ่ายการฯ นวก.ส่งเสริม ร่วมกับ สสอ. ผู้ช่วยสสอ. นวก.บน สสอ.		

ต่อเนื่องหน้าถัดไป ปีที่ 8 (2540)

ภาพที่ 1 (ต่อ) สรุปพัฒนาการของกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่ อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา

ผู้บริหาร	เวลา	กิจกรรมหลัก	พื้นที่สอ. ที่ดำเนินการ	
สสจ.คนที่ 7	ปีที่ 8 (2540)	- พัฒนากำลังคนต่อเนื่อง - ขยายเป้าหมายการพัฒนาสู่ จ.นท.ระดับ หัวหน้าฝ่าย/งานและจ.นท.สอ.ผ่านกิจกรรมการอบรม HHC และการนิเทศงาน สอ.โดยทีมอำเภอต่อเนื่อง	สอ.นครหลวง	สอ.ท่าช้าง
	ปีที่ 9 (ปัจจุบัน)	พัฒนากำลังคนต่อเนื่อง ขยายเป้าหมายสู่ จ.นท.ระดับปฏิบัติงานผ่านกิจกรรมการอบรม การวิจัย และงานบริการ		

การพัฒนาสถานีนามัย และทีมสาธารณสุข ระดับอำเภอระยะที่ 2 ที่เน้นการพัฒนาทีมงาน เป็นหลัก

กิจกรรมดำเนินการ

การพัฒนากำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานในระยะนี้ได้มีพัฒนาเป็น 2 ช่วง **ช่วงปีแรก** เป็นลักษณะของการสร้างทีมวิทยากรที่มีองค์ประกอบเจ้าหน้าที่จากรพ. และสสอ. เพื่อพัฒนาหลักสูตรที่ใช้ในการอบรมพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและรพ. ที่เป็นระดับให้บริการ อีกทอดหนึ่ง และมีการติดตามนิเทศต่อโดยทีมอำเภอ เพื่อหวังผลให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องไปยังการพัฒนางานที่สถานีนามัยในโครงการ กิจกรรมที่ดำเนินการกับทีมวิทยากรระดับอำเภอคือ เริ่มตั้งแต่การถูกรอบรมสาธิตครั้งแรก และมีการดำเนินการศึกษาพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับพื้นที่จริง ๆ (รายละเอียด ดูจากเอกสารรายงานวิจัยฉบับที่ 6 เรื่องการพัฒนากำลังคนที่เกี่ยวข้องในงานเวชปฏิบัติทั่วไป) จัดการอบรมจริงแก่ทีมตำบลต่อเนื่อง 2 ครั้ง หลังการอบรมมีการประชุม ประเมินผล และมีการติดตามนิเทศงาน ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ สถานีนามัยระดับหนึ่ง แต่ยังไม่มากพอที่จะคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการจริง ๆ จึงได้มีการสรุป และปรับกลยุทธ์การพัฒนาใหม่เน้นที่การพัฒนาทีมวิทยากรอำเภอแทน ที่มีองค์ประกอบจากรพ. สสอ. และบางส่วนจากสสจ.ด้วย เพราะการหวังผลให้เกิดการเปลี่ยนที่สถานีนามัยได้นั้น ทีมวิทยากรต้องมีความรู้ความสามารถมากขึ้น และระบบสนับสนุนต้องไปในทิศทางเดียวกัน การหวังผลระยะสั้นที่สถานีนามัยจึงเป็นไปได้ยาก หากพัฒนาทีมอำเภอให้มีศักยภาพมากพอในการคิดเป็นสามารถปรับแผนงานให้สอดคล้องมากขึ้นได้ น่าที่จะเป็นไปได้ และส่งผลกระทบในระยะยาวต่อไปได้ จึงมีการดำเนินงาน ด้วยกลยุทธ์นี้ต่อในปีที่ 2 และปีที่ 3 ด้วยวิธีการที่ทีมวิทยากรอำเภอนี้จัดอบรมให้ แก่ เจ้าหน้าที่สถานีนามัยในพื้นที่ ด้วยหลักสูตรการศึกษาในชุมชน (ใช้ชื่อว่า การพัฒนาสาธารณสุขแนวใหม่) ปีละ 2-3 รุ่น แต่หวังผลที่การพัฒนาวิทยากรมากกว่าการเกิดผลที่เจ้าหน้าที่ สอ.แต่การอบรมนี้ก็เป็นการสร้างพื้นฐานแนวคิดใหม่ให้แก่เจ้าหน้าที่สอ.ด้วย เป็นการสร้าง critical mass เพิ่มขึ้นในส่วนวิทยากรนี้จะได้รับการประเมินผลร่วมกัน และมีการประชุมสรุปผลวิพากษ์วิจารณ์

วิเคราะห์ตนเอง ร่วมกัน โดยมี นพ.วิชัย โปษยะจินดา เป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะ และให้ความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องมีการถูกอบรมเพิ่มเติม ทั้งในด้านการศึกษาเชิงคุณภาพ การอบรมทางด้านจิตวิทยา การวิปัสสนา และแลกเปลี่ยน สรพบทเรียน กับทีมงานสาธารณสุขลพบุรีด้วย มีการทำงานเป็นทีมวิทยากรอย่างต่อเนื่องทั้งในงานอบรม และงานพัฒนาอื่นๆ ในระบบเมื่อมีโอกาส

ความเห็น และผลกระทบกับผู้เกี่ยวข้อง

ความเห็นของพญ.นงคณ้อย ผู้อำนวยการ รพ.

สิ่งที่รู้สึกประทับใจครั้งแรก ก็คือการค้นหาความจริงจากการสังเกตภาพในการอบรมสาธิตครั้งที่ 1 เพราะเมื่อดูภาพแล้วตนเองแปลความทันที เมื่อเฉลยทำให้ต้อง “หยุดเพื่อคิด” เรียนรู้ว่าสิ่งที่เราคิดว่าถูกว่าจริงก่อนหน้านี้ อาจไม่จริง ได้เห็นผู้เข้าร่วมอบรมด้วยกันพูดว่า “ต่อไปนี้จะฟังคนอื่นมากขึ้น” ซึ่งตนเองก็เห็นด้วย เรื่องการหาความจริงจากข้อมูล ตนเองมีความคิดเห็นต่างจากคนอื่นในกลุ่มและไม่ยอมรับมติกลุ่ม ต้องการได้คำตอบจากอาจารย์ว่า ใครถูกแต่อาจารย์ไม่เฉลย เกิดปรีดาในใจ แต่เมื่อผ่านการอบรม และชี้ประเด็นหลายๆครั้ง และย้อนกลับไปคิดถึงเข้าใจปัญหาการทำงานของตน เรียนรู่ว่านั้นเป็นส่วนหนึ่งของอัตตาอันเป็นอุปสรรคต่อการทำงานเป็นทีม กระบวนการที่ตอกย้ำซ้ำทำให้เข้าใจอัตตา อคติ ต่อมาได้รับการอบรมทางจิตวิทยาและวิปัสสนา ทำให้รู้จักตนเอง เข้าใจธรรมชาติของคน ต้องการพัฒนาตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้อื่น เกิดการส่งเสริม สนับสนุนช่วยพัฒนาซึ่งกันและกันในทีม ทั้งด้านจิตใจ ความคิด พฤติกรรมทั้งต่อการทำงานและชีวิตส่วนตัว เกิดความต้องการให้บุคคลใกล้เคียงขยายวงกว้างออกไปให้ได้รับโอกาส ในการพัฒนาตนเองในด้านแนวคิด มีความเข้าใจความหมายของคำว่า “องค์กรร่วม” และ “ระบบบริการสาธารณสุข” สิ่งที่ยั่งยืนและตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคน จากเดิมจะมุ่งพัฒนางานมาตลอด แม้จะเข้าใจว่าพัฒนางานก็ต้องพัฒนาคนไปด้วย ปัจจุบันเข้าใจแล้วว่ามีความต่าง การเริ่มต้นที่การพัฒนาคนในที่สดงานจะดีขึ้น เพราะคนที่ได้รับการพัฒนาให้รู้จักคิดในทางบวก จะช่วยคิดงาน ช่วยทำงาน และสามารถช่วยพัฒนาคนต่อได้ ในขณะที่การมุ่งพัฒนางาน ถ้าบุคคลผู้ปฏิบัติงานขาดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ และคิดงานด้วยตนเอง หรือขาดการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น หรือไม่พัฒนาศักยภาพในการทำงานของตน งานก็จะขึ้นกับขีดจำกัดของผู้ปฏิบัติงาน

ความเห็นของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

“ช่วงแรกๆ ที่ถูกมอบหมายให้สร้างหลักสูตร ยังไม่ค่อยเข้าใจ แต่เริ่มเข้าใจเมื่อเริ่มเป็นวิทยากรที่เป็นซ้ำ ๆ หลายครั้ง จนได้เข้าใจชัดเจนเมื่อไปเชียงใหม่ครั้งที่ 1 เข้าใจคำว่า “อัตตา” เพราะตนเองเป็นผู้สอนเรื่องการสังเกต และ ทุกครั้งที่สอนก็จะถูกวิจารณ์ ว่าสอนเป็นอย่างไร ได้กลับมาบังคับทบทวนตนเอง และได้กลับมาทบทวนงานในระบบ ได้ข้อมูลจากชาวบ้าน ได้เข้าใจคำว่า “สติ”เมื่อไปเสนา เข้าใจตนเองมากขึ้นเมื่อไปอบรมกับอาจารย์ Bunny Duhl เข้าใจคำว่า “วิถีชีวิต” ก็เมื่อพบว่าตนเองมีกระบวนการของการแสวงหา ค้นหา อ่าน ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวเริ่มมาจาก อ. วิชัยและทูปซ้ำๆมาตลอด

ในเรื่องของการสร้างทีมของคนในระบบตนเอง ได้พยายามดึงคนในโรงพยาบาลที่มีอัตราเข้ามามีส่วนร่วมของการรับรู้การดำเนินงานแม้จะไม่ใช่ key man ของการดำเนินงาน อย่างเช่น ฝ่ายบริหาร แต่ทำให้เขาเข้าใจระบบ จนมาระยะหนึ่ง อ.วิชัยตอบว่ากระบวนการอบรมนี้ไม่สามารถลดอัตราคนได้ทั้งหมด จากนั้นจึงเริ่มเปลี่ยนความคิดในการคัดสรรคนใน รพ.เข้าไปผ่านการอบรม โดยเลือกผู้ที่สามารถทำงานขับเคลื่อนต่อไปได้แทน”

ความเห็นของหัวหน้าสถานีนามัยท่าช้าง

“ได้เรื่องความจริง เรื่องภาพ และเรื่องแนวคิดจากการทำหลักสูตรที่แต่ละคนนำเสนอ และแสดงความคิดเห็น (ที่รร.กรุงศรี ฯ ครั้งแรก) ซึ่งเป็นจุดที่ทำให้ตนเองยอมรับผู้อื่น ยอมรับน้องที่ สอ. เพื่อนร่วมงานต่างสถานีนามัย ระยะเวลาที่ผ่านมาไม่ได้เข้าร่วมแต่จะคุยผ่านซึ่งก็ไม่เหมือนกับการได้นั่งฟัง และคิดร่วมไปด้วย รู้สึกมั่นใจตนเองมากขึ้นกว่าเดิม เพราะการได้ร่วมกิจกรรม การได้แสดงความคิดเห็นซึ่งไม่มีใครผิดใครถูก และอาจารย์ชี้ให้เห็นที่ภาชี จะรู้จักเชื่อมโยงและเข้าใจวิถีชีวิตชุมชน (อาจารย์บอกว่าเห็นทองอยู่ในไหแต่เราแค่เปิดดูแล้วก็ปิด) เมื่อได้ผ่านการเรียนรู้ ก็จะกลับมาถ่ายทอดให้น้องฟังโดยการพาน้องที่ สอ. ลงไปเยี่ยม case ในหมู่บ้านซึ่งเป็น case หลังคลอด ประสบการณ์ที่ได้พบคือได้รับการต้อนรับจากชาวบ้านเป็นอย่างดี และเขารู้สึกดีใจที่เจ้าหน้าที่ลงไปเยี่ยม น้องได้เรียนรู้สิ่งทีนอกเหนือจากการเยี่ยม นั่น คือได้ รู้ว่าชาวบ้านคนไหนไม่เคยไป สอ. เลยทำให้น้องรู้สึกประทับใจ และอยากที่จะลงไปเยี่ยม ระยะเวลาจะพาน้องลงเยี่ยม chronic case แต่มาระยะหลังที่เริ่มทำ HHC น้องจะเริ่มไม่กระตือรือร้น เนื่องจากรู้สึกเหมือนถูกบังคับให้ทำ ไม่ชอบที่จะต้องตอบคำถามว่า “รู้สึกอย่างไร” หรือ “คิดอย่างไร” ในบางครั้งน้องอีกคนจะรู้สึกผิดหวังมากกับคนไข้ที่เมื่อลงไปทำ HHC แล้วเขาไม่ประสบความสำเร็จคือคนไข้ไม่เชื่อฟังที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ”

“เห็นความสำคัญของการเก็บข้อมูลคนไข้มากขึ้น เลือกเก็บข้อมูลโดยไม่เลือกเฉพาะโรคหรือรังแต่จะเก็บข้อมูลของเด็กด้วย และพยายามนำไปสู่ข้อสงสัยที่ว่าทำไมเป็นซ้ำๆ เช่น หอบ หรือการเป็นหวัดบ่อยๆ จะประเมินสภาพน้ำหนัก รวมถึงการเลี้ยงดูเพื่อหาว่าทำไมเด็กป่วยบ่อย และจะไม่เก็บเฉพาะคนในเขตรับผิดชอบของตนเองแต่จะเก็บคนนอกเขตที่มารับบริการกับเรา เพราะรู้สึกถึงประโยชน์ของการนำไปใช้จริง และพยายามผลักดันให้น้องได้เรียนรู้และเห็นความสำคัญโดยการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง

ในเรื่องการเยี่ยมบ้านรู้สึกว่าย่อมอย่างมีหลักการและทิศทางมากกว่าแต่ก่อน คือเริ่มรู้จักวางแผนว่าจะไปทำอะไร อย่างไรให้กับคนไข้ในที่นี้คือรู้คนไข้ก่อนว่าคนไข้เป็นอะไร ซึ่งเริ่มรู้ก็เมื่อได้พบกับ จอ. วิชัย ส่วนกิจกรรมการทำ HHC กับทีม รพ. นั้นจะกระตุ้นให้ตนเองอยากค้นคว้า ขวนขวายที่จะหาอ่านเพื่อให้รู้มากขึ้น”

การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ระยะที่ 3)

เป็นระยะที่พื้นที่ดำเนินการเองต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในฝ่ายต่างๆ พร้อมกับการพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานีนามัยในอำเภอนครหลวง โดยกิจกรรม Home health care (HHC) โดยการจัดให้มีการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่นำส่งในในแต่ละตำบล ซึ่งมีหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของรพ. ออกไปเยี่ยมร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่รพ. ที่อยู่ในฝ่ายส่งเสริม และฝ่ายรักษาฯ (มีการแบ่งเจ้าหน้าที่รพ. เป็นทีม primary หมายถึงเน้นให้บริการเบื้องต้นในพื้นที่รับผิดชอบ กับทีม secondary ซึ่งเป็นทีมให้บริการที่ซับซ้อนมากขึ้น) และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยในโซนนั้นๆ (ในพื้นที่อำเภอนี้ มีการแบ่งสถานีนามัยเป็นโซน เพื่อหวังให้เกิดการ เกื้อกูลกันภายในเครือข่าย) สัปดาห์ละ 1 วัน เมื่อเยี่ยมแล้วทีมจะกลับมาอภิปรายแลกเปลี่ยนประเด็น และมุมมองระหว่างกัน โดยหัวหน้าฝ่ายการฯ จะพยายามเป็นผู้ชี้ประเด็น และมีการเติมความรู้เพิ่มเติมใน 2 ระดับ คือ 1) องค์ความรู้ในระดับที่ primary ควรรู้ 2) องค์ความรู้ในระดับที่ secondary ควรรู้ ฉะนั้นทีมรพ. ทั้ง 2 ระดับจึงเสมือนถูกผลักดัน ให้เตรียมเนื้อความรู้ไปโดยปริยาย เพื่อนำมาใช้ในการอภิปรายกลุ่ม และสอนเพิ่มเติมให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีนามัย

การดำเนินการนี้ได้ปฏิบัติตามต่อเนื่องเกือบปีในพื้นที่ อำเภอนครหลวง และอำเภอบางไทร (เป็นอำเภอที่เจ้าหน้าที่เคยได้รับการอบรมในส่วนของพัฒนากำลังคนในระยะที่2)

บรรยากาศการพูดคุยในระยะหลังนี้ เป็นลักษณะ “ปรับทุกข์” พูดคุยด้วยกัน ปรับความเข้าใจร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล สถานีอนามัย และสาธารณสุขอำเภอ

แต่การที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะริเริ่มการดูแลคนไข้โดยมีต้องรอทีมหรือไม่นั้น หัวหน้าฝ่ายการฯ เห็นว่า ต้องมีการกระตุ้นต่อจากสาธารณสุขอำเภอ สสอ. เองต้องเหมือนเป็นวิทยากรอยู่ในตัวเพื่อเป็นตัวผลักดัน และกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องของกระบวนการในระดับ สอ.ต่อไปได้

ความเห็นต่อการสร้างทีมงานในปัจจุบัน

ความเห็นของพ.นงคณ้อย :

“ค่อนข้างพอใจกับทีมที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบัน ทีมถูกสร้างขึ้นด้วยกิจกรรมหลายกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการทั้งหมดที่พูดไปแล้วในระยะที่ 2 รวมทั้งกระบวนการของ HHC มีเนื้อที่เป็นส่วนหนึ่งของการดึงคนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆระดับ และยังใช้ตัว process ของ อ.วิชัย คือการชี้ประเด็นเพื่อสร้างคนและสร้างทีม

ความเป็นทีมมีมากขึ้นถึงระดับที่สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมแม้มีอุปสรรคเช่น ไม่มีเวลาหรือหัวหน้าไม่เข้าร่วม เจ้าหน้าที่ที่มีความคิดริเริ่มมากขึ้น เช่นการแบ่งโซน การที่เคยมีกระบวนการคุยกันแบบรู้ใจ ทำงานมาด้วยกัน ทำให้เจ้าหน้าที่กล้าแสดงความคิดเห็น และวิจารณ์กันมากขึ้น ตัวอย่างเช่น เคยมีการจัดสรรเงินก่อนมาให้อำเภอทำงาน ได้มีการคุยกันว่าทำงานแบบเดิมหรือจะทำอย่างไร เจ้าหน้าที่ใน คปสอ. ได้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน คิดถึงขั้นตอนรายละเอียดด้วยกัน มิใช่เป็นบทที่พ.นงคณ้อยฝ่ายเดียว แต่เป็นลักษณะร่วมกันคิด ทำเจ้าของร่วมกัน “

“กระบวนการดังกล่าวนี้จะนำไปสู่การ พัฒนาสถานีอนามัยอื่นในระยะต่อไปได้หรือไม่นั้น อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่สาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ ต้องไม่ดึงกำลังไปทำงานอื่นที่ไม่จำเป็น และหากสนับสนุนจะยิ่งดี”

“การเปลี่ยนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบ่อย มีผลกระทบต่องาน เพราะ สสอ.เองยังคงมีกรอบของการดำเนินงานตามนโยบาย สสจ.อยู่อย่างเช่น งานอุจจาระร่วง มีผลต่อการเลื่อน HHC ที่จะมาพบและเรียนรู้ด้วยกัน”

ความเห็นต่อขั้นตอนสำคัญของการสร้างทีมงาน

1. ต้องมี facilitator ในระดับจังหวัดที่ลงมาช่วยกระบวนการสร้างทีมในอำเภอ และในพื้นที่ต้องมีอย่างน้อยระดับ หัวหน้าที่มีความตระหนัก ถึงความสำคัญ ในเรื่องของการสร้างทีม
2. ต้องประเมินคำว่า “ทีม” ในพื้นที่นั้นๆ ก่อนดำเนินการเพราะสิ่งนี้เป็นปัจจัยที่จะขับเคลื่อน งานต่อไปได้
3. หา key man ในพื้นที่
4. สันคลอนความเป็นตัวตนของ key man และคนในทีม
5. ค่อยๆ รวมทีมรพช. และ สสอ. เข้ามาภายใต้กิจกรรมที่ต่อเนื่อง
6. การศึกษาโดยใช้ชุมชน เป็นวิธีการสอนคนได้ดีมาก แต่ต้องมีคนชี้ประเด็นและเชื่อมโยงให้ในระยะแรก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

เงื่อนไขความสำเร็จ

1. ระบบต้องสนับสนุนไม่ว่าทรัพยากรบุคคลหรือการสนับสนุนให้ทำงาน
2. คนในทีมต้องมีเวลา มีความต่อเนื่อง ถ้าเป็นคนในพื้นที่จะชี้ความเป็นตัวตนได้ง่ายและเร็ว

ตัวจักรสำคัญในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ความเห็นของเจ้าหน้าที่สอ. : คน ซึ่งต้อง “คิดเป็น” คิดอยากจะทำ และมีใจรัก

ความเห็นของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล : คน ซึ่งมีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาตนเอง ซึ่งอาจมีทั้งที่ต้องผ่านการอบรมมาก่อน หรืออาจไม่ต้องผ่านการอบรมมา แต่มีการพัฒนาในระบบ

ความเห็นของพ.นงคํน้อย : ส่วนหนึ่งที่สำคัญระบบจะต้องสร้างคนขึ้นมาเอง มิใช่ระบบดึงคนอื่นเข้ามาพัฒนา

ศักยภาพของสถานอนามัยในการให้บริการ และบทบาทของโรงพยาบาลในการพัฒนา primary care

ความเห็นของพ.นงคํน้อย ในส่วนของ รพ.เองได้มีการพัฒนา primary care ในเขตรับผิดชอบของรพ. แต่เนื่องจากรพ. เองถูกแบ่งฝ่ายแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนมากกว่า สอ. เจ้าหน้าที่ในแต่ละฝ่ายมีระดับของความเข้าใจต่างกัน มีเกราะป้องกันตัวมาก มีความเฉพาะของงานมาก จึงทำให้ดำเนินการได้ยาก แต่จำเป็นต้องพัฒนา เพราะเป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลสามารถทดลองรูปแบบการทำงาน ตัวอย่างที่ดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ HHC ในพื้นที่ก่อน แล้วจึงขยายไปทำงานกับสถานอนามัย

ส่วนในเรื่องของการสนับสนุน สอ. นั้นการลงไปทำ HHC จะได้ผลพลอยได้อื่นๆค่อนข้างมากนั่นคือ ได้ข้อมูลที่ สอ. มีปัญหา เช่น ยาไม่พอใช้ เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้ก็เพื่อนำกลับมาปรึกษาหาสิ่งสนับสนุน และความเป็นไปได้ที่จะช่วย สอ. ต่อไป

ความเห็นของเจ้าหน้าที่สอ.

การที่ สอ. จะพัฒนาต่อได้หรือไม่

- ระบบต้องสนับสนุน
- เจ้าหน้าที่สอ. ต้องสามัคคี มีความร่วมมือและช่วยเหลือกันระหว่าง สอ.
- ในเรื่องขององค์ความรู้ ทักษะการบริการก็ยังคงต้องอาศัยทีมจาก รพ. ในบางครั้ง

อนาคตจะปิด general OPD ได้หรือไม่

พ.นงคํน้อย: เป็นไปได้ถ้าหมอเหลือน้อย

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล: เป็นไปได้ถ้าทำให้คนไข้มีความมั่นใจกับ สอ.มากขึ้น การจัดการ HHC จะทำให้รู้สึกใกล้ชิดชุมชนมากขึ้น

หัวหน้าสอ. : ถ้ามีการปิดโอพีดีจริง สอ. ด้วยกำลังคนเท่านี้คิดว่าสอ.เองก็รับไม่ไหวเมื่อคนไข้ทั้งหมดไปที่ สอ.

๒ สรุปการพัฒนางานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

รายงานส่วนนี้เขียนและรวบรวมโดย นพ.วิชัย อัครภาคย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

1. จุดเริ่มต้นและพัฒนาการของความคิดการพัฒนา

จุดเริ่มต้นที่ต้องการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ เนื่องจากปัญหา Workload ที่ OPD ซึ่งต้องตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ประมาณ 80%) เป็นโรคง่าย ๆ ที่สามารถรักษาได้โดยเจ้าหน้าที่สถานีนอามัย ทำให้ไม่สามารถพัฒนางานอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาส่วนหนึ่งที่สถานีนอามัย ก็ยังไม่มีคุณภาพทั้งการวินิจฉัยและการตรวจรักษา เห็นได้จากผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานีนอามัย หรือได้รับการรักษาที่สถานีนอามัยก่อนมาโรงพยาบาล ตลอดจนการได้ออกไปเฝ้าไข้ , ตรวจเยี่ยมสถานีนอามัยก็พบว่าคุณภาพการดูแลรักษายังมีปัญหามากพอสมควร(ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงปัญหาระบบบริหารจัดการและสิ่งที่ไม่ถูกต้องอีกมากมาย ในสถานีนอามัยที่ต้องการการพัฒนา) ซึ่งหากไม่พัฒนาสถานีนอามัย โรงพยาบาลก็ไม่สามารถพัฒนาได้ เพราะว่าถ้าพัฒนาแต่โรงพยาบาล คนไข้ก็จะ Bypass สถานีนอามัยมายังโรงพยาบาล ยิ่งทำให้โรงพยาบาล Workload มากขึ้น ในขณะที่มีทรัพยากรด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะแพทย์เท่าเดิมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเบื่อหน่าย เพราะต้องทำแต่งงานประจำโดยที่ไม่มีเวลาที่จะพัฒนางาน และพัฒนาตนเองให้มีความรู้มากขึ้นไม่เกิดแรงจูงใจที่จะอยากจะทำงานในโรงพยาบาลชุมชนและเกิดความท้อแท้และหนีจากโรงพยาบาลชุมชนในที่สุด

ประกอบกับในปี 2534 อำเภอ้ำพองได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่หนึ่งในโครงการวิจัยพัฒนาอนามัยชุมชน(JICA project) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ตรงกับแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จึงได้เริ่มมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของอำเภอ้ำพองตั้งแต่นั้นมา (โดยเน้นหนักการพัฒนาที่ตัวสถานีนอามัยและระบบสนับสนุนที่จะทำให้สถานีนอามัยได้รับการพัฒนา) รวมเวลาในการพัฒนาดังแต่นั้นมาจนถึงปัจจุบันรวม 6 ปี แม้ว่าพัฒนาการจะเริ่มพัฒนาดังแต่ปี 2534 แต่ก็เสียเวลาในช่วงเริ่มต้นมากพอสมควร (pre- operational phase) ประมาณ 2 ปี เพื่อเก็บข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนการศึกษาและทำความเข้าใจกับแนวคิดในการพัฒนาให้ตรงกันในทุกๆระดับ

การพัฒนาเริ่มมีกิจกรรมที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น ตั้งแต่ปี 2536 (เริ่ม operational phase) การพัฒนามีความต่อเนื่อง เนื่องจากโครงการได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และมีแผนรองรับที่ชัดเจนเป็นเวลา 5 ปี (2535-2539) แต่ก็มีบางช่วงของการพัฒนาที่ทำให้ประสบปัญหา ไม่สามารถพัฒนาโครงการให้เป็นไปตามความคาดหวังได้เนื่องจากหลาย ๆ ปัจจัยเช่น การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารระดับจังหวัด, ความไม่เข้าใจและไม่ให้ความสำคัญร่วมมือของผู้บริหารระดับอำเภอ (สสอ.), ผู้บริหาร (ผอ..รพช.) ลาศึกษาต่อ เป็นต้น ทำให้งานขาดช่วง ทั้งนี้เนื่องจากโครงการค่อนข้างขึ้นกับปัจจัยตัวบุคคล และยังไม่สามารถทำให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเห็นความสำคัญและเข้าใจในแนวทางการพัฒนาได้อย่างแท้จริง (รายละเอียดจะกล่าวในหัวข้อเรื่องปัญหาอุปสรรคต่อไป)

II. แนวคิดหลักในการพัฒนากระบวนการ และกิจกรรมดำเนินการ ผลลัพธ์ และปัญหาอุปสรรค

- แนวคิดในการพัฒนาระบบหลักแนวคิดการพัฒนาสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated Health System) โดยใช้การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นแนวทางในการพัฒนา
 - โดยมีกลยุทธ์ในการพัฒนาคนและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอทุกระดับโดยเฉพาะการพัฒนาที่สถานีนอามัย
 - มีกิจกรรมในการพัฒนาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
1. การเตรียมพร้อมบุคลากรทุกระดับโดยจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้เข้าใจแนวคิดของการพัฒนา
 2. มีการประชุมกรรมการโครงการทั้งระดับอำเภอ (คปสอ.) และจังหวัดอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน
 3. มีการศึกษาดูงานโครงการอยุธยาสำหรับกรรมการและเจ้าหน้าที่สถานีนอามัยที่เกี่ยวข้อง
 4. จัดอุปกรณ์, ครุภัณฑ์สนับสนุนการพัฒนาโดยงบประมาณของ JICA
 5. การพัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีนอามัย อย่างสม่ำเสมอเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การสอน การได้พบปะ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่สถานีนอามัย
 6. การให้เจ้าหน้าที่สถานีนอามัยมาฝึกอบรมด้านความรู้ ในการวินิจฉัยโรค การรักษากับแพทย์ที่ OPD และฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล โดยความสมัครใจของเจ้าหน้าที่สถานีนอามัย
 7. การนิเทศงานสถานีนอามัยโดยแพทย์
 8. การพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนอามัย
 9. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อคนไข้ และการให้บริการ good care (Holistic, continuous และ integrated care) โดยใช้แฟ้มครอบครัว (Family File) เป็นข้อมูลประจำครอบครัว

II.1 ผลจากกระบวนการพัฒนาพบว่า

1) ในส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งเป็นคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ มีความรู้และความเข้าใจ ในแนวความคิดพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอมากขึ้นและมีความเข้าใจการวิจัยร่วมปฏิบัติการ(Action research) ดีขึ้นกว่าเดิม

2) ในส่วนของผู้ปฏิบัติ ในแง่ความรู้และความเข้าใจในแนวความคิดพัฒนาของโครงการ หรือความเข้าใจเรื่อง Action research ยังบอกไม่ได้ชัดเจนว่ามีความเข้าใจมากขึ้นกว่าเดิมเท่าไรนัก

3) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีความตื่นตัวที่จะพัฒนามากขึ้น เห็นได้จากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ไม่ได้ร่วมโครงการบางแห่งเรียกร้องที่จะขอเข้าร่วมโครงการ ถึงแม้จะไม่มียกย่องสนับสนุน ในบางแห่งที่มีเงินบำรุงสถานีอนามัยมากพอก็เสนอที่จะเข้าร่วมโครงการโดยพัฒนาสถานีอนามัยของตนด้วยเงินบำรุง

4) ความรู้ในด้านการวินิจฉัย รักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยเฉพาะการตัดสินใจในการส่งต่อและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นดีขึ้น โดยประเมินจากการประชุมวิชาการ (referral audit) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตอบคำถามได้ดีขึ้นและที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเช่น จากการวิเคราะห์ใบส่งต่อเปรียบเทียบกับในช่วงเริ่มโครงการใหม่ ๆ พบว่ามีโรคหลายโรคที่ได้พูดคุยกันในการประชุม เจ้าหน้าที่ให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น เช่น โรคไส้ติ่งอักเสบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ

กรณีการฝึกทักษะที่ห้องฉุกเฉินก็ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีทักษะการรักษาโรคฉุกเฉิน การทำแผลเย็บแผลได้ดีขึ้น ตลอดจนแพทย์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็รู้มากขึ้นว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีศักยภาพเหล่านี้เพียงใด ทำให้สามารถส่งต่อชนิดของผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ดูแลได้ถูกต้องมากขึ้น

5) การจัดประชุมอย่างต่อเนื่องทุกเดือน (referral audit) และการที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมาฝึกที่ OPD และ ER ทำให้แพทย์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีโอกาสในการเรียนรู้และเข้าใจซึ่งกันและกันดีขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลและสถานีอนามัยดีขึ้นกว่าเดิม

นอกจากนี้การประชุมและพูดคุยร่วมกันยังมีส่วนช่วยให้ทั้ง 2 ฝ่าย ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของวิชาการ งานบริหารหรือบางครั้งแม้แต่เรื่องส่วนตัว เมื่อความสัมพันธ์ของทั้ง 2 ฝ่ายดีขึ้น ทั้งนี้เพราะเกิดจากรู้สึกที่ว่าโรงพยาบาล เป็นผู้คอยให้ความสนับสนุนสถานีอนามัย มิใช่มาประชุมเพื่อสั่งให้ทำตามนโยบายเบื้องบน หรือประชุมเพื่อแย่งทรัพยากรกับสถานีอนามัยดังเช่น แต่ก่อน

II.2 ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในเขตชนบท

จากประสบการณ์การพัฒนางานบริการปฐมภูมิในชนบท (สอ.และ รพช.) ตามแนวความคิดพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated Health System) ปัญหาในการพัฒนาอาจสรุปได้ว่ามีโครงสร้างและปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอดังต่อไปนี้

1. สถานีนอนามัย

โดยตัวสถานีนอนามัย มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาตามแนวคิด ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

1.1) จำนวนเจ้าหน้าที่ของ สอ.

สอ.ในอำเภอหนอง (มี 15 สอ.) มีจำนวนเจ้าหน้าที่เฉลี่ย 2.5 คน / สอ. ซึ่งถือว่าต่ำไปสักนิด ควรจะมีเจ้าหน้าที่ สอ.ละ 3-5 คน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะงานรักษาพยาบาล ซึ่งควรจะมีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำที่ สอ. ตลอดเวลา ทั้งใน และนอกเวลาราชการเพื่อให้คนไข้สามารถมีผู้ให้บริการรักษาหรือคำปรึกษาเรื่องโรคภัยไข้เจ็บตลอดเวลา เป็นการสร้างความเชื่อถือไว้วางใจ และนำไปสู่ความศรัทธาของประชาชนต่อ สอ. ต่อไป (ทั้งนี้ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไม่ไปใช้บริการที่ สอ. โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ และวันหยุด เนื่องจากประชาชนมีความเชื่อว่าในเวลาดังกล่าวไปแล้วมักไม่พบเจ้าหน้าที่ สอ. จึงตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาลเลย)

1.2) พื้นฐานความรู้ของเจ้าหน้าที่ สอ.

เนื่องจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ใน สอ. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน,บางส่วนเป็นพยาบาลเทคนิค และบางส่วนโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อาวุโสเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งแม้ว่าหลักสูตรการเรียนการสอน 2 ปี ในวิทยาลัยจะพยายามสอนให้เจ้าหน้าที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน (polyvalent) ทั้งงานรักษาพยาบาล , ส่งเสริมสุขภาพ และงานสุขภาพป้องกันโรค แต่สิ่งที่เป็นจุดอ่อนของเจ้าหน้าที่ใน สอ. ทุกหลักสูตรการศึกษาก็คือ ความรู้ด้านการรักษาพยาบาลยังไม่พอสัสำหรับบริการในระดับปฐมภูมิ ในปัจจุบัน ซึ่ง ประชาชนมีความรู้ , ค่านิยม , กำลังซื้อ และการคมนาคมที่สะดวกขึ้นกว่าในอดีต ทำให้ประชาชนมีทางเลือกมากกว่า สอ. ใกล้บ้าน จึงไม่สามารถสร้างความศรัทธาแก่ประชาชนในพื้นที่ได้

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่บางส่วนก็ค่อนข้างอาวุโส ต้องการการพัฒนาความรู้ความรู้อาการค่อนข้างมาก และอาจต้องใช้เวลานานในการพัฒนา

1.3) แรงจูงใจในการทำงาน

เนื่องจากเจ้าหน้าที่ สอ. เป็นผู้อยู่ใกล้ชิดชุมชน จึงต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชนในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านสังคม ซึ่งมีส่วนทำให้เจ้าหน้าที่มีรายจ่ายด้านสังคมค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับรายรับ (ในอำเภอหนองเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะได้รายรับประมาณ 7,000 บาท/เดือน จากเงินเดือน 5,180 + เบี้ยเลี้ยง + 1,000 + เงินค่าอยู่แหว + 1,000 บาท/เดือน) ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่เกิดแรงจูงใจที่จะทำงาน ในทางตรงข้ามกลับต้องหารายได้พิเศษในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขทั้งแก่ตนเองและครอบครัว

นอกจากนี้การระดมข่าวสาร และกิจกรรมพิเศษที่ล้นมือ โดยเฉพาะระบบทะเบียน , รายงาน การขอข้อมูลซ้ำซ้อนจากหน่วยเหนือ ตลอดจนกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ (vertical program) ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่บั่นทอนกำลังใจของเจ้าหน้าที่ สอ. ทั้งสิ้นอีกทั้งข้อมูลที่ต้องรวบรวมดังกล่าว เจ้าหน้าที่มักไม่ค่อยได้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานบริการของตนเอง

1.4) งบประมาณที่สนับสนุน สอ.

สำหรับในจังหวัดขอนแก่น สสจ. มีนโยบายให้ รพช. สนับสนุนงบเวชภัณฑ์แก่ สอ. แบบไม่มีจำกัด โดยให้เบิกตามจ่ายจริง โดย รพช. เป็นคลังเวชภัณฑ์แก่ สอ. ทำให้แก้ปัญหาการขาดแคลนยาได้ระดับหนึ่ง ทำให้ สอ. ในอำเภอน้ำพอง มากกว่าครึ่งที่มีเงินบำรุงคงเหลือมากกว่า 1 แสนบาท บางแห่งมีถึง 3 - 4 แสนบาท ทั้งนี้ เนื่องจาก สอ. ไม่มีรายจ่ายอื่นนอกจากค่าอยู่เวรของเจ้าหน้าที่ ถ้าหากไม่ใช้จ่ายเงินในกรณีอื่น ๆ ซึ่งไม่จำเป็น หรือใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลผล เชื่อว่า สอ. ทุกแห่งจะมีเงินคงเหลือมากพอที่จะพัฒนา สอ. ได้อย่างสบายเห็นได้จาก สอ. ทั้ง ๆ ที่มีเงินคงเหลือมากกว่าแสนดังกล่าว ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่มีการหารายได้พิเศษส่วนตัว และเป็น สอ. ที่ขาย บัตรสุขภาพได้มาก ดังนั้น จึงเชื่อว่าหาก สอ. ให้บริการเป็นที่ศรัทธาของประชาชน และรายรับไม่รั่วไหลหรือใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล สอ. จะมีเงินคงเหลือมากพอที่จะจ่ายเงินเวร และนำเงินมาพัฒนา สอ. และ สอ. ได้อย่างไม่มีปัญหา

2. โรงพยาบาลชุมชน

รพช. ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีศักยภาพสูงหลายสาขา ควรมีหน้าที่เป็นผู้เฝ้าระวัง สนับสนุนด้านวิชาการทุก ๆ ด้านแก่เจ้าหน้าที่ สอ. ทั้งนี้เพราะบุคลากรใน สอ. และ สอ. เองไม่มีความรู้ความสามารถที่จะแสดงบทบาทนี้ได้ แต่ในความเป็นจริง โรงพยาบาลกลับละเลยในการแสดงบทบาทดังกล่าว ซึ่งมีสาเหตุหลายประการดังต่อไปนี้

2.1) เนื่องจากโรงพยาบาลมิได้เป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของ สอ. จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ สอ. ไม่ใช่ของโรงพยาบาล และมีเจ้าหน้าที่ หรือ ไม่เห็นผลดีอะไรที่ต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่ สอ. นอกจากนี้บางครั้งอาจรู้สึกว่าแม้พัฒนา ก็ทำไม่ได้เพราะไม่มีอำนาจในการให้คุณให้โทษ

2.2) ปัญหาขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ ทั้งจำนวน และทัศนคติของแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ที่จะมีความเข้าใจระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ มีความเข้าใจเจ้าหน้าที่ สอ. มักจะเป็นแพทย์ที่ได้ทำงานใน รพช. และมีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สอ. ระดับหนึ่ง ซึ่งส่วนมากมักจะต้องเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ แพทย์ที่อยู่ รพช. นานพอเนื่องจากแพทย์ประจำส่วนใหญ่อยู่ รพช. ไม่นาน (ประมาณ 1 - 2 ปี) และไม่ค่อยมีบทบาทใน คปสอ. หรือ งานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สอ. ดังนั้น แพทย์ใน รพช. จึงมีข้อจำกัดในการที่จะแสดงบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ สอ. ไม่ว่าจะเป็นการเป็นวิทยากรในการอบรม , การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้านวิชาการกับเจ้าหน้าที่ สอ. (referral audit) หรือการออกไปนิเทศงานที่ สอ. ทั้งนี้เพราะแพทย์ส่วนใหญ่มีค่านิยมที่จะเรียนต่อเป็น specialists ตั้งแต่ขณะเรียนอยู่ในมหาวิทยาลัยแล้ว

2.3) ไม่มีแรงจูงใจสำหรับแพทย์ที่จะแสดงบทบาทพัฒนา สอ. เนื่องจากแพทย์ที่จะแสดงบทบาทนี้มักจะไม่สามารถสร้างความเข้าใจกับแพทย์ผู้ร่วมงานว่าทำอะไร และมีประโยชน์อย่างไร เนื่องจากการทำให้แพทย์คนอื่น ๆ ที่อยู่ใน รพช. ด้วยกัน รู้สึกว่าต้องทำงานหนักขึ้น (ทั้ง ๆ ที่มีแพทย์น้อยอยู่แล้ว) นอกจากนี้ภาระต้องหนักขึ้นด้วย เพราะบางครั้งต้องใช้เวลานานออกราชการ เนื่องจากต้องทำทั้งหน้าที่ประจำในโรงพยาบาล และเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุน สอ. ในขณะที่แรงจูงใจด้านการเงิน (incentive) ก็ไม่มีที่จะทำให้แพทย์ทุกท่านช่วยกันแสดงบทบาทเป็นพี่เลี้ยงของเจ้าหน้าที่ สอ.

3. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

เนื่องจาก สอ. มีสายบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อ สสอ. ซึ่งสามารถให้ทุนโทษแก่เจ้าหน้าที่ สอ. ได้ แต่ขาดความรู้ด้านวิชาการและทรัพยากร ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นแหล่งความรู้ และทรัพยากรกลับมีบทบาทเป็นเพียงแค่ผู้ให้การนิเทศ และสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ สอ. เท่านั้น ทำให้การพัฒนา สอ. ต้องอาศัยการประสานงาน , ร่วมแรงร่วมใจของทั้ง 2 ขั้วอำนาจ ซึ่งแท้ที่จริงแล้วก็ขึ้นกับความสัมพันธ์ โรงพยาบาลชุมชน , ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และ สสอ. นั่นเอง หากความสัมพันธ์ทั้ง 2 ไม่ดี ก็เป็นการยากยิ่งที่จะพัฒนา สอ. ให้ประสบความสำเร็จได้ แม้ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขระดับอ (คปสอ.) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่เชื่อมอำนาจทั้ง 2 เข้าด้วยกัน แต่ในทางปฏิบัติแล้วมักจะมีปัญหาขัดแย้งกันอยู่เสมอ เนื่องจากธรรมชาติของทั้งสองส่วนค่อนข้างจะแตกต่างกันมาก ทั้งวิสัยทัศน์และคุณวุฒิ นอกจากนี้ยังมีปัญหาความขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์ ทำให้ คปสอ. จึงเป็นเวทีการต่อรองเพื่อแบ่งสรรงบประมาณกัน มากกว่าเพื่อร่วมมือกันพัฒนา สอ. อย่างแท้จริง

4. ระบบส่งต่อ (Referral System)

ระบบส่งต่อที่ดีควรจะเป็นระบบที่สามารถเป็นหลักประกันคุณภาพระบบบริการให้กับประชาชน และสนับสนุนการพัฒนางานบริการทั้งที่ สอ. และ รพช. ปัญหาของระบบส่งต่อในปัจจุบัน ได้แก่

4.1 เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญ

ทั้งเจ้าหน้าที่ สอ. และแพทย์โรงพยาบาลชุมชนมิได้เห็นประโยชน์จากการใช้ใบส่งต่อหรือตอบใบส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยัง สอ. แต่เป็นเพียงการทำตามข้อตกลงที่กำหนดให้เขียนหรือตอบใบส่งต่อเท่านั้น เห็นได้จากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่เขียนใบส่งต่อให้ผู้ป่วย และไม่เขียนรายละเอียดที่จำเป็นในใบส่งต่อ ในด้านการแพทย์ก็ไม่ส่งใบส่งต่ออย่างละเอียดและไม่ใช้เป็นเครื่องมือในการสอนเจ้าหน้าที่สอ. อาจเพราะรู้สึกเป็นภาระหรือไม่เห็นประโยชน์ นอกจากนี้ก็ใช้เวลาอย่างมากในการตอบใบส่งต่อ (มากกว่า 1 เดือน)

4.2 นโยบายที่กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีบัตรสุขภาพทุกชนิด , บัตรประกันสังคม สามารถใช้บริการทางสถานบริการในระดับอำเภอได้ทุกแห่ง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อ เพื่อจูงใจให้ผู้ใช้บริการซื้อบัตร เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำลายคุณค่าของระบบการส่งต่อจาก สอ. ไป โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมาก by pass จาก สอ. ไปยังโรงพยาบาลชุมชน โดยตรง

4.3 ระบบส่งต่อในปัจจุบัน ไม่มีมาตรการที่สนับสนุนผู้ป่วยที่มาตามระบบ refer ได้รับประโยชน์และถูกจูงใจให้รับบริการตามระบบ refer และไม่มีมาตรการลงโทษ(โดยเฉพาะด้านการเงิน) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามระบบ refer (by pass) จึงทำให้ประชาชนไม่เห็นประโยชน์ของระบบส่งต่อ

III. แนวทางในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในชนบท

การพัฒนางานบริการปฐมภูมิในชนบท (ในระดับอำเภอ) โดยเน้นที่ สอ. และ รพช. เป็นหลัก ในการพัฒนาต้องพัฒนาทุกโครงสร้างและปัจจัยในงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและปัจจัยภายนอกอำเภอที่มีส่วนสนับสนุนหรือขัดขวางการพัฒนา ดังต่อไปนี้

1. สถานีนอมนามัย

1.1) ปรับเปลี่ยนแนวคิดทัศนคติของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัย

เนื่องจากสถานีนอมนามัยเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนที่สุด และมีความเหมาะสมที่จะให้บริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะมิติแห่งสังคม (Human Dimension) ต้องปรับแนวคิดของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยให้เห็นความสำคัญของสถานีนอมนามัยที่มีศักยภาพซึ่งหน่วยงานอื่นทำไม่ได้ โดยเน้นให้มีการจัดบริการที่มีคุณภาพ (good care = continuous care , integrated care และ Holistic care) โดยในสถานีนอมนามัยต้องจัดบริการที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ (Core Health Service) ซึ่งได้แก่

- งานรักษาพยาบาลทั่วไป
- งานรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
- งานบริการโรคเรื้อรัง เช่น DM , HT เป็นต้น
- งานบริการส่งเสริมฯ และสุขภาพป้องกันโรค ฯลฯ

กล่าวโดยสรุปคือ ให้เจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยเป็นผู้รักษาประชาชนในเขตรับผิดชอบเบื้องต้น หรือให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพของประชาชนในทุกด้านหรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือทำอย่างไรให้เจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นที่พึ่งคนแรกของประชาชนในด้านสุขภาพเหมือนหนึ่งเป็นแพทย์เวชปฏิบัติประจำครอบครัวในตำบลนั้น ๆ นั่นเอง

1.2) พัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัย

ดังกล่าวแล้วข้างต้นว่าเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านงานรักษาพยาบาล ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านงานรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัย จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก หากจะสร้างความศรัทธาให้ประชาชนหันมาใช้บริการสถานีนอมนามัยเป็นแห่งแรกเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งอาจทำได้ด้วยกลวิธีต่าง ๆ ได้แก่

- การประชุมทางวิชาการเป็นระยะ ๆ (อาจทุก 4 เดือน)
- การประชุม referral audit ทุก 1 - 2 เดือน เพื่อพัฒนาความรู้โดยอาศัยใบส่งต่อ และเป็นการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีคุณภาพไปด้วย

■ การให้เจ้าหน้าที่มาฝึกหัดทักษะการวินิจฉัย , รักษาผู้ป่วยโดยมาอยู่เวร OPD หรือห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชุมชน

■ การนิเทศงานด้านรักษาพยาบาลโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ มีความรู้ความสามารถ และเป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่สถานีนอมา

■ การจัดทำคู่มือมาตรฐานงานรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อย หรือโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และเป็นคู่มือให้คำปรึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนอมา

■ การให้พยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานที่สถานีนอมา หรืออาจส่งพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนไปช่วยตรวจผู้ป่วยที่สถานีนอมา เฉพาะในเวลาราชการ หรือเพิ่มศักยภาพในด้านการรักษา และสร้างความศรัทธาของประชาชนต่อสถานีนอมา เป็นต้น

อนึ่งการพัฒนาดังกล่าวข้างต้น นอกจากจะเป็นการพัฒนาศักยภาพด้านงานรักษาพยาบาลของสถานีนอมาแล้ว กิจกรรมต่าง ๆ ข้างต้นยังเป็นเวทีที่ทำให้ทั้งแพทย์ , เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน และ เจ้าหน้าที่สถานีนอมา ได้มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ในทุก ๆ ด้านไม่เฉพาะเพียงงานรักษา และจะเป็นจุดเริ่มต้นของความรู้สึก เป็นพวกเดียวกันของทั้งโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอมาต่อไปอีกด้วย

1.3) การลดภาระงานที่สถานีนอมา

■ ดังกล่าวแล้วข้างต้น ภาระที่ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนอมาไม่มีเวลาที่จะพัฒนาสถานีนอมาส่วนหนึ่งจากการที่สถานีนอมาต้องทำระเบียบรายงานมากเกินไป ดังนั้น การลดจำนวนรายงานที่ต้องส่งหน่วยเหนือให้น้อยลง และปรับปรุง และพัฒนาระบบข้อมูลที่ใช้ประโยชน์โดยตรงกับสถานีนอมา เพื่อประโยชน์ในการบริการประชาชน จะทำให้สถานีนอมา มีเวลาที่จะให้บริการและพัฒนาคุณภาพของสถานีนอมา และยังจะทำให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้มากขึ้นอีกด้วย

■ การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น computer อาจมีส่วนช่วยในการลด workload ของสถานีนอมาได้ส่วนหนึ่ง

■ การปรับเปลี่ยนบทบาทรับผิดชอบของสถานีนอมาบางส่วนโดยโอนงานบางส่วนให้ทีมสาธารณสุข (ของอำเภอ/น้ำพอง ได้จัดทีมซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน + เจ้าหน้าที่ สสอ. และเจ้าหน้าที่สถานีนอมาบางส่วน) มารับผิดชอบงานบางอย่าง เช่น งานสุขาภิบาลการป้องกันโรค , การรณรงค์ต่าง ๆ (Vertical program ต่าง ๆ) ได้ดำเนินการมาประมาณ 3 เดือน พบว่ามีส่วนช่วยลดภาระหน้าที่ต่างๆ ของเจ้าหน้าที่สถานีนอมาเป็นที่น่าพอใจ และได้ผลงานที่ดีกว่าแต่ละสถานีนอมาดำเนินการเอง

1.4) ระบบ incentive เจ้าหน้าที่สถานีนอมา

ดังได้กล่าวแล้วว่าเจ้าหน้าที่สถานีนอมาซึ่งใกล้ชิดชุมชน มีความสัมพันธ์กับชุมชนทำให้ต้องมีภาระทางสังคมค่อนข้างมากในขณะที่รายรับตามปกติไม่พอทำให้ต้องหารายได้พิเศษทั้งใน และนอกเวลาราชการ

ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยไม่มีแรงจูงใจที่จะพัฒนางานให้มีคุณภาพ หรือในทางตรงข้ามถ้าหากสถานีนอนามัยบริการดี อาจมีผลต่อรายได้พิเศษของตนเอง

ดังนั้น หากต้องการให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทุ่มเทเวลาให้กับงานราชการ ระบบ incentive จึงเป็นปัจจัยที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ทำงานอย่างมีคุณภาพได้ โดยหลักการให้ incentive ควรจะใช้ในการจัดสรรงบประมาณที่จะไปสู่เงินบำรุงของสถานีนอนามัย (ซึ่งมีผลต่อเงิน OT ของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย) ตามจำนวนภาระที่รับผิดชอบของสถานีนอนามัย กล่าวคือ สถานีนอนามัยที่ทำงานหนักควรจะได้รับการประมาณมาก และตัวเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเองก็ควรจะได้รับ incentive มากตามไปด้วย เช่น การจ่าย incentive ตาม workload (จำนวนผู้ป่วย) ของสถานีนอนามัย, การจ่าย Bonus ตามปริมาณผลงาน เช่น งานส่งเสริม , งานสุขภาพป้องกันโรค หรือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฯลฯ แทนการจ่ายแบบเหมาจ่ายเท่า ๆ กันทุกสถานีนอนามัย ตามที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (ได้แก่ เงินเดือน เบี้ยเลี้ยง เหมาจ่าย 10,000 บาท/สอ./ปี , งบเวชภัณฑ์ , งบวัสดุ/สอ. ฯลฯ)

1.5) การส่งเสริมความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย

ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยสามารถเรียนต่อยอดได้ หรือความก้าวหน้าโดยไม่ต้องลาศึกษาต่อ (on the job training) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีกำลังใจที่จะเรียนรู้หรือพัฒนาตนเองอีกทั้งการพัฒนาในลักษณะนี้ยังทำให้สถานีนอนามัยไม่ขาดบุคลากรอีกด้วย

2. โรงพยาบาลชุมชน

สิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบทบาทของโรงพยาบาลในการพัฒนาสถานีนามัย คือการสร้างความรู้สึกร่วมกันเดียวระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมิใช่เกิดความรู้สึกว่าเป็นคนละพวก ต่างคนต่างพัฒนาเหมือนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

การพัฒนาในโรงพยาบาลชุมชน อาจแบ่งได้เป็น 3 หัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1) การพัฒนาการบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล (ซึ่งไม่มีสถานีนามัยรับผิดชอบโดยใช้เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมฯ ของโรงพยาบาลชุมชนเป็นตัวหลัก และเพิ่มงานรักษาพยาบาลกล่าวคือ ให้ทำหน้าที่เสมือนสถานีนามัยหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชน (หรือเป็นหน่วยงานเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล) โดยอาจนำแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเข้ามาร่วมโดยให้การดูแลแบบแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

2.2) พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนสถานีนามัย และระบบส่งต่อ

โดยให้แพทย์ และพยาบาลเป็นที่เล็งในการพัฒนสถานีนามัย โดยอาศัยกิจกรรมต่างได้แก่

- การประชุมทางวิชาการ
- referral audit
- การฝึกทักษะที่ OPD , ER ของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย
- การนิเทศงาน ฯลฯ (ดังได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อพัฒนสถานีนามัย)

2.3) การพัฒนา secondary care ของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพนอกจากระบบปกติ เช่น การประชุมวิชาการ , อบรม อาจต้องมีการจ้างแพทย์เฉพาะทาง (ในกรณีโรงพยาบาลไม่มี specialist ของตนเอง) โดยเฉพาะสาขาที่ไม่มีในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่แพทย์ GP ในโรงพยาบาลชุมชน เช่น ให้มาช่วยตรวจ OPD เฉพาะทางหรือมาเป็น consultant สำหรับ round ward ผู้ป่วยใน ทุก 1 - 2 สัปดาห์ โดยจ่าย incentive ทั้งในลักษณะรายเดือนหรือตาม workload ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้คำปรึกษาแก่ GP แล้วยังทำให้ GP ในโรงพยาบาลชุมชนไม่ถดถอยในวิชาการ ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีขวัญกำลังใจในการทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนนานขึ้น และ มีผลต่อระบบบริการทำให้ผู้ป่วย by pass โรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลจังหวัดลดลง และเป็นการเพิ่มศักยภาพในการเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Family doctor) ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนอีกด้วย กล่าวคือ เช่นเดียวกับกรณีสถานีนามัย เมื่อสามารถทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นทั้ง 1st และ 2nd care ในโรงพยาบาลชุมชนได้แล้ว ประชาชนก็จะมารับบริการหรือขอคำปรึกษา , แนะนำจากแพทย์ทุกครั้ง แทนที่จะตัดสินใจ by pass ไปโรงพยาบาลจังหวัดเลย

นอกจากนี้หากมีระบบ specialist consultant ดังกล่าวได้ครบทุกสาขาที่จำเป็นก็จะทำให้ GP ในโรงพยาบาลชุมชน หรือ GP สามารถโทรศัพท์ติดต่อปรึกษา รวมถึงนัดผู้ป่วยหรือ refer ไปรักษาที่เกินขีดความสามารถของตนเองได้อย่างมั่นใจ ซึ่งก็จะทำให้เกิดความมั่นใจกับผู้ป่วยด้วย อีกทั้งยังจะทำให้ข้อมูลของผู้ป่วยได้รับการส่งต่อทั้ง refer ไปและตอบกลับอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยอย่างยิ่งอีกด้วย

3. การพัฒนาระบบส่งต่อ

นอกจากการพัฒนาคุณภาพสถานีนามัย, การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน และการพัฒนาระบบสนับสนุนสถานีนามัย ดังกล่าวแล้ว ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอก็คือ การพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพซึ่งหมายความว่าระบบดังกล่าวต้องมีหลักประกันคุณภาพบริการให้กับประชาชน และสนับสนุนต่อการพัฒนางานของทั้งสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจทำได้โดย

3.1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มาตามระบบ refer ได้รับมาตรการทางบวก ได้แก่

- ผู้ป่วยที่ refer มาจากสถานีนามัยได้ลดขั้นตอนปกติ โดยได้รับความสะดวกและรวดเร็ว ไม่ต้องตรวจตามคิว
- ได้รับการตรวจโดยแพทย์ทุกครั้ง เป็นการให้เกียรติแก่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยว่าเมื่อเจ้าหน้าที่สถานีนามัย refer มาแสดงว่าเกินความสามารถจึงส่งมา
- ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชน หรือเสียในอัตราที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มาผิดขั้นตอน (ไม่มีใบ refer) เป็นต้น

3.2) ใช้มาตรการทางลบบางประการกับผู้ที่ by pass สถานีนามัย

- ให้ตรวจตามขั้นตอนการตรวจตามปกติ (ยกเว้นคนไข้ฉุกเฉิน)
- ให้ผ่านการ screen โดยพยาบาลก่อน อาจให้พยาบาลตรวจรักษาไปเลย กรณีที่เป็นโรคง่าย ๆ ที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัย หรือพยาบาลรักษาได้ เพื่อให้แพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแล โดยแพทย์มีเวลาดูแลมากขึ้น
- อาจให้เสียค่าใช้จ่าย (ค่าบริการ) มากกว่าผู้ที่มาตามระบบ refer หรือในกรณีที่มียัตรฟรีต่าง ๆ อาจให้ Co-payment ในขณะที่ผู้ถูก refer มาไม่ต้องจ่าย เป็นต้น

3.3) จัดประชุม refer audit ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับ สถานีนามัย ทุก 1- 2 เดือน เพื่อพัฒนาความรู้ และพัฒนาระบบ refer ร่วมกัน

3.4) อาจจัดระบบ consult ทางวิทยุ หรือโทรศัพท์ โดยแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เป็น Consultant สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

4. พัฒนาระบบ incentive

ทั้งในสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ดังได้กล่าวแล้วว่าในระบบปัจจุบัน incentive ส่วนใหญ่เป็นลักษณะเหมาจ่าย เช่นเงินเดือน, เงินเวร, เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เงินพิเศษไม่สามารถจูงใจให้เจ้าหน้าที่ทำงานอย่างแท้จริง เพราะทำงานน้อยหรือมากก็ได้เหมาจ่ายเท่ากัน จึงควรเปลี่ยนมาใช้การเหมาจ่ายตาม workload หรือจ่ายตามผลงานที่ทำได้ตามเป้าหมายให้มากขึ้น เหล่านี้จะทำให้เจ้าหน้าที่มีความขยันและมีความรับผิดชอบมากขึ้น เห็นได้จากการจ่ายตาม workload ในคลินิกนอกเวลาที่โรงพยาบาลชุมชน หรือจ่าย premium ตาม workload เวลาอยู่เวรของแพทย์ ทำให้เจ้าหน้าที่ดูแลรับผิดชอบต่อผู้ป่วยดีขึ้น เป็นต้น

แต่สิ่งที่ไม่ควรละเลยก็คือ นอกจากการจ่ายตาม workload แก่ผู้ปฏิบัติงานแล้ว ผู้สนับสนุนการพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานอนามัย หรือแพทย์ผู้เป็นที่ปรึกษาหรือกิจกรรมที่สนับสนุนการพัฒนาควรจะได้รับ incentive ด้วยเช่นกัน มิฉะนั้นแทนที่จะเป็นการพัฒนาระบบบริการทุกระดับร่วมกันเหมือนหนึ่งเป็นสถานบริการเดียวกัน จะทำให้สถานอนามัย , โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด ต่างคนต่างทำงาน และแย่งคนไข้กัน เพื่อให้ได้ incentive มากขึ้น (กลับเป็นการทำงานซ้ำซ้อน และก่อให้เกิดการ by pass ระบบซึ่งสถานบริการระดับล่างไม่มีทางที่จะแข่งขันชนะสถานบริการระดับบนได้) ซึ่งมีใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการตามเป้าหมายของการพัฒนาที่แท้จริง

นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมดของแนวคิดในการพัฒนาข้างต้น ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบบริการ, คุณภาพผู้ให้บริการ, พัฒนาระบบการเงินการคลัง ด้านงบประมาณ และ ระบบ incentive เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับแล้ว สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างแท้จริงที่ไม่ควรละเลยได้แก่ การพัฒนาบุคลากรในด้านทัศนคติ (นอกเหนือจากความรู้ด้านวิชาการ) ให้รู้จักคิดเป็น ทำเป็น มีความเสียสละ และอยากทำงานเพื่อความสุขของประชาชน โดยไม่หวังผลตอบแทนอย่างเดียวตามปณิธานของสมเด็จพระราชบิดา และปัจจัยด้านความมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนทั้งในการดูแลสุขภาพตนเอง และความมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ ก็เป็นอีก 2 หัวข้อที่ไม่ควรละเลยหากจะพัฒนาให้ประชาชนสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างแท้จริง

IV. ข้อเสนอต่อแนวทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตชนบทในอนาคต

จากประสบการณ์ดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอที่ผ่านมา ประมาณ 6 ปี อาจสรุปได้ว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญหลายอย่างที่มีผลต่อการพัฒนาได้แก่

1) นโยบายของส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) ต้องชัดเจนและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง มิฉะนั้นการพัฒนาคงไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพราะมีปัญหาอุปสรรคบางอย่างดังกล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ได้เช่น

- การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารระดับจังหวัด
- การปฏิรูปราชการบางอย่าง เช่น ระบบการเงินการคลัง (โดยเฉพาะระบบ incentive) ระบบข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจต้องตัดทอนหรือยกเลิก การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่าง ๆ โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล เป็นต้น

2) ผู้บริหารโครงการในระดับต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็น หัวหน้าทีม คปสอ. ทั้ง 2 เป็นหัวใจหลักของการพัฒนาสาธารณสุขในระดับอำเภอ ในภาวะปัจจุบันซึ่งการบริหารงานในระดับอำเภอมี 2 สายการบังคับบัญชา (หากสามารถทำให้เหลือสายบังคับบัญชาเดียวจะเป็นการดีที่สุด) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารในระดับอำเภอทั้ง 2 จึงมีผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนา ซึ่งหากผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว การมี 2 สายการบังคับบัญชาก็อาจแก้ไขได้โดยการคัดเลือกหรือปรับเปลี่ยนผู้บริหารระดับอำเภอที่ไม่เหมาะสมกับโครงการหรือคัดเลือกหรือแต่งตั้งหัวหน้าบริหารใหม่ทั้งระดับอำเภอและตำบลให้คำนึงถึงความเข้าใจและเห็นด้วยกับแนวคิด นอกเหนือจากความรู้ความสามารถและความอาวุโส

- 3) มีแผนการพัฒนาระบบสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณ การบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบบบริการสาธารณสุข ที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน ตามที่กล่าวแล้วข้างต้น อย่างเป็นระบบชัดเจน
- 4) มีแผนการพัฒนากำลังคนทั้งที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ อย่างเป็นระบบต่อเนื่องทั้งในด้านทัศนคติ ความรู้ ทักษะการทำงานเป็นทีม การให้บริการ และการทำงานกับชุมชน
- 5) มีระบบการติดตามประเมินผลที่เป็นผลกระทบต่อเป้าหมายแทนการประเมินผลที่กิจกรรม

พัฒนาบริการปฐมภูมิใน :
“เขตชนบท”

๓ สังเคราะห์บทเรียนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ในเขตชนบท

จากประสบการณ์ และบทเรียนการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีข้อสรุปส่วนที่ตรงกันในด้านข้อจำกัด และปัญหาอุปสรรคของการทำงาน และข้อเสนอต่อแนวทางการพัฒนาบริการ มีความต่างกันบ้างในรายละเอียดของการดำเนินงาน

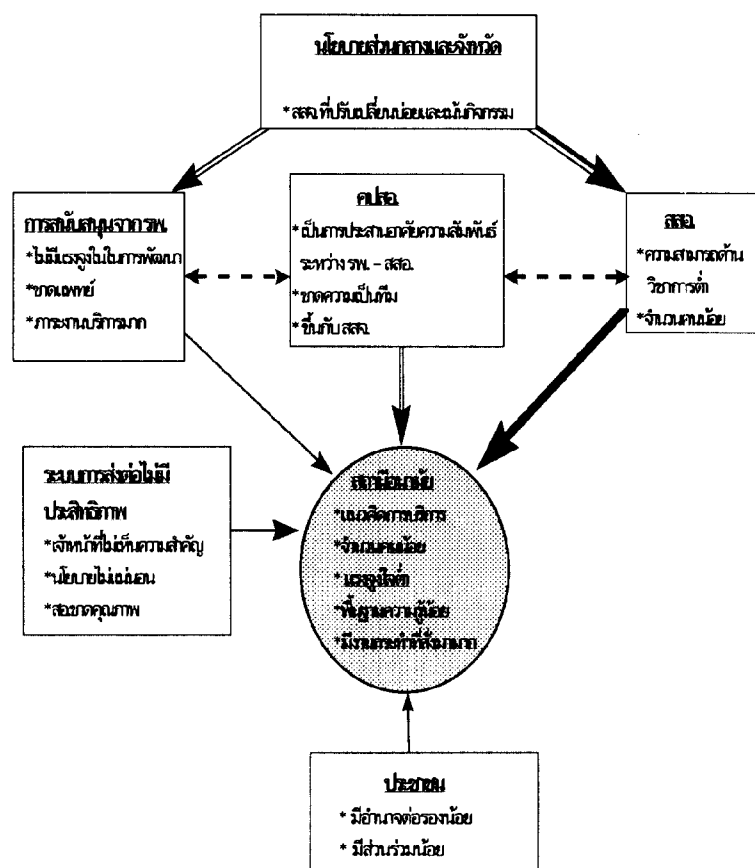
รูปแบบการพัฒนาสถานีนอมนาย ที่ผ่านมามีกลวิธีสำคัญ คือ การพัฒนามาตรฐานงานสถานีนอมนาย การนิเทศงาน การพัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนาย พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาระบบส่งต่อ เช่นเดียวกับกิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่อำเภอน้ำพอง และอำเภอนครหลวง (ไม่ได้กล่าวรายละเอียดในรายงานนี้) ซึ่งการดำเนินงานพัฒนานี้มักจะขึ้นๆ ลงๆ มาตลอด ขึ้นกับการปรับเปลี่ยนของเจ้าหน้าที่ที่สถานีนอมนาย สาธารณสุขอำเภอ และแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่นั้นๆ และส่วนหนึ่งขึ้นกับนโยบาย ความสนใจ และการเอาใจจากผู้บริหารระดับจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข คำถามสำคัญ คือจะทำให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการพัฒนางานนี้ได้อย่างไร ที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จในด้านความยั่งยืน แต่จะยั่งยืนในพื้นที่ 2 แห่งนี้ได้เพียงใด คงจะต้องมีการประเมินต่อไป เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น

ข้อจำกัด และปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละหน่วยงาน ดังที่นำเสนอในรายงานประสบการณ์ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง และประสบการณ์ในพื้นที่อื่นๆ ที่ผ่านมา อาจสรุปได้คือ (ดังภาพที่ 2) สถานีนอมนายเป็นหน่วยงานให้บริการด่านแรกที่อยู่ปลายทางห่างไกลที่สุด ต้องทำงานแบบเดี่ยว ในพื้นที่แต่ละตำบลที่ตั้งอยู่ห่างกัน แต่เจ้าหน้าที่สถานีนอมนายมีข้อจำกัดพื้นฐานของที่มีพื้นฐานความรู้น้อย ไม่เคยถูกฝึกงานวิธีคิดการประยุกต์วิชาการ ทักษะการให้บริการน้อย อีกทั้งมีจำนวนคนน้อย ค่าตอบแทนต่ำ แรงจูงใจต่อการให้บริการที่ได้น้อย และมักถูกสั่งการให้ปฏิบัติงานตามแผนกิจกรรม หรือเก็บข้อมูลในส่วนกลางส่งมา การจะทำงานตามที่เห็นว่าสำคัญในพื้นที่ก็มักจะไม่มียกงบประมาณรองรับ หรือไม่ตรงกับแผนกิจกรรมของกระทรวงสาธารณสุข หรือคิดไม่ออกว่าจะทำอย่างไรดี ในส่วนสาธารณสุขอำเภอที่ต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยบริหารสอ. ดูแลสอ.โดยตรง และสนับสนุนวิชาการแก่สอ. ก็มีข้อจำกัดที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้ก็เป็นกลุ่มที่เติบโตมาจากสถานีนอมนาย มีพื้นฐานความรู้ใกล้เคียงกัน อาจมีมากกว่าบ้างเป็นบางคน ต่างกันแต่ในส่วนประสบการณ์การทำงาน จึงมักจะบริหารงานตามกิจกรรมที่มีการกำหนดมาจากสาธารณสุขจังหวัด และส่วนกลาง การวางแผนงาน คิดค้นงาน และประยุกต์วิธีทำงานทำได้ไม่มาก ในส่วนโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีบุคลากรและทรัพยากรมากกว่า ก็ได้เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่สนับสนุนหรือพัฒนาสอ.โดยตรง เป็นลักษณะการสนับสนุนในด้านวิชาการ ร่วมนิเทศงาน ไม่มีบทบาทในการบริหาร อีกทั้งรพ.มีการะงานบริการท่วมท้น ไม่มีมาตรการจูงใจต่อการร่วมพัฒนาสอ. ความสนใจต่องานสถานีนอมนายมีน้อย ยกเว้นแพทย์บางคนที่สนใจ แต่ก็อาจมีข้อจำกัดบ้างในการบริหารงานสาธารณสุข และแพทย์มีการหมุนเวียนเปลี่ยนบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในเรื่องการประสานงานเพื่อการพัฒนาสถานีนอมนาย ส่วนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดก็มักจะมีการโยกย้ายเสมอ ส่งผลต่อการเปลี่ยนนโยบายการทำงานในจังหวัด ไม่มีการพัฒนาระบบเพื่อสนับสนุนการทำงานสาธารณสุขระดับอำเภอให้เข้มแข็งมากขึ้น ฝ่ายต่างๆ ในสสจ. ก็เป็นลักษณะการผ่านงานจากกระทรวงลงไปสู่อำเภอ มากกว่าการคิดแผนกลยุทธ์การทำงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด การพัฒนากำลังคนก็เป็นลักษณะการประชุมชี้แจงสั่งงาน มากกว่าการพัฒนาความรู้ และวิธีคิดการ

พัฒนางานได้เองของเจ้าหน้าที่ นโยบายการพัฒนางานสาธารณสุขจากกระทรวงมีการเปลี่ยนเป็นระยะ มีจุดเน้นที่ต่างกัน และมักเน้นเป็นลักษณะกิจกรรมมากกว่าการเสนอเป็นกลยุทธ์การทำงาน วิธีบริหารงานเป็นลักษณะการรวมศูนย์สั่งการจากส่วนกลางมากกว่าการสนับสนุนให้หน่วยงานในพื้นที่ได้ประเมินและคิดวางแผนให้สอดคล้องกับพื้นที่เอง ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเคยชินต่อการรับคำสั่ง คิดเองน้อยลง ทำงานตามระบบเฉพาะหน้าเพื่อรายงานผลมากกว่าการทำงานเพื่อให้บรรลุผลต่อสุขภาพของประชาชนจริงๆ ทั้งนี้เพราะระบบการประเมินผลทั้งหมดเป็นระบบการประเมินกิจกรรม ขาดระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งหมดนี้เป็นปรากฏการณ์ที่เป็นวัฏจักร เป็นวงวนใหญ่ที่ทำให้ความพยายามในการพัฒนางานเฉพาะกิจในพื้นที่ส่วนปลายเช่นระดับอำเภอ จะดำเนินการได้ช่วงระยะหนึ่ง เท่านั้น หากไม่มีระบบสนับสนุนและการพัฒนาระบบใหม่ในทิศทางเดียวกันที่แก้ไขข้อจำกัดต่างๆ ที่ต่อเนื่องยาวนานพอ

ภาพที่ 2 :

แสดงองค์ประกอบของสถานการณ์ ปัญหา องค์ประกอบที่เกี่ยวกับการพัฒนาสถานีอนามัย



จากภาพที่ 2 ที่ลักษณะของลูกศรแสดงน้ำหนักของปัจจัยกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงที่สถานีนามัย จะเห็นว่าสาธารณสุขอำเภอ และสาธารณสุขจังหวัดมีผลกระทบอย่างมากต่องานของสถานีนามัย ซึ่งมักเป็นส่วนที่ถ่ายแรง และความคิดมาจากหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานในส่วนกลางเป็นหลัก ฉะนั้น หากระบบในส่วนกลางและจังหวัดไม่มีการเปลี่ยนทิศทางและวิธีทำงานใหม่ การเปลี่ยนแปลงและพัฒนางาน จากโรงพยาบาล หรือแม้แต่จากสาธารณสุขอำเภอเองก็จะดำเนินไปได้เพียงชั่วคราวเพราะไม่อาจต้านกระแสใหญ่จากส่วนกลางได้ในระบบของการทำงานที่เป็นลักษณะการรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง ส่วนพื้นที่จะเติบโตและพัฒนาไปได้ช้ามาก ในระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม หรือเข้ามาตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่ได้น้อย ให้คุณให้โทษต่อเจ้าหน้าที่ได้น้อย ย่อมทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สนใจต่อการตอบสนองปัญหาของประชาชน ประสิทธิภาพของระบบจึงต่ำ มีผลกระทบต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนน้อย

ฉะนั้นการที่จะแก้ไขวัฏจักรของปัญหาดังกล่าวได้ ผู้เขียนมีความเห็นว่าจะต้องมีการถอดสลัก หรือเปลี่ยนฐานอำนาจที่มีอิทธิพลต่อลักษณะบริการของสถานีนามัยใหม่ กล่าวคือ รัฐบาลจะต้องปรับให้มีการกระจายอำนาจลงไปสู่ประชาชน ให้ประชาชนมีโอกาสต่อรอง และตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการได้มากขึ้น มีส่วนให้คุณให้โทษแก่เจ้าหน้าที่ได้ด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งในด้านระบบการเงิน หรือระบบจูงใจอื่นๆ กระทรวงสาธารณสุขควรต้องกระจายอำนาจหรือถ่ายอำนาจการตัดสินใจ (delegation of authority) ไปยังหน่วยงานส่วยปลายในระดับจังหวัด และอำเภอมากขึ้น ให้สามารถกำหนดแผนการใช้ทรัพยากร และการวางแผนการทำงานในพื้นที่ได้เอง งดการสั่งนโยบายหรือแผนงานที่เป็นการระบุมิตรกรรมจากส่วนกลาง พร้อมๆกับการวางแผนที่จะพัฒนาระบบงาน และการพัฒนากำลังคนอย่างเข้มข้นเพื่อตอบสนองต่อการกระจายอำนาจอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องยาวนานพอ หน่วยงานส่วนกลางต้องให้มีขนาดเล็กลง ปรับบทบาทเป็นหน่วยพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม และเน้นบทบาทในการประเมินผลกระทบต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ แทน

ความพยายามของการสร้างทีมงานระดับอำเภอที่นครหลวงในระยะหลังนั้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งการทดลองพัฒนากำลังคนอย่างจริงจังในด้านวิคิด และทัศนคติ หลังจากพบกับข้อจำกัดของการพัฒนาที่เน้นแต่เนื้องานเพียงอย่างเดียว เป็นความพยายามที่จะพัฒนาบุคลากรให้เกิดทีมงานที่แท้จริงในระดับอำเภอ มีความสามารถในการประเมินปัญหา การคิดเป็น วางแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนา งาน ซึ่งเป็นพื้นฐานลักษณะของบุคลากรที่พร้อมต่อการรับการกระจายอำนาจจากส่วนกลาง และสามารถพัฒนางานได้ต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามการที่ทีมงานนี้จะสามารถก่อผลลัพธ์ต่อระบบการบริการได้มากนักน้อยเพียงใด ย่อมต้องอาศัยการพัฒนาต่อเนื่องในด้านเนื้อหาเทคโนโลยีของงาน และที่สำคัญคือปัจจัยสิ่งแวดล้อม และระบบงานว่าจะเอื้อให้ก่อประโยชน์ได้เพียงใด มิเช่นนั้นแล้วกลุ่มนี้ก็คงทำได้เพียงการพัฒนางานในขอบเขตเล็กๆ ที่ตนรับผิดชอบเท่าที่ทำได้ เท่าที่ระบบไม่กระทำจนไม่มีเวลาทำงานตามที่เห็นว่าเหมาะสมได้

ข้อเสนอต่อนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท

1. ผู้บริหารระดับกระทรวงสาธารณสุขควรสะท้อนเป้าหมายของการพัฒนางานบริการในพื้นที่ชนบทว่าต้องการให้บรรลุผลมากขึ้นกว่าเดิมเพียงใด และในทิศทางใด หากหวังผลให้เกิดสัมฤทธิ์ผลต่อสุขภาพของประชาชนมากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ควรจะวางแผนการพัฒนากำหนดคนในพื้นที่ชนบทอย่างเข้มข้น พร้อมกับการปฏิรูประบบที่รองรับ ในระยะยาวมากกว่าการแก้ปัญหาในระยะสั้น
2. ส่งเสริม สนับสนุน การกระจายอำนาจหรือการถ่ายโอนอำนาจการบริหาร และการบริการไปให้ส่วนปลายให้มากที่สุด พร้อมกับการสนับสนุนทรัพยากรที่ยุติธรรม เพียงพอ และสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการกระจายอำนาจนั้นๆ ได้
3. กระทรวงสาธารณสุข (กรม กอง หน่วยงานในส่วนกลาง) ควรเน้นการพัฒนาเทคโนโลยีวิชาการ แทนการพัฒนากิจกรรมซึ่งเป็นบทบาทของหน่วยงานระดับปลาย และเน้นให้เป็นผู้มีบทบาทในการประเมินผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน
4. ปรับวิธีการจัดสรรงบประมาณใหม่ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นลักษณะแบบเหมาจ่ายรายหัว แทนการจัดสรรรายกิจกรรม และจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็น lump sum ที่อยู่บนฐานการคำนวณจากภาระการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
5. กระบวนการพัฒนากำหนดคนเพื่อรองรับการพัฒนาบริการในพื้นที่ชนบทนี้ ควรเป็นลักษณะของชุดแผนการพัฒนากลุ่มที่เป็นระบบรอบด้าน ดำเนินการพัฒนากลุ่มแกนสำคัญของจังหวัดและอำเภออย่างเข้มข้น ต่อเนื่อง ไปพร้อมกัน ที่เน้นการพัฒนาวิถีคิดการทำงาน และพื้นฐานความรู้ที่สำคัญทางด้านสังคม การประยุกต์เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมกับขอบเขตความรับผิดชอบของงานในแต่ละระดับ มิใช่การพัฒนาแบบกระจัดกระจาย หรือพัฒนาเพียงเล็กๆ น้อยๆ
6. ควรมีกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขอำเภอที่ชัดเจน ทั้งในด้านโครงสร้างการบริหาร จำนวนและประเภทบุคลากร ตลอดจนมีการพัฒนาผู้ที่เป็นสาธารณสุขอำเภอ ในด้านการบริหารสาธารณสุข การวางแผนจากปัญหา และแนวทางการสนับสนุนสถานีนอมนำให้มีประสิทธิภาพ

ภาคผนวก 1.

สรุปการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่เขตเมือง:

รูปแบบงาน ควบคืบหน้า จุดดี จุดอ่อน

ความเห็นของผู้ปฏิบัติในพื้นที่ กับความเห็นของนักวิจัยในโครงการฯ

- 1. พระนครศรีอยุธยา**
- 2. นครราชสีมา**
- 3. นครสวรรค์**
- 4. ขอนแก่น**
- 5. หาดใหญ่ สงขลา**
- 6. ศรีสะเกษ**
- 7. อุบลราชธานี**

6. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไม่ชัดเจนในการสนับสนุน Primary Care ทำให้ไม่มีสิ่งดึงดูดใจให้บุคลากรมาทำงานในระดับ Primary Care เมื่อเทียบกับโรงพยาบาล
2. มีผู้รับบริการจากนอกเขตมามาก ทำให้การดูแลผู้ป่วยในเขตอาจจะมีคุณภาพเต็มที่
3. ศูนย์แพทย์ชุมชนไม่มีอำนาจหน้าที่อย่างอิสระ ต้องทำงานโดยการใช้อำนาจสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นที่อ้างอิง

7. ประสพการณ์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการ

1. แพทย์ได้เรียนรู้โรคอย่างต่อเนื่อง ทำให้เข้าใจโรคเรื้อรังว่ามีดำเนินโรคอย่างไร ซึ่งต่างจากการรักษาในโรงพยาบาลที่เห็นผู้ป่วยชั่วคราว
2. ประชาชนพอใจรูปแบบการให้บริการแบบนี้ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ
3. ทำให้เข้าใจบทบาทของ Family Medicine และ Primary Care มากขึ้น
4. ทำให้สามารถคิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนได้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการเงินของชุมชน

8. ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Primary Care)

1. ควรมีมาตรการที่เป็นเชิงบังคับให้ประชาชนมาใช้บริการที่ระดับ primary care ก่อนที่จะใช้บริการในระดับโรงพยาบาล การบังคับนั้นคงต้องทำควบคู่กับการให้ประโยชน์แก่ประชาชนที่ primary care ก่อน
2. ควรจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์ที่ระดับ primary care เพิ่มขึ้น โดยยึดตามจำนวนประชาชนที่มาลงทะเบียน (Capitation Fee)

ข. ข้อสรุปความคิดเห็น และการวิเคราะห์จากนักวิจัยส่วนกลาง

การเริ่มต้น เริ่มจากการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนาบริการระดับต้น (Primary Care) และการพัฒนางาน GP ในไทย โดยมีการเตรียมการออกแบบบริการ, มีการเตรียมคน โดยส่งแพทย์ไปเรียนและดูแลรูปแบบ GP ในอังกฤษ แล้วกลับมาออกแบบเครื่องมือ + กระบวนการที่จำเป็นในการให้บริการตาม Concept good care ทั้งในด้านการกำหนด coverage plan, การกำหนด catchment area , การหาที่ตั้งของศูนย์ที่อยู่ในชุมชน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการ, การออก census เพื่อทำความเข้าใจระหว่างทีมกับชุมชน การออกแบบข้อมูลข่าวสารที่จะเชื่อมโยง และตอบวัตถุประสงค์ของบริการแต่ละประเภท การคิดวิธีการเก็บเงิน การจ่ายเงิน เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการบริการ Solidarity ตลอดจนการเตรียมทีมงานให้เข้าใจ concept เข้าใจกระบวนการบริการ และการทำงานด้วยกัน แล้วทดลองดำเนินการ และมีการติดตามประเมินผล เครื่องมือ วิธีการ เป็นระยะ ๆ ใน 2 ปีแรก โดยมีนักวิจัยภายนอกทั้งไทย และต่างประเทศเข้ามาร่วมให้ความเห็นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการให้บริการที่เชื่อมโยงกับการเยี่ยมบ้าน การรักษาพยาบาล และงานส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค

แพทย์ที่เข้าร่วมในกระบวนการบริการนี้คนแรกเป็นแพทย์ที่เคยทำงานที่ รพช. มา 2-3 ปี เป็นลักษณะคนที่ชอบงานบริการ ไม่ชอบงานบริหาร ไม่เคยเป็น ผอ. รพ. มาก่อน มีความตั้งใจในการพัฒนาบริการอย่างเต็มที่ และมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาวิธีการบริการด้วยตนเอง โดยที่มีแพทย์ใน สสจ. นักวิจัยภายนอกเข้ามาช่วยนิเทศแนะนำและร่วมคิดในการปรับบริการ บริการดำเนินไปได้ด้วยดี ได้รับการยอมรับจากประชาชนพอสมควร (ดูจากข้อมูลผลงานและการประเมินผล)

เมื่อบริการในศูนย์แห่งแรกดำเนินการไปได้ประมาณ 2 ปี ซึ่งเห็นว่าบริการนี้ตอบสนองวัตถุประสงค์ (ที่เพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพบริการได้มากกว่าเดิม) จึงได้มีแผนการขยายศูนย์ที่ 2, ศูนย์ที่ 3 ตาม Coverage plan ที่วางแผนไว้ตั้งแต่ แรก จึงมีแผนการเปิดบริการศูนย์ที่ 2 แต่มีปัญหา คือ การขาดแพทย์ที่จะมาให้บริการที่ศูนย์ฯ นี้ เนื่องจากศูนย์นี้ยังตั้งขึ้นบนฐานงานวิจัยและพัฒนา ยังไม่เป็นโครงสร้างถาวรของกระทรวงสาธารณสุข ความก้าวหน้าและการคงอยู่ด้านบริหารจัดการขึ้นกับผู้ดูแลใน สสจ. ที่พยายามยืดหยุ่น ปรับวิธีบริหารงานปกติเข้ามาเอื้ออำนวยความสะดวกการบริการของศูนย์ รวมทั้งงบประมาณและทรัพยากรต่าง ๆ ที่สนับสนุน รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานก็เป็นการชักชวนจากโครงการวิจัยอยุธยา ให้มาร่วมทำงาน การหาแพทย์มาทำงานคนต่อไปก็เป็นลักษณะเดียวกัน ซึ่ง ณ ขณะการพัฒนาศูนย์ 4 แห่งที่ 2 นั้น เล็งเห็นว่าการหาแพทย์มาประจำศูนย์ทุกแห่งทำได้ยาก จึงได้มีการทดลองรูปแบบการพัฒนา โดยให้พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการแทนแพทย์ ซึ่งเป็นแนวที่ใช้ในการพัฒนาศูนย์ 2 + ศูนย์ 3 เพื่อศึกษาว่าประชาชนยอมรับพยาบาลในการให้บริการมากน้อยเพียงใด ซึ่งพบว่าประชาชนยอมรับในการมารับบริการสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนมาก เช่น URI, ท้องเสีย, การรับวัคซีน, การบริการที่บ้าน รวมถึงการให้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว เพราะการรับบริการที่ศูนย์ฯ มีความสะดวกมากกว่า และได้รับยาที่ไม่แตกต่างกัน (ดูจากข้อมูลการสำรวจชุมชนเทศบาลเมืองอยุธยา)

ปัญหาหลักของการดำเนินงาน คือ การบริหารจัดการภายในศูนย์ และการบูรณาการเรื่องนี้เข้าสู่ระบบปกติ

ในช่วงระยะหลังของการดำเนินการ จะมีลักษณะเก็บข้อมูลวิจัยและพัฒนาน้อยกว่า 2 ปีแรก เป็นลักษณะการพัฒนาแก้ปัญหาด้านการบริหารจัดการเป็นส่วนมาก มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้ให้บริการ เนื่องจากแพทย์คนแรกไปศึกษาต่อ มีแพทย์คนที่ 2 คนที่ 3 เข้ามาร่วมปฏิบัติแทนระยะหนึ่ง แต่เนื่องจากความไม่มั่นคงของโครงสร้าง และความไม่คล่องตัวในการบริหารจัดการ จึงทำให้แพทย์โยกย้ายไปศึกษาต่อ และกลับไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนแทน แต่ระยะที่ร่วมปฏิบัติงานนั้น ก็ได้มีการเรียนรู้หลักการ แนวคิดของโครงการ ร่วมพัฒนางานควบคู่ไป ได้นำ Concept + Process ที่เรียนรู้ไปใช้ต่อการปฏิบัติงาน เช่น กรณีของ พ.สุวัฒน์ ที่เคยอยู่ รพ.เทพา สงขลา แล้วย้ายมาทำงานที่โครงการอยุธยา 2 ปี แล้วกลับไปพัฒนางานใหม่ ที่ รพ.เทพา สงขลา อีกครั้งหนึ่ง จนถึงปัจจุบัน

ในระยะของการพัฒนาศูนย์แพทย์ 4 ที่อยุธยา เมื่อประสบความสำเร็จบทเรียนการพัฒนาที่แห่งนี้ได้เป็นบทเรียนที่เป็นรูปธรรมในการพัฒนาศูนย์บริการในพื้นที่อื่น ทั้งส่วนของเทศบาล กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ตลอดจนจนเป็นบทเรียนให้แก่นักศึกษาแพทย์ คณะแพทย์ โรงพยาบาลรามารับดี , โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของศูนย์ฯ นี้เป็นลักษณะที่ผสมไปกับการให้บริการรักษาพยาบาล และเป็นบริการ ANC, WBC ที่เป็นรายบุคคลและครอบครัว แต่ยังไม่ได้มีการเชิงรุก ของการปรับพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน หรือ การคัดกรองผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

ในระยะหลังของการพัฒนาศูนย์แพทย์ฯ ที่อยุธยา นี้ ได้มีพยายามหาแนวทางที่จะมีโครงสร้างรองรับศูนย์แพทย์ชุมชน ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระยะยาว โดยเสนอเป็นส่วนหนึ่งของงานใน รพศ./ รพท. เพื่อดูแลงานบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลร่วมกับเทศบาล ตามแผนงานรองรับบริการเวชปฏิบัติครอบครัวในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8

4. จุดอ่อน/ข้อจำกัดของการดำเนินโครงการรูปแบบนี้

การจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนต้องการทรัพยากร และโครงสร้างในการบริหารใหม่ทั้งหมด ได้แก่ที่ดิน อาคาร ครุภัณฑ์ กำลังคน หากจะจัดบริการในลักษณะนี้ให้ครอบคลุมเขตเมืองขนาดใหญ่อย่างโคราช ต้องใช้ศูนย์ถึง 20-30 แห่ง ซึ่งคงไม่สามารถระดมทรัพยากรได้ง่ายนัก

โครงการนี้จึงเน้นที่การพัฒนา รูปแบบ เพื่อขยายผลโดยหน่วยงานปกติที่มีอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขเดิม (รพช. , เทศบาล , วสค. , สอ.) ไปปรับใช้ตามความเหมาะสม

5. เงื่อนไขหรือพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการใช้รูปแบบบริการข้างต้น

5.1 เขตเมืองขนาดเล็กที่สามารถแบ่งพื้นที่รับผิดชอบได้ชัดเจน

5.2 ชุมชนแออัด ชุมชนผู้มีรายได้น้อยในเมืองขนาดใหญ่ กลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น โรงงาน

6. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

6.1 การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการตัดสินใจของผู้บริหารในระดับจังหวัด

6.2 การมีส่วนร่วมของเทศบาล

6.3 ความเข้าใจและการสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญใน รพช. (บางคน)

7. ประสพการณ์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการ

ยังไม่มีประสพการณ์ใหม่ ๆ เพราะไม่ว่าจะพัฒนารูปแบบใด ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขเขตเมืองก็ยังคงเหมือนเดิม

8. ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Primary Care)

ควรมีการปรับเปลี่ยนในระดับนโยบายให้ชัดเจนในเรื่องต่อไปนี้

8.1 บทบาทของฝ่ายเวชกรรมสังคม รพช. รพท. ต่อความรับผิดชอบการจัดบริการ Primary Care ในเขตเมือง VS บทบาทของเทศบาล

8.2 การสนับสนุนด้านทรัพยากร ให้ตรงกับบทบาทที่คาดหวัง

ข. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และการวิเคราะห์จากนักวิจัยส่วนกลาง

การเริ่มต้นของการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา นั้น เริ่มจากแพทย์หญิง รุจิรา มังคละศิริ ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีความสนใจและเห็นความสำคัญของการพัฒนางานบริการสาธารณสุขในเขตเมือง ซึ่งหมอจุริามีประสบการณ์ในการพัฒนางานสาธารณสุขในเขตเมืองมายาวนาน และเห็นว่าการจัดบริการในลักษณะศูนย์แพทย์ที่เป็นการให้บริการแบบผสมผสานนี้จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ และคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชนในเขตเมืองได้มากขึ้น จึงได้เริ่มการพัฒนาบริการศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครราชสีมา ในลักษณะที่เป็นการพัฒนาและวิจัยควบคู่กันไป โดยเสนอขอรับงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพิ่มเติม

การดำเนินการพัฒนาใช้แนวทางและกระบวนการให้บริการคล้ายกับส่วนที่ดำเนินการในอยุธยา แต่มีการปรับวิธีการบางส่วนในรายละเอียดที่ต่างกัน ส่วนที่เหมือนกันคือ มีการกำหนดให้มีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการตั้งศูนย์บริการในชุมชน มีทีมให้บริการที่ชัดเจน มีการพัฒนาทีมงาน การจัดสถานที่บริการด้วยแนวคิดที่พยายามให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ดีขึ้น ส่วนที่ต่างกันคือ การบริหารจัดการที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลศูนย์แทนที่จะเป็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีจำนวนบุคลากรให้บริการที่มากกว่า การสำรวจชุมชนเป็นลักษณะการสำรวจข้อมูลเพื่อการวิจัยมากกว่าการเริ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมศูนย์แพทย์กับชุมชนในช่วงเริ่มต้น แต่มาเดิมสร้างความสัมพันธ์ด้วยการเยี่ยมบ้านเมื่อศูนย์ฯ เปิดดำเนินการแล้ว การจัดระบบข้อมูลข่าวสารมีทั้งส่วนที่เหมือนกันและต่างกัน มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น การตรวจเลือด CBC การตรวจปัสสาวะ แต่ตรวจที่ศูนย์ฯ ได้เลยไม่ต้องส่งมาตรวจที่ รพ.มหาราชนครราชสีมา ระบบการเก็บเงินเป็นไปตามระบบเดิมของกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีการเพิ่มวิธีการหรือปรับวิธีการใหม่

ในการดำเนินงานมีการวางแผนการพัฒนาทีมงานทั้งในด้านความรู้ประสบการณ์ในหลายด้าน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องทั้งโดยนักวิจัยภายใน และภายนอก

แนวคิดหลักของการพัฒนาศูนย์แพทย์นี้คือการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่มีคุณภาพมากขึ้นในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม เป็นบริการที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากขึ้น เป็นการพัฒนาเพื่อเป็นการสาธิตการบริการเช่นนี้ให้แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น เทศบาล ในการพัฒนาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมพื้นที่ในอนาคต รวมทั้งเป็นตัวอย่างให้แก่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปอื่นได้พัฒนาระบบบริการลักษณะนี้เช่นกัน เพื่อเป็นประสบการณ์ของทุกพื้นที่ควบคู่กับการขยายบริการโดยหน่วยงานท้องถิ่น

■ รายละเอียดการจัด GP Unit

1. การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย

การจัดตั้ง GP Unit ได้เริ่มดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยนายแพทย์พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม ในขณะนั้น การตรวจโรคในระยะแรก เป็นการตรวจจากผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานอนามัยเป็นส่วนใหญ่ และผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเปิดบริการเฉพาะวันศุกร์ ต่อมาเมื่อปี 2536 จึงได้มีการขยายการตรวจโรคผู้ป่วยที่ห้องตรวจโรค GP Unit เพิ่มขึ้นคือ

- 1.1 ผู้ป่วยส่งจากสถานอนามัยที่มีได้ส่งต่อโดยแพทย์
- 1.2 ผู้ป่วยในเขตเทศบาลเมืองที่มีบัตรสงเคราะห์
- 1.3 ผู้ป่วยในเขตเทศบาลเมืองที่มีบัตรผู้สูงอายุ
- 1.4 คลินิกผู้สูงอายุ (วันศุกร์) ที่มาตรวจสุขภาพเฉพาะในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์
- 1.5 ผู้ป่วยบัตรสุขภาพอำเภอเมือง
- 1.6 ผู้ป่วยประกันสังคม 1st visit
- 1.7 ผู้ป่วยบัตรสุขภาพนักเรียนเฉพาะที่ครูพามา และขอแรงเพื่อไปโรงเรียน
- 1.8 ผู้ป่วย 3 ชุมชนสาธิต ซึ่งฝ่ายเวชกรรมสังคมรับผิดชอบ ได้แก่ ชุมชนหิมพานต์, ชุมชนเขาโรงครัว และชุมชนบางปรอง
- 1.9 ผู้ป่วยขอใบรับรองแพทย์ไม่ใช้ความเห็นแพทย์
- 1.10 ผู้ป่วยตรวจสุขภาพเป็นกลุ่มที่ได้รับการสั่งการ
- 1.11 ผสส./ อสม./ ผู้นำชุมชน (กช.) เขตเทศบาล
- 1.12 อื่น ๆ ที่ผู้ป่วยขอตรวจห้องเบอร์ 10

2. สถานที่

ใช้ห้องตรวจโรคเบอร์ 10 ซึ่งเป็นห้องตรวจโรคของฝ่ายเวชกรรมสังคม ที่ใช้ในการจัดทำคลินิกยาเสพติด และคลินิกผู้สูงอายุ (วันศุกร์) ต่อมาได้โอนงานคลินิกยาเสพติดให้กลุ่มงานจิตเวช

ห้องตรวจโรคเบอร์ 10 ซึ่งจัดตั้งเป็น GP Unit นี้ ตั้งอยู่บริเวณผู้ป่วยนอก (OPD) เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกสาขาอื่น ๆ ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ภายในห้องตรวจโรคมีโต๊ะตรวจโรค 2 ตัว เติียงตรวจ 1 เติียง พร้อมด้วยอุปกรณ์ในการตรวจโรค ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง ไฟฉาย ฯลฯ บริเวณหน้าห้องตรวจได้มีการจัดตั้งโต๊ะสำหรับตรวจสิทธิบัตรต่าง ๆ พร้อมด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับประมวลผล 2 เครื่อง

สำหรับห้องทำแผล - ฉีดยา การฝากครรภ์ ตลอดจนห้องปฏิบัติการขั้นสูง (Lab) ใช้ตามระบบเดิมของโรงพยาบาล

การรับ - จ่ายยา ยังคงใช้ระบบเดิมของโรงพยาบาลเช่นกัน

3. บุคลากร

ประกอบด้วยแพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 1 คน ลูกจ้างประจำ (พนักงานช่วยเหลือคนไข้) ทำหน้าที่ตรวจสอบสิทธิบัตรต่าง ๆ 2 คน ลูกจ้างรายวันเงินประกันสังคม 1 คน ทำหน้าที่ในการประมวลข้อมูล 1 คน (คอมพิวเตอร์)

4. งบประมาณ

เงินเดือนของข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ใช้หมวดเงินเดือนของเงินบำรุงโรงพยาบาล
สวรงค์ประชารักษ์ สำหรับภาระค่าใช้จ่ายของโครงการวิจัย มีดังนี้ คือ

4.1 ค่าจ้างลูกจ้างรายวัน 102 บาท/วัน × 20 วัน = 2,040 บาท/เดือน

4.2 เครื่องคอมพิวเตอร์และ Lan Card รุ่น 3856x-33 1 เครื่อง = 42,640 บาท

5. ระบบบริหารจัดการ

เจ้าหน้าที่ทุกคน สังกัดโรงพยาบาลสวรงค์ประชารักษ์ การบริหารงานบุคคล การบริหาร
งบประมาณ การบริหารพัสดุและเวชภัณฑ์ ขึ้นอยู่กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรงค์ประชารักษ์ โดยฝ่าย
เวชกรรมสังคม ทำหน้าที่สนับสนุนด้านการบริหารจัดการ และวิชาการ

คณะผู้วิจัยทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามของการวิจัยและพัฒนา
รูปแบบการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

6. จัดเตรียมเอกสารและแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลการรับบริการ

6.1 การจัดทำเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการจัดทำเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ โดยดัดแปลงจาก Software
ที่ใช้ในโครงการอยุธยา ซึ่งประกอบด้วย

1. identification
2. type of patients
3. diagnosis
4. diagnosis grouping in 504, or 505 or CE 10
5. frequency of this visit
6. cost divided in GP Unit
7. follow up or not
8. admission or not
9. cost on admission
10. reason of admission - loss follow up or not
11. result of treatment
12. clients satisfaction

6.2 การจัดการในระบบเครือข่าย (LAN)

คณะผู้วิจัยได้จัดทำระบบการประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ในระบบเครือข่าย
โดยขณะนี้ ได้จัดเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ห้องตรวจเบอร์ 10 2 เครื่อง โดยมีเครื่อง Main Station อยู่
ในฝ่ายเวชกรรมสังคม และอีก 1 เครื่อง ต่อกับเครื่องของงานสังคมสงเคราะห์ เป็นระบบ LAN
ของฝ่ายเวชกรรมสังคม ซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถหา Cost on admission และ result of
treatment ได้เนื่องจากยังไม่มีเครื่อง Computer ในแผนกผู้ป่วยในและห้องยา ซึ่งในอนาคตทางโรง

พยาบาลจะมีการจัดทำระบบ LAN ขึ้น โดยปัจจุบันมีที่ห้องบัตร, แผนกผู้ป่วยนอก, ปัจจุบันพยาบาล, เวชสถิติ จึงยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนนักในส่วนของผู้ป่วยใน

6.3 แบบฟอร์มเก็บข้อมูลผู้ป่วย

3.1 บัตรบันทึกโรคเรื้อรัง ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเก็บแยก เพื่อสะดวกในการติดตามผู้ป่วย (เอกสารหมายเลข 1)

3.2 บัตรสรุปภาวะสุขภาพ ใช้ในผู้ป่วยชุมชนสัปดาห์ที่มารับบริการรักษาด้วยโรคอื่น ๆ และเก็บลงในแฟ้มอนามัยครอบครัว (เอกสารหมายเลข 2)

6.4 การจัดเตรียมชุมชนและสำรวจข้อมูลพื้นฐาน

6.4.1 การคัดเลือกพื้นที่ทดลอง

เมื่อ พ.ศ. 2528 เทศบาลเมืองนครสวรรค์ ได้จัดตั้งชุมชนในเขตเทศบาลเมืองขึ้น จำนวน 12 ชุมชน ในขณะนั้นได้มีการแบ่งพื้นที่การดูแลรับผิดชอบระหว่างโรงพยาบาล โดยฝ่ายเวชกรรมสังคม และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองนครสวรรค์ โดยฝ่ายเวชกรรมสังคมรับผิดชอบ 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนหิมพานต์, ชุมชนเขาโรงครัว, และชุมชนบางปรอง สำหรับกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ งานสาธารณสุขมูลฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก, งานโภชนาการ, งานสุขภาพิบาล, งานควบคุมโรค, งานสุขศึกษา และโครงการพิเศษอื่น ๆ

6.4.2 การสำรวจชุมชน

ฝ่ายเวชกรรมสังคม ได้ทำการสำรวจชุมชนเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน โดยได้มีการสำรวจตามแบบของ จปฐ. เขตเมือง รวมทั้งสิทธิการรักษาต่าง ๆ ของประชาชน ซึ่งสำรวจเมื่อวันที่ 11-29 ตุลาคม 2536 ในช่วงการสำรวจข้อมูลได้มีการรณรงค์การขยายบัตรสุขภาพ

3. ความคืบหน้าของการดำเนินโครงการ

ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ได้ดำเนินโครงการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไปนี้ ตั้งแต่ปี 2536 จนถึงปัจจุบัน แต่รูปแบบและวิธีการดำเนินงานได้เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ของโรงพยาบาล (รายละเอียดในเอกสารภาคผนวก ส่วนที่เป็นรูปแบบการดำเนินงานของนครสวรรค์) และมีข้อสรุปถึงข้อจำกัดในการพัฒนาบริการในโรงพยาบาลใหญ่ และได้เริ่มดำเนินการพัฒนาบริการในลักษณะเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน นอกโรงพยาบาลในเขตเทศบาลเมือง

4. จุดดีของการดำเนินการโครงการ รูปแบบนี้

ใช้ Resource ที่มีทั้งบุคลากร, สถานที่ โดยเพิ่มเฉพาะ Operation Cost และลงทุนในระบบไม่เกิน 100,000 บาท

ข. ข้อสรุปความคิดเห็น และการวิเคราะห์จากนักวิจัยส่วนกลาง

การดำเนินงานในพื้นที่นี้ มีพัฒนาการมาจากแนวความคิดในโครงการอยุธยา และการกระตุ้นจากภายนอก แล้วมาเริ่มดำเนินการโดย นพ.พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ ซึ่งขณะนั้นเป็นหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม ประกอบกับเห็นความพร้อมของทรัพยากรบุคคลใน วสค. ของ รพ. ที่มีแพทย์พอ จึงเริ่มดำเนินการ โดยใช้รพ. เป็นที่ตั้ง แล้วสร้างความชัดเจนของรูปธรรมงานใน วสค. โดยกำหนดประชากรเป้าหมาย ทั้งที่เป็นตามสิทธิบัตร และตาม

พื้นที่ชุมชนแออัด มีการจัดให้บริการบางส่วนคือ เฉพาะงานรักษาที่อยู่ภายในความรับผิดชอบของ วสค. ไม่สามารถรวมงาน ANC + WBC ของส่วนอื่น เพราะแผนกอื่นยังไม่ยินยอม ส่วนการให้คำแนะนำอื่น ๆ ก็เห็นว่าเป็นบทบาทของแพทย์ และทีม วสค. ระบบข้อมูลข่าวสาร เน้นเรื่องการมีข้อมูลสิทธิบัตร และการรักษาพยาบาลที่ค้นหาได้โดย Computer ส่วนข้อมูลด้านครอบครัว และการดูแลต่อเนื่อง มิได้ให้ความสำคัญมากในระยะแรก แต่หลังจากได้รับคำแนะนำจากโครงการฯ และทีมงานเห็นความสำคัญแล้วจึงเริ่มจัดระบบข้อมูลครอบครัวกับชุมชนแออัด 3 ชุมชน ที่รับผิดชอบแต่ช่วงแรกยังมีปัญหาเรื่องการใช้ เมื่อติดตามนิเทศจึงทำให้มีการใช้ดีขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัด เพราะเป็นการใช้ข้อมูลเฉพาะในชุมชน มิได้ใช้ในสถานบริการร่วมด้วย

• บทบาทของโครงการวิจัย

นักวิจัยจากโครงการวิจัยในส่วนกลางลงไปแลกเปลี่ยนในพื้นที่ จัดเวที พูดคุยแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ ระหว่างรูปแบบต่าง ๆ สนับสนุนด้านวิชาการ และงบประมาณบางส่วน ติดตามนิเทศงานในพื้นที่ และ ร่วมสรุปผลการดำเนินงาน

• ผลลัพธ์งาน

รูปแบบการบริการในพื้นที่นี้สามารถให้บริการผู้ที่มารับบริการใหม่ที่เป็นโรคเฉียบพลัน การตรวจสุขภาพได้จำนวนมาก มีความว่องไวขึ้นบ้างในการรับบริการ แต่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน 3 แห่งมาใช้น้อย เพราะชุมชนอยู่ห่างจากโรงพยาบาล มาใช้บริการไม่สะดวก ประชาชนในชุมชนไปใช้บริการที่คลินิกเอกชนแทน ระบบข้อมูล การรอบคอบ การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติและการจ่ายยา ยังต้องใช้ระบบใหญ่ที่มีความซับซ้อนของโรงพยาบาลใหญ่ที่เปลี่ยนแปลงไป มีเพียงห้องเบอร์ 10 ที่ให้การตรวจรักษาเท่านั้น จึงทำให้ความสะดวกรู้สึกขึ้นเพียงส่วนเล็กน้อยและการค้นหาข้อมูลเพื่อดูแลความต่อเนื่องทำได้ยาก

นักวิจัยในพื้นที่+ผู้ปฏิบัติงาน จึงมีข้อสรุปว่าการดำเนินงานในรพ.ใหญ่ มีข้อจำกัดของการพัฒนา “โครงการนี้สามารถทดลองให้เกิดรูปแบบการบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานขึ้นที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม รพ.สวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์ ซึ่งแต่เดิมรพ.แห่งนี้มีแต่การตรวจรักษาแบบแบ่งแยกแผนกตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ แต่ขอบเขตการพัฒนาได้รับการยอมรับในลักษณะการเป็น screeener สามารถแบ่งเบาภาระการบริการที่ไม่ยุ่งยากไม่ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ในเชิงอุดมคติได้ ยังไม่สามารถให้บริการดูแลแบบเป็นองค์รวมได้”

“ การจัดบริการที่ยังอิงระบบใหญ่ โดยมีได้ตั้งอยู่ใน catchment area ย่อมสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการได้ลำบากกว่าลักษณะของสถานีอนามัย หรือศูนย์แพทย์ที่ตั้งอยู่ในชุมชนแออัด “

“ การจัดบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาลใหญ่ โดยใช้กรอบอัตรากำลังปกติของฝ่ายเวชกรรมสังคม พบว่าสามารถดำเนินการได้เสมือนหนึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอเมือง ที่ครอบคลุมประชากรเป้าหมายที่ถือครองบัตรสงเคราะห์ บัตรผู้สูงอายุ บัตรสุขภาพ และบัตรประกันสังคม แต่มีข้อจำกัดในการจัดบริการครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายเฉพาะ “

"และเสนอว่าควรเป็นการพัฒนาศูนย์บริการตั้งในชุมชนแทน และมีการจัดแพทย์ไปให้บริการนอกเวลาราชการ ส่วนในเวลาเป็นการให้บริการโดยพยาบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่กำลังพัฒนาใหม่ในพื้นที่นครสวรรค์ขณะนี้"

ข้อมูลจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เทศบาลเมืองนครสวรรค์

จากการสำรวจการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในเขตเมืองนครสวรรค์ พ.ศ.2539 โดยนายแพทย์ธีรศักดิ์ ลักษณะนันท์ และคณะ พบว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเล็กน้อยไปใช้บริการที่คลินิกมากที่สุด (ร้อยละ 43.2) ด้วยเหตุผลหลักคือ สะดวก รวดเร็ว บริการดี ใช้บริการรองลงมาที่รพ.สวรรค์ประชารักษ์ (ร้อยละ 19.1) ซั่วยากินเอง (ร้อยละ 17) และรพ.เอกชน (ร้อยละ 13.2) ใช้บริการที่ศูนย์เทศบาล ร้อยละ 3.8 และพบว่าปัจจัยด้านอาชีพหลักของครอบครัว และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการบริการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ต้องใช้ระบบการจัดการที่ซับซ้อนในการจัดคำตอบแทนให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเชื่อมโยงข้อมูล ประกอบในการจัดคำตอบแทน และการให้บริการ

3) คุณภาพบริการไม่เพิ่มขึ้น ยกเว้นแต่รวดเร็วขึ้น การบริการยังเน้นการรักษาพยาบาล และการจ่ายยาเหมือนเดิม

5. เงื่อนไข หรือพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการให้บริการรูปแบบข้างต้น

- 1) เป็นโรงพยาบาลที่ไม่ใหญ่มาก ระบบงานส่วนใหญ่ยังไม่แตกย่อยเป็นเฉพาะทางมากนัก
- 2) เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งในพื้นที่เขตเมืองที่ไม่ใหญ่มาก และโรงพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์กลางของชุมชน
- 3) มีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลเห็นด้วยและให้การสนับสนุน และสามารถสร้างความร่วมมือกับแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆได้

6. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) หน่วย GP ยังไม่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปโดยเฉพาะ
- 2) ปฏิกริยาของแพทย์เฉพาะทางที่ไม่ต้องการมาตรวจที่แผนกนี้
- 3) บางครั้งการตรวจ OPD ที่แผนกนี้ไปซ้อนกับงานประจำของแพทย์บางสาขาที่มีงานมาก เช่นการผ่าตัด แลกเวรยาก
- 4) การปฏิบัติงานบางส่วนมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากเกินไป เพื่อเลื่อนความรับผิดชอบการดูแลในตอนบ่าย
- 5) ตำแหน่งวิชาการ และตำแหน่งบริหารของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในกลุ่มงาน OPD มีความก้าวหน้าน้อยกว่าสาขาอื่นๆ

ข. ข้อสรุปความคิดเห็น และการวิเคราะห์จากนักวิจัยส่วนกลาง

การพัฒนางานในพื้นที่เริ่มจากนายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ และเคยมีประสบการณ์ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนมาก่อน มีแนวความคิดที่จะพัฒนางานเวชปฏิบัติที่เน้นลักษณะคล้ายโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมือง ให้บริการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน แต่มีขั้นตอนที่จะพัฒนาในส่วนแผนกผู้ป่วยนอกก่อน คุณภาพบริการที่คิดถึงยังเน้นที่ความรวดเร็วเป็นหลัก เพราะเป็นปัญหาที่ต้องเผชิญเป็นประจำทุกวัน ฉะนั้นการพัฒนาบริการจึงเน้นที่การแก้ปัญหาบริหารจัดการเป็นหลัก และการใช้มาตรการคำตอบแทนเป็นกลไกในการจัดหาคนมาบริการที่ส่วนนี้ สืบเนื่องจากไม่มีแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ให้บริการด้านนี้โดยเฉพาะจึงทำให้ต้องใช้วิธีการหมุนเวียนแพทย์จากทุกแผนกมาร่วมให้บริการ ซึ่งเป็นจุดอ่อนของการพัฒนาคุณภาพงานที่จะให้บริการแบบต่อเนื่อง แพทย์ขาดความเป็นเจ้าของงาน ไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบยกเว้นแต่หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกที่ดูแลงานด้านนี้โดยตรง พยาบาลที่ดูแลห้องตรวจนี้จะเป็นเจ้าของ รับผิดชอบแก้ปัญหาทางานมากกว่า

การประเมินผลหลังจากดำเนินงานได้ 2 ปี พบว่าการจัดบริการดังกล่าวสามารถช่วยแก้ปัญหาความไม่สม่ำเสมอของการกระจายงานตรวจผู้ป่วยนอกระหว่างแผนกต่างๆ ได้ดี ช่วยลดภาระงานจากห้องตรวจอายุรกรรม ศัลยกรรม และออร์โธปิดิกส์ที่มีผู้รับบริการมากได้เกือบครึ่ง การไหลเวียนของผู้รับบริการดีขึ้น แต่ยังอาศัย

การจัดการสูงในการคงระบบการตรวจที่ห้องนี้อีกอย่างต่อเนื่อง เพราะมีแพทย์เพียง 1 คนที่รับผิดชอบงานนี้ นอกนั้นเป็นการหมุนเวียนมาช่วยงาน หากผู้บริหารหรือการจัดการไม่มั่นคงพอ อาจจะไม่สามารถดำเนินงานนี้ได้อย่างต่อเนื่อง คุณภาพบริการด้านเทคนิค และด้านสังคมจิตวิทยาไม่ได้รับการพัฒนา เพราะผู้ให้บริการเป็นผู้ที่หมุนเวียนให้บริการเพียงเดือนละ 2-3 ครั้ง รวมทั้งขาดการจัดการเพื่อเชื่อมโยงกับฝ่ายเวชกรรมสังคมเพื่อเชื่อมโยงการบริการที่บ้าน เจ้าหน้าที่ในฝ่ายเวชกรรมสังคมเข้ามามีส่วนร่วมน้อย เพราะบุคลากรยังไม่พร้อม

ในเดือน สิงหาคม 2539 จึงเริ่มมีการจัดตั้งบริการที่เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนให้บริการนอกโรงพยาบาล 1 แห่ง เพื่อเป็นการทดลองรูปแบบบริการใหม่ที่เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จผสมผสานนอกโรงพยาบาล แต่ระยะเริ่มต้นยังมีปัญหาเรื่องการเตรียมความพร้อมของบุคลากร เป็นลักษณะการพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ได้มีการจัดเตรียมอย่างเป็นระบบ บุคลากรที่ให้บริการยังไม่เข้าใจแนวคิดสำคัญของการพัฒนาบริการนอกโรงพยาบาล วิธีการให้บริการส่วนใหญ่ยังเป็นบริการรักษาพยาบาลเหมือนการบริการในโรงพยาบาล มุ่งงานเพิ่มคือการทำงานกับองค์กรชุมชนที่เป็นอาสาสมัครในชุมชน ระบบการจัดการข้อมูลข่าวสารยังเป็นลักษณะเหมือนคลินิกทั่วไป

ในปี 2541 มีการขยายศูนย์แพทย์เพิ่มขึ้นอีก 1 แห่งในอีกมุมหนึ่งของเมือง บริการในลักษณะเดียวกัน แต่เน้นการพัฒนาบริการรักษาพยาบาลมากขึ้น

ในปี 2540 และ 2541 ได้มีการจัดการเพื่อให้เกิดการบริการผู้ป่วยในแผนกเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อให้บริการผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบต่อเนื่องจากศูนย์แพทย์ชุมชน มีทีมผู้รับผิดชอบ 1 ทีม

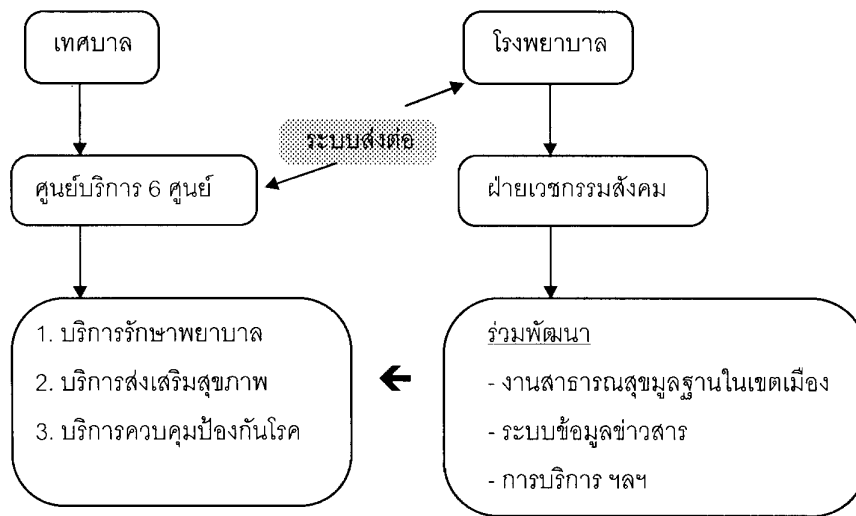
การพัฒนาบริการในพื้นที่นี้ ส่วนใหญ่เน้นการจัดระบบบริหารจัดการเป็นหลัก มีการสร้างทีมผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนย่อย โดยที่นายแพทย์วิระพันธ์ เป็นผู้จัดการใหญ่ และเป็นผู้กำหนดทิศทางการดำเนินงาน มีการพัฒนากลไกค่าตอบแทน เพื่อเป็นแรงจูงใจในการให้บุคลากรเข้าร่วมงานที่หลากหลาย แต่ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องต่อแนวคิดงานเวชปฏิบัติครอบคลุมส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจน งานต่างๆ ที่ดำเนินการบางส่วนยังขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน แต่อย่างไรก็ตามพื้นที่นี้มีความน่าสนใจในการพัฒนางานหลายส่วนที่สามารถดำเนินการอย่างครบวงจรได้ กล่าวคือ มีการพัฒนาบริการทั้งที่เป็นรูปแบบศูนย์แพทย์ในชุมชน พัฒนาการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และการพัฒนาบริการดูแลผู้ป่วยใน รวมทั้งการเชื่อมโยงกับการจัดการศึกษา แพทย์ศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์ ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งควรมีการวางแผนการพัฒนาอย่างเป็นระบบมากขึ้น

⌘ ⌘

(ข้อมูลถึงมีนาคม 2539)

3. การร่วมมือออกหน่วยบริการประชาชนทุกวันศุกร์บ่าย เป็นการร่วมออกบริการ โดยมีแพทย์พยาบาลจากฝ่ายเวชกรรมสังคมไปร่วมกับทีมเทศบาล ซึ่งเป็นทีมใหม่

• โดยสรุป



4. จัดคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกเวลาราชการ ในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล โดยเริ่มตั้งแต่ มกราคม 2539 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ภายใต้โครงการคลินิกประกันสังคม ได้ขยายบริการทางการแพทย์ออกไปร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล โดยการจัดทีมแพทย์จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปให้บริการที่ศูนย์ฯ 3 แห่งนอกเวลาราชการ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มาจากเทศบาล หรือจากทั้ง 2 หน่วยงาน ใช้ยาและเวชภัณฑ์จากเทศบาล โดยรพ.ร่วมกำหนดรายการยา ค่าตอบแทนมาจากทั้ง 2 หน่วยงาน ให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่ม ตามสิทธิ์ปกติ กล่าวคือ

ผู้ป่วยทั่วไป	ศูนย์ฯคิดค่าบริการ
ผู้ป่วยประกันสุขภาพ	ศูนย์ฯเรียกเก็บจากกองทุน
ผู้ป่วยประกันสังคม	ศูนย์ฯเรียกเก็บจากรพ.ขนาดใหญ่
ผู้ป่วยสิทธิประโยชน์ต่างๆ และผู้ป่วยรายได้น้อย	ศูนย์ฯให้บริการฟรี

ซึ่งประชาชนให้การยอมรับและมาใช้บริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

5. จุดดีของรูปแบบ

1. ใช้องค์กรของเทศบาล ซึ่งมีศูนย์บริการอยู่แล้ว และปี 2538 เทศบาลขยายศูนย์เป็น 12 ศูนย์ ให้ครอบคลุมพื้นที่
2. สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาในอนาคตของการปกครองท้องถิ่น ที่ท้องถิ่นเป็นผู้จัดบริการพื้นฐาน
3. การร่วมพัฒนาเป็นการสร้าง Model ที่สมบูรณ์ในชุมชนหรือศูนย์ที่เลือก เพื่อเป็นตัวอย่างในการพัฒนาศูนย์บริการอื่นของเทศบาลและชุมชน
4. ฝ่ายเวชกรรมสังคม มีบทบาทในด้านปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องเฉพาะในชุมชนหลักที่เลือกดำเนินการ ซึ่งสามารถควบคุมคุณภาพในชุมชนอื่นๆ เป็นการพัฒนาความพร้อมและเสริมการดำเนินการเฉพาะกิจกรรม

6. จุดอ่อนและข้อจำกัด

1. แม้ว่าเทศบาลหาดใหญ่จะมีความพร้อมในเรื่องงบประมาณ แต่ในการขยายศูนย์บริการก็มีปัญหาในเรื่องการจัดหาบุคลากร เช่น กลุ่มแพทย์ พยาบาล ฯลฯ
2. การดำเนินงานในส่วนของฝ่ายโรงพยาบาล ต้องมีความเข้าใจในกระบวนการบริหารของเทศบาล จึงจะสามารถกำหนดบทบาทที่เหมาะสม
3. บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตเมืองมีน้อยมาก โดยเฉพาะอำเภอหาดใหญ่ ซึ่งไม่ได้เป็นที่ตั้งของจังหวัด การสั่งการต่างๆ ของจังหวัด หากไม่เข้าใจระบบงานของเทศบาลจะทำให้นโยบายต่างๆ ไม่ประสบความสำเร็จ
4. ความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อการปกครองท้องถิ่นอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้การร่วมทำงานกับทางเทศบาลประสบความสำเร็จ

7. เงื่อนไขหรือพื้นที่ที่เหมาะสม

1. ผู้บริหารของเทศบาลมีความเข้าใจในการพัฒนาบริการสาธารณสุขพื้นฐาน
2. บุคลากรของแต่ละหน่วยงาน มีความพร้อมที่จะร่วมมือกันทำงานหรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน
3. ทรัพยากรบุคคลหรืองบประมาณ อาจจะช่วยเสริมให้การดำเนินงานก้าวหน้า

8. ปัญหาและอุปสรรค

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนโยบายสาธารณสุขของจังหวัดยังไม่ชัดเจน ในการดำเนินการสาธารณสุขในเขตเมือง
2. ขาดการทำความเข้าใจกันในระดับผู้บริหารภายในจังหวัด
3. ยังไม่มีการวางแผนสนับสนุนบริการพื้นฐานในเขตเมือง โดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีผลสำหรับเทศบาลที่ยังมีศูนย์บริการไม่เพียงพอ หรือหาดใหญ่เองถึงแม้จะมี 6 ศูนย์ ก็ยังไม่ครอบคลุม
4. กรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลในด้านของงานสาธารณสุขคิดตามจำนวนเตียง ซึ่งไม่สอดคล้องกับชุมชน ซึ่งบางเทศบาล เช่น หาดใหญ่ มีประชากรในเขตเทศบาล ประมาณ 150,000 คน

9. ประสบการณ์ที่ได้รับ

หากองค์การของการปกครองท้องถิ่นมีความพร้อม มีผู้บริหารที่เข้าใจถึงการให้บริการพื้นฐาน การสนับสนุนและร่วมดำเนินการน่าจะทำให้เกิดการพัฒนาองค์กรที่ต่อเนื่อง

10. ข้อเสนอต่อการจัดบริการ Primary Care

1. สนับสนุนให้องค์กรท้องถิ่นมีความพร้อมในการจัดบริการ Primary Care
2. จัดกลไกหรือองค์กรที่เสริมและสนับสนุนให้เกิดความครอบคลุม และพัฒนาองค์กรท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

ข. ข้อสรุปความคิดเห็น และการวิเคราะห์จากนักวิจัยส่วนกลาง

(ข้อมูลถึง เม.ย.2541)

ในพื้นที่เทศบาลหาดใหญ่ได้มีการพัฒนาบริการสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือส่วนหนึ่งจาก UNDP ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 มีการพัฒนาโครงสร้างของสถานบริการสาธารณสุข และการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน

เทศบาลหาดใหญ่มีนายกเทศมนตรี คือ นายเคร่ง ติดต่อกันเป็นเวลานานหลายสมัย

โรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการพัฒนาบริการเขตเมือง โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม (นพ.อมร รอดคล้าย เริ่มต้น) ภายใต้การสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยมีการพัฒนาบริการสาธารณสุขในชุมชนส่วนหนึ่งที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ และมีการสนับสนุนการบริการของเทศบาล โดยการช่วยเหลือในด้านวิชาการ การให้ข้อคิดเห็น ในระยะแรก ต่อมาได้ขยายเป็นการส่งแพทย์จากโรงพยาบาลไปให้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล บางแห่งเพิ่มเติมในช่วงนอกเวลาราชการ (3 แห่ง) ซึ่งจ่ายค่าตอบแทนด้วยเงินประกันสังคมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ให้บริการร่วมกับเจ้าหน้าที่ของเทศบาล เวชภัณฑ์ต่างๆ เป็นงบประมาณจากเทศบาล รายรับจากบริการส่งให้เทศบาล แต่แพทย์ที่หมุนไปให้บริการในแต่ละศูนย์ฯ จะกำหนดเป็นคนเดิม เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของศูนย์ฯ และมีบทบาทร่วมพัฒนาศูนย์ฯ อย่างต่อเนื่อง

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล มี 2 ลักษณะ คือ ศูนย์ฯ ที่มีแพทย์ประจำ 2 แห่ง และที่เหลือเป็นศูนย์ฯ ที่มีแพทย์ประจำ และมี 3 แห่งที่มีแพทย์จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ให้บริการในช่วงนอกเวลาราชการ แนวคิดหลักของการบริการศูนย์ฯ ในปัจจุบันคือ การขยายบริการพื้นฐาน โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลพื้นฐานให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยยังไม่เน้นเรื่องคุณภาพบริการ และการให้บริการอย่างต่อเนื่องมากนัก แต่มีแผนว่าจะค่อย ๆ พัฒนาคุณภาพบริการเมื่อขยายบริการได้ครอบคลุมแล้ว

ปัจจุบัน โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้เริ่มพัฒนาบริการเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาล โดยมีแนวคิดที่ว่า วัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ควรเป็นเฉพาะบริการที่ถูกส่งต่อมาเพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ส่วนงานเวชปฏิบัติครอบครัวจะรองรับบริการเวชปฏิบัติทั่วไปให้แก่ประชาชนที่มีการลงทะเบียนเป็นสมาชิกกับโรงพยาบาลแห่งนี้ และทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล และคลินิกเอกชนในเครือข่ายประกันสังคม รพ.หาดใหญ่ ส่วนงานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวนี้ จะมีการพัฒนาคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นในด้านความต่อเนื่องของการให้บริการ การดูแลเป็นครอบครัว มีการประสานงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคผสมผสานไปด้วยมากขึ้น มีความพยายามที่จะให้บริการแบบเป็นองค์รวมมากกว่าอดีต

3. จุดดี

การทำงานในลักษณะที่การบริหารจัดการขึ้นโดยตรงกับเทศบาล แต่โรงพยาบาลช่วยในด้านการจัดรูปแบบการบริการนี้ มีจุดเด่นด้าน

- 3.1 เพิ่มศักยภาพของเทศบาลในการรับผิดชอบบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
- 3.2 ทำให้ โรงพยาบาลและเทศบาลมีความสัมพันธ์กับ อสม. ดี เนื่องจากเป็นการเสริมจุดแข็งของ แต่ละฝ่าย (เทศบาล , รพ.) ในการมี interaction กับ อสม./ชุมชน
- 3.3 การประสานงานด้านสาธารณสุขอื่น ๆ นอกพื้นที่ของ สอ. ระหว่างเทศบาลและโรงพยาบาล ดีกว่าเดิม เช่น เรื่องข้อมูล การสำรวจ จปฐ. การสำรวจสิทธิบัตรต่าง ๆ การออกหน่วยเคลื่อนที่ การรณรงค์ เฉพาะเรื่อง ฯลฯ
- 3.4 การ Mobilize of local resources ได้มากทั้งในแง่กำลังคน กำลังทรัพย์ของเทศบาล และของ โรงพยาบาล

4. จุดอ่อน

- 4.1 ขาดผู้รับผิดชอบหลักในระยะยาว เนื่องจาก จนท.ของเทศบาลจะมีการ move บ่อย
- 4.2 เจ้าหน้าที่ยังขาด concept ทางงานบริการสาธารณสุขมีจนท. น้อยที่มีคุณภาพเหมาะสมกับงาน
- 4.3 ความต่อเนื่องของนโยบายของ รพ./ สสจ. ในการสนับสนุนยังไม่มาก
- 4.4 ในระยะยาวอาจมีปัญหาในการดำเนินงานต่อไป เนื่องจากเทศบาลยังขาดกำลังคนที่จะ absorb งานที่ทำอยู่จากฝ่ายของโรงพยาบาล

5. เงื่อนไขของพื้นที่ที่เหมาะสม

- 5.1 เทศบาลที่กำลังเจ้าหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาลบ้างพอสมควร รวมทั้งฝ่ายเวชกรรม ของ รพ. จะต้องมีกำลังคนเพียงพอและมีนโยบายเชิงรุกชัดเจน
- 5.2 ในพื้นที่ที่สามารถสร้าง สอ. ได้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- 5.3 มีกลุ่มเป้าหมายชัดเจน คือ ผู้ด้อยโอกาส ซึ่งรวมตัวกันค่อนข้างมากในพื้นที่รับผิดชอบ
- 5.4 มีการรวมตัวของประชาชนในชุมชนค่อนข้างดี

6. ปัญหาอุปสรรค

- 6.1 ความหลากหลายของบริการในเขตเมือง ที่ประชาชนจะเลือกได้ตามกำลังเงินที่มีอยู่ในขณะนั้น ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา
- 6.2 ขาดความสนใจและจริงจังต่อผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล และ สสจ.
- 6.3 ขาดเครื่องมือ เช่น กล้องจุลทรรศน์ เครื่องตรวจปัสสาวะ Hct. etc. ที่จะช่วยยกระดับมาตรฐานการบริการ

7. ประสพการณ์ที่ได้

- 7.1 อสม. สามารถมีบทบาทช่วยในการให้บริการ ในการค้นหาผู้ป่วย การติดตามช่วยเหลือแนะนำได้ ดีมาก ถ้ามีเจ้าหน้าที่สนใจและเข้าถึง อสม. อย่างจริงจังจะทำให้งาน PHC. กลุ่มชนผู้ด้อยโอกาสดีขึ้น
- 7.2 ผู้ด้อยโอกาสในเขตเมืองที่เข้าไม่ถึงบริการยังมีอยู่มากในทุก ๆ ชุมชน

8. ข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติในพื้นที่

การจัดบริการขั้นพื้นฐานเป็นบทบาทของ Local ซึ่งส่วนภูมิภาคควรจะลดบทบาทตัวเองลง Local ต้องได้ขึ้นแน่นอนทั้งในแง่ของแรงผลักดันทางการเมือง หรือในการพัฒนาและวิวัฒนาการตามแบบสังคมตะวันตก

เทศบาลจะต้องเข้าควบคุมกิจการบริการพื้นฐานทุกอย่างในเขตเมือง ประชาชนจึงจะถือว่ามีความเลือกเลือกคณะที่จัดบริการที่พอใจประชาชน ระบบราชการควรจะเล็กลง โดยเฉพาะในเมืองไม่ควรมีรูปแบบมาก ๆ ถ้าจะเปรียบเทียบรูปแบบที่ทำโดย รพ. หรือ สสจ. ในปัจจุบันอาจเห็นว่ามีดีกว่า เพราะเรามีความพร้อมกว่า แต่ไม่ควรพัฒนาไปทุก ๆ เมือง

9. บทบาทของโครงการวิจัย

ในพื้นที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เข้าไปร่วมให้ความคิดเห็น ในการพัฒนาบริการกับทีมงานของพื้นที่และติดตามความคืบหน้าของผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

10. ความคืบหน้าของการดำเนินงานในปัจจุบัน (2541)

ยังเป็นลักษณะเดิม ที่หมอและพยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ออกไปให้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แต่เป็นลักษณะตั้งรับมากกว่าการรุกออกไปทำงานในชุมชน ปฏิบัติงานในส่วนของโรงพยาบาล เริ่มมีความอ่อนล้าแต่ก็ยังคงปฏิบัติงานต่อจนถึงปัจจุบัน

ข. ข้อมูลความคิดเห็น และการวิเคราะห์จากนักวิจัยส่วนกลาง

การพัฒนาบริการในพื้นที่นี้ ผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนามากคือ นายแพทย์ชาย ธีระสุด ซึ่งในขณะนั้นเป็นหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม (ปัจจุบันเป็นรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ฝ่ายการแพทย์) เป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ที่ศรีสะเกษนี้ และปฏิบัติงานในจังหวัดนี้มาเป็นเวลานาน เป็นคนที่คลุกคลีและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนในเขตเทศบาล รวมทั้งผู้บริหารของเทศบาล จึงได้ดำเนินการพัฒนาบริการสาธารณสุขร่วมกับเทศบาลมาตลอดด้วยรูปแบบต่างๆ การพัฒนาบริการนี้ก็ทำเป็นลักษณะเดียวกันคือส่งบุคลากรจากโรงพยาบาลไปให้บริการที่ศูนย์บริการเทศบาล และเน้นให้บริการในส่วนที่เทศบาลมีขีดจำกัดในการให้บริการ

(ชาย) คุณเล รับผิดชอบด้านงานสุขภาพิบาล และงานสาธารณสุขมูลฐาน และทำการจ้างลูกจ้างชั่วคราว คุณเลเรื่องความสะดวก และการปิด/เปิดสำนักงาน

มีการทำ Action Plan และผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ จากการออกไปติดตามงานพบว่า ยังไม่มีการดำเนินงานตามข้อ 2 - 4 มีการออกไปนิเทศงานโดยบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ เนื่องจากปัญหาอุปสรรค ดังนี้

1. ความพร้อมของบุคลากรในศูนย์ ซึ่งยังไม่เข้าใจขอบเขตและบทบาทหน้าที่
2. โครงสร้างองค์กร แม้ศูนย์บริการฯ นี้จะอยู่ภายใต้ฝ่ายงานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล แต่ขอบเขตการดูแลสนับสนุน เพื่อการพัฒนาไม่ชัดเจน ซึ่งทีมงานวางแผนว่าจะให้ ผชช. ท่านหนึ่งช่วยดูแลงาน ด้านนี้ควบคู่กับคลินิก อื่น ๆ
3. การบริหารจัดการ เช่น ด้านงบประมาณ, เวชภัณฑ์, วัสดุและอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่ชัด, เพราะยังไม่มีการอบงานบทบาทที่ชัดเจน
4. ขาดการควบคุมกำกับการทำงานต่อเนื่อง และเป็นจริง
5. การนิเทศงาน ยังเป็นลักษณะการรุกรมมากเกินไป ไม่มีการวางแผนร่วมกันและไม่ได้วางขั้นตอนการพัฒนางาน

● สรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขการพัฒนาศูนย์ประชาร่วมใจ

1. ด้านสถานที่ เจ้าของที่จะขอคืน เสนอให้หาสถานที่อื่น เช่น ที่เช่า, ในโรงเรียนหรือในวัด โดยให้จัดทำ Coverage Plan ใหม่ด้วย
2. บุคลากร พิจารณาจัดหาเจ้าหน้าที่ใหม่เพิ่มเติม ที่มีความสนใจในการพัฒนางานศูนย์บริการสาธารณสุขเขตเมือง
3. ให้มีการปรับพื้นที่รับผิดชอบใหม่ ได้แก่ หมู่บ้านและโรงเรียน เนื่องจากมีความซ้ำซ้อน, ข้ามเขตการดูแล โดยพิจารณาจัดแผนร่วมกันใน คปสอ.เมือง และให้พิจารณาในลักษณะเป็น Package คือ พิจารณา ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุของหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาวางแผนร่วม ได้แก่ เทศบาล, ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์, และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด
4. สร้างให้ผู้ร่วมงานมีความเข้าใจในแนวคิดการทำงาน พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขร่วมกัน เช่น การพาไปศึกษาดูงานศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีรูปแบบค่อนข้างชัดในการพัฒนาบ้างแล้ว ตัวอย่างเช่น โครงการอยุธยา
5. จัดโครงสร้างการบริหารงานเขตเมืองให้มีความชัดเจนว่า การไหลของข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องจะเข้าฝ่ายใด และวางแผนที่จะให้ผชช. 1 ท่าน ดูแลงานด้านนี้โดยตรง

ตารางที่ 1 : ผลการวิเคราะห์การให้บริการรักษาพยาบาล เดือนกรกฎาคม 2537
ของสถานีอนามัยชุมชนประชาร่วมใจพัฒนา

คํู่มที่รับผิตชอบ	ผู้รับบริการ (ราย)	ประชากร (คน)	อัตราการใช้ บริการ (%)
1. ชาวลานอก	26	408	6.37
2. วังส่วาง	10	157	6.37
3. กุดแสนตอ	3	156	1.92
4. โพธิ์ทอง	3	199	1.51
5. ราชทัณฑ์	3	136	2.21
6. สามัคคี	31	263	11.79
7. คีวรถ 11	58	379	15.30
8. พโลชัย	12	64	18.75
รวมในเขต	146	ในเขต = 64.89 %	
รวมนอกเขต	79	นอกเขต = 35.11 %	
รวมทั้งหมด	225		

ตารางที่ 2 : จำนวนผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยชุมชนประชาร่วมใจพัฒนา
เดือนมกราคม - มิถุนายน 2537

จำนวนผู้รับบริการ	ใหม่ (ราย)	เก่า (ราย)	รวม (ราย)
มกราคม 2537	281	41	322
กุมภาพันธ์ 2537	125	41	166
มีนาคม 2537	143	108	251
เมษายน 2537	107	80	187
พฤษภาคม 2537	95	138	223
มิถุนายน 2537	136	188	324

หมายเหตุ : ผู้มารับบริการ 8-15 ราย/วัน

● **ลักษณะของผู้รับบริการ**

1. URI
2. อุบัติเหตุ/ทำแผล
3. ANC /FP /EPI /Nutrition
4. ค่าบริการ

Free - 5 , 10 บาท
 100 - 200 บาท/ราย (ข้าราชการ)

4. จุดดีของการดำเนินการพัฒนาระบบบริการรูปแบบนี้

1. มีสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น สามารถให้บริการแก่ชาวชุมชนทั้งในและนอกเขตรับผิดชอบของศูนย์ฯ
2. ทำให้มีการแบ่ง Catchment area ชัดเจนขึ้นในงานบริการทั้งด้านรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
3. สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด, ฝ่ายเวชกรรมสังคม และเทศบาล

5. จุดอ่อน/ข้อจำกัดของการดำเนินโครงการรูปแบบนี้

1. โครงสร้างการดำเนินงานของศูนย์ฯไม่ชัดเจน เนื่องจากงานรักษาพยาบาลขึ้นตรงต่อฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล งานอื่นๆ แต่ละฝ่ายจะดำเนินการเอง
2. เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจงานเขตเมือง
3. การบริหารจัดการ การควบคุมกำกับ ไม่ชัดเจน
4. ขาดแพทย์ที่จะให้บริการที่ศูนย์ฯ
5. ระบบการส่งต่อระหว่างศูนย์ฯ และโรงพยาบาล ยังไม่เป็นจริง

6. เงื่อนไขหรือพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการใช้รูปแบบบริการข้างต้น

1. มีองค์กรโครงสร้างชัดเจนและต้องทำงานแบบผสมผสาน คือ ต้องมีการทำงานเชิงรุก ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนได้
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติจะต้องเข้าใจงานชุมชนเขตเมืองเป็นอย่างดี

7. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. สถานที่ เป็นของเอกชนซึ่งเจ้าของมีสัญญาให้ใช้ได้ตามความเหมาะสม
2. บุคลากรของศูนย์ฯ ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่และขอบเขต ตลอดจนหน้าที่ที่รับผิดชอบ
3. องค์กรโครงสร้าง การบริหารในศูนย์ฯ ยังไม่ชัดเจน ขาดการควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง

8. ประสพการณ์ที่ได้รับ จากการดำเนินโครงการ

1. ดำเนินการจะได้ผลดีมากหากมีแพทย์ให้บริการซึ่งสามารถสร้างศรัทธาได้มาก
2. จะต้องมีการ โครงสร้าง และการบริหารที่ชัดเจน

3. การคัดเลือกเจ้าหน้าที่ จะต้องเข้าใจในงานชุมชน
4. จะต้องมีการติดตามประเมินผล ควบคุมกำกับงานอย่างต่อเนื่อง

9. ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Primary Care)

1. พัฒนาให้เป็นสถานอนามัยเต็มรูปแบบ โดยให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่
2. จัดให้มี Extended OPD.
3. ปรับปรุงระบบ Refer
4. จัดระบบโครงสร้างการบริหารให้ชัดเจน

10. การติดตามจากโครงการวิจัยฯ

โครงการวิจัยฯ ได้เริ่มต้นจากการกระตุ้นพูดคุยกับผู้บริหาร (นพ.สมาน ชัยสิทธิ์) และพูดคุยกับทีมจัดเวทีแลกเปลี่ยนกับพื้นที่อื่น ๆ ในช่วงการเริ่มต้นโครงการ เพื่อพัฒนาจากกิจกรรมเดิมให้มีคุณภาพมากขึ้น

พื้นที่นี้ โครงการวิจัยฯ มิได้ติดตามต่อในช่วงหลังจาก พ.ย. 2537 เนื่องจากพื้นที่ขาดผู้รับผิดชอบและผู้อำนวยการที่ต่อเนื่อง เพราะผู้บริหารที่รับผิดชอบเดิมโยกย้ายไปจังหวัดอื่น

11. ความคืบหน้าของการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่จนถึงปัจจุบัน (2541)

หลังจาก พ.ย. 37 ศูนย์ประชาร่วมใจได้ถูกยุบไป เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์นั้นรู้สึกแปลกแยก ถูกตัดขาดจาก สสจ. จึงย้ายมาให้บริการแทนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับบริการทันตกรรมและกามโรค โดยมีแพทย์จากแผนกเวชกรรมสังคม รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์ มาร่วมให้บริการได้ ซึ่งส่วนนี้จะเป็นเฉพาะส่วนบริการ แต่ส่วนงานชุมชนที่ดูแลพื้นที่ในความรับผิดชอบของ สสจ. 14 ชุมชน มีฝ่ายงานสาธารณสุขเขตเมือง (ตั้งขึ้นมาใหม่ ไม่เป็นทางการ) เป็นผู้ดูแลแทน ซึ่งฝ่ายงานนี้มีเจ้าหน้าที่ 7 คน ทำหน้าที่ประสานงานเรื่องเขตเมืองทั้งหมดในจังหวัดด้วย (ประสานกับเทศบาลในเขตเทศบาลเมือง, ประสานกับเทศบาลอำเภอวารินชำราบ และเทศบาลอำเภอมัญจาคีรี) โครงสร้างงานนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 38 ฝ่ายงานนี้เปรียบเสมือนฝ่ายงานหนึ่งใน สสจ.

ในเขตเทศบาลเมืองอุบลฯ ยังมีศูนย์บริการสาธารณสุขในความดูแลของเทศบาลอีก 2 ศูนย์, ในพื้นที่เทศบาลวารินชำราบมีศูนย์ 1 แห่ง และในพื้นที่เทศบาลพิบูลมังสาหารอีก 1 แห่ง ฝ่ายเวชกรรมโรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ ดูแลพื้นที่ 19 ชุมชน ในพื้นที่นี้มี 2 ชุมชนใหญ่ ที่มีบริการหน่วยแพทย์พื้นที่ไปให้บริการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีผู้รับบริการมาก

ในการดำเนินงานเกี่ยวกับเขตเมืองทั้งหมดจะมีการประสานกัน โดย สสจ. เป็นแกนกลาง มีการอบรมเจ้าหน้าที่ และ อสม. ร่วมกัน โดย Share งบประมาณกัน เจ้าหน้าที่ ในแต่ละหน่วยงานมีความคุ้นเคยกัน และแผนงานเขตเมืองถูกแทรกเข้าไปในแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย รวมทั้งศูนย์บริการฯ ทั้งหมดจะได้รับการนิเทศจาก สสจ. ด้วย

12. ข้อเสนอต่อการพัฒนางานเขตเมือง

เห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีเจ้าหน้าที่ หรือหน่วยที่ดำเนินการ วางแผน ติดตาม และปฏิบัติงานในพื้นที่เกี่ยวกับเขตเมืองที่ชัดเจนและกระทรวงสาธารณสุข ควรมีหน่วยงานที่ติดตามเรื่องนี้อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง

ข. ข้อเสนอความคิดเห็น และการวิเคราะห์จากนักวิจัยส่วนกลาง

ในพื้นที่ที่มีความพร้อมในส่วนที่เป็นระดับปฏิบัติงานพอสมควร ซึ่งมีการดำเนินงานสาธารณสุขเขตเมืองมาตลอด แต่ยังมีปัญหาบางส่วนที่เกี่ยวกับแพทย์ที่ช่วยให้บริการ และร่วมพัฒนาบริการทางด้านการแพทย์ จึงทำให้การพัฒนางานขึ้นกับผู้นำในระดับจังหวัดที่จะเป็นผู้จัดระบบสนับสนุน หรือปรับระบบการจัดการด้านต่างๆ เมื่อมีการเปลี่ยนผู้นำงานจึงทำให้งานหยุดชะงักไป แต่เนื่องจากความตั้งใจ และความสามารถของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานจึงยังมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นการพยายามทำงานภายใต้ระบบปกติ ในเงื่อนไขที่ทำได้

ภาคผนวก 2.

ประเมินผลโครงการวิจัยปฏิบัติการทดลองรูปแบบการบริการ ทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์

~~~~~

#### 1. ลักษณะของหน่วยบริการ

##### 1.1 รูปแบบดำเนินการ

- OPD ใน รพศ. [ ห้องตรวจเบอร์ 10 ใน รพศ. ขนาด 672 เตียง ]

##### 1.2 หน่วยงานที่จัดตั้งและรับผิดชอบ

- ฝ่ายเวชกรรมสังคม รพ.สวรรค์ประชารักษ์

##### 1.3 เป้าหมายผู้มารับบริการ

- กำหนดจำนวนชัดเจน

##### 1. Catchment area 3 ชุมชน

- |                    |     |                 |                 |
|--------------------|-----|-----------------|-----------------|
| 1. ชุมชนหิมพานต์   | 108 | หลังคาเรือน 122 | ครอบครัว 440 คน |
| 2. ชุมชนเขาโรงครัว | 145 | หลังคาเรือน 159 | ครอบครัว 524 คน |
| 3. ชุมชนบางปรอง    | 136 | หลังคาเรือน 152 | ครอบครัว 555 คน |

รวม 1,519 คน

##### 2. Catchment Population 10 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยส่งต่อจากสอ. ที่มีได้ส่งโดยแพทย์
2. ผู้ป่วยเขตเทศบาลเมืองที่มีบัตรสงเคราะห์
3. ผู้ป่วยเขตเทศบาลเมืองที่มีบัตรสูงอายุ
4. ผู้ป่วยบัตรสุขภาพอำเภอเมือง
5. ผู้ป่วยบัตรประกันสังคม มาครั้งแรก
6. บัตรสุขภาพนักเรียน ที่ครูพามาและต้องการตรวจ
7. ผู้ป่วยขอใบรับรองแพทย์
8. ผู้ป่วยตรวจสุขภาพเป็นกลุ่ม
9. ผศส./อสม./ผู้นำชุมชน เขตเทศบาลเมือง
10. ผู้ป่วยที่ต้องการตรวจห้องเบอร์ 10

#### 1.4 ผู้ให้บริการ (ปรับเปลี่ยนตามการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม)

|                                                           |                                                                     |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. นพ.พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์<br>( มกราคม - ธันวาคม 2536 ) | 2. พญ.เอี่ยมพร ประกอบ<br>( มกราคม 2537 - ตุลาคม 2538 )              | 3. นพ.จิรศักดิ์ ลักษณะนันท์<br>( พฤศจิกายน 2538 - ปัจจุบัน )                                |
| 1. แพทย์เวชปฏิบัติ 2 คน<br>นพ.มณिर ทองเลื่อน<br>นพ.นเรศ   | 1. แพทย์เวชปฏิบัติ 2 คน<br>นพ.มณिर ทองเลื่อน<br>พญ.สุณิสา สินธุวงศ์ | 1. แพทย์เวชปฏิบัติ 1 คน<br>พญ.ประภารัตน์<br>พ.ธีรศักดิ์ตรวจเฉพาะป่วยวัน<br>จันทร์-พุธ-ศุกร์ |
| 2. พยาบาลวิชาชีพ 1 คน<br>นางวิลาภรณ์ สิทธิโชคสกุลชัย      | 2. พยาบาลวิชาชีพ 2 คน<br>นางวิลาภรณ์ สิทธิโชคสกุลชัย                | 2. พยาบาลวิชาชีพ 3 คน<br>นางพรรณิรัตน์ รัตนมนิพันธ์<br>นางสุรรัตน์ ตูลาพันธ์<br>นส.เตือนใจ  |
| 3. ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน                                     | 3. ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน                                               | 3. พยาบาลเทคนิค 1 คน                                                                        |
| 4. ลูกจ้าง 3 คน                                           | 4. ลูกจ้าง 3 คน                                                     | 4. ลูกจ้าง 2 คน                                                                             |

## 2. ลักษณะของการให้บริการที่มีการวางแผนไว้

### 2.1 ลักษณะบริการ

2.1.1 ให้บริการดูแลสุขภาพทั่วไป ไม่มีการแบ่งแยกอายุ-เพศ

- ไม่ได้ตรวจ/รักษา เด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

2.1.2 เป็นบริการที่เชื่อมโยง ทั้งงานรักษา-ส่งเสริม-ป้องกันได้ง่าย

- มีการให้บริการ EPI ร่วมกับกลุ่มงานกุมารเวชกรรม

- มีการให้บริการ ANC/FP ร่วมกับกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผน  
ครอบครัว

2.1.3 เป็นบริการที่มีระบบรองรับมีการติดตามเยี่ยมบ้าน, การดูแลผู้มารับบริการ  
อย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดังนี้

1. EPI, ANC กรณี high risk และไม่มาตามนัดใน 3 ชุมชนและในเขตเทศบาล

2. เยี่ยมหลังคลอด

3. chronic case เช่น HT, DM ห้างเบอร์ 10 และตึกผู้ป่วยนอกเยี่ยม  
home health care ในเขตเทศบาลและ 3 ชุมชน

- 2.1.4 มีการดูแลปัญหาสังคม-จิตวิทยา ร่วมกับดูแลของการแพทย์ฯ
  - ไม่มี
- 2.15 มีการพูดคุยปัญหาอื่น ๆ ของผู้ป่วยนอกจากปัญหาที่มาครั้งแรก
  - มีบ้าง
- 2.16 มีความพยายามทำให้ผู้รับบริการเข้าใจสภาพปัญหาของตนเองและร่วมแก้ไขปัญห
  - มี ( คุณวิลาภรณ์ มีการใช้ข้อมูลจาก Family Folder ใน 3 ชุมชนในการพูดคุยกับผู้ป่วยขณะที่แพทย์ตรวจ )

## 2.2 ขอบเขตของบริการ

- 2.2.1 เป็นบริการที่ดูแลผู้ป่วยเป็นรายคน
  - ใช่
- 2.2.2 เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลประชาชนที่มาใช้บริการทั้งครอบครัว
  - ใน 3 ชุมชน ในช่วงแรกมีการใช้ Family Folder
  - Catchment Pop ไม่มีการใช้ Family Folder
- 2.2.3 มีการจัดบริการที่เข้าไปดูแลปัญหาของชุมชน
  - มีเฉพาะในเขต 3 ชุมชนและในเขตเทศบาล
- 2.2.4 ประเภทของการบริการ
  - 1. การรักษาพยาบาลในระยะแรกห้องตรวจเบอร์ 10 จะเป็น screener เข้าห้องตรวจและพิจารณาสิทธิการรักษา ประทับสิทธิ์ในใบสั่งยาและ Lab และให้บริการตรวจรักษาตามกลุ่มเป้า หมาย (ตั้งแต่เดือนเมษายน 2539 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีนโยบายให้บริการ one-stop service จึงให้ห้องบัตร เป็นผู้ Screen ผู้ป่วยและสิทธิการรักษา )
    - จากการดูรายงานผู้รับบริการของห้องตรวจเบอร์ 10 พบว่า ผู้รับบริการที่ห้องนี้จะมีเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้คือ
      - 1. ผู้ประกันตน ( ตาม พรบ. ประกันสังคม )
      - 2. ตรวจสุขภาพประจำปีเป็นรายกลุ่ม
      - 3. ขอใบรับรองแพทย์
      - 4. ผู้เคยตรวจห้องเบอร์ 10
  - 2. การชันสูตร - ตรวจเลือด เอกซเรย์ ส่งไปตรวจตามระบบปกติ
  - 3. ผ่าตัดเล็ก
    - ไม่มี ( เพราะจะถูก Screen ไป OPD คัลย์ )

หมายเหตุ ตั้งแต่ข้อ 4-9 เป็นงานอื่น ๆ ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ไม่ใช่ห้องเบอร์ 10

## 4. บริการ ANC

- ดำเนินงานโดย กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โดยเบิกวัคซีน TT จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมให้บริการทุกรายที่มาใช้บริการ ถ้าไม่มาตามนัดกลุ่มงานสูติฯจะติดตามทางไปรษณียบัตร และถ้าไม่มาจะส่งรายชื่อให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคมติดตามไปเยี่ยมที่บ้าน เฉพาะในเขตเทศบาล ( ปี 2538 เริ่มให้บริการคลินิก high-risk วันอังคาร/ พุธ พฤหัส (ป่วย) ทำให้จำนวนผู้ขาดการ FU ลดลง )

## 5. บริการคลินิกเด็กดี

- ดำเนินงานร่วมกับกลุ่มงานกุมารเวชกรรม ในวันพฤหัสบดี/ศุกร์ (ป่วย)

| กลุ่มงานกุมาร                  | วสค.                                                                                                                                           |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. แพทย์ตรวจ<br>2. พยาบาลฉีดยา | 1. ตรวจสอบการฉีดวัคซีน<br>2. นัดหมายครั้งต่อไป<br>3. ชั่งน้ำหนัก-แปลผล/โภชนาการ<br>4. ให้คำแนะนำ<br>5. ติดตามจดหมายและเยี่ยมบ้านถ้าไม่มาตามนัด |

## 6. งานวางแผนครอบครัว

- ดำเนินงานโดยกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคมไม่ได้ช่วยดำเนินการ

## 7. การเยี่ยมบ้าน

- เฉพาะ 3 ชุมชนและในเขตเทศบาล

1. EPI, ANC กรณี high risk และไม่มาตามนัด
2. เยี่ยมหลังคลอด
3. HT, DM

## 8. การฟื้นฟูสภาพ

- ดำเนินงานโดยกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู (วสค. ไม่ได้ช่วย)

## 9. การควบคุมโรค

- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โดยงานควบคุมป้องกันโรคและระบาดวิทยา  
ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น

1. บริการให้ภูมิคุ้มกันโรคใน รพ. ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ด้วยการเบิกวัคซีนและติดตาม เช่น เด็กแรกคลอด, คลินิกเด็กดี, คลินิกหญิงมีครรภ์
2. บริการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กนักเรียนประถมศึกษา
3. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
4. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน
5. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในชุมชน

6. งานควบคุมโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์
7. งานควบคุมโรคติดต่ออุจจาระร่วง
8. งานควบคุมโรคติดต่อพยาธิและพยาธิใบไม้ในตับ
9. งานควบคุมโรคติดต่อโรคไข้เลือดออกและไข้สมองอักเสบ
10. งานควบคุมโรคติดต่อโรคเรื้อน
11. งานควบคุมโรคติดต่อโรคเท้าช้าง
12. งานควบคุมโรคติดต่อโรคมาลาเรีย
13. งานควบคุมโรคติดต่อกามโรค
14. งานควบคุมโรคติดต่อวัณโรค
10. กิจกรรมอื่น ๆ ของห้องตรวจเบอร์ 10
  - 10.1 คลินิกผู้สูงอายุ ในวันศุกร์บ่าย ห้องเบอร์ 10 ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุของจังหวัด  
มีกิจกรรมดังนี้
    - การเจาะเลือดตรวจหา FBS, Cholesterol
    - ตรวจสุขภาพโดยแพทย์
    - สอนสุขภาพเป็นรายกลุ่ม
    - ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
  - 10.2 ตรวจสุขภาพประจำปี
    - ในปีงบประมาณ 2538 มีผู้รับบริการตรวจสุขภาพรวม 18 กลุ่ม จำนวน 678 คน  
เก็บค่าบริการได้ 234-485 บาท (เฉลี่ย 345.85 บาท/ราย)
  - 10.3 ขอใบรับรองแพทย์
    - ในปีงบประมาณ 2538 มีผู้มารับบริการจำนวน 322 ครั้ง รวมเงิน  
ค่าบริการ 16,576 บาท (เฉลี่ย 51.48 บาท/ครั้ง)

## 2.3 ความสัมพันธ์กับระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน

### 2.3.1 เป็นบริการด่านแรกในระบบบริการสาธารณสุข

- ใช้เป็นด่านแรกในโรงพยาบาล เฉพาะตามกลุ่มเป้าหมาย

### 2.3.2 มีความเชื่อมโยง อสม. หรือกรรมการชุมชน

- ใน 3 ชุมชนที่รับผิดชอบ โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจัดกิจกรรมต่าง ๆ โดยประสานกับกรรมการชุมชนและอสม. (ปฏิบัติงานจริง 15 คน)

### 2.3.3 มีความเชื่อมโยงกับการบริการของรพ.

- มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเมื่อจำเป็น(แพทย์ห้องเบอร์ 10 จะ admit ผู้ป่วยไม่ได้)

### 2.3.4 มีการแบ่งบทบาทระหว่างสถานบริการด้านแรก และทุติยภูมิ

- ตามกลุ่มเป้าหมาย คือ 3 ชุมชน และ Catchment Population ต้องผ่าน GP ก่อน และมีช่องทางด่วนเฉพาะผู้ป่วยประกันสังคมที่ห้องบัตร และรับยา

## 2.4 เงื่อนไขที่สร้างขึ้นเพื่อให้เกิดบริการที่ดี

### 2.4.1 การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงและมีระบบติดตาม

#### 1. หญิงตั้งครรภ์

- มีการติดตามกรณี high risk และไม่มาตามนัดด้วยจดหมายและเยี่ยมบ้าน

#### 2. เด็ก 0-5 ปี

- มีการติดตามกรณีไม่มาตามนัด ด้วยจดหมายและเยี่ยมบ้าน

#### 3. ผู้ป่วยวัณโรค

- มีการติดตามผู้ป่วยทางจดหมายและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สัมผัส

#### 4. ผู้ป่วยเบาหวาน

- ไม่มี

#### 5. ผู้ป่วย HT

- มีติดตามด้วยจดหมาย (ยังไม่ได้เยี่ยมบ้าน)

#### 6. มารดาและทารกหลังคลอด

- ในเขต 3 ชุมชนและเทศบาล เยี่ยมบ้าน
- นอกเขตเทศบาลส่งต่อ

#### 7. ภาวะผิดปกติทางจิต

- ไม่มี

#### 8. ผู้พิการ

- ไม่มี

#### 9. ผู้สูงอายุ มีบริการคลินิกเชิงรับ ไม่มีการติดตาม

### 2.4.2 การจัดระบบการเงินที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและมีความต่อเนื่อง

#### 1. มีการบริการและให้ยาฟรี ถ้าผู้ป่วยยากจน

- มี โดยส่งสังคมสงเคราะห์พิจารณา

#### 2. มีระบบบัตรสุขภาพ

- มี โดยรพ.จะขายในเขตเทศบาล, สสอ.เมือง จะขายนอกเขตเทศบาล

3. มีการบริการประกันสังคม
    - มี (ห้องตรวจเบอร์ 10)
  4. มีการเก็บเงิน Flat Rate
    - ไม่มี
  5. มีระบบการจ่ายเงินสำหรับโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ
    - ไม่มี
  6. มีการเก็บเงินเป็นสมาชิกสถานพยาบาล
    - ไม่มี
- 2.4.3 มีระบบ/การจัดการที่อำนวยความสะดวกต่อประชาชนในเขตรับผิดชอบ
1. มีช่องทางด่วนสำหรับผู้รับบริการในเขต
    - มีเฉพาะผู้ป่วยประกันสังคม (ห้องบัตร, ร้านยา)
  2. มีการจองนัดเวลาสำหรับผู้มารับบริการในเขต
    - ไม่มี
  3. มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่อื่นฟรีได้
    - ไม่มี
- 2.4.4 มีการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน
1. มีการประชุมร่วมกับตัวแทนชุมชน
    - มีใน 3 ชุมชน มีการประชุมกิจกรรมการชุมชน และอสม.
  2. มีการสำรวจเยี่ยมชุมชนเป็นราย ๆ
    - มีใน 3 ชุมชน
- 2.4.5 มีระบบที่เอื้อให้เกิดการผสมผสานระหว่างงานรักษา-ส่งเสริม-ป้องกันโรค
1. มีการกำหนดหลักเกณฑ์การส่งต่อไปรับบริการอื่น ๆ
    - วัคซีน มีใบส่งต่อไป สอ./รพช. ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
    - ภาวะโภชนาการ - มีจม.ส่งไปให้ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล
    - การให้คำปรึกษาด้านสังคม - ไม่มี
    - ผู้ป่วยเรื้อรัง - ไม่มี

2. มีการจัดเก็บแฟ้มข้อมูล รายครอบครัว
  - เดิมทำใน 3 ชุมชน (ตั้งแต่มกราคม 39 ไม่ได้ทำ)
3. มีการนำข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพ มาดูประกอบในการรักษาพยาบาล
  - เดิมเคยใช้ใน 3 ชุมชน (ตั้งแต่มกราคม 39 ไม่ได้ทำ)
- 2.4.6 ระบบการติดตามและให้บริการต่อเนื่อง
  1. มีการจัดระบบในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มแม่และเด็ก
    - ไม่มี (อาจพบผู้ป่วยได้จากการตรวจสุขภาพประจำปี)
  2. มีการติดตามผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องด้วยจดหมาย
    - มี ANC, WBC, PP, HT
  3. มีการติดตามผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้าน
    - มี ANC, WBC, PP
  4. มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สูงขึ้น
    - มีเฉพาะปรึกษา specialist ในโรงพยาบาล
  5. มีการรับและติดตามผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาล
    - ไม่มี



## 112

### 3. ผลลัพธ์การให้บริการ

#### 1 ปริมาณการให้บริการ

##### 1.1 การรักษายาบาล (ห้องตรวจเบอร์ 10)

| ประเภทผู้มารับบริการ                    | ปี 2537       |              | ปี 2538       |              |
|-----------------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                                         | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ       | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ       |
| 1. บัตรสุขภาพในเขตเทศบาล                | 2,294         | 28.60        | 960           | 15.31        |
| 2. บัตรประกันสังคม                      | 2,005         | 25.00        | 1,878         | 29.96        |
| 3. บัตรผู้สูงอายุในเขตเทศบาล            | 1,834         | 22.86        | 820           | 13.08        |
| 4. บัตรสงเคราะห์ในเขตเทศบาล             | 538           | 6.71         | 211           | 3.37         |
| 5. คลินิกผู้สูงอายุ (วันศุกร์)          | 463           | 5.83         | 560           | 8.93         |
| 6. ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ขอตรวจ              | 301           | 3.75         | 321           | 5.12         |
| 7. ตรวจสุขภาพเป็นกลุ่ม                  | 252           | 3.14         | 1,154         | 18.41        |
| 8. ตรวจสุขภาพเพื่อขอใบรับรองแพทย์       | 172           | 2.14         | 322           | 5.14         |
| 9. ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากสถานีอนามัย       | 80            | 1.00         | 1             | 0.01         |
| 10. ผู้ป่วยจากชุมชนแออัด 3 ชุมชน        | 37            | 0.46         | 35            | 0.56         |
| 11. ประชากรกลุ่มงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | 30            | 0.38         | 7             | 0.11         |
| 12. นักเรียนป่วยที่ครูพามาขอตรวจ        | 10            | 0.13         | 0             | 0            |
| <b>รวม</b>                              | <b>8,021</b>  | <b>100.0</b> | <b>6,269</b>  | <b>100.0</b> |

#### อัตราการใช้บริการต่อคนต่อปี

|                           | ปี 2537                | ปี 2538                 |
|---------------------------|------------------------|-------------------------|
| 1. บัตรประกันสังคม        | 0.207<br>(2,005/9,673) | 0.148<br>(1,878/12,689) |
| 2. ผู้ป่วยใน 3 ชุมชนแออัด | 0.019<br>(37/1,983)    | 0.023<br>(35/1,519)     |

##### 1.2 การผ่าตัดเล็ก ไม่มี

1.3 ANC ในเขตเทศบาล ปี 2538 มารับบริการ 730 คน จากเด็ก 0-1 ปี 1,408 คน (ทะเบียนราษฎร) คิดเป็นอัตราการใช้บริการ = 51.85 %

1.4 WBC - DPT1 ในเขตเทศบาลมารับบริการ 573 คน = 40.70%

- DPT3 ในเขตเทศบาลมารับบริการ 487 คน = 34.59%

- Measles ในเขตเทศบาลมารับบริการ 443 คน = 31.46%

1.5 การเยี่ยมบ้าน

- เยี่ยมมารดา high risk ในเขตเทศบาล 56.36%

2. Disease Profile (สัดส่วนโรคเรื้อรัง)

ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ หาไม่ได้

3. ลักษณะการใช้ยา ปริมาณยา

- ก่อนปีงบประมาณ 2538 คิดราคายาเพิ่ม 15% ( ตั้งแต่ตุลาคม 2537 คิดราคายา 30% และค่าบริการ 20 บาท/ครั้ง )

- ไม่มีข้อมูลการใช้ยาห้องตรวจเบอร์ 10 ทั้งหมด แต่พบว่าผู้ป่วยประกันสังคมมารับบริการผู้ป่วยนอกใบสั่งยา 5,493 ใบ

รวมมูลค่ายา 1,326,182 บาท

4. Early Detection ของ DM, HT, TB

- ไม่มีระบบเฉพาะ แต่อาจพบได้จากการตรวจสุขภาพประจำปี

เพราะตรวจหา FBS ในผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป CXR, Vital Sign ผู้มารับบริการทุกราย

## II คุณภาพการบริการ

1. Holistic & Integrated Care

- ไม่ได้เก็บข้อมูล

2. ความต่อเนื่องของบริการ (ผู้ป่วยในเขตเทศบาล)

| ตัวชี้วัด                       | ปี 2537 | ปี 2538 |
|---------------------------------|---------|---------|
| 1. Regularity of HT patient     | 91.30%  | 96%     |
| 2. Regularity of DM patient     | 94.90%  | 100%    |
| 3. Drop-out rate of Vaccination |         |         |
| - DPT3                          | 83.71%  | 84.99%  |
| - Measle                        | 74.12%  | 77.31%  |
| 4. Regularity of ANC            | -       | 84.45%  |

3. การเข้าถึงการรักษายาบาล

| ในเขต 3 ชุมชนแออัด                                      | ปี 2537           | ปี 2538           |
|---------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 1. อัตราการใช้บริการของประชาชน<br>ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด | 0.019 visit/คน/ปี | 0.023 visit/คน/ปี |
| 2. อัตราการใช้บริการแยกเป็นรายหมู่บ้าน/ตำบล             | ไม่ได้แยก         | ไม่ได้แยก         |
| 3. อัตราการใช้บริการแยกตามสิทธิการรักษา                 |                   |                   |
| - บัตรสงเคราะห์ในเขตเทศบาล                              | 1.196 visit/คน/ปี | ข้อมูลคอมพิวเตอร์ |
| - บัตรผู้สูงอายุ                                        | 1.078 visit/คน/ปี |                   |
| - บัตรสุขภาพ อ.เมือง                                    | 0.218 visit/คน/ปี |                   |
| - บัตรประกันสังคม                                       | 0.207 visit/คน/ปี |                   |

4. ความครอบคลุม (ในเขตเทศบาล)

| ตัวชี้วัด                      | ปี 2538         |             |
|--------------------------------|-----------------|-------------|
|                                | ใน 3 ชุมชนแออัด | ในเขตเทศบาล |
| 1. ความครอบคลุมของ ANC         | 63%             | 51.85%      |
| 2. ความครอบคลุมเด็กที่ได้ DPT3 | 70.37%          | 34.59%      |

5. จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ

| ตัวชี้วัด                                                                                     | ปี 2537 | ปี 2538 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| - อัตราผู้ป่วยส่งต่อ (ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง<br>ในสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้แยกโรคไว้) | 0.38 %  | 0.11 %  |

6. By pass rate ไม่ได้เก็บข้อมูล

7. ความสัมพันธ์ในชุมชน (3 ชุมชนแออัด)

- การเยี่ยมบ้านตามกิจกรรม

ประชุมกับผู้นำชุมชน

- อบรมผสม./จัดตั้ง คสมช.

8. ต้นทุนที่ใช้ในบริการ (ปี 2538)

## III ต้นทุนบริการ

## 1. ต้นทุนที่ใช้ในบริการ (ปี 2538)

| ตัวชี้วัด                                           | งานรักษาพยาบาล<br>(ห้องเบอร์ 10)                         | งาน ANC<br>(กลุ่มงานสูติ)                                  | งาน WBC<br>(กลุ่มงานกุมาร+วสค.)                                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.จำนวนเวลาทำงานบริการ<br>(ชั่วโมงการทำงานต่อเดือน) |                                                          |                                                            |                                                                                        |
| - แพทย์ทั่วไป                                       | แพทย์ 2 คน<br>(6 ชม x 20 วัน x 2 คน)=<br>240 ชม./เดือน   | แพทย์ 1 คน<br>(6 ชม x 20 วัน x 1 คน)<br>= 120 ชม./เดือน    | แพทย์ 1 คน<br>(4 ชม x 8 วัน x 1 คน)<br>= 32 ชม./เดือน                                  |
| - พยาบาล                                            | RN 2 คน<br>(7 ชม x 20 วัน x 2 คน)=<br>280 ชม./เดือน      | RN 2 คน<br>(7 ชม x 20 วัน x 2 คน)<br>= 280 ชม./เดือน       | RN 4 คน<br>(4 ชม x 8 วัน x 4 คน)<br>= 128 ชม./เดือน                                    |
| - พนักงานผู้ช่วย                                    | ผช. 1 คน<br>(7 ชม x 20 วัน x 1 คน)=<br>140 ชม./เดือน     | ผช. 1 คน<br>(7 ชม x 20 วัน x 1 คน)<br>= 140 ชม./เดือน      | -                                                                                      |
| - ลูกจ้าง                                           | ลูกจ้าง 3 คน<br>(7 ชม x 20 วัน x 3 คน)=<br>420 ชม./เดือน | ลูกจ้าง. 1 คน<br>(7 ชม x 20 วัน x 1 คน)<br>= 140 ชม./เดือน | ลูกจ้าง 2 คน<br>(4 ชม x 8 วัน x 2 คน)<br>= 64 ชม./เดือน<br>(คลินิก (พุธ-พฤหัสบดี บ่าย) |

## 2. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานหน่วยบริการ

- ไม่มีข้อมูลทุกหัวข้อ (ปี 38)

## IV การบริหารจัดการในโครงการ

## 1. การจัดระบบทีมปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน (ทีมจังหวัด)

- มีคำสั่งจังหวัดนครสวรรค์ที่ 664/2537 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2537 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการในเขตเมือง มีคณะกรรมการฝ่ายปฏิบัติการแบ่งเป็น

1. การจัดหน่วยปฏิบัติการเวชปฏิบัติการทั่วไปใน รพศ. มีหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม เป็นประธาน และนางวิลาภรณ์ สิทธิโชคสกุลชัย เป็นกรรมการและเลขานุการ
2. การดำเนินการในชุมชน มีหัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็นประธาน และนางเพียรพร ยุงทอง เป็นกรรมการและเลขานุการ

## 2. ระบบบริหารจัดการโครงการ

- ตามคำสั่งจังหวัด (จ้างคน) มีคณะกรรมการอำนวยการ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพประโยชน์ นายกเทศมนตรีเมืองนครสวรรค์ หัวหน้าฝ่ายแผนงานและประเมินผล สสจ.นครสวรรค์ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สสจ.นครสวรรค์ เป็นกรรมการและเลขานุการ

- ในทางปฏิบัตินักวิจัยหลัก คือ นายแพทย์ไพโรจน์ สุทธิวิเศษศักดิ์ ร่วมกับนักวิชาการ ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็นผู้ริการโครงการ

### เพิ่มเติม ด้านบริหารจัดการ

#### 1. การเป็นเจ้าของหน่วยงานที่ชัดเจน

- กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นเจ้าของดูแลการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาพยาบาล) ในโรงพยาบาล แต่งงานด้านส่งเสริมสุขภาพ, ป้องกันโรค,ฟื้นฟูสภาพและงานบริการอื่น เป็นความรับผิดชอบของงานอื่น ๆ ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร่วมกับกลุ่มงานฝ่ายอื่น ๆ ของโรงพยาบาล เช่น งานทะเบียนและสถิติ (ฝ่ายวิชาการ) งานฝากครรภ์ (กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว) งานบริการผู้ป่วยนอก ของกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ

#### 2. การพัฒนาบุคลากรในด้านสังคม-จิตวิทยา, วิชาการเวชปฏิบัติ

- การสังคมจิตวิทยา ไม่มีในบุคลากรทุกระดับ (แพทย์, RN, TN)

- ด้านวิชาการเวชปฏิบัติ ไม่มี (แม้แต่แพทย์ใช้ทุนยังไม่มี training course ร่วมกับกลุ่มงานด้าน specialist อื่น ๆ)

#### 3. ระบบที่ฝึกให้แพทย์และทีมงานสามารถดูแลผู้ใช้บริการอย่างครบวงจร

- ไม่มี

#### 4. ความเป็น autonomy ในการจัดบริการตามความต้องการของประชาชน

- ไม่มี

#### 5. ระบบการรับ Feed back จากผู้ใช้บริการ

- ไม่มี (มีแต่การสุ่มเก็บข้อมูล เช่น สสำรวจความพึงพอใจของผู้ประกันตน)

#### 6. ค่าใช้จ่ายในหมวดต่าง ๆ

- ไม่ได้เก็บข้อมูล

### ข้อมูลด้านผู้ให้บริการ

#### 1. นพ.ไพโรจน์

- ไม่คิดว่าระบบแพทย์เวชปฏิบัติในระบบใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ จะประสบความสำเร็จเพราะต้องประสานงานกับกลุ่มงานและฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาลหลายฝ่ายด้วยกัน รวมทั้งปัญหาจากแพทย์ Specialist ในสาขาอื่นๆ ในด้านผลประโยชน์การตรวจรักษา เช่น การเสียรายได้จากกลุ่มผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ฝ่ายอื่นๆ จะไม่ยอมรับโดยเฉพาะไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- เสนอแนะจัดตั้งศูนย์บริการในระบบใหม่ แยกออกไปต่างหากอาจจะอยู่ ภายใต้สำนักงานงานสาธารณสุข ซึ่งสามารถสนองตอบต่องานด้านส่งเสริมสุขภาพ, ป้องกันโรค ได้คล่องตัวมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์

## 2. นพ.ธีรศักดิ์

- ย้ายมาปฏิบัติงานฝ่ายเวชกรรมสังคมเพราะมีปัญหาการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ไม่ได้จบแพทย์เฉพาะทาง ช่วยตรวจห้องเบอร์ 10 ในวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ เฉพาะช่วงบ่าย มีประชุมทั้งในและนอกพร. บ่อย เช่น สหกรณ์ สาธารณสุขจังหวัด, ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ฯลฯ ทำให้อาจจะไม่ได้ออกตรวจตามเวร ต้องส่งผู้ป่วยไป OPD อายุรกรรม

- จากการสังเกตการตรวจไม่ได้ซักถามด้านสังคม/จิตวิทยา ตรวจเป็น generalist 3-4 นาที/ราย ขณะตรวจจะโทรศัพท์ติดต่องานไปด้วย ไม่ค่อยมีสมาธิในการตรวจ

## 3. พญ.ประภากรรัตน์

- แพทย์ใช้ทุนจากมหาวิทยาลัยรังสิต สังเกตว่าดูไม่มีความสุขในการทำงานนัก (บางครั้ง พ.ธีรศักดิ์ ติดประชุม พ.ประภากรรัตน์ ออกหน่วยแพทย์ในชุมชนหรือลา ทำให้ไม่มีแพทย์ตรวจที่ห้องเบอร์ 10 ทั้งวัน 2-3 วัน/เดือน และตอนบ่ายไม่มีแพทย์ตรวจบางวัน พยาบาลจะส่งไปตรวจที่ OPD อายุรกรรม)

## หมายเหตุ

- สถิติผู้ป่วย ปี 2538 มีผู้รับบริการ 100 - 150 ราย/วัน
- สถิติผู้ป่วย ปี 2539 มีผู้รับบริการ 30 - 40 ราย/วัน (หรือ 10 ราย/วัน ถ้าไม่มีแพทย์ตรวจตอนบ่าย)

## พยาบาล

1. คุณวิลาภรณ์ เป็นเลขานุการกรรมการปฏิบัติการตั้งแต่ระยะเริ่มดำเนินการ จบปริญญาโท ระบาดวิทยาปี 2534 ขณะนี้ย้ายไปปฏิบัติงานด้านควบคุมโรค และระบาดวิทยาตั้งแต่ เมษายน 2539

- ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานห้องเบอร์ 10 คิดว่ามีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ เพราะช่วยทำให้ได้รับการที่รวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มที่ควรดูแล เช่น ผู้มีรายได้น้อย บัตรสุขภาพฯลฯ มีความสุขและพอใจในการทำงานไม่คิดว่าเป็นงานหนักแม้จะไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม เพราะเป็นงานในหน้าที่ความรับผิดชอบ

- สาเหตุที่ย้ายไปทำงานอื่น ๆ เพราะคิดว่าเข้าสู่ระบบปกติของโรงพยาบาลแล้ว ประกอบกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมมีเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้นและมีการจัดแบ่งหน้าที่ใหม่ จึงมอบหมายงานให้พยาบาลคนอื่นดำเนินการต่อ

## 2. คุณพรณี

- ไม่เข้าใจหลักการของเวชปฏิบัติทั่วไป ให้บริการเป็นห้องตรวจทั่วไป รับผิดชอบงานบัตรสุขภาพด้วย มีหลักการทำงานไม่เคร่งครัดเรื่องกลุ่มเป้าหมายที่จะมารับบริการที่ห้องตรวจเบอร์ 10 เช่น บัญชี ห้าห้องบัตร screen ผู้ป่วยไปห้องอื่น ๆ คิดว่าแก้ไขลำบาก

- ไม่ได้ดำเนินการงานต่อ เช่น การติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ได้ลงบันทึกติดตามผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อติดตามความต่อเนื่อง

**ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบ GP ในรพ.สวรรค์ประชารักษ์**

1. ความไม่สามารถเข้าถึงบริการของชุมชนเป้าหมาย (Catchment Area)
  - การจัดสรรการดูแลชุมชน (ชุมชนอยู่ไกล การเดินทางลำบาก ใกล้สถานบริการอื่น)
  - ชุมชนเป็นเพียงกลุ่มเล็ก ๆ ในหมู่บ้าน ไม่มีความเจาะจง ในการมารับบริการในรพ. ขนาดใหญ่
2. ความเข้าใจหลักการ เห็นความสำคัญ ให้การสนับสนุน จริงจังของผู้อำนวยการรพ.
3. ความเข้าใจหลักการ เห็นความสำคัญ ให้การสนับสนุน และการปฏิบัติงานจริงจังของหัวหน้ากลุ่มงาน

**เวชกรรมสังคม**

4. แพทย์ GP - ไม่มี authority ในการรับผู้ป่วย (admit)
5. ขาดระบบ Training แพทย์และเจ้าหน้าที่ ทั้งในด้านเวชปฏิบัติ สังคมจิตวิทยา
6. ขาดระบบการตอบแทนแพทย์และเจ้าหน้าที่
  - เงินตอบแทน
  - การยอมรับจากกลุ่มงานอื่น ๆ
  - ความก้าวหน้า
7. การระบบสร้างความเข้าใจในหลักการ, การปฏิบัติ, การประสานกับงาน/กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง
  - Specialist
  - ห้องบัตร
  - งานอื่น ๆ ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
8. ขาดการกระตุ้นและติดตามอย่างต่อเนื่องจากส่วนกลาง (โครงการและกองโรงพยาบาลภูมิภาค)

### ภาคผนวก

#### 1. การตรวจสอบภาพผู้ประกันตน

##### 1.1 ผู้รับผิดชอบ

- แพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจเบอร์ 10

##### 1.2 ขั้นตอนการมารับบริการ

- ติดต่อทำบัตรใหม่ และยื่นบัตรเก่าที่ห้องบัตร ช่องหมายเลข 9 (รับเฉพาะผู้ป่วยประกันสังคม) โดยเตรียมหลักฐาน คือ

1. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่มีรูปถ่าย ซึ่ง ทางราชการเป็นผู้ออกบัตรให้
2. บัตรรับรองสิทธิการรักษา หรือใบรับรองหักเงินสมทบ

- ยื่นบัตรตรวจโรคและรับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคของเบอร์ 10 โดยชำระเงินระบบปกติ แต่รับยาของเฉพาะผู้ประกันตน

##### 1.3 ผลการให้บริการ

- ในปีงบประมาณ 2538 ให้บริการผู้ป่วยประกันสังคมประเภทผู้ป่วยนอก รวม 20,774 ครั้ง (รวมสถานพยาบาลเครือข่ายเอกชน) ค่าใช้จ่าย 3,446,578 บาท เฉลี่ยค่าใช้จ่าย 165.91 บาทต่อครั้ง และเมื่อคิดจากปริมาณการใช้จ่าย มีผู้ป่วยประกันสังคมมารับบริการในและนอกเวลาราชการ จำนวนใบสั่งยา 5,493 ใบ มูลค่ายา รวม 1,326,182 บาท เฉลี่ยค่าใช้จ่าย 241.43 บาท ต่อใบสั่งยา

**หมายเหตุ** มูลค่าการใช้จ่ายในสถานพยาบาลเอกชน น่าจะมีมูลค่าต่ำกว่าโรงพยาบาลจึงทำให้ค่าใช้จ่าย

เฉลี่ยต่อครั้งต่ำกว่า

- การศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อการให้บริการของการรักษาของโรงพยาบาลสุวรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยการสอบถามผู้ประกันตนที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคเบอร์ 10 ในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2538 จำนวน 200 คน พบว่าการให้การต้อนรับและการให้บริการที่ห้องตรวจโรคเบอร์ 10 อยู่ในระดับดี จำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 91.67 ควรปรับปรุงเพียงร้อยละ 0.52 ในขณะที่ห้องตรวจโรคอื่น ๆ (ห้องเบอร์ 11-เบอร์ 23) อยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 61.02 และควรปรับปรุงร้อยละ 5.93 และด้านระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการปรากฏว่า ห้องตรวจโรคเบอร์ 10 ให้เวลาเร็วมากที่สุดถึงร้อยละ 77.54 มีผู้ตอบเพียงร้อยละ 2.14 ขณะที่ผู้ตอบว่าห้องตรวจโรคอื่น ๆ ใช้ระยะเวลาเร็วเพียงร้อยละ 38.98 (รายละเอียดดังตาราง) ทำให้เป็นสิ่งยืนยันได้ว่าผู้มารับบริการที่เป็น ผู้ประกันตนมีความพึงพอใจในการให้บริการ การต้อนรับ และระยะเวลาในการให้บริการของห้องตรวจเบอร์ 10 มากกว่าห้องตรวจโรคอื่น ๆ



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของผู้ประกันตนต่อการให้บริการทางการแพทย์  
ของ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำแนกตามห้องที่ให้บริการ

| การบริการ                         | ห้องบัตร | ห้องตรวจโรคเบอร์ 10 | ห้องตรวจโรคอื่นๆ | ห้องยา |
|-----------------------------------|----------|---------------------|------------------|--------|
| 1.การให้บริการและการต้อนรับ       |          |                     |                  |        |
| ดี                                | 68.5%    | 176(91.67%)         | 72(61.02%)       | 65.5%  |
| พอใช้                             | 21.5%    | 15(7.81%)           | 39(33.05%)       | 19.5%  |
| ควรปรับปรุง                       | 9.5%     | 1(0.52%)            | 7(5.93%)         | 8%     |
| ไม่ตอบ                            | 0.5%     | 8(-)                | 82(-)            | 7%     |
| 2. ระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการ |          |                     |                  |        |
| เร็ว                              | 54%      | 145(77.54%)         | 46(38.98%)       | 53%    |
| พอใช้                             | 34%      | 38(20.32%)          | 51(43.22%)       | 28%    |
| ช้า                               | 11%      | 4(2.14%)            | 21(17.80%)       | 12%    |
| ไม่ตอบ                            | 1%       | 13(-)               | 88(-)            | 7%     |

นอกจากนี้ ผู้ประกันตนยังมีความคิดเห็นต่อการเลือกเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปีต่อไป โดยมีผู้เลือกมากที่สุด ร้อยละ 91.5 จะไม่เลือกร้อยละ 2.5 และไม่แน่ใจ ร้อยละ 6 โดยในกลุ่มผู้ที่เลือกมีเหตุผล คือ เนื่องจากให้บริการดี, มีช่องทางด่วนแยกเป็นสัดส่วน ได้รับยาเพียงพอและมีคุณภาพดี เป็นของรัฐบาล ใช้สิทธิในการรักษาได้หลายสถานที่ มีแพทย์เฉพาะทางจำนวนมาก มีการรักษาพยาบาลที่ดีและมีเครื่องมือทันสมัย ฯลฯ

## 2. การตรวจสอบภาพประจำปี (เป็นรายกลุ่ม)

### 2.1 ผู้รับผิดชอบ

- แพทย์เวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพ (1 คน) ของห้องเบอร์ 10

### 2.2 การเตรียมการก่อนตรวจ

- หน่วยงาน/องค์กร ที่ต้องการตรวจสอบภาพประจำปีทำหนังสือแล้วส่งมายังผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ส่งเรื่องต่อให้ห้องตรวจเบอร์ 10
- พยาบาลวิชาชีพประสานให้หน่วยงานที่ต้องการรับบริการ กรอกข้อมูลประวัติผู้รับบริการ และเตรียมอุปกรณ์เก็บปัสสาวะ
- ทำการนัดหมายผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 15-20 คน

## 2.3 การตรวจสุขภาพ

- การให้บริการได้แก่ การตรวจ CBC, UA, Blood Chemistry, Chest X-rays; Vital Sign, และแพทย์ตรวจวินิจฉัย
- แพทย์ทำการตรวจแล้วให้การรักษาแนะนำจากการตรวจ Clinical ผู้รับบริการ จ่ายเงินค่ารักษาและรับยาตามระบบปกติ (ห้องเบอร์ 23)
- ช่วงป่วย แพทย์จะตรวจดูแลผลเลือดห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ถ้าพบว่ามีสิ่งผิดปกติ จะนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ในวันถัดไป

## 2.4 ผลการให้บริการ

- ในปีงบประมาณ 2538 ให้การบริการตรวจสุขภาพ 18 กลุ่ม จำนวน 678 คน เก็บค่าบริการได้ 234,485 บาท
- จากการสอบถามผู้รับบริการ พบว่ามีความพึงพอใจในการให้บริการ เนื่องจากมีการจัดห้องตรวจแยกจากผู้ป่วยอื่นๆ, ไม่ต้องรอคิวนาน, และแพทย์ใช้เวลาตรวจรักษามากกว่า (7-10 นาทีต่อราย)

หมายเหตุ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538 ได้แยกมาให้บริการที่ห้องเบอร์ 26 (ห้องกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเดิม)

## 3. Pattern โรคที่ให้บริการ (ห้องตรวจเบอร์ 10)

(ข้อมูลปี 2538 มีปัญหา 1. มีข้อมูล 6 เดือน มกราคม-มิถุนายน 2538, 2. ข้อมูลไม่ครบถ้วน)

|                                                                | ปี 2537 |        | ปี 2538 |        |
|----------------------------------------------------------------|---------|--------|---------|--------|
|                                                                | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน   | ร้อยละ |
| 1.โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ ไชนาการ และเมตะบอริซึม               | 1,912   | 23.83  | 477     | 25.2   |
| 2.โรคระบบหายใจ                                                 | 1,897   | 23.65  | 482     | 25.4   |
| 3.โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก                             | 1,059   | 13.20  | 203     | 10.7   |
| 4.โรคระบบไหลเวียนเลือด                                         | 933     | 11.63  | 295     | 15.6   |
| 5.ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม                                 | 740     | 9.23   | 102     | 5.4    |
| 6.อาการ,อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่หาได้จาก<br>การตรวจทางคลินิก | 638     | 7.95   | 119     | 6.3    |
| 7.โรคระบบประสาท                                                | 230     | 2.87   | 40      | 2.1    |
| 8.โรคติดเชื้อและปรสิต                                          | 225     | 2.81   | 52      | 2.7    |
| 9.โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม              | 212     | 2.64   | 52      | 2.7    |
| 10.โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง                           | 70      | 0.87   | 53      | 2.8    |
| 11.โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ                                 | 65      | 0.81   | 6       | 0.3    |

|                                                      | ปี 2537     |        | ปี 2538     |        |
|------------------------------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|
|                                                      | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ |
| 12.โรคหุและปมกหนู                                    | 15          | 0.19   | 5           | 0.3    |
| 13.โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติ         | 10          | 0.12   | 1           | 0.05   |
| 14.เนื้องอก (รวมมะเร็ง)                              | 4           | 0.05   | 3           | 0.2    |
| 15.โรคตาารวมส่วนประกอบของตา                          | 4           | 0.05   | 2           | 0.1    |
| 16.ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์,การคลอดและหลังคลอด     | 4           | 0.05   | 3           | 0.2    |
| 17.ภาวะผิดปกติของทารกเกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด         | 1           | 0.01   | 0           | 0      |
| 18.อุบัติเหตุจากการขนส่งและผลที่ตามมา                | 1           | 0.01   | 0           | 0      |
| 19.สาเหตุจากภายนอกอื่น ๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย         | 1           | 0.01   | 0           | 0      |
| 20.การเป็นพิษและผลที่ตามมา                           | 0           | 0.00   | 0           |        |
| 21.รูปร่างผิดปกติแต่กำเนิด การพิการจนผิดรูปแต่กำเนิด | 0           | 0.00   | 0           | 0      |
| รวม                                                  | 8,021 ครั้ง | 100.0  | 1,895 ครั้ง | 100.0  |

### ภาคผนวก 3. การพัฒนาระบบเวชปฏิบัติครอบครัว ในโรงพยาบาลขอนแก่น

\*\*\*\*\*

#### 1 บริการผู้ป่วยนอก ด้านเวชปฏิบัติทั่วไป ในโรงพยาบาลขอนแก่น

##### 1.1 พัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลขอนแก่น

- 10 กันยายน 2536 ณ ห้องประชุมเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามา  
→ นพ. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ นำเสนอ แนวคิดโครงการหารูปแบบการให้บริการระบบ  
เวชปฏิบัติทั่วไปใน รพศ. / รพท. โดยมีข้อเสนอรูปแบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปใน รพศ./ รพท.  
(Model Setting for General Practice System in Provincial Hospital & Regional Hospital)  
โดยนำเสนอ โครงสร้างองค์กร, บทบาทของงาน เวชปฏิบัติทั่วไปต้องงานส่งเสริมสุขภาพและ  
ป้องกันโรค , การจัดระบบผู้ป่วยใน สำหรับงานเวชปฏิบัติทั่วไป การปรับโครงสร้าง และบทบาท  
หน้าที่ของ รพศ. / รพท. , ทีมงาน (G.P.P Team)
- ต.ค. - พ.ย. 36 เสนอแนวคิด, หลักการ, รับข้อคิดเห็น, ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติแก่ ผู้บริหาร  
และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ในรพ.ขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรี  
นครินทร์,มหาวิทยาลัยขอนแก่น,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- ต.ค. - ธ.ค. 36 เตรียมบุคลากรในระบบเวชปฏิบัติครอบครัว คือ
  - \* บุคลากรในระบบของ รพ. → พยาบาล, Aid , คนงาน  
→ ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เวชกรรมสังคม,  
สุขศึกษา, ประชาสัมพันธ์ , জনท. ฝ่ายบริหาร +  
บริการอื่นๆ
  - \* บุคลากรหน่วยสนับสนุน → জনท. รุรการ ประจำสำนักงาน জনท. การเงิน + บัญชี
- ม.ค. - มี.ค. 37 เตรียมแพทย์เพื่อทดลองปฏิบัติในฐานะเวชปฏิบัติจาก
  - แพทย์ใน รพ.ขอนแก่น : ใช้ระบบหมุนเวียน ทุกแผนก ยกเว้น X-rays ,พยาธิ  
(ในเวลาราชการ) และลงชื่อจองคิวตรวจตามความสมัครใจ  
(นอกเวลาราชการ)
  - แพทย์จากรพ.ชุมชนทาบตาม นพ.ชวลิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเวียง มาปฏิบัติหน้าที่  
ที่แพทย์ GP ที่โรงพยาบาลขอนแก่น แต่นพ.ชวลิต ไม่สามารถย้ายมาปฏิบัติหน้าที่นี้ได้
  - แพทย์ใช้ทุน ปี 1-3 โดยเฉพาะ ปี 1 ซึ่งจะได้รับการสนับสนุนจาก แพทยสภา กองโง  
พยาบาลภูมิภาค , กองสาธารณสุขภูมิภาค , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ,  
โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อเป็นกำลังหลักแต่ปัจจุบันยังไม่สามารถปฏิบัติได้

- มี.ค. 37 เริ่มจัดระบบงานเวชปฏิบัติทั่วไป จากข้อมูลความแออัดของคนไข้ OPD ประมาณ 800-1000 คน/วัน โดยเฉพาะผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม และ ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งมีแพทย์น้อย จึงได้จัดระบบใหม่เพื่อรองรับเฉพาะแผนกที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก คือ แผนกศัลยกรรม, อายุรกรรม โดยจัด OPD GP เสมือนเป็น OPD ใหม่ เสริมขึ้นอีกแผนกหนึ่ง เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2537 โดยจัด ห้องตรวจ 4 ห้อง (OPD 13) มีแพทย์ออกตรวจ 4 คน เฉลี่ย 50 คน /แพทย์ 1 คน แพทย์ที่ตรวจจะเป็นแพทย์ทุกแผนก ยกเว้น X-rays กับพยาธิ รวมประมาณ 50 คน ออกตรวจประมาณ 2 ครั้ง/เดือน ทั้งเช้าและบ่าย (เช้าออกตรวจ 3 คน บ่าย 1 คน)

- มี.ค. 37 เริ่มเปิดบริการนอกเวลาราชการตั้งแต่เวลา 16.00-20.00 น. โดยมีแพทย์และพยาบาลหมุนเวียนมาให้บริการ ใช้ระเบียบ OT ในการจ่ายค่าตอบแทน

\* แพทย์ 400 บาท / เหว 4 ชั่วโมง

\* พยาบาล

⇒ GN 320 บาท/ เหว 4 ชั่วโมง

⇒ TN 220 บาท/ เหว 4 ชั่วโมง

⇒ PN 200 บาท/ เหว 4 ชั่วโมง

⇒ Aid 100 บาท/ เหว 4 ชั่วโมง

⇒ คนงาน 100 บาท/ เหว 4 ชั่วโมง

- ตุลาคม 2538 - กุมภาพันธ์ 2541 OPD GP เริ่มเปิดให้บริการ เวลา 8.00 - 9.00 น.

และ 12.00-13.00 น. โดยมีค่าตอบแทน

\* แพทย์ 20 บาท/ Case

\* พยาบาล เหมจ่าย 3,000 บาท/ เดือน (ต.ค.38-ธ.ค.40)

2,000 บาท (ม.ค.41) , 1,000 บาท (ก.พ. 41 - ปัจจุบัน)

\* Aid + คนงาน เหมจ่าย 1,000 บาท/ เดือน (ต.ค. 38 - ม.ค.41)

500 บาท (ก.พ. 41-ปัจจุบัน)

\* หน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลขอนแก่น ได้แก่ ห้องยา, ห้องบัตร, การเงิน ได้รับการสนับสนุน 500 บาท/ หน่วยงาน/ เดือน รวมเป็นเงิน 1,500 บาท/ เดือน ค่าสวัสดิการของแต่ละหน่วยงาน

⇒ ช่วงเวลา 12.00-13.00 น. แพทย์เวรจะได้รับ 10 บาท / case กรณี case ไม่สิ้นสุดการรักษา เช่น รอผล X-ray ,Lab เป็นต้น

⇒ การออก OPD นอกเวลา ช่วง 08.00-09.00, 12.00-13.00 น. แพทย์จะมาลงชื่อจองเวร ที่หน้า OPD (คุณสุภาพร)

⇒ อัตราค่าจ้างอื่น ๆ ใช้อัตราค่าจ้างปกติของ OPD GP หมุนเวียน

- มีนาคม 2539 - ปัจจุบัน เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงการจ่ายค่าตอบแทน

OPD นอกเวลา (16.00-20.00 น.)

\* แพทย์ 400 บาท / เหว 4 ชั่วโมง

ถ้ามี Pt. > 20 case, case ที่ 21 ขึ้นไป นับเป็น 20 บาท/ case แต่

ถ้า case ที่ไม่สิ้นสุด เช่น ต้องรอผล X-rays Lab แพทย์ผู้ตรวจจะ

ถูกหัก 10 บาท /case

\* พยาบาล, Aid, คนงาน ใช้ rate ค่าตอบแทนเดิม

- ธันวาคม 2540 ย้าย OPD GP มาทำการที่ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (OPD ใหม่) OPD-GP เปิด 3 ห้อง มีแพทย์หมุนเวียนมาตรวจ ตามตาราง 2 ห้อง อีก 1 ห้องสำหรับใช้ทั่วไป เช่น ใช้ซักประวัติ ฯลฯ

- มกราคม 2541 - ปัจจุบัน ยกเลิก OPD นอกเวลาช่วงเช้า 08.00-09.00 น. และ ช่วงเที่ยง 12.00-13.00 น. และยกเลิกเงินสนับสนุนหน่วยงานอื่น ๆ

ซึ่งการยกเลิก OPD นอกเวลาทั้ง 2 ช่วง ทำให้ผู้ป่วยมีความแออัดมาก ทั้งในช่วงเช้าและช่วงบ่าย ซึ่งส่งผลให้ Pt. บางส่วนประมาณ 10 รายต้องไปรับบริการต่อในช่วงเย็น (16.00-20.00น)

## 1.2 อัตราค่าจ้าง

ในช่วงเวลาราชการ

⇒ แพทย์เฉพาะทาง 50 คน หมุนเวียนมาให้บริการ

⇒ GN 18

⇒ TN 3

⇒ PN 5

⇒ Aid 23

⇒ คนงาน 4

นอกเวลาราชการ

จัดหาแพทย์และพยาบาล

\* โดยความสมัครใจ ให้แพทย์มาลงชื่อเพื่อที่จะออกตรวจที่หัวหน้าตึก OPD

\* ฝ่ายการพยาบาลให้อัตรากำลังที่มีอยู่หมุนเวียน

## 1.3 การให้บริการ

- \* บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป
- \* บริการตรวจสุขภาพทั่วไป
- \* บริการตรวจสุขภาพประจำปี
- \* ประสานงานตรวจสุขภาพไปทำงานต่างประเทศ

- \* บริการออกเอกสารรับรองความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และเชื้ออำนวยความสะดวก สะดวก, ให้คำแนะนำผู้รับบริการเกี่ยวกับผู้พิการ

#### เวลาปฏิบัติงาน

เวลาราชการ 08.00 - 16.00 น.

นอกเวลาราชการ 16.00 - 20.00 น.

ยกเว้นวันนักขัตฤกษ์

#### 1.4 งบประมาณที่ใช้ในการเปิด OPD GP. นอกเวลา

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| ปี 2537 : ค่าตอบแทนแพทย์        | จำนวน 147,997 บาท |
| ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ห้องตรวจ GP | จำนวน 15,804 บาท  |
| ปี 2538 : ค่าตอบแทนแพทย์        | จำนวน 128,800 บาท |
| ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ห้องตรวจ GP | จำนวน 149,720 บาท |
| ปี 2539 : ค่าตอบแทนแพทย์        | จำนวน 68,000 บาท  |
| พยาบาล (RN+TN+PN)               | จำนวน 73,360 บาท  |
| Aid + คณงาน                     | จำนวน 67,946 บาท  |
| ปี 2540 : ค่าตอบแทนแพทย์        | จำนวน 143,520 บาท |
| กลุ่มงานพยาบาล                  |                   |
| (RN+TN+PN+Aids+คณงาน)           | จำนวน 166,560 บาท |

#### ปัญหาในการเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงาน

1. การเบิกเงินล่าช้า
2. เงินตอบแทน Workload ไม่มีแหล่งเงินแน่นอน เคยตั้งงบประมาณไว้เพื่อการนี้ โดยเฉพาะแต่ถูกตัดออก การจัดสรรเงิน Workload นพ.วีระพันธ์ จะเป็นผู้ดูแล แหล่งเงินที่ค่อนข้างแน่นอน มาจาก สนง.ประกันสุขภาพ (เงินประกันสังคม, พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ ฯลฯ)

#### 1.5 Criteria การส่งผู้รับบริการ มาที่ OPD GP

เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและพยาบาลที่ห้องบัตรจะเป็นผู้คัดกรอง โดยพิจารณาจากผู้ป่วยใหม่ที่ไม่มีการระบุแผนกที่ตรวจเป็นการเฉพาะ จะมีความหลากหลาย ยกเว้นผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูติ-นรีเวช จะไม่ถูกส่งมาตรวจที่นี่ จะส่งไปที่แผนกเฉพาะทางโดยตรง

- กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน กลุ่มบาดเจ็บ พยาบาลหน้าห้อง GP จะพิจารณารายละเอียดว่าระดับความรุนแรงเท่าใดควรส่งให้ OPD GP หรือ Specialist
- กลุ่มโรค ที่มาตรวจที่ OPD GP มากเป็นอันดับ 1 คือ URI แต่บางส่วนของผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจส่งต่อไปที่แผนกอื่น ทั้งนี้พยาบาลหน้าห้อง GP จะซักประวัติและคัดกรอง ถ้ามีความซับซ้อนมากขึ้นก็จะส่งต่อไปที่อายุรกรรมหรือกุมารเวชกรรม

## 1.6 โครงสร้างการบริหารงาน

- ◆ งานบริการผู้ป่วยนอกด้านเวชปฏิบัติทั่วไปนี้ อยู่ในความดูแลของแผนกผู้ป่วยนอก ที่มณฑ. ธานินทร์ หอมปลื้ม เป็นหัวหน้าฝ่ายแพทย์ และคุณสุภาพร เป็นหัวหน้างานส่วนการพยาบาล
- ◆ 25 สิงหาคม 2540 เสนอจัดตั้ง หน่วยงานบริหารระดับฝ่าย คือ ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว รับผิดชอบด้านบริการผู้ป่วยในที่จะเชื่อมต่อกับ OPD-GP, ER, Clinics พิเศษที่เกี่ยวข้อง Ward GP รวมทั้งการประสานงาน และการให้บริการด้านเวชปฏิบัติครอบครัวนอกโรงพยาบาล
- ◆ โครงสร้างการบริหารงานดังแผนภูมิที่ 1 และ 2

## 1.7 ผลงานบริการ

จำนวนผู้รับบริการที่ OPD GP เพิ่มขึ้นประมาณ 8% ต่อปี

| <u>ห้องตรวจ</u> | <u>ต.ค. 36 - ก.ย. 37</u> |              |                    |
|-----------------|--------------------------|--------------|--------------------|
| GP              | จำนวน 12,272             | ร้อยละ 4.16  | เฉลี่ย/วัน 86 ราย  |
| OPD นอกเวลา     | จำนวน 8,608              | ร้อยละ 2.92  | เฉลี่ย/วัน 30 ราย  |
| <u>ห้องตรวจ</u> | <u>ต.ค. 37 - ก.ย. 38</u> |              |                    |
| GP              | จำนวน 43,031             | ร้อยละ 13.24 | เฉลี่ย/วัน 150 ราย |
| OPD นอกเวลา     | จำนวน 11,941             | ร้อยละ 3.67  | เฉลี่ย/วัน 42 ราย  |
| <u>ห้องตรวจ</u> | <u>ต.ค. 38 - ก.ย. 39</u> |              |                    |
| GP              | จำนวน 50,465             | ร้อยละ 14.91 | เฉลี่ย/วัน 176 ราย |
| OPD นอกเวลา     | จำนวน 13,494             | ร้อยละ 3.79  | เฉลี่ย/วัน 47 ราย  |
| <u>ห้องตรวจ</u> | <u>ต.ค. 39 - ก.ย. 40</u> |              |                    |
| GP              | จำนวน 51,484             | ร้อยละ 13.49 | เฉลี่ย/วัน 180 ราย |
| OPD นอกเวลา     | จำนวน 18,985             | ร้อยละ 4.97  | เฉลี่ย/วัน 66 ราย  |



เปรียบเทียบผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น  
จำแนกตามห้องตรวจ ปีงบประมาณ 2537 - 2540

| ห้องตรวจ             | ต.ค. 39-ก.ย. 37 |            |                           | ต.ค. 37-ก.ย.38 |            |                           | ต.ค. 38-ก.ย.39 |            |                           | ต.ค.40-ก.ย.41  |            |                       |
|----------------------|-----------------|------------|---------------------------|----------------|------------|---------------------------|----------------|------------|---------------------------|----------------|------------|-----------------------|
|                      | จำนวน<br>(ราย)  | %          | เฉลี่ยต่อ<br>วัน<br>(ราย) | จำนวน<br>(ราย) | %          | เฉลี่ยต่อ<br>วัน<br>(ราย) | จำนวน<br>(ราย) | %          | เฉลี่ยต่อ<br>วัน<br>(ราย) | จำนวน<br>(ราย) | %          | เฉลี่ยต่อวัน<br>(ราย) |
| 1. อุบัติเหตุฉุกเฉิน | 38,484          | 13.04      | 105                       | 52,644         | 16.19      | 144                       | 60,960         | 17.53      | 167                       | 65,942         | 17.28      | 181                   |
| 2. ศัลยกรรม          | 46,887          | 15.89      | 164                       | 35,115         | 10.8       | 123                       | 36,726         | 10.81      | 128                       | 37,946         | 9.94       | 133                   |
| 3. กุมาร             | 19,637          | 6.66       | 69                        | 25,272         | 7.77       | 88                        | 28,427         | 7.96       | 99                        | 30,787         | 8.07       | 108                   |
| 4. อายุรกรรม         | 61,424          | 20.82      | 215                       | 38,321         | 11.79      | 134                       | 41,550         | 12.15      | 145                       | 46,540         | 12.19      | 163                   |
| 5. สูติกรรม          | 34,645          | 11.74      | 121                       | 18,577         | 5.71       | 65                        | 22,144         | 6.64       | 77                        | 21,660         | 5.67       | 76                    |
| 6. นรีเวชกรรม        |                 | 0          | 0                         | 17,305         | 5.32       | 61                        | 16,650         | 4.76       | 58                        | 18,147         | 4.75       | 63                    |
| 7. ศัลยกรรมกระดูก    | 13,814          | 4.68       | 48                        | 9,394          | 2.89       | 33                        | 11,885         | 3.13       | 42                        | 15,848         | 4.15       | 55                    |
| 8. ทันตกรรม          | 15,941          | 5.4        | 56                        | 15,746         | 4.84       | 55                        | 15,947         | 4.7        | 56                        | 16,540         | 4.33       | 58                    |
| 9. โสต ศอ นาสิก      | 9,892           | 3.35       | 35                        | 10,325         | 3.18       | 36                        | 10,808         | 3.12       | 38                        | 11,954         | 3.13       | 42                    |
| 10. จักษุ            | 13,068          | 4.43       | 46                        | 14,110         | 4.34       | 49                        | 18,675         | 5.18       | 65                        | 21,776         | 5.71       | 76                    |
| 11. เวชปฏิบัติทั่วไป | 12,272          | 4.16       | 86                        | 43,031         | 13.24      | 150                       | 50,465         | 14.91      | 176                       | 51,484         | 13.49      | 180                   |
| 12. OPD นอกเวลา      | 8,608           | 2.92       | 30                        | 11,941         | 3.67       | 42                        | 13,494         | 3.79       | 47                        | 18,985         | 4.97       | 66                    |
| 13. อื่น ๆ           | 20,355          | 6.9        | 71                        | 33,309         | 10.24      | 116                       | 20,940         | 5.33       | 73                        | 24,068         | 6.31       | 84                    |
| <b>รวม</b>           | <b>295,027</b>  | <b>100</b> | <b>1,032</b>              | <b>325,093</b> | <b>100</b> | <b>1,137</b>              | <b>348,671</b> | <b>100</b> | <b>1,219</b>              | <b>381,677</b> | <b>100</b> | <b>1,335</b>          |

\* ปีงบประมาณ 2537 ข้อมูลนรีเวชกรรม รวมกับสูติกรรม

\*\* ห้องเวชปฏิบัติทั่วไป เปิดให้บริการ มีนาคม 2537

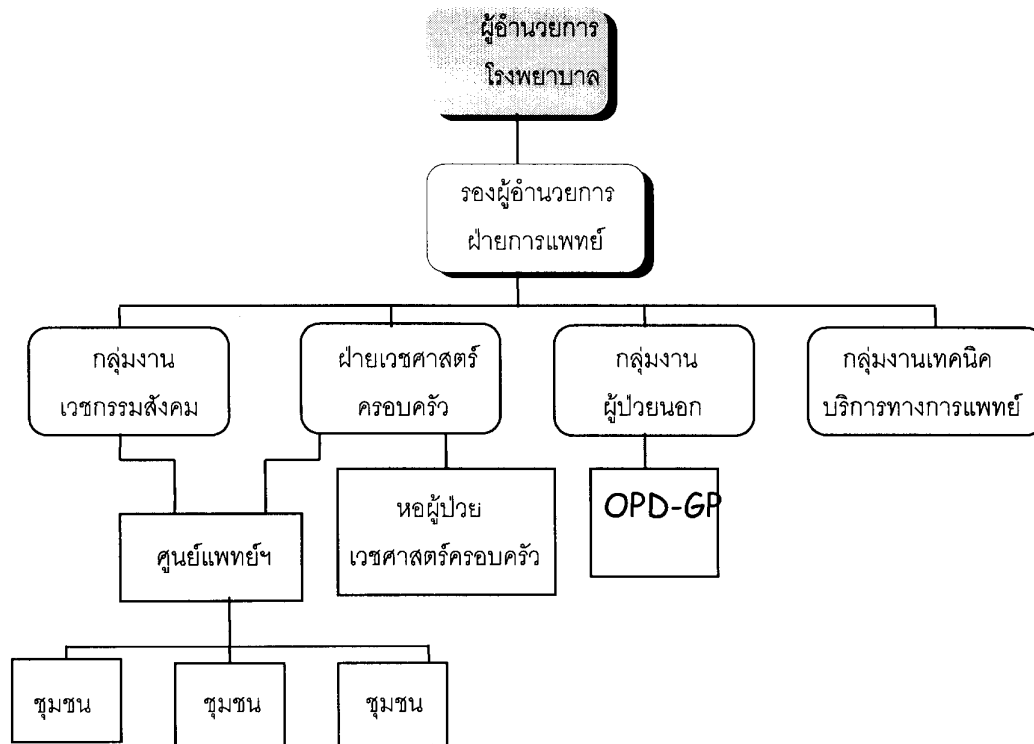
## ๒ หอผู้ป่วยใน ด้านเวชปฏิบัติครอบครัว (Ward FP)

เพื่อให้มีการบริการที่ครบวงจร และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว สามารถให้บริการในหลายด้าน โรงพยาบาลจึงได้มีแนวคิดการพัฒนาหอผู้ป่วยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้น

- ◆ มีแผนการเปิดบริการหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ครอบครัว ในเดือน เมษายน 2541 โดยมีการเตรียมงานมาตั้งแต่ ตุลาคม 2540 ซึ่งได้วางแผนให้มีความสามารถในการให้บริการได้ 12 เตียง โดยมี คุณจุริรา ลาวณีย์วัฒนวงศ์ เป็นหัวหน้า Ward มีการปรับพัฒนา ward ให้มาบริการด้านนี้แทน
- ◆ ต.ค. 40 ได้จัดตั้งทีม Staff เวชศาสตร์ครอบครัว โดยมี Specialist ทุกแผนกเป็นกรรมการ เพื่อดำเนินงาน GP+FP โดยกำหนดให้มีการประชุม 1 ครั้ง/เดือน เพื่อปรึกษาหารือ, :สรุปประเด็นปัญหา เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในงาน GP โดยมี นพ.วิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ เป็นประธาน และโครงการปฏิรูปฯ เป็นผู้ประสานงาน
- ◆ แผนการรับผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ คือ เป็นประชากรในเขตเทศบาล และได้รับการ admit จาก แพทย์ผู้ออกตรวจ OPD GP และ ศูนย์แพทย์ 2 ศูนย์ (ซีท่าขอน, มิตรภาพ) และมีโรคตามเกณฑ์ที่มีการกำหนดจากคณะทำงาน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ร่วมกับแพทย์ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว

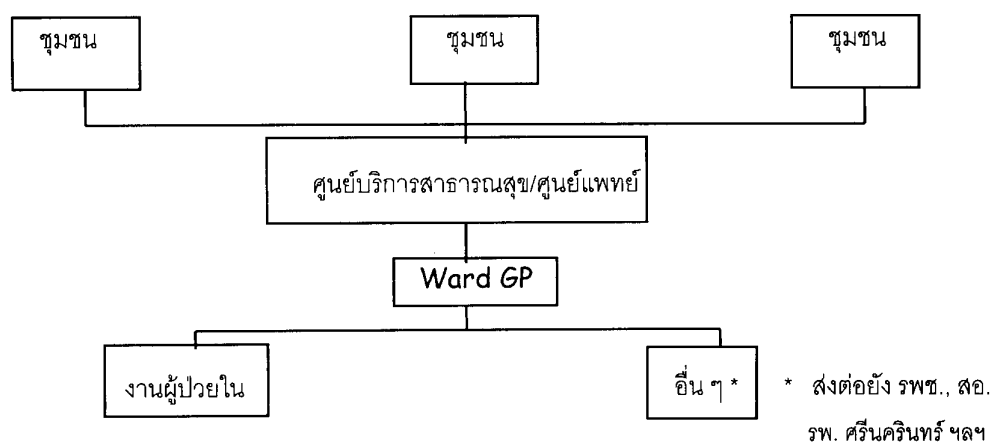
แผนภูมิที่ 1 :

โครงสร้างฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice) และงาน OPD-GP



แผนภูมิที่ 2 :

งานเวชปฏิบัติครอบครัว (Family Medicine)



### ③ การพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุขในชุมชน นอกโรงพยาบาลขอนแก่น

#### 3.1 ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน (ศูนย์ซีท่าขอน)

ที่ตั้ง : 4/5 ถ.ซีท่าขอน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น

เช่าอาคารเลขที่ 4/5 ถนนซีท่าขอน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น 3 ห้องนอน 2 ห้องน้ำ ชั้นล่างเปิดโล่ง เพื่อเปิดให้บริการโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ห้องตรวจ+รักษาพยาบาล, ห้องฟัน, ที่ทำงานของเจ้าหน้าที่

โดยจ่ายค่าเช่าเป็นรายเดือน เดือนละ 5,000 บาท (ส.ค. 39 - ธ.ค. 40) และ 6,000 บาท (ม.ค. 41 - ปัจจุบัน) จากเงินบำรุงโรงพยาบาลขอนแก่น หมวด "ศูนย์แพทย์ชุมชนในบกลาง" ปีงบประมาณ 2541 จำนวน 180,000 บาท กำหนดระยะเวลาเช่าปีต่อปี

เหตุผลในการเลือกสถานที่คือ :

1. การสร้างศูนย์ขึ้นมาใหม่มีความยุ่งยาก และปัญหาเรื่องงบประมาณจึงเลือกสถานที่นี้เป็นที่ตั้งศูนย์ฯ
2. สถานที่ตั้งศูนย์เป็นที่ทำงานขององค์กรชุมชนมาก่อน คือ ร้านคีนดิน (มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน) จึงมีแนวความคิดสานต่อการทำงานร่วมกับองค์กรชุมชน
3. ความสะดวกในการมารับบริการของชุมชนในเขตเมือง และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ จึงทำการเลือกที่ตั้งศูนย์ก่อนพิจารณาชุมชนในเขตรับผิดชอบ

แนวคิดในการตั้งศูนย์ : ชุมชนและเทศบาลจะต้องเข้ามามีบทบาทร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในการบริหารงาน และดำเนินงานของศูนย์แพทย์ฯ

พื้นที่รับผิดชอบ : 6 ชุมชนได้แก่ ชุมชนพระลับ, ชัยณรงค์, วัดกลาง, วัดธาตุ, หนองแวง-เมืองเก่า, บ้านดุม

ประชากร : 5,000 คน

การให้บริการ : → งานรักษาพยาบาล - ในเวลา (08.00 - 12.00 น.)  
- นอกเวลา (16.00 - 20.00 น.)

→ งานส่งเสริม, ป้องกัน,ฟื้นฟูสุขภาพ

→ กิจกรรมในชุมชนร่วมกับองค์กรต่าง ๆ

การเตรียม และบริหารจัดการบุคลากร :

- เริ่มเปิดดำเนินการครั้งแรก เมื่อ สิงหาคม 2539 โดยใช้เจ้าหน้าที่หมุนเวียนจากกลุ่มงานโรงพยาบาล หรือกลุ่มงานเวชกรรมสังคม วันละ 1 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน ปฏิบัติหน้าที่ธุรการ และคนงานจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ให้การรักษาพยาบาลในเชิงตั้งรับที่สถานบริการค่อนข้างมาก ในช่วงแรกยังไม่เป็นที่รู้จัก และมีผู้มารับบริการน้อย

- ก.พ. 2540 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้จัดสรรพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 1 คน มาปฏิบัติงาน full time ที่ศูนย์ซีท่าขอน และมีเจ้าหน้าที่ part-time จากกลุ่มงานการพยาบาลมาปฏิบัติหน้าที่ทุกวันพฤหัสบดี-ศุกร์ (08.00-16.00 น.) และยกเลิกเมื่อ กันยายน 2540
- เปิดให้บริการเป็นทางการเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2540
- มิถุนายน 2540 เข้าร่วมเป็น SUB-PROJECT ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและใช้แบบสำรวจสถานะสุขภาพของโครงการปฏิรูปฯ ทำการสำรวจข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ 6 ชุมชน
- มิถุนายน 2540 - ปัจจุบัน มีเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานทุกวัน จำนวน 2 คน
- ต.ค. 2540-ธันวาคม 2540 มีแพทย์มาประจำที่ศูนย์ซีท่าขอน จำนวน 1 คน เป็นแพทย์ที่ร่อย้ายไปจังหวัดศรีสะเกษ
- ต.ค. 2540 - ปัจจุบัน ได้เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ โดยมีแพทย์ Specialist และพยาบาล ระดับ staff หมุนเวียนมาตรวจและให้บริการ โดยการลงชื่อจองคิวไว้ [การจัดสรร ค่าตอบแทนจากหมวดค่าตอบแทนที่รพ.ขอนแก่น จัดสรรไว้ให้ จำนวน 320,000 บาท x ผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ย 10-15 ราย/วัน (สามแสนสองหมื่นบาทถ้วน)]
- ม.ค. 2541 - ปัจจุบัน มีแพทย์ประจำ จำนวน 1 คน ผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น จำนวนมาก เฉลี่ย 35-40 ราย/วัน

**หมายเหตุ :** พยาบาลนอกเวลาราชการคัดเลือกจากทีม staff เพราะว่าการให้เกิดการพัฒนาทางด้านการศึกษาพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเช่นเดียวกับโรงพยาบาลขอนแก่น

#### ● โครงสร้างการบริหารจัดการ

ศูนย์ซีท่าขอนอยู่ภายใต้การดูแลของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและ นพ. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และมีการดำเนินงานดังนี้

- \* เมื่อ 23 มกราคม 2541 มีการพัฒนาโครงสร้างขององค์กรโดยแต่งตั้ง ผู้อำนวยการศูนย์ เป็นแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และผู้จัดการศูนย์ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาที่ศูนย์แพทย์
- \* กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลที่ปฏิบัติในศูนย์ฯ
- \* ผู้บริหารพยายามกระจายแนวคิดเรื่อง GP แก่ระดับผู้บริหาร, ปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่ม Staff ที่เป็นแพทย์

#### ● การเชื่อมโยง 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> care ระหว่างศูนย์ซีท่าขอนกับโรงพยาบาลขอนแก่น

- \* การสร้างเครือข่าย ระบบส่งต่อนั้น ในช่วงแรกของการให้บริการของศูนย์ฯ ระบบการส่งต่อง่ายไปไปตามระบบของ OPD GP , กรณีฉุกเฉินไปที่ ER แพทย์/ เจ้าหน้าที่ ไม่สามารถ admit ผู้ป่วยได้

- \* ประมาณว่าช่วงเมษายน 2540 การเชื่อมต่อระบบส่งต่อกรณีมีการ admit แพทย์ที่ศูนย์จะสามารถ admit เข้า Ward GP ได้เลย และสามารถตามเยี่ยม Case/ FU Case ได้ที่ Ward GP
- รูปแบบที่ยังไม่ชัดเจนของศูนย์ฯ
  - \* บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, เทศบาลในการดูแลงาน 1<sup>o</sup> care ในเขตเมืองยังไม่ชัดเจน
  - \* ระบบค่าตอบแทน, ความก้าวหน้าที่จะสนับสนุนศูนย์แพทย์ ยังไม่ชัดเจน
  - \* ยังไม่มีการแยกข้อมูลผู้ป่วยในเขต, นอกเขต ที่ชัดเจน โดยเฉพาะต่างอำเภอ/จังหวัด
- ระบบข้อมูลของศูนย์ฯที่ทำขน
  - \* มิถุนายน 2540 มีการ Census เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ , อสม. และนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล ขอนแก่น ในพื้นที่รับผิดชอบ 6 ชุมชน จัดเก็บข้อมูลในแฟ้ม และใช้โปรแกรม EXCEL วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลในการให้บริการเป็น OPD card ตามระบบปกติ ไม่มีแบบฟอร์มข้อมูลอื่นเป็นการเฉพาะ
  - \* มีนาคม 2541 หลังจากศึกษาดูงานที่ศูนย์แพทย์อยุธยา เมื่อ กุมภาพันธ์ 2541 จัดทำ
    - ⇒ Family file ของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
    - ⇒ บัตร operational cards (O.C.) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
    - ⇒ จัดทำ diary box สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพ (WBC, ANC, FP) และผู้ป่วยเรื้อรัง (DM, HT, Home health care)
- ระบบการจัดเก็บเงินจากผู้มารับบริการที่ศูนย์ฯที่ทำขน
  - \* ใช้สิทธิตามปกติของกระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุสถานที่รับบริการ คือ โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งในเขตและนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ
  - \* ด้านนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ (ต่างอำเภอ, จังหวัด) จะเรียกเก็บเงินตามกำลังจ่าย
  - \* รายรับเฉลี่ยประมาณ 500 บาท /วัน เข้าเงินบำรุงโรงพยาบาลขอนแก่น โดยส่งเงินภายในช่วงบ่ายทุกวันที่ฝ่ายการเงิน

### 3.2 ศูนย์แพทย์มิตรภาพ

ที่ตั้ง : 163/8 ถ.กลางเมือง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น

พื้นที่รับผิดชอบ : 7 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเทพารักษ์ตอนต้น-กลาง-ปลาย

หลังศูนย์ราชการ หนองแวงตราซุ 2,4 สามเหลี่ยม 4

ประชาชน : 5,000 คน

เปิดดำเนินการ : มกราคม 2541

เปิดเป็นทางการ : 10 มีนาคม 2541

ให้บริการ : ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู  
: กิจกรรมร่วมกับองค์กรชุมชนในพื้นที่  
: ยังไม่เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ

บุคลากร : \* แพทย์ Specialist จาก รพ.ขอนแก่นหมุนเวียนตรวจในเวลาราชการ

1 คน (08.00-12.00 น.)

● พยาบาลประจำการ 4 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน

● Aid 2 คน

● คณงาน 2 คน

ความเป็นมาก่อนที่จะเปิดดำเนินการ :

สืบเนื่องจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, โรงพยาบาลขอนแก่น, โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ได้จัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขที่ท่าขอน เพื่อจัดระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมือง และจัดบริการสาธารณสุขแบบกึ่งเมือง คือ ศูนย์แพทย์ท่าพระ เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแบบองค์รวมแก่ประชาชนทั่วไป ผู้มีหลักประกันต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขที่ท่าขอนสามารถให้บริการประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ใจกลางเมืองของอำเภอเมืองได้อย่างดี และศูนย์แพทย์ท่าพระสามารถให้บริการประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ด้านทิศใต้ของอำเภอเมืองได้อย่างดี หากเปิดศูนย์บริการสาธารณสุข หรือเปิด OPD สาขาด้านทิศเหนือของอำเภอเมืองขอนแก่น บริเวณถนนมิตรภาพ ซึ่งประชาชนที่มีบ้านพัก/ ผู้ปฏิบัติงานในบริเวณชุมชนหนองแวงตราซุ ชุมชนสามเหลี่ยม ชุมชนเทพารักษ์ และชุมชนใกล้เคียง อีก 3 ชุมชน จำนวนครอบครัวตามสำเนาทะเบียนบ้าน 1,264 ครอบครัว ประชากรตามทะเบียนราษฎร 5,674 คน (ไม่รวมผู้ปฏิบัติงานในส่วนราชการ บริษัท ห้างร้าน กว่า 3,000 คน) จะสามารถใช้บริการได้ง่ายขึ้น รวมทั้งสามารถให้บริการผู้ด้อยโอกาสในชุมชนแออัดที่อยู่หลังศูนย์ได้ และบริเวณที่ตั้งอยู่ริมถนนมิตรภาพ สะดวกแก่การคมนาคม ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถใช้บริการได้สะดวก เมื่อเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรงเจ้าหน้าที่สามารถส่งคนไข้ไปที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้สะดวกรวดเร็ว จึงได้เช่าอาคารเลขที่ 104/24 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.ขอนแก่น เป็นอาคาร 2 คูหา 3 ชั้น มีความกว้าง 7.80 เมตร ยาว 10.50 เมตร สูง 3.63 เมตร ห้องนอน 2 ห้องน้ำ ชั้นล่างเปิดโล่ง เพื่อเปิดให้บริการ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ห้องตรวจ+รักษาพยาบาล, ห้องฟัน, nurse station โดยจ่ายค่าเช่าเป็นรายเดือน เดือนละ 18,000 บาท จากเงินบำรุงโรงพยาบาลขอนแก่น หมวด "ศูนย์แพทย์ชุมชนในงบกลาง" ปีงบประมาณ 2541

จำนวน 180,000 บาท กำหนดระยะเวลาเช่าระหว่างเดือนธันวาคม 2540 - กันยายน 2543 ซึ่งในปีงบประมาณต่อไปจะตั้งงบเงินบำรุง เพื่อดำเนินการจบบครบสัญญา

**การบริหารจัดการ :**

● บุคลากร

■ อัตรากำลังจากกลุ่มงานการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

■ Aid 2 คน จากกลุ่มงานการพยาบาล  
คนงาน 1 คน จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม  
คนงาน 1 คน จากกลุ่มงานการพยาบาล

● งบประมาณ : ใช้งบเงินบำรุงของศูนย์แพทย์ร่วมกับศูนย์ซีท่าซอน

(งบรวม 2,000,000 บาท) โดยแบ่งเป็น \* ศูนย์มิตรภาพ 1,400,000 บาท

\* ศูนย์ซีท่าซอน 600,000 บาท

**การดำเนินงาน :** รูปแบบการให้บริการคล้ายคลึงศูนย์ซีท่าซอน

**ระบบข้อมูลข่าวสาร :**

■ ระบบ OPD card

■ ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในชุมชนรับผิดชอบ เพื่อจัดทำ Family file โดยใช้ format ของศูนย์ซีท่าซอน (กำลังดำเนินการ)