

คู่มือ...

คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC)

เขตสุขภาพที่ 1

สารสั้นจากผู้บริหาร

"อโรคยา ปรมา ลาภา" ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ เป็นพุทธพจน์ที่ได้ยินกันบ่อยๆ ในฐานะชาวพุทธ ซึ่งพอจะอนุมานเอาได้ว่า ความปกติ แข็งแรง สุขภาพกายและใจที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ ยิ่งในยุคปัจจุบันไม่เพียงแต่ต้องการเท่านั้น กับเป็นที่แสวงหาและไขว่คว้ามาด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา

ในความเป็นจริงของสมัยปัจจุบันกลับพบได้ว่า ในคนไทย ยิ่งแสวงหาและไขว่คว้าสุขภาพที่ดี กลับพบได้ว่าปัญหาสุขภาพดูจะไม่ลดลงอย่างที่คาดหวัง แม้ว่าปัญหาอย่างเช่นในอดีตจะลดลง ปัญหาใหม่ๆ กลับพอกพูนขึ้นจนระบบบริการสุขภาพรองรับได้อย่างลำบาก และเป็นภาระอย่างหนัก ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ทั้งที่มีการขยายตัวของระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างมากมาย แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการบริการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเกินกว่าระบบบริการจะรองรับได้

ในอดีตกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ประสบผลสำเร็จเป็นที่ประจักษ์ต่อสากลว่า สามารถจัดการปัญหาสุขภาพพื้นฐานในประเทศ ที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยกลไกสาธารณสุขมูลฐาน ในขณะเดียวกันก็มีการพัฒนาระบบบริการระดับสูงขึ้น มีการจัดโครงสร้างสถานบริการออกเป็นระดับต่างๆ เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพของประชาชน ผ่านการพัฒนาในระยะหนึ่งกลับพบว่า รูปแบบของปัญหาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม ความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลง การทำงานด้านสุขภาพเชิงรุกลดบทบาทลง งานเชิงรับการพัฒนาขอบเขตอยู่แต่ในสถานบริการ หลักการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมามาก่อน เริ่มอ่อนแรงลง สภาพการที่เกิดขึ้นคือความเจ็บป่วยที่ไม่ลดลงแต่จำนวนจะเพิ่มขึ้น ระบบบริการที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพบริการ คุณภาพชีวิตของประชาชน และ คุณภาพของคนไทยในที่สุด

การกลับมาทบทวนระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปฏิรูปให้เกิดผลสำเร็จด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและเร่งด่วน ที่สำคัญคือการสร้างความเข้มแข็งของระบบที่จำเป็นและอ่อนแอ และสร้างความเชื่อมโยงระบบต่างๆ เข้าด้วยกัน ให้ทำงานประสานกันเป็นทีมงานที่เข้มแข็งเพื่อรองรับกับปัญหาในปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ระบบปฐมภูมิ ถือว่าเป็นกลไกที่สำคัญเป็นอันดับต้นๆ เป็นกลไกที่คอยป้องกัน
กั้นกรอง แก่ไข เชื่อมโยง และรองรับปัญหา ดูแลประชาชนมากและใกล้ชิดที่สุด ประชาชน
จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติได้หรือไม่ดูที่ความเข้มแข็งของระบบ
ปฐมภูมิเป็นหลัก เพราะเป็นระบบบริการที่อยู่ใกล้ชิดที่สุด เห็นปัญหาในทุกแง่มุมชัดเจนที่สุด
จึงสามารถแก้ปัญหาที่แท้จริงของประชาชนได้อย่างตรงจุด

ระบบปฐมภูมิ เกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้คน แตกต่างกับระบบยุติธรรม
และตติยภูมิ ที่เน้นเรื่องของความเจ็บป่วยเป็นหลัก การแก้ปัญหาต้องอาศัยทั้งศาสตร์และ
ศิลป์ และที่สำคัญต้องอาศัยความมุ่งมั่นและอดทนของคนในระบบปฐมภูมิ เพราะความ
เปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตต้องใช้เวลายาวนาน วัตถุประสงค์เป็นตัวเลขในระยะสั้นยาก
แตกต่างจากระบบอื่น แต่จะเป็นการสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพในที่สุด

เดือนตุลาคม 2560 เป็นเดือนแห่งการไว้อาลัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9
หากเราชาวระบบปฐมภูมิจะปลุกสิ่งใดเพื่อเป็นการดำเนินรอยตามเบื้องยุคลบาท ขอให้ปลุก
ความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิลงใจ ปลุกความมุ่งมั่นที่จะสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับคนไทย
ปลุกระบบการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รองรับให้กับชุมชนที่รับผิดชอบ ด้วยหัวใจที่จงรักภักดี

ขออวยพรให้บังเกิดความสำเร็จดังตามที่ทุกคนคาดหวังตลอดไป

ไพศาล ธัญญาวิณิชกุล
สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 1
2 ตุลาคม 2560

คำนำ

ภายในปีงบประมาณ 2561 คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนปฏิรูปด้านระบบบริการ ภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปฯ ด้านสาธารณสุข จะได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติ การแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข พ.ศ. เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 และ มาตรา 258 เพื่อเป็นกฎหมายที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบ การแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มี คุณภาพมาตรฐาน ใกล้บ้าน ด้วยแนวทางการพัฒนาในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว โดยมี หลักการ 5 ข้อ คือ 1) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพดูแล 2) มีข้อมูล สุขภาพจากทุกระดับบริการกลับสู่ทีมผู้ดูแลในระดับปฐมภูมิและประชาชน เพื่อการดูแล ต่อเนื่อง 3) มีการเชื่อมโยงระบบกับประชาชนโดยการลงทะเบียน 4) มีเชื่อมโยงการทำงาน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็น ศูนย์กลาง และ 5) การจัดการโดยใช้กลไกทางด้านการเงินการคลัง

ทั้งนี้ ประเด็นสำคัญของร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ มี 12 ประเด็นหลัก และ 38 ประเด็นย่อย อาทิ ผู้มีสิทธิได้รับการ การขึ้นทะเบียนของผู้มีสิทธิตาม พ.ร.บ. การมีส่วนร่วมของ ประชาชน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ระบบข้อมูลสารสนเทศ การผลิตและพัฒนากำลังคน ระบบงบประมาณ เป็นต้น โดยร่าง สดท้ายได้สรุป ณ วันที่ 19 กันยายน 2560 จากนั้นจะขอความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดประชาพิจารณ์รับฟังความคิดเห็นประชาชน และสรุปร่างฉบับสมบูรณ์เสนอ กรม. พิจารณาภายในเดือนธันวาคม 2560

นอกจากนี้ คกก.ชุดดังกล่าวยังเห็นชอบร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ซึ่งประกอบด้วย 1.คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เป็นที่ปรึกษา มีปลัดกระทรวงทั้ง

2 กระทรวงเป็นประธาน 2.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วย ผู้แทนจากทุกภาคส่วน และสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ 3.พื้นที่ กทม. เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยผู้แทนส่วนราชการในเขตภาคเอกชน และประชาชน มีผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขเขตเป็นกรรมการและเลขานุการ ทั้งนี้เมื่อกรม.มีมติอนุมัติระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีแล้ว จะมีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม สร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนสุขภาพดี

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกหน่วยทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับแนวคิดและกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก เพื่อให้การดำเนินการบริการการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Medical Services) และบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Public Health Services) สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 1 ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เขตสุขภาพที่ 1 ได้จัดทำแนวปฏิบัติการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 1 เล่มนี้ขึ้น

ขอขอบพระคุณคณะผู้นิพนธ์ทุกท่าน ทีมศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จังหวัดเชียงรายที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าร่วมกันร้อยเรียงถ่ายทอดมุมมองแนวคิดอันทรงคุณค่าโดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดคือการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของตนเอง เกิดกระบวนการพัฒนาคน พัฒนางาน และเกิดมรรคผลอันสูงสุดคือการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน หากท่านผู้อ่านพบข้อผิดพลาดหรือต้องการเสนอแนะประการใดสามารถแจ้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 1 ได้จักเป็นพระคุณยิ่ง

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 1
คณะกรรมการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เขตสุขภาพที่ 1

ตุลาคม 2560

สารบัญ

	หน้า
ทิศทางการดำเนินงานสุขภาพปฐมภูมิ	1
นิยามเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว	4
แนวปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว	16
I. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยเครื่องมือ DHS-PCA (UCCARE)	18
II. แนวทางประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายปฐมภูมิ	24
คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC) เขตสุขภาพที่ 1	
การพัฒนาตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	25
ประสบการณ์ดำเนินงาน PCC ที่ผ่านมา...มุมมอง แนวคิดที่หลากหลาย	31
1. บทเรียนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์	31
2. หนึ่งปีกับการก้าวเดินของคลินิกหมอครอบครัว	33
3. มองต่างมุมการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning :DHML)	35
4. หมอครอบครัว.... ความหลากหลายคือความงดงาม	41
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต่อแพ...คุณค่าของ PCC อยู่ที่หัวใจคนทำงาน	
6. ศรีธา...นำพาการทำงาน PCC	43

คู่มือ...

คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC)

เขตสุขภาพที่ 1

ทิศทางการดำเนินงานสุขภาพปฐมภูมิ

อ.นพ.จรัส สิงแก้ว

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี

ถ้าจะตั้งคำถามว่าทิศทางของงานสุขภาพปฐมภูมิจะไปทางใด คงจะมีเหตุผลในการอธิบายได้หลายอย่าง แต่ที่สำคัญและเป็นหลักในการกำหนด น่าจะมีแนวทางการกำหนดทิศทาง 2 แบบได้แก่

1. ทิศทางตามรอยประเทศไทย 4.0 คือเป็นส่วนหนึ่งที่มีมุ่งให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน เพื่อให้ประเทศไทยมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน มีกระบวนการพัฒนา 3 อย่างที่สำคัญคือ 1) เน้นในเรื่องความมั่นคง โดยเน้นการมีส่วนร่วมพัฒนาโครงสร้างแบบประชาธิปไตย เป็น inclusive growth engine 2) การคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ของสินค้าที่ทำให้เกิดรายได้ชนิดทำน้อยแต่ได้ผลมาก เป็น productive growth engine และ 3) การสร้างความยั่งยืนโดยพัฒนาให้เกิดความสมดุล ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมเป็น green growth engine ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกันโดยมุ่งให้ระบบสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้บรรลุตามนโยบายดังกล่าว ได้แก่การกำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนภายใน 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2579) งานสุขภาพปฐมภูมิถือว่าเป็นรากฐานที่สำคัญในการทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น เพราะ - งานปฐมภูมิมีกิจกรรมจัดการแบบประชาธิปไตย กล่าวคือ ระดับอำเภอ ใช้กลไก UCCARE ระดับ primary care cluster ใช้กลไก PRISS plus c (P-Participation, R-Result based management value, I-Integration, S-Systematic management, S-Style of life และ C-Continuity) และใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว คือองค์รวม ผสมผสาน บูรณาการ และต่อเนื่อง ที่ทำให้เกิดความสมดุลในการดูแลรักษาและการจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเบ็ดเสร็จ ส่วนระดับสุขภาพชุมชน ใช้ศาสตร์พระราชา 23 ข้อ ในการพัฒนาให้เข้าใจ เข้าถึงและพัฒนา นับเป็นกลไกของ inclusive growth engine ที่ชัดเจนและสำคัญยิ่ง

- มุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ถือว่าเป็นการลงทุนน้อยแต่ได้ผลมาก
- งานปฐมภูมิมุ่งเป้าหมายที่สำคัญคือ ให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ โดยกลไกการจัดการทั้งระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชนเชื่อมร้อยไปสู่งานบริการปฐมภูมิ พุติภูมิและตติภูมิ ทั้งทิศทางไปและกลับอย่างไร้รอยต่อ ทำให้เกิดความสมดุล ทั้งด้าน Hospital base กับ Community & Home base ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ

จำแนกเป็น 4 ภาคส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ ภาครัฐ (Government sector) ภาคท้องถิ่น (Local Government sector) ภาคเอกชน (Private sector) และภาคประชาชน (Popular sector) ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี

2. ทิศทางเพื่อมุ่งให้เกิดการจัดการตนเองในพื้นที่ที่เหมาะสม เพื่อทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เบ็ดเสร็จ สอดคล้องกับพื้นที่และปัญหาสุขภาพของประชาชนภายใต้ทรัพยากรที่เหมาะสมและเกื้อหนุนต่อการพัฒนาด้วย หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณค่า มีคุณภาพ จนทำให้เกิดการดูแลแบบคุณภาพชีวิตเพื่อนำไปสู่สุขภาพะ
 - คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster ถูกออกแบบมาให้ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ประชากรขนาด 24,000-36,000 คน ภายใต้ทีมสหวิชาชีพและภาคี โดยการนำของแพทย์ที่มีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว พัฒนาทั้งด้านงานดูแลสุขภาพเชิงรับที่มีคุณภาพและงานส่งเสริมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยระเบียบกฎหมายและนโยบายรองรับที่ชัดเจน ถือเป็นทิศทางของงานปฐมภูมิระดับพื้นที่ปฏิบัติการที่ชัดเจน
 - เรื่องคุณภาพบริการ มีมาตรฐานที่สำคัญคือ การพัฒนา รพสต.คุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ทำให้เกิดการทบทวนตนเอง ทบทวนคุณภาพบริการ คุณค่าของการทำงานทั้งในเชิงรับและเชิงรุก ด้วยการประเมินผลตนเองและมีการเยี่ยมสำรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำแนะนำ เพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยง ตามมาตรฐานที่กำหนด ถือว่ามีความจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องด้วย

- ทิศทางการดำเนินงานปฐมภูมิทั้งระดับอำเภอ(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พขอ. DHB) และระดับตำบล (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล THS) ที่มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ไม่ควรมุ่งแก้ไขในมิติของการป่วย การตาย (มักจะ เป็นชื่อโรคนั้น โรคนี่) ซึ่งเป็นปลายน้ำแต่ทิศทางการมุ่งไปที่การจัดการที่สาเหตุของ ปัญหาการเจ็บป่วยซึ่งมักจะเป็นการมุ่ง ดำเนินการลดsocial determinant of health เช่นการจัดการขยะ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเช่น การลดการดื่มสุราในชุมชน
- การวางแผนปฐมภูมิ เป็นการคิดเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประชาชนมีสุขภาพะ หรือมี คุณภาพชีวิต มากกว่าที่จะแก้ไขปัญหาการลดความแออัดหรือลดค่าใช้จ่าย เพราะเมื่อ ประชาชนมีสุขภาพดีแล้ว การเจ็บป่วยจะลดลง ความแออัดจะลดลงไปโดยอัตโนมัติ ค่าใช้จ่ายทางการรักษาก็จะลดลงไปด้วย กระบวนการคิดวางแผนจึงมีขั้นตอนที่แตกต่าง ไปจากเดิม กล่าวคือคิดจากOUTCOME TO INPUT TO PROCESS (เป้าหมายสุขภาพ ของประชาชนเช่นลดป่วย ลดตาย ลดพิการ-ปัจจัยนำเข้าที่จำเป็น-กระบวนการหรือ กิจกรรม) มิใช่ INPUT-PROCESS-OUTPUT เหมือนที่เคยชิน
- งานปฐมภูมิต้องมีกลไกของการเรียนรู้เพื่อต่อยอดการพัฒนาของทีมประชารัฐใน ลักษณะ coaching & empowermentซึ่งกันและกัน ดังนั้นเวที DHML &THML ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาให้เกิดขึ้นต่อไป
- งานบริการปฐมภูมิมิมีความจำเป็นที่ต้องมีการบูรณาการกับแผนบริการสุขภาพสาขา ต่างๆอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ เพราะ เป็นการจัดการระบบสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง CURE & CARE

ในหลายพื้นที่อาจมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง มินวัตกรรมรูปแบบบริการอีก หลากหลาย แต่ที่สุดคือทุกรูปแบบต้องทำให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข เกิดระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

นิยามเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

1. เวชศาสตร์ครอบครัว¹ (Family Medicine) เป็นศาสตร์ที่นำชื่อมาจากต่างประเทศ ที่เป็นการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ยากทางด้านสุขภาพของผู้คน ที่มีได้มองแต่มุมมองทางการแพทย์ แต่ให้เข้าใจและวิเคราะห์ ในแง่มุมมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้เข้าใจถึงมิติความคิด ความรู้สึก ความนึกคิด อารมณ์ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการวิเคราะห์พยาธิสภาพทางร่างกาย รวมทั้งหาช่องทาง การป้องกัน ฟันฟูพร้อมไปกับการรักษาพยาบาล ซึ่งหากพิจารณาเนื้อหาแล้วก็อาจ ไม่ต่างจากศาสตร์ของไทยในด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เพียงแต่ต่างประเทศมี จุดเด่นในการรวบรวมความรู้ไว้เป็นระบบ เป็นหมวดหมู่ เป็นหลักการ ที่สามารถถ่ายทอด และนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่าย เป็นการนำเอาเรื่องที่เป็นสามัญสำนึก หรือเป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นบ่อยมารวบรวมจัดให้เป็นระบบที่ชัดเจน เป็นหลักการ และความรู้ที่นำมาปรับ ใช้ให้กว้างขวางได้มากขึ้น หลักการสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัวมีการพัฒนาและสรุป ในแต่ละประเทศ ที่อาจแตกต่างกันบ้างตามสภาพระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ แต่มีหลักการสำคัญที่ไม่ต่างกัน และประเทศไทยโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้สรุปหลักของประเทศไทยไว้ 3 ประการ คือ Doctor patient relationship, patient centered/comprehensive primary care และ community oriented care ประเทศไทยรับคำนี้หรือศาสตร์นี้มาจากประเทศตะวันตก ที่เป็นส่วน หนึ่งของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาเฉพาะ ทางด้านต่างๆ เป็นศาสตร์วิชาที่เกิดขึ้นหลังจากที่บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเป็น สาขาเฉพาะทางมากมาย จนทำให้บริการพื้นฐานเวชปฏิบัติทั่วไปถูกลดคุณค่า ถูกมองข้าม และไม่ได้รับความนิยมน แพทย์ด้านเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศตะวันตกจึง ได้พยายามรวมกลุ่มและศึกษาพัฒนา จัดระบบความรู้ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับ

¹ สุพัตรา ศรีวณิชชากร. ความสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย. 2560];1(4):4. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiichr.org/upload/forum/journalPCFM4.pdf>

การบริการสุขภาพพื้นฐานให้เป็นศาสตร์วิชาที่มีศักดิ์ศรีและคุณค่าอีกสาขาหนึ่งที่ไม่ด้อยกว่าบริการทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ศาสตร์นี้เน้นความเป็นบูรณาการของความรู้ทางด้านการแพทย์สาขาต่างๆ ที่บูรณาการกับความรู้ทางด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยา มิได้เน้นไปทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ลงลึกไปที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่เป็นศาสตร์ที่ให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่ม ทุกโรค เน้นการให้บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความพยายามที่จะเข้าใจความต้องการ ความจำเป็นของประชาชนในด้านสุขภาพ ศาสตร์นี้ในบางประเทศยังใช้คำว่า เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) บางประเทศก็เปลี่ยนเป็น เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เพื่อเป็นการเปลี่ยนภาพลักษณ์ใหม่ของการบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

ส่วนในประเทศไทย ในระยะที่ผ่านมาความหมายของเวชปฏิบัติทั่วไปจะเน้นไปที่บทบาทของการคัดกรองโรค/ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน มีความสามารถในการดูแลรักษาปัญหาพื้นฐานในทุกเรื่อง แต่ไม่มีความสามารถลึกในการรักษาปัญหาที่ซับซ้อน มิได้กล่าวถึงหรือให้น้ำหนักของการดูแลที่ผสมผสานทางด้านสังคม จิตวิทยา ที่จะเป็นเอกลักษณ์ของบริการที่ระดับนี้รวมไปด้วย อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คุณค่าของงานเวชปฏิบัติทั่วไปได้ด้อยกว่างานทางการแพทย์สาขาอื่นๆ เช่นเดียวกับคุณค่าของบริการระดับปฐมภูมิที่ด้อยกว่าบริการที่โรงพยาบาลเฉพาะทางต่างๆ จึงได้มีการศึกษาและพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และเห็นว่าควรพัฒนาให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปมีลักษณะเด่นที่สำคัญเพิ่มขึ้นในการผสมผสานศาสตร์ทางด้านสังคม จิตวิทยา เข้ากับศาสตร์ทางการแพทย์ เป็นส่วนที่ควรดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2. งานเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) หรือเวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice)² หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated)

² สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย. 2560];1(1):15. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiichr.org/upload/forum/PCFM01.pdf>

การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) ซึ่ง “งาน/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป” ได้มีการเสนอให้ปรับเปลี่ยนเป็น “เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice)” ทั้งนี้ เพื่อพยายามที่จะสื่อแนวความคิดของการดำเนินงานที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เน้นการดูแลและให้บริการแบบต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวมมากขึ้น นอกจากนี้ ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย มิได้จำกัดขอบเขตที่ใช้เฉพาะแพทย์ แต่ขยายแนวคิดและศาสตร์นี้ให้ใช้ได้กับบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นด้วย เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขยังมีแพทย์ไม่เพียงพอ และเห็นว่าความรู้และศาสตร์วิชานี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทุกกลุ่มที่ทำงานในหน่วยบริการด่านแรก ข้อมูลข้างต้นนี้แสดงให้เห็นว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” เป็น “แนวคิดและศาสตร์วิชา” ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการให้บริการที่ระดับปฐมภูมิ และขณะเดียวกันก็สื่อความหมายในลักษณะที่บอกถึง “ระดับคุณภาพที่ดีของบริการระดับปฐมภูมิ” ด้วย

3. ระบบบริการปฐมภูมิ³ หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนา

³ สุพัตรา ศรีวิชิชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย. 2560];1(1):13-4. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiichr.org/upload/forum/PCFM01.pdf>

ความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุทธ์ความหมายในมิติของระบบประกันสุขภาพ

4. “สาธารณสุขมูลฐาน⁴ (Primary Health Care)” มีที่มาจากคำประกาศอัลมาอัลตา โดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.1978 (พ.ศ.2519) ซึ่งมีเจตนาให้มีการขับเคลื่อนชุมชนโลกให้เร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ ให้สามารถปกป้อง คุ้มครอง และส่งเสริมสุขภาพของประชากรโลกทุกคนได้อย่างเท่าเทียม บนฐานการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ และความหมายของคำว่า สุขภาพมิใช่เพียงการไม่มีโรค แต่หมายถึงสภาวะความสุขสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการได้รับการดูแลให้มีสุขภาพดีถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ในการประชุมนี้ ได้ให้ความหมายและการปฏิบัติการภายใต้คำนี้ว่า “Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound, and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in a spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part of both the country’s health system of which it is the central function and the main focus of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work and constitutes the first element of a continuing health care process.1 (World Health Organization, 1978)” ใน

⁴ ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวนิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยงสุพัตรา ศรีวณิชชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน 12 วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวบูรณาการ สนับสนุน และส่งต่อระหว่างหน่วยบริการระดับต่างๆ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (WHO 1978)

คำประกาศดังกล่าว ได้ให้ความหมายสาธารณสุขมูลฐานทั้งในลักษณะที่เป็นปรัชญา แนวคิดสำคัญดังกล่าวข้างต้น ที่หมายถึงบริการสำคัญที่ต้องมีเหตุผล ประยุกต์ใช้ได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นบริการที่ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ และมีค่าใช้จ่ายในระดับที่เหมาะสม ชุมชนและประเทศสามารถรับภาระได้ รวมทั้งเน้นความสำคัญของหน่วยบริการที่เป็นด่านแรกที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการทางการแพทย์และได้กล่าวถึงประเด็นการดำเนินงานสุขภาพที่ควรมีการดำเนินการเป็นอย่างน้อยเกี่ยวกับ 1) การให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันควบคุมปัญหาสุขภาพสำคัญ 2) ปัญหาโภชนาการ 3) น้ำสะอาดและสุขาภิบาล 4) อนามัยแม่และเด็กรวมทั้งการวางแผนครอบครัว 5) การให้วัคซีนป้องกันโรค 6) การควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่น 7) การดูแลรักษาโรคพื้นฐาน และ 8) การมียาที่จำเป็นใช้อย่างพอเพียง (WHO 1978) นอกจากนี้ ในคำประกาศยังได้เสนอกลวิธีสำคัญเพื่อตอบสนองต่อแนวคิดดังกล่าว คือ 1) การส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในด้านการวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล 2) การประสานบูรณาการงานสุขภาพกับภาคส่วนอื่นๆ 3) มีฐานหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน และหน่วยส่งต่อที่มีบุคลากรทำงานเป็นทีม ทั้งที่เป็นบุคลากรวิชาชีพ ผู้ช่วย และประชาชน ที่ถูกฝึกให้ประยุกต์ใช้ความรู้ และเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาพื้นที่ได้ดี 4) ระบบต้องมีการสาธารณสุขมูลฐาน

การดำเนินการตามคำประกาศนี้ในประเทศต่างๆ มีวิธี การที่แตกต่างกัน และให้ความหมายต่อคำนี้ต่างกันตามบริบท ของระบบบริการในแต่ละประเทศ ประเทศที่พัฒนาแล้ว เมื่อพูด ถึง Primary Health Care จะให้ความหมายในลักษณะที่ทำให้บริการสุขภาพตอบสนองต่อชุมชนและความต้องการของ ประชาชนมากขึ้น โดยใช้หน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็นบริการ ด่านแรกมีอยู่แล้วในพื้นที่ อันหมายถึง primary care อันได้แก่ general practice surgery หรือ family practitioners เป็นผู้ให้บริการ ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรน้อย หน่วย บริการสุขภาพยังไม่เพียงพอได้แก่ ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งประเทศไทย จะให้ความหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่เน้นการเสริมให้ประชาชนมี ส่วนร่วม

มีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น จากคำประกาศข้างต้น จะพบว่า องค์การอนามัยโลกได้ ให้ความหมายของ Primary Health Care ที่ครอบคลุมไปถึง การจัดบริการที่เป็นบริการด่านแรกด้วย ซึ่งหมายถึงว่า องค์การ อนามัยโลกและประเทศ อื่นที่พัฒนาแล้ว ให้ความหมายของคำ ว่า Primary Health Care เหมือนกับ Primary Care คือบริการด่านแรก หรือบริการระดับปฐมภูมิ ฉะนั้นการกล่าวถึง Primary Care และ Primary Health Care ในประเทศทางยุโรปจึงหมายถึงบริการที่เหมือนกัน และใช้ 2 คำนี้แทนกัน

5. คลินิกหมอครอบครัว⁵ (PCC : Primary Care Cluster) หมายถึง การจัดรูปแบบบริการ สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการ สาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแล ประชาชนที่รับผิดชอบ (catchment population) โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชน แบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีม มารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็น สำหรับการ เข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ 1 แห่งจนถึง 3 แห่งได้ ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่า โดยให้ทีมสหวิชาชีพนี้จะต้องเป็นผู้

⁵ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คลินิกหมอครอบครัว =Primary care cluster : แนวทางการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; มปป. [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย.2560]. เข้าถึงได้จาก:

http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf

จัดบริการประจำให้กับประชาชนที่ดูแล บางวิชาชีพจำเป็นต้องให้ทำการหมุนเวียนทำงานใน 3 ทีมภายในคลินิกหออกรับคร้ว แต่ไม่ให้หมุนเวียนในโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีความต่อเนื่อง มีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ สำหรับการรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อจัดตั้งคลินิกหออกรับคร้ว (PCC : Primary Care Cluster) นี้สามารถใช้หน่วยบริการเดิม หรือจัดตั้งหน่วยบริการเพิ่มขึ้นใหม่ ให้พิจารณาตามความเหมาะสมเพื่อให้จัดบริการได้ตรงตามวัตถุประสงค์และมีการบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ผู้จัดการคลินิกหออกรับคร้วระดับอำเภอ⁶ (Primary Care Cluster Manager: CluM) เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่บริหารจัดการและประสานงาน รพ.สต./ศสม. ใน cluster ทั้งเรื่อง คน เงิน ของ ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการของงานปฐมภูมิของ cluster นั้น ๆ เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกัน การจัดตั้งคลินิกหออกรับคร้วที่ประกอบด้วยทีมงานของหน่วยบริการปฐมภูมิหลายๆ หน่วยมารวมกัน โดยแต่ละ รพ.สต./ศสม.อาจมีการจัดตั้ง ผู้จัดการทีมหออกรับคร้ว (Team Manager: TeM) เพื่อเป็นผู้ประสานงานและดำเนินการต่อ เพื่อให้เกิดความเรียบร้อยในการจัดการ หน้าที่ของผู้จัดการคลินิกหออกรับคร้วระดับอำเภอ มีดังนี้

⁶ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คลินิกหออกรับคร้ว =Primary care cluster : แนวทางการดำเนินงานคลินิกหออกรับคร้วสำหรับหน่วยบริการ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; มปป. [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย.2560]. เข้าถึงได้จาก:

http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf

- a. ดำเนินการจัดการระบบงานภายในคลินิกหมออกรอบครัว (cluster) ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมต่าง ๆ ที่อยู่ภายใน cluster เดียวกันและประสานงานกับแม่ข่าย
- b. ประสานงานกับ Cluster อื่น ๆ ที่เป็นลูกข่ายในระดับอำเภอเดียวกัน ควรจัดให้มีการจัดการนี้ทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอด้วย
- c. ผู้จัดการคลินิกหมออกรอบครัวระดับอำเภอ นี้ทำหน้าที่ อำนวยความสะดวกและประสานงานระหว่าง Cluster กับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างราบรื่น โดยบทบาทของผู้ประสานงานดังกล่าว อาจจะเป็นบุคลากรที่อยู่ในหน่วยบริการหน่วยใด ๆ ในกลุ่มก็ได้ขึ้นอยู่กับ การพิจารณาตามความเหมาะสม และให้เป็นการมอบหมายหน้าที่โดยคณะกรรมการบริหารระดับอำเภอ โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้
- d. เป็นผู้ประสานนโยบาย มีหน้าที่สำคัญคือ การสื่อสารนโยบายจากผู้บริหารสู่ระดับปฏิบัติการ และนำเสนอปัญหาในการปฏิบัติงานจริงให้ผู้บริหารรับทราบ เพื่อแก้ปัญหา หรือปรับนโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ ดังนั้น ผู้ประสานงานจึงต้องเป็นผู้ที่เกาะติด ความเปลี่ยนแปลงของนโยบาย และมองเห็นความสอดคล้องของนโยบายจากส่วนกลาง และปัญหาสุขภาพจริงในพื้นที่ได้
- e. เป็นผู้ติดตามข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และความ คืบหน้าของแผนงานต่างๆ รวมถึงการรายงานให้ผู้บริหารทราบด้วย
- f. เป็นผู้แก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับทีม ในกรณีเป็นปัญหาที่เกิดไม่บ่อยอาจเป็นการ แก้ปัญหา เฉพาะหน้าเป็นครั้ง ๆ ไป แต่อาจจะต้องพิจารณาปรับในเชิงระบบ หากเป็นปัญหาที่เกิดซ้ำๆ หลายครั้ง ดังนั้น ผู้ประสานงานต้องเป็นผู้เข้าใจ ระบบต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอและกลุ่มของตนเป็นอย่างดี
- g. เป็นผู้ประสานสหวิชาชีพ เพื่อให้ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพได้อย่างมี ประสิทธิภาพ รวมถึงประสานงานหน่วยงานต่างๆ นอกกระบบสาธารณสุขด้วย

อีกทั้งยังต้องกำหนดวิธีการสื่อสารระหว่างสหสาขา มิเช่นนั้นจะเกิดการดูแลคนไข้ในลักษณะต่างคนต่างทำ อาจสร้างความสับสนแก่ผู้ป่วยและญาติได้ และก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในทีมสหวิชาชีพได้

- h. เป็นผู้ชี้แนะ/พัฒนาระบบปรึกษาและการส่งต่อ (Consultation and Referral System) ภายในทีมหมอครอบครัว ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึงยังทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย
- i. เป็นผู้บริหารจัดการการดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive Care) ภายในคลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (treatment) ให้หายจากโรค การป้องกันโรค (prevention) ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ (promotion) ให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสุขภาพ (rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

7. ทีมหมอครอบครัว⁷ (Family Care Team) หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้าน และในโรงพยาบาล

⁷ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คลินิกหมอครอบครัว =Primary care cluster : แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; มปป. [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย.2560]. เข้าถึงได้จาก:

http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf

รวมถึง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกาย ครอบคลุมทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ

8. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)⁸ (District Health System (DHS) คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพะของประชาชน
9. ระบบการดูแลและระยะยาว⁹ (Long-term care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

⁸ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย = District Health System (DHS) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย.2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://koonnapab.com/gallery/DHS2558.pdf>

⁹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2559.

10. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง¹⁰ (Continuing Care) คือการดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรมการดำเนินชีวิตขณะที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นพบความเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของการป่วยจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆนั้น รวมถึงครอบครัวและชุมชนโดยทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor – patient relationship)
11. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ¹¹ (District Health Board– DHB) หมายถึงคณะกรรมการที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ เช่น ผู้นำหุ้นส่วนสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ แกนนำภาคประชาชน ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือก จากทั้งภาคสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชนในอำเภอนั้นๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ มีหน้าที่ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ครบทุกมิติทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สนองนโยบายของเขตสุขภาพ และความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยอาจผ่านนโยบายลงสู่งานบริการปฐมภูมิทาง

¹⁰ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คลินิกหมอครอบครัว = Primary care cluster : แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; มปป. [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย.2560]. เข้าถึงได้จาก:

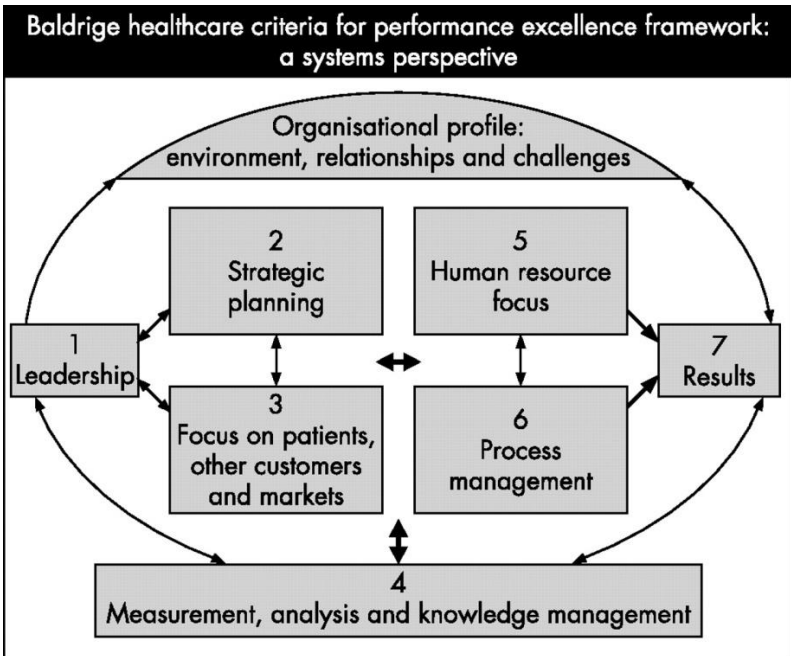
http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf

¹¹ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board). เอกสารบันทึกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางพระราชบัญญัติระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 30 มี.ค. 2559; ณ โรงแรมเซนทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร.

CUP Board (Contracting unit of primary care Board) ก็ได้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลักๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดี สนับสนุนให้เกิดการพัฒนานโยบายสุขภาพที่เหมาะสมและนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของประเทศ

แนวปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการสนองนโยบายรัฐบาล ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากที่สุด มีความพึงพอใจต่อ บริการสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีส่วนรวมในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยการยกระดับสถานีอนามัย จำนวนทั้งสิ้น 9,750 แห่งทั่วประเทศเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นยุทธศาสตร์ และกลไกในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ และตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยใช้กระบวนการขับเคลื่อนด้วย “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)” เป็นการบริหารจัดการด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันจากทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ตามองค์ประกอบ UCARE โดยในปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบันได้มีการเพิ่มเติมมิติของการตอบสนองผู้รับบริการและประชาชน (Customer Focus) สร้างคุณค่าต่อเครือข่ายทุกภาคส่วน ด้วยความร่วมมือจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) และ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ภายใต้แนวคิดการพัฒนาตามแนวทางของ Malcom Baldrige ซึ่งสามารถบูรณาการกับมาตรฐานทุกรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับองค์กรได้ (One standard for ALL) ซึ่งเป็นรากฐานแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับอำเภอ ตำบลและชุมชนจนถึงปัจจุบัน

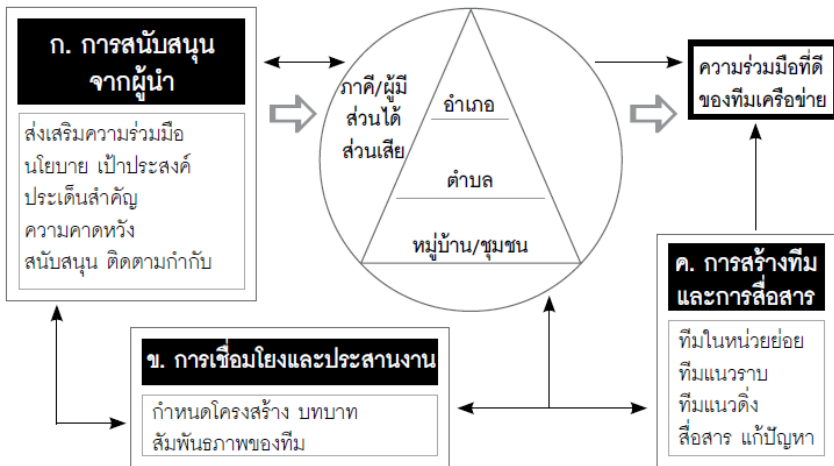


ในปี 2560 เพื่อเพิ่มกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และจุดมุ่งเน้นอยู่ที่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผล จึงได้มีการออกแบบเครื่องมือสำคัญที่เป็นนวัตกรรมการพัฒนาแบบการใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Area based and People centered) โดยใช้เครื่องมือขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) และเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เพื่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ดูแลประชากรร่วมกัน ดำเนินการด้าน สุขภาพ ได้อย่างเป็นระบบมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน บริการสุขภาพ ประชาชนมีความพึงพอใจ และมีส่วนรวมในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ อย่างมีประสิทธิภาพเกิดการมีส่วนร่วมดำเนินการ และสนับสนุน ทั้งการบริหารจัดการ ดานวิชาการ งบประมาณ และการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้มแข็ง สามารถดำเนินการด้านสุขภาพร่วมกับเครือข่ายสุขภาพได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งในปี 2561 ก็ยังคงมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องโดยการหนุนเสริมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ./DHB)

I. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยเครื่องมือ DHS-PCA (UCCARE)

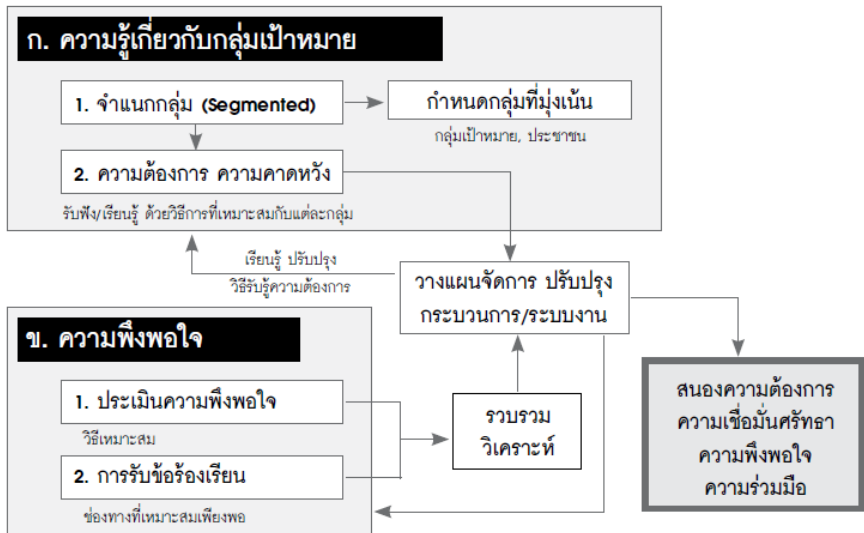
เครื่องมือที่ใช้ประกอบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ในปัจจุบันคือ การพัฒนาตามแนวทาง DHS-PCA ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ UCCARE เพื่อมุ่งหวังให้พื้นที่เกิดการเรียนรู้และเติบโต (Learning & Growth) ซึ่งเป็นกระบวนการ ประเมินผลด้วยวิธีเสริมพลัง เน้นการเยี่ยมชมสำรวจด้วยการดูแลตามรอยกลุ่มประชากร ประเด็นสุขภาพ สถานการณ์ที่มีผลต่อสุขภาพ และต้นทุนในพื้นที่ตามบริบท และให้คุณค่า (Value added) ตามองค์ประกอบ UCCARE

I. การทำงานเป็นทีม (Unity Team)



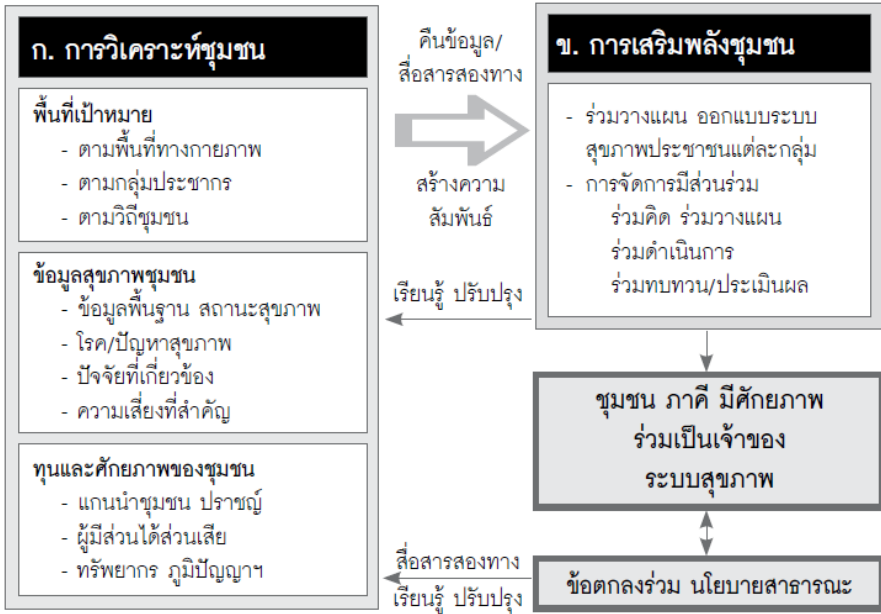
U : Unity Team : องค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ (ก)การสนับสนุนจากผู้นำและทีมนำ เครือข่ายสุขภาพกำหนดเป้าหมายร่วม สนับสนุน ติดตาม (ข)การเชื่อมโยงและประสานงาน ในโครงสร้าง บทบาทของ ของทีมแนวราบแนวตั้ง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเชื่อมโยง การพัฒนาระบบสุขภาพ (ค)การสร้างทีมและการสื่อสารโดยส่งเสริมให้มี ทีมที่หลากหลายทั้งทีมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทีมภายในและทีมความร่วมมือจากภาคี เครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีการสื่อสารที่ดีและได้ผล

II. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)



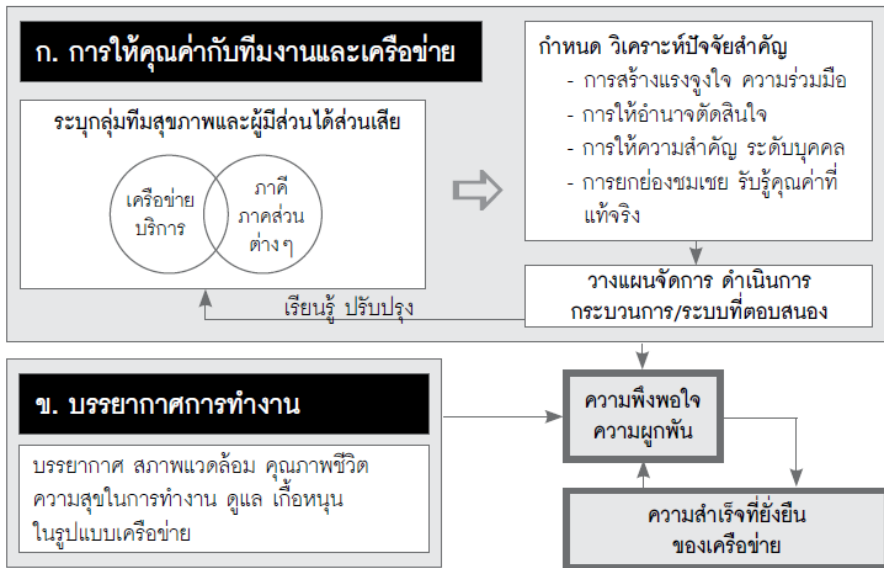
C : Customer Focus : เริ่มจาก (ก)ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายตามบริบท การรับฟังและเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวัง ของกลุ่มเป้าหมาย/ประชาชน เพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และ(ข) การใช้ประโยชน์จาก ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และข้อร้องเรียน เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานจนเกิดความเชื่อมั่นศรัทธาของกลุ่มเป้าหมายและประชาชน

III. การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคี (Community Participation)



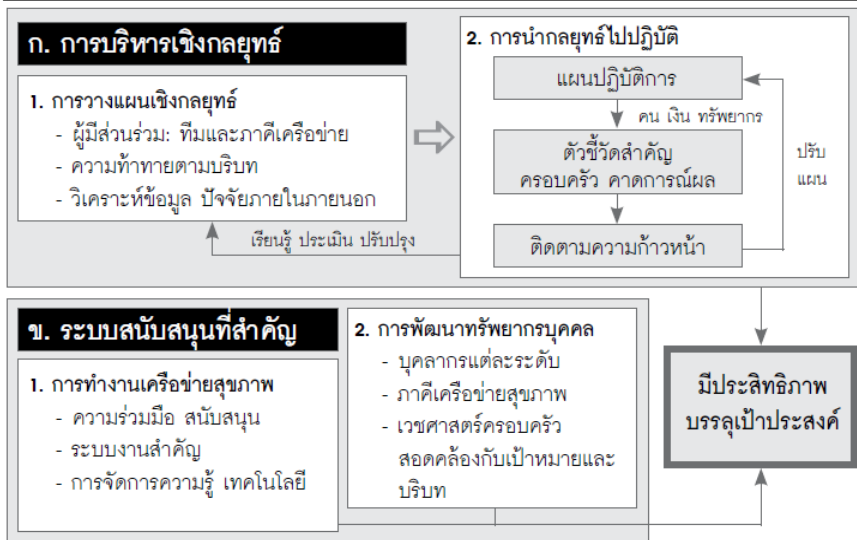
C : Community Participation : องค์ประกอบสำคัญคือ (ก)การวิเคราะห์ชุมชน โดยกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ ตามพื้นที่ทางกายภาพ หรือตามกลุ่มประชากรรวบรวมข้อมูล และสารสนเทศที่เหมาะสมตามบริบท ทุนและศักยภาพของชุมชน และข้อมูลสุขภาพสำคัญของพื้นที่ เพื่อร่วมกันวางแผน ออกแบบระบบ จัดลำดับความสำคัญ พัฒนา และประเมินติดตามระบบสุขภาพประชาชน อย่างต่อเนื่อง (ข)การเสริมพลังชุมชน โดย แลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญของชุมชน ข้อมูลสุขภาพชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผน ออกแบบระบบสุขภาพประชาชนในแต่ละกลุ่ม (ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมทบทวน และประเมินผล) สนับสนุนการเกิดข้อตกลงร่วม หรือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

IV. การชื่นชม และให้คุณค่า (Appreciation)



A : Appreciation : (ก) การให้คุณค่ากับทีมงานและเครือข่ายโดยการกำหนด วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ความผูกพันของทีมงานและเครือข่ายแต่ละกลุ่ม รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนา (ข)บรรยากาศในการทำงาน โดยทีมเครือข่าย สุขภาพมีแนวทางร่วมกันในการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานแต่ละระดับ ทั้งสภาวะแวดล้อมภายนอก สถานที่ และลักษณะการทำงานที่เอื้อต่อการทำงานที่มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทบทวน เรียนรู้ออกแบบระบบตอบสนองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

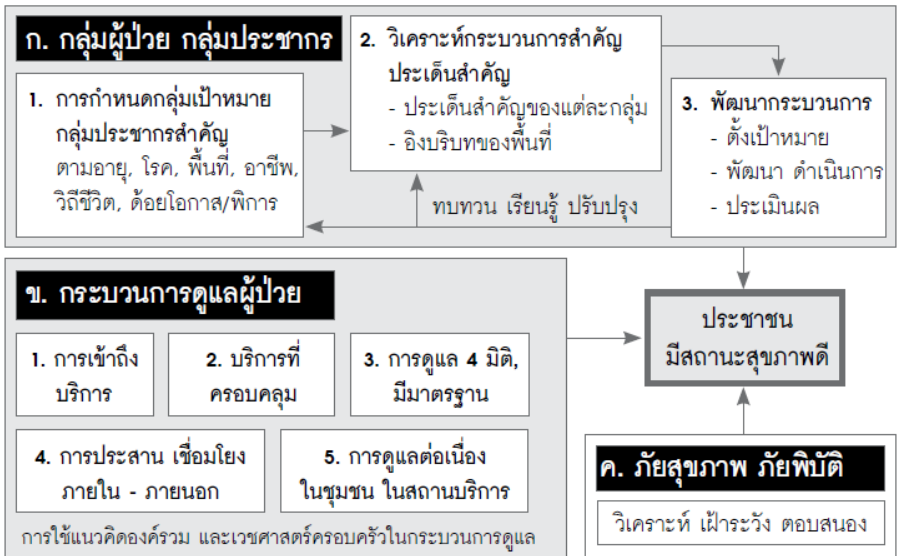
V. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Resources Sharing and Human Development)



R : Resources Sharing and Human Development : องค์ประกอบสำคัญ

(ก) การบริหารเชิงกลยุทธ์ โดยการวางแผนและกรอบเวลาที่เหมาะสม การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ สื่อสาร ติดตาม และปรับเปลี่ยนแผน ในกรณีที่มีความจำเป็น (ข) ระบบสนับสนุนที่สำคัญ ด้วยการทำงานแบบเครือข่ายสุขภาพ ด้านการโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม ระบบข้อมูล สารสนเทศ การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา ระบาดวิทยา ระบบเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่เชื่อมโยงกันในเครือข่ายอย่างเหมาะสม

VI. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care)



E : Essential Care : ประกอบด้วย (ก)การกำหนดกลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มประชากร เช่น ตามกลุ่มอายุ กลุ่มโรค พื้นที่ อาชีพ วิถีชีวิต หรือกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อวิเคราะห์กระบวนการและประเด็นสำคัญของแต่ละกลุ่มที่สอดคล้องกับบริบทเพื่อออกแบบการพัฒนาที่เหมาะสม กำหนดเป้าหมายร่วมในการดูแลผู้ป่วยและประชากรแต่ละกลุ่มโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พัฒนาคำเนินการ ติดตามประเมินผล และทบทวน เรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับสุขภาพประชาชนแต่ละกลุ่ม (ข) กระบวนการดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ระบบบริการผู้ป่วยและประชาชน 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมทั้งเป็นไปตามมาตรฐานทางคลินิก และ (ค) ภัยสุขภาพ ภัยพิบัติ โดยการ วิเคราะห์บริบทสำคัญของพื้นที่ เกี่ยวกับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ เพื่อการออกแบบวิธีเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่

II. แนวทางประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC) เขตสุขภาพที่ 1

หัวใจสำคัญที่เป็นคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ต้องเป็นบริการองค์รวมต่อเนื่อง ผสมผสานและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมดุล ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้เป็นหลักการที่ผู้ให้บริการต้องใช้เป็นฐานในการดำเนินงานบริการในทุกด้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการดูแลประชากรแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม ต้องพยายามที่จะบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพไปพร้อมกัน และกระบวนการดำเนินงานต้องคำนึงถึงมิติทางด้านจิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมของประชาชนหรือผู้รับบริการด้วยการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิได้นำแนวคิด CQI (Continuous Quality Improvement) มาใช้ ซึ่งจะเน้นการประเมินเพื่อการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้มาตรฐานและการประเมินตนเองเป็นเครื่องมือให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ / พัฒนา ให้กับหน่วยบริการ

แนวทางการประเมินคุณภาพ คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC) จะเริ่มจากการพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ในหน่วยบริการทุกหน่วยในเครือข่ายของคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster ที่ดูแลประชากรในพื้นที่ โดยกำหนดให้การพัฒนาเป็น คลินิกหมอครอบครัวคุณภาพได้นั้น หน่วยบริการแม่ข่ายซึ่งอาจเป็นในโรงพยาบาลแม่ข่ายเอง หรือ รพ.สต.ที่เป็นแม่ข่ายนั้นต้องผ่านเกณฑ์ รพ.สต. ระดับ 5 ดาว โดยการประเมินจากทีมระดับจังหวัดขึ้นไป

เป้าหมายของระบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ คือการกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัย ครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ถึงแม้ว่ามี รพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้นแต่จาก สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา (ช่วงระยะ 2547 – 2560) พบว่า อัตราการใช้บริการ ผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น สถานการณ์บุคลากรยังขาดแคลน เช่น วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพบริการโรคเรื้อรังยังไม่ดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลัก ด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีที่สุดในที่สุด โดยมี ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
2. ระบบบริการ (Service Excellence)
3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ
4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)

ในขณะที่เดียวกัน บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขก็มีค่านิยมในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน 4 ด้าน โดยนำตัวย่อจาก ชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH ประกอบด้วย M คือ Mastery คือบุคลากรเป็นนายของตัวเอง ที่ต้องเอาชนะ โลก โภจร หลง ให้ได้ O คือ Originality สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ P คือ People Centered Approach เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง และ H คือ Humility อ่อนน้อมถ่อมตน

ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับ รพ.สต.ขึ้นในปี 2560 คือ เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ซึ่งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ (Approach) มีเนื้อหาผสมผสานอ้างอิงจาก เกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วย บริการปฐมภูมิ ในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการ รวมทั้ง การบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร เกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการประจำและ หน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการ จัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุน มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการ ชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน (DHS) และอาศัยการมีส่วนร่วมของ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำเกณฑ์ ไปใช้ในการ ทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมีความเป็นรูปธรรมที่วัดได้ สามารถ

นำไป ปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ลดความซ้ำซ้อน ไม่เป็นภาระเพิ่มเติม ให้กับผู้ปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงานร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุก กลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน (Integration) นอกจากนี้ กระบวนการประเมินรับรอง รพ.สต.ติดดาว (Accreditation) จะช่วยกระตุ้น สนับสนุน และเสริมพลังให้ทีมงานในพื้นที่ให้ทำงานประสบความสำเร็จโดย ใช้กระบวนการเยี่ยมผู้ปฏิบัติงาน ด้วยการดูแล (Caring) จากสหวิชาชีพเครือข่ายบริการหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการให้คำแนะนำในการดำเนินงาน (Coaching) ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและการให้คุณค่า (Appreciation) กับทีมงานพื้นที่ หลังการประเมินมีการถอดบทเรียน (Learning) และมอบรางวัลให้กำลังใจในทีมงาน (Award) ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เกษัตริ์กร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย ฯลฯ มีบทบาทในการพัฒนาและลงเยี่ยมสำรวจและตรวจประเมินเพราะสามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และเป็นการลดข้อจำกัด ด้านบุคลากรที่เป็นวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลนใน รพ.สต.ได้ โดยอาศัยการแบ่งปันทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลพลอยได้ที่เกิดขึ้นคือความสามัคคีในทีมงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความสัมพันธ์อันดีใน เครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจกันในพื้นที่ เข้าถึงและพัฒนางานให้เหมาะสมกับพื้นที่ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการประเมินมีในทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต ผลที่จะได้รับจากการเยี่ยมสำรวจ/ประเมินผล คือ เกิดการกระตุ้นให้ รพ.สต. มีกระบวนการ เรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายที่เป็นระบบสนับสนุน (CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการใน รพ.สต. ให้ตอบสนองความต้องการความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยในปีงบประมาณ 2561 คณะทำงานพัฒนามาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวระดับประเทศได้ทบทวนบทเรียนในการใช้เกณฑ์ประเมินในปี 2560 โดยผ่านคณะกรรมการสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาปรับปรุงเกณฑ์เพื่อให้เกิดการบูรณาการ กระชับ ใช้ได้จริงและเชื่อมโยงกันทั้ง 5 หมวดมากยิ่งขึ้นโดย คำนึงถึง

- ยุทธศาสตร์ 4 Excellence กระทรวงสาธารณสุข
 - แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ(DHS)และการพัฒนาโดยการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ./DHB)
 - ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)กระทรวงสาธารณสุข
 - การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล RDU ใน รพ.สต.
 - Green and Clean hospital ระดับ รพ.สต. กรมอนามัย
- เกณฑ์การประเมินคัดเลือก รพ.สต.ดีเด่น
- ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการ
- แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำของ สปสช.
- เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCA)

องค์ประกอบของเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ในปี 2561 ประกอบด้วย

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หมวด 1.1 ภาวะผู้นำ การนำและธรรมาภิบาล

หมวด 1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ

หมวด 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ (การจัดการการเงินและบัญชี, การจัดการอาคารสถานที่, การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย IT, IC, LAB, เภสัชกรรม, RDU และ คบส.)

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด 5 ผลลัพธ์

หมวด 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self-care)

หมวด 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด KPI

หมวด 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ความสำเร็จในการใช้เกณฑ์การประเมิน รพ.สต. ตีตดาวที่สำคัญมาจากองค์ประกอบที่สำคัญ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ เกณฑ์ที่ชัดเจน การสื่อสารเกณฑ์ที่ชัดเจนในระดับ ผู้รับประเมินและภาคีเครือข่ายเข้าใจและพร้อมใช้เกณฑ์เพื่อการพัฒนา ผู้เยี่ยมประเมินเข้าใจและใช้เกณฑ์เพื่อการพัฒนา และการยึดตามบริบทพื้นที่ ชี้จุด เป้าหมายและคุณค่าในการพัฒนาตามเกณฑ์ โดยในปี 2561 ได้กำหนดให้การประเมินผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ตีตดาวระดับ 5 ดาว มีการรักษาสภาพการพัฒนาคุณภาพนาน 2 ปี

ในกรณีที่หน่วยบริการแม่ข่ายของ Primary Care Cluster (PCC) ได้แก่ รพ.สต. ที่เป็นแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายของ PCC สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาวแล้ว เพื่อให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ต่อประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง จำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งด้านกระบวนการดูแลประชากรกลุ่มสำคัญในพื้นที่และระบบสนับสนุนการดูแลดังกล่าวตั้งแต่ชุมชน สถานบริการ และระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ (Primary medical care) และด้านการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชน ท้องถิ่นและเสริมพลังชุมชนให้เกิดชุมชนเข้มแข็งดูแลตนเองได้ (Primary Health Care) โดยอาศัยแนวคิดที่หน่วยบริการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ร่วมกับชุมชนในการใช้ข้อมูล สุขภาพและข้อมูลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่ วิเคราะห์ต้นทุน ศักยภาพที่มีในพื้นที่ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน ชุมชนอย่างต่อเนื่อง จนเกิดชุมชนเข้มแข็ง และมีการวิเคราะห์แนวโน้มของผลลัพธ์ ทบทวน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งกระบวนการดูแล (Primary medical care) และ การทำงานชุมชน (Primary Health Care)

ประสบการณ์ดำเนินงาน PCC ที่ผ่านมา...มุมมอง แนวคิดที่หลากหลาย

1. บทเรียนคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์¹²

รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ที่ได้ดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวมาตั้งแต่ปี 2559 ซึ่งการดำเนินการได้อาศัยต้นทุนเดิมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้ดำเนินการมาก่อนหน้านี้ ได้แก่

- มีการเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งก่อนและหลังปริญญา เพราะมีศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และการเป็นสถาบันหลักในการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของจังหวัดเชียงราย ทำให้มีโอกาสนในการวางแผนผลิตและกำหนดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัวของ รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ ได้เอง

- การมีต้นทุนเดิมของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ที่ระบบการทำงาน ทรัพยากรบุคคลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพ ที่ดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอยู่แล้ว ทำให้ไม่เป็นอุปสรรคในปรับระบบการทำงานแบบ primary care cluster ที่ดูแลประชากรแบบ catchment area ได้

- การทำงานเริ่มจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ซึ่งถือว่าเป็นการทำงานที่ชัดเจน ตามหลักเวชศาสตร์ของทีมหมอครอบครัว และถือเป็นการสร้างความคุ้นชินในช่วงแรกของการทำงานในรูปแบบของทีมหมอครอบครัว เป็นการปูพื้นการทำงานที่ดีให้แก่ทีมงาน ในการประสานการดูแลผู้ป่วย จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ชุมชนสู่โรงพยาบาล

- หัวใจหลักที่สำคัญคือการทำงานที่เป็นทีม ร่วมกับ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตั้งแต่ฝ่ายปกครอง ได้แก่ นายอำเภอเมืองเชียงราย นายกเทศมนตรีนครเชียงราย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงคณะกรรมการ คปสอ และตัวแทนภาคประชาชนที่มีการประสานงานและกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ ในภาพของ District Health Board ที่เข้าใจแนวทางของคลินิกหมอครอบครัว ตลอดจนรับทราบปัญหาสุขภาพของอำเภอ และพร้อมสนับสนุนการดำเนินงาน

¹² นพ.ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ หมอครอบครัว ประจำ Cluster 1 ทีมที่ 2 เทศบาลนครเชียงราย

- สิ่งที่ต้องผลักดันในช่วงแรกของการดำเนินงาน คือ การถ่ายทอดแนวคิด ของการทำงาน Primary care cluster ให้แก่ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการทีมหมอครอบครัวและรวมถึงเครือข่ายบริการสุขภาพ ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ให้ตรงกันในช่วงเริ่มต้น

- นอกจากนั้นยังพบว่ายังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพของทีมหมอครอบครัว ที่ต้องพัฒนาหลายเรื่อง เช่น มาตรฐานการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับระบบการทำงานที่ต้องร่วมมือและแชร์ทรัพยากรกันในภาพของ cluster

- กรอบแนวคิดการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การพัฒนา รพ.สต ติดดาว เป็นสิ่งที่ดีที่จะสนับสนุนและยกระดับการทำงานบริการปฐมภูมิ แต่ความความเข้าใจ ในรูปแบบและวิธีการพัฒนายังมีความคลาดเคลื่อน ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ประเมิน รวมไปถึงการยอมรับในการพัฒนาตนเองของทีมปฐมภูมิในพื้นที่

- ณ ปัจจุบันการทำงานยังเป็นการนำโดยทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลเป็นหลัก และเน้นการบริการแบบ Primary medical care ยังพบว่ามีช่องว่างการทำงานด้าน primary health care ที่ดำเนินการโดยภาคประชาชน ทีมหมอครอบครัวต้องปรับระบบการทำงานในการเชื่อมโยงให้ได้ โดยอาศัยต้นทุนการทำงานสุขภาพภาคประชาชนและ District health board ที่คอยสนับสนุนเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

- การมีตำแหน่งชำนาญการพิเศษ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจเป็นสิ่งที่ดี แต่ควรกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน และพิจารณาหลังจากได้ผลลัพธ์ของงานคลินิกหมอครอบครัวเสียก่อน

2. หนึ่งปีกับการก้าวเดินของคลินิกหมอครอบครัว¹³

ตั้งแต่ปี 59 หลังจากที่มีทราบนโยบายในฉบับเคลื่อน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ และตามติดด้วย ให้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ในเขตเมืองของกระทรวงสาธารณสุข ผมเองก็พยายามศึกษาหลักการและแนวคิดว่าจะทำอย่างไรจะสามารถเป็นกลไกหนึ่ง ที่จะขับเคลื่อนให้เป็นจริงให้ได้ โดยความคิดส่วนตัวแล้ว ผมเองพยายามจะเป็นนักปฏิบัติให้ดีที่สุดที่สุดกล่าวคือ นโยบาย เป้าหมาย หรือ ตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ผู้บริหารได้กำหนด จะทำอย่างไรให้ปฏิบัติเป็นรูปธรรม เกิดเป็นมรรค เป็นผลให้ได้

อำเภอเมืองเชียงราย บริบทพื้นที่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือเขตเมือง ได้แก่เทศบาลนคร หรือ เทศบาลตำบล ที่ค่อนข้างจะเจริญ ซึ่งมีประชากร ประมาณ 80,000 กว่าคน และเขตชนบท ซึ่งประกอบด้วยประชากรประมาณ 150,000 กว่าคน ที่มีความซับซ้อนในกระบวนการทำงานที่แตกต่างกัน และเห็นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะระบบการปกครอง ดังนั้น การกำหนดเป้าหมายจะพัฒนาคุณภาพชีวิตและคลินิกหมอครอบครัว ให้เป็นเป้าหมายเดียวกัน แต่แตกต่างกันด้วย บริบทด้านพื้นที่และการปกครอง ให้เป็นหนึ่งเดียว จึงเป็นเรื่องที่ท้าทาย

แต่ด้วยอำเภอเมืองเชียงราย เป็นพื้นที่มีหน่วยงานราชการ เอกชน และองค์กรต่าง ๆ ตั้งอยู่หลากหลาย ทั้งหน่วยงานที่สังกัดราชการส่วนภูมิภาค ส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ กล่าวโดยสรุปคือ มีทรัพยากรต่าง ๆ มากมาย ทั้งวัสดุ อุปกรณ์ และองค์ความรู้ ที่เรียกว่า ต้นทุนทางสังคม เรียกว่า มีสิ่งดี ๆ ในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงราย เช่น ตัวบุคคล ได้แก่ ท่าน ว.วชิรเมธี อาจารย์เฉลิมชัย พระอาจารย์พโยคฯ และหากเป็นสถาบัน ก็มีมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายฯ และสิ่งดี ๆ ในชุมชนอีกมากมาย

¹³ ประพันธ์ ลาภใหญ่ สาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ที่ให้บริการด้านสุขภาพได้ครอบคลุมครบวงจรทั้งหมด เป็นสถาบันร่วมผลิตบุคลากรแพทย์ เกสซ์ พยาบาล ดังนั้น องค์ความรู้ด้านสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพ ก็ถือว่ามิต้นทุนที่มากพอ

ใน 1 ปีที่ผ่านมา คลินิกหมอครอบครัวของอำเภอเมืองเชียงราย เดินได้ทำงานได้แล้ว และมีประสบการณ์พอควรว่า ในปีต่อ ๆ ปี จะทำอย่างไร

ดังนั้น โอกาสของการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนคนเชียงราย กับคลินิกหมอครอบครัว จึงมีโอกาสมะมีความเป็นไปได้ ในมุมมองของผมที่ได้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะจัดการอย่างไร กับ มากพื้นที่ หลากหลายพื้นที่มากคนถ้าหากว่า

1) พัฒนาทีม หรือ ประสานพลังจากทุกภาคส่วน ให้เป็นหนึ่งเดียว หรือเข้าใจแนวคิดหลักการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและทีมหมอครอบครัว ไปด้วยกัน อย่างเข้าใจ อย่างทั่วถึง

2) สร้างความต่อเนื่องในกระบวนการขับเคลื่อนระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคลินิกหมอครอบครัวอย่าให้มีเหตุหรือปัจจัยใด ๆ ทำให้เกิดการขาดช่วงขาดตอน

3) ถ้า DHB ที่เป็นองค์กรหลักในการประสาน ขับเคลื่อน ก็ต้องได้รับความร่วมมือจากนายอำเภอ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล อปท.ทั้งในเมืองและนอกเมือง กำนัน ด้วยดีและสม่ำเสมอ

4) การปึกหมุด หรือ การเริ่มต้นพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว ต้องกำหนดวิธี ที่จะทำงานให้ชัดเจน ไม่ควรมีมากเกินไปจนทำไม่ไหว ไม่น้อยเกินไปจนไม่เห็นความแตกต่างของการมีคลินิกหมอครอบครัว

และ 5) ทีมหมอครอบครัว จะทำอย่างไร ให้เป็นหมอครอบครัว ด้วยหัวใจจริง ๆ ศรัทธาในหน้าที่ มีความภูมิใจ ที่ได้ก้าวออกไปกับประชาชนคนอำเภอเมืองเชียงราย กับเป้าหมาย Good Health Good Life

3. มองต่างมุมการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning :DHML)¹⁴

เขียนจากมุมมองคนนอก ที่โชคดีตลอดสิบกว่าปีได้รับโอกาสทำงานและเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนพี่น้องชาวสาธารณสุข แขนงนำชาวบ้านชุมชนท้องถิ่น ตลอดจนเรียนรู้จากครูบาอาจารย์หลายท่านที่มีคุณูปการอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ

ส่วนตัวผมเองมีความรู้และข้อมูลในด้านนี้น้อยมาก แต่จากการได้อ่าน ได้ยิน และสังเกตมาตลอดสิบกว่าปี ระบบสุขภาพของไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีความก้าวหน้ามาก เป็นที่ยอมรับทั้งในและต่างประเทศ ต้องยอมรับว่าเป็นขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพมีความก้าวหน้าและโดดเด่นมาก เมื่อเปรียบเทียบกับขบวนการปฏิรูปด้านอื่นๆ ในสังคมไทย

ตัวอย่างที่สำคัญมากของการปฏิรูประบบสุขภาพคือ การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545 จากรายงาน Good practices in health financing โดยองค์การอนามัยโลก และ Millions Saved: New Cases of Proven Success in Global Health โดย Center for Global Development ระบุว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยนั้นส่งผลในการกระตุ้นเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศมากมาย อาทิเช่น ทำให้เงินออมครัวเรือนทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจาก 9,650 ล้านบาทในปี 2545 (ปีแรกที่เริ่มใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ไปเป็น 12,726 ล้านบาทในปีถัดมา ลดภาระค่าใช้จ่ายครัวเรือน ทำให้จำนวนครอบครัวที่หลุดพ้นจากภาวะยากจนมีมากขึ้น ลดโอกาสที่ครัวเรือนจะสิ้นเนื้อประดาตัวเพราะค่ารักษาพยาบาลจากร้อยละ 5.4 ในปี 2543 (ก่อนการใช้ระบบฯ) เหลือเพียงร้อยละ 2 ในปี 2549 (สี่ปีหลังใช้ระบบฯ) เป็นต้น (สนใจหาอ่านเพิ่มเติมได้ที่

¹⁴ อ.นเรศ สงเคราะห์สุข ผู้อำนวยการสำนัก IOGT international South - East Asia

<https://prachatai.org/journal/2017/06/72133> อธิพงศ์ พัฒนเศรษฐพงษ์ “ว่าด้วยระบบสาธารณสุขไทยและแนวคิดสังคมประชาธิปไตย” บทความเผยแพร่ในเว็บไซต์ประชาไท วันที่ 26 มิถุนายน 2560)

นอกจากผลดีข้างต้น ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับ “สิทธิและความเสมอภาค” ซึ่งเป็นคุณค่าสากลที่สำคัญของสังคมโลก นับเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับวิถีคิด และโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

ส่วนในปัจจุบัน โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนปฏิรูปด้านระบบบริการ และภาคีเครือข่าย สามารถผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพโดยเฉพาะระบบปฐมภูมิจนบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน 2560 โดยเฉพาะในมาตรา 258 ข (5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และปัจจุบัน กำลังอยู่ระหว่าง ร่างพระราชบัญญัติระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข พ.ศ. เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 และ มาตรา 258 เพื่อเป็นกฎหมายที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน ใกล้บ้าน ด้วยแนวทางการพัฒนาในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

ความก้าวหน้าอีกด้านหนึ่งคือการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (District Health Board) ภายใต้อธิบดีฯ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม สร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนสุขภาพดี รวมถึงการพัฒนาคุณภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต). (Health Promoting Hospital) โดยที่กลไกทั้ง 3 (PCC, DHB and Health Promoting Hospital) จะขับเคลื่อนเพื่อบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

นับว่าเป็นอีกก้าวหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะระบบปฐมภูมิ ด้วยการมีคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ที่ประชาชนจะเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สะดวก ใกล้บ้าน ประหยัด และสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยซับซ้อนและต้องการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทาง ในขณะเดียวกัน การมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ฐานคิดที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน โดยมีเป้าหมายคนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน และ คนไทยใส่ใจดูแลกัน เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่สำคัญของประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำ ช่วยเหลือดูแลกันและกัน ตามแนวทางพระราชรัฐ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการทุกภาคส่วน”

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกต/ข้อคิดเห็นบางอย่างที่ต้องการแลกเปลี่ยนในทางปฏิบัติเกี่ยวกับนโยบาย ทิศทาง แนวทางของการขับเคลื่อนระบบปฐมภูมิ เป็นข้อคิดเห็น ข้อเสนอคิดเพื่อการแลกเปลี่ยนถกเถียง ทำนองว่า ยังมีอะไรที่ขาดหายไป หรือมีอะไรที่น่าจะหยิบยกขึ้นมาพิจารณา หรือ เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานปฐมภูมิทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

ข้อสังเกตบางประการ และเป็นความท้าทายในเรื่องการทำงานกับชุมชน

1) ชุมชนเปลี่ยนแปลงไปมาก มากเสียจนเราอาจจะต้องมาทบทวน ทั้งวิธีคิดและวิธีทำงานกับชุมชนที่เราเคยทำมาว่ายังเหมาะสม และตอบโจทย์ในบริบทที่เป็นจริงอยู่หรือไม่? ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเป็นรูปธรรมที่สุดคือ วิถีเกษตรกรรมแบบพึ่งตนเองลดลง ประชาชนมีอาชีพหลากหลาย แต่รายได้ของคนส่วนมากไม่ได้มาจากภายในชุมชน ต้องออกไปทำงานภายนอกและด้วยการมีอาชีพที่หลากหลาย ซึ่งเงื่อนไขการทำมาหากินของแต่ละอาชีพก็ต่างกันไป ทำให้ เป้าหมายและลีลาชีวิตก็ย่อมแตกต่างกันเป็นธรรมดา รวมไปถึง มุมมองโลกทัศน์ เป้าหมายและคุณค่าในชีวิตของ ของคนต่าง generation ยิ่งต่างกันไปอีกมาก จนยากที่จะหาอะไรที่เป็นเรื่องร่วมๆ กัน หรือเรียกว่าเรื่องส่วนรวม (The Commons) หรือ

ทางเหนือเรียกว่าเรื่องหน้าหมูเดิมๆ มันหมดหรือใกล้หมดไปแล้ว มันไม่รับใช้ชีวิตใหม่ที่เปลี่ยนแปลงแล้ว ยกเว้นเสียแต่ว่า มีการรื้อ ตีความ และสร้างเรื่องหน้าหมูใหม่ๆ ที่ให้สอดคล้องกับเงื่อนไขที่เป็นจริงในปัจจุบัน .นอกจากนี้ ยัง รวมไปถึง วัฒนธรรมบางอย่างที่เราไปยึดถือมันไว้ โดยไม่เข้าใจว่า เงื่อนไขมันเปลี่ยนไป วัฒนธรรมบางอย่างเหล่านั้น อาจนำไปสู่ปัญหาการละเมิดสิทธิบุคคล ภายใต้กฎหมายหรือคุณค่าสากลหรือทั่วโลกยอมรับ ดังนั้น การออกแบบ กลไก กระบวนการเรียนรู้ เพื่อเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาจะทำได้อย่างไร?

2) ร่างพระราชบัญญัติระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข พ.ศ. มาตรา 3 กลไกและกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข โดย การมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ประเด็นที่มีความท้าทายจากข้อความข้างต้นคือ “ภาคประชาชนคือใคร?” เราจะสามารถหานิยามเดียวกันว่าหมายถึงใครได้อย่างชัดเจนและทุกภาคทุกส่วนยอมรับได้หรือไม่? หากดู จากการเปลี่ยนแปลงของชุมชนในข้อหนึ่ง คงยากมากที่จะให้ใครคนใดคนหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจว่า จะชี้ว่าใครคือตัวแทนภาคประชาชน ดังนั้น คงต้องคิดถึงการมีกระบวนการได้มาซึ่งตัวแทนภาคประชาชนที่เป็นความเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ หรือ ตัวแทนภาคประชาชนที่มีความหลากหลาย เพื่อสะท้อนการเป็นตัวแทนของกลุ่มคนที่หลากหลาย เพื่อจะได้ประกันว่า ประชาชนมีช่องทางในการส่งเสียง เช่น ผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3) “การดูแลสุขภาพแต่แรกแบบองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรค คุ้มครองผู้บริโภค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนการดูแลสุขภาพที่บ้าน ชุมชน และหน่วยงานบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการรับส่งต่อ (มาตรา 3ในร่าง พ.ร.บ ระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข พ.ศ.....)” ในประเด็นนี้

ประเทศไทยมีบทเรียนและความรู้อยู่มาก เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงจากแอลกอฮอล์ บุหรี่ ล่าสุดคือ การใช้มาตรการทางภาษีเพื่อหวังผลการลดการบริโภคน้ำตาลของประชาชน แต่สิ่งที่ยังคงท้าทาย 2 ประเด็น คือ หนึ่ง ขอบเขตอำนาจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยคุกคามสุขภาพ มี Autonomy ? และสอง ปัจจัยคุกคามที่มาจากมลพิษที่ไม่เคาะพลีสิทธิ์ส่วนรวม ด้วยการทำลาย/ยึด/คุกคามและก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมของพื้นที่สาธารณะที่มีอยู่ ดังนั้น สิ่งที่ระบบบริการปฐมภูมิน่าจะผลักดันให้เกิด (ปัจจุบันทำอยู่แล้ว) ให้มากขึ้น คือ การทำงานกับชุมชน ภาคี เครือข่าย คนทุกกลุ่ม ทุกวัย เพื่อสร้างข้อตกลง หรือกติกา เพื่อปกป้องพื้นที่หน้าหมู่บ้าน/พื้นที่สาธารณะ เพื่อเป็นพื้นที่สำหรับทุกชีวิตที่จะร่วมใช้และร่วมกันดูแล ซึ่งพื้นที่สาธารณะเป็นพื้นที่ที่มีจำเป็นอย่างมากในบริบทชุมชน สังคมสมัยใหม่

4) การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย เป็นทั้งกระบวนการและเป้าหมายของระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่การมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือ การตัดสินใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำหยาบมากในบริบทของสังคมการเมืองไทย ทั้งนี้เราต้องยอมรับว่า ในปัจจุบัน โครงสร้างและกลไกของรัฐที่มีอยู่ยังไม่เอื้อมากนักต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน/ภาคประชาชน ประกอบกับภาคประชาชนเองที่ผ่านมา (จำนวนไม่น้อย) ที่ไม่รู้ว่ ตนเองมีสิทธิ สิทธิพื้นฐานที่สุดคือสิทธิในฐานะพลเมืองของสังคมที่ตนเองอยู่ (สิทธิในฐานะที่เราเป็นเจ้าของบ้านด้วย) สามารถเสนอความต้องการ ความเห็น รวมถึงทางออก หรือทางแก้ปัญหาในชุมชน ในกลุ่มเครือข่ายของตนเองได้ ดังนั้น สิ่งที่ควรให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ คือ การออกแบบกลไก พื้นที่หรือช่องทางที่ประชาชน สามารถส่งเสียง ความต้องการหรือปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ รวมถึงพื้นที่แลกเปลี่ยน ถกเถียงเพื่อประกันว่ การตัดสินใจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง และเพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดแนวทางการทำงาน ที่”เอาพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

จากข้อสังเกตต่างๆ ข้างต้น ตั้งอยู่บนหลักคิดสำคัญที่ผมอยากเชิญชวนเพื่อนที่น้อง ระบบบริการปฐมภูมิร่วมกันพิจารณาเพื่อใช้เป็นหลักในการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานกับชุมชน ประการแรก อยากชวนเพื่อนพี่น้องกลับไปสู่ความเรียบง่าย ทั้งสิ่งที่พระพุทธรูปให้มากที่สุด (Basic, Simple and Common Sense) ทั้งคิดและทำอย่างเป็นธรรมดาและเรียบง่ายที่สุด ใช้สามัญสำนึกกลับมาให้ได้ หลายเรื่อง หลายปัญหา เป็นแค่เส้นผมบังภูเขา หลายอย่างเราสร้างกับดัก กรงขัง เพื่อขังตัวเราเอง ประการที่สอง คิดและทำจากความจริง เป็นความจริงที่มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ภายใต้บริบทเฉพาะที่เฉพาะแห่ง ประการที่สามสาม ใช้แนวทางและวิธีทำงานแบบเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจ (Inclusive decision making) หรือ ไม่กีดกัน/เลือกปฏิบัติ โดยตระหนักเสมอว่า สิทธิ โอกาส อำนาจ ศักดิ์ศรีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนล้วนมีไม่ต่างกัน และประการที่สี่ ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบปะทะสังสรรค์ Interactive Learning/Transformative learning จะช่วยอย่างมากต่อความเข้าใจตนเองและผู้อื่น และที่มากกว่าความเข้าใจคือ เคารพตนเองและเคารพผู้อื่น ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญของ รวมถึงการอยู่ร่วมกันบนความแตกต่างที่นับวันจะมีแต่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา การส่งเสริมการเรียนรู้ดังกล่าวสามารถทำได้ไม่ยาก เนื่องจาก เป็นต้นทุนที่มีอยู่แล้วในเกือบจะทุกพื้นที่ โดยเฉพาะที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมคือการเรียนรู้ในโครงการ DHML ซึ่งคนส่วนใหญ่ประทับใจและเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการได้เข้าร่วมเรียนรู้ ไม่ว่าจะเป็นทีมเรียน ครูพี่เลี้ยง AI ฯลฯ นอกจากนี้ การเรียนรู้ที่ดี จะมีส่วนสำคัญในการสร้างพลเมืองที่มีคุณภาพ ไปสู่สังคมที่มีคุณภาพ มีเหตุมีผล การใช้ข้อมูลความรู้ที่มีหลักฐาน และมีความสามารถในการมองเห็นความเชื่อมโยง เพื่อสร้างข้อสรุปและข้อเสนอแนะใหม่ๆ ให้แก่สังคม

ผมเชื่อมั่นว่า หลักคิดดังกล่าว จะนำมาซึ่งชุมชนสังคมที่น่าอยู่ เป็นสังคมที่เคารพและเห็นคุณค่าของกันและกัน อยู่ร่วมกันได้บนความต่าง ถกเถียงกันด้วยเหตุผล ข้อมูลหลักฐาน ยอมรับในกติกาที่ร่วมกันกำหนด และให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมและความเสมอภาค ด้วยสังคมแบบนี้เท่านั้นจริงจะสามารถสร้างและพัฒนาไปสู่ชุมชน สังคมสุขภาวะได้จริง

4. หมอครอบครัว.... ความหลากหลายคือความงาม¹⁵

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่เดิมของจังหวัดน่านนั้นมิพัฒนาการมายาวนาน และทำได้เป็นอย่างดีผ่านการขับเคลื่อนของพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นพี่เลี้ยงของสม.และแบ่งกันดูแลชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาทำงานด้วยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา กลับทำให้การทำงานเหมือนก้าวกระโดดไปอีกขั้นหนึ่ง โดยจากเดิมที่เข้มแข็งและเข้มข้นด้วยการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่น มาเสริมด้วยวิชาการจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในด้านการดูแลรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ทำให้มีการดูแล Home care ที่มีการเสริมศักยภาพของผู้ดูแล (Care giver) มีการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน มีการวางระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านแบบ real-time และไม่ได้ดูแลเฉพาะในเขตเทศบาล แต่กระจายไปสร้างเครือข่ายถึงทุกอำเภอในจังหวัดน่าน ซึ่งทำให้ระบบบริการสุขภาพต่อเนื่องไร้รอยต่อเริ่มเป็นรูปเป็นร่างที่ชัดเจนขึ้น นั่นทำให้เห็นว่าจุดแข็งที่สำคัญที่สุดของหมอครอบครัวคือวิชาการ

ในส่วนงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ 5 ด้านของ Ottawa charter โดยอปท.และชุมชนกำหนดนโยบายสาธารณะที่เข้มแข็ง เช่นงานแข่งเรือปลอดเหล้า สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จนเทศบาลเมืองน่านกลายเป็นชุมชนปลอดภัยระดับโลก โรงพยาบาลน่านได้ปรับระบบบริการสุขภาพ ที่เชิงรุกไปสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงให้รับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนป่วย โดยการคัดกรองผ่านสม.และการตรวจสุขภาพทั้งในชุมชน รวมไปถึงในกลุ่มคนงานในโรงงาน ทำให้ชุมชนและบุคคลต่างๆ ลุกขึ้นมาออกกำลังกายดูแลสุขภาพ โดยมีกิจกรรมชุมชนที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของงานคืออายุคาดเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้น 7-8 ปีในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

¹⁵ นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ รองผู้อำนวยการด้านภารกิจปฐมภูมิ โรงพยาบาลน่าน

ทั้งหมดนี้ แรงสนับสนุนที่สำคัญซึ่งเป็นOpportunity ของคนทำงานคือนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการผลักดันให้เกิดการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เน้นงานเชิงรุก และการสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ลงมาทำงานใน PCC (Primary Care Cluster) ในบรรดาปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่สุด หนึ่งไม่พ้นคือกำลังคน เพราะคนที่มีคุณภาพจะสร้างงานที่มีคุณภาพได้เอง และพร้อมจะชนะอุปสรรคต่างๆเสมอ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคือบุคลากรคุณภาพนั้นที่จะไปเสริมพลังให้กับทีมงานและชุมชน โดยหัวใจหลักที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่างจากแพทย์อื่นๆคือ การได้มีโอกาสไปสัมผัสผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน ทำให้เกิดความเข้าใจในบริบทที่แวดล้อมผู้ป่วยอยู่ และความเข้าใจนั้นเป็นพลังที่สำคัญที่ทำให้แพทย์มีทัศนคติที่ดีต่อคนไข้ และทำให้แพทย์ทำงานไปในทิศทางและยุทธศาสตร์ที่ถูกต้อง

เมื่อถามว่าต้องการอะไรในการผลักดันงาน PCC ผมคิดว่าเราต้องการเวลา ให้คนที่เหมาะสม ได้ทำงานของเขา แล้วผลงานคุณภาพจะเกิดขึ้น อาจจะไม่เหมือนกันแบบเสือโหลในทุกที่ แต่ความหลากหลายคือความงดงาม และนั่นคือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้บริหารได้สนับสนุนอย่างเต็มที่และปล่อยให้เมล็ดพันธุ์ได้งอกงามในที่ทางของมัน

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต่อแพ...คุณค่าของ PCC อยู่ที่หัวใจคนทำงาน¹⁶

ในมุมมองของเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จุดมุ่งหมายของ PCC คือการจัดการให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำ มีการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพมาปฏิบัติงาน เป็นนโยบาย ที่ดีมาก แต่ที่ผ่านมาทางเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ได้ดำเนินการมาก่อนแล้ว(ทีมหมอครอบครัว) โดยได้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ช่วยกันทำ ได้รับการตอบรับจากชุมชนเป็นอย่างดี เนื่องจากเจ้าหน้าที่และภาคี (อสม.และท้องถิ่น) ได้ทำงานด้วยใจ การเสียสละเวลาร่วมกิจกรรมชุมชน ทั้งในและนอกเวลาราชการ (งานบุญ ประเพณี ในพื้นที่) จนชุมชนยอมรับว่าเราเป็นส่วนหนึ่งของเขา มีความไว้วางใจกัน

¹⁶ นายมณฑล สุวรรณบุษย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต่อแพ

เชื่อถือกัน เมื่อทางสาธารณสุขมีกิจกรรม การป้องกัน ควบคุมโรคก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี เมื่อเรามีใจให้กับงานชุมชนด้วยแล้วงานของเราชุมชนก็ให้ความร่วมมือเช่นกัน

บริบทพื้นที่เขต รพ.สต.ที่ดูแล มีเจ้าหน้าที่ 3 คน รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน ประชากร 1,860 คน ประชากรแฝง(ต่างด้าวอยู่ถาวร) 500 คน ในส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ถ้าจะจัดตั้ง PCC ก็ต้องมีหลักเกณฑ์พิเศษ เพราะปัญหาไม่เหมือนจังหวัดอื่น เช่น ประชากรน้อยอาศัยอยู่แบบกระจายต้องรวมหลายตำบลถึงจะครบเกณฑ์การคมนาคม เทคโนโลยี ทรัพยากร ยังจำกัด สิ่งที่ต้องดูแลคือทางพื้นที่มีกิจกรรมลงพื้นที่โดยทีมหมอบรรอบคร้วมาก่อนแล้วทำให้ชุมชนมีความพึงพอใจ สิ่งที่ต้องการพัฒนาขณะนี้คือ คน ให้มีจำนวนที่เพียงพอทุกระดับ ตลอดจนขวัญ กำลังใจ เงินงบประมาณการพัฒนา ปรับปรุง พื้นที่ให้เกิดความสวยงามเป็นแบบอย่างกับชุมชน เครื่องมือต่างๆ ที่ให้บริการ ทราบผลทันที ไม่ต้องมีการส่งต่อ ปัจจัยสามอย่างนี้ยังเป็นสิ่งที่ต้องอยู่คู่ระบบงานไปอีกยาวนาน ปัจจัยหรือโอกาสในการพัฒนาคือไม่ต้องยึดรูปแบบที่สมบูรณ์แบบ แต่ควรให้สอดคล้องเหมาะสมกับพื้นที่ มีจำนวนเจ้าหน้าที่ ที่เพียงพอลดการรั่วข้อมูลรายงานเพราะขณะนี้การลงพื้นที่ เยี่ยมบ้านทำได้น้อยลง ตัวชีวิตมีเท่าที่จำเป็นเหมาะสมกับงานในพื้นที่ สุดท้ายก็เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนมีความสุขในพื้นที่ เยี่ยมบ้านทำได้น้อยลง ตัวชีวิตมีเท่าที่จำเป็นเหมาะสมกับงานในพื้นที่ สุดท้ายก็เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนมีความสุข

6. ศรีทธา...นำพาการทำงาน PCC¹⁷

PCC ในพื้นที่ที่มีประชากรเบาบางหรือห่างไกลไม่ใช่ในชุมชนเมืองที่มีประชากรแออัดน่าจะมีรูปแบบการจัดการที่ต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งปัญหาใหญ่ๆของการดำเนินการคือการจัดการให้มีการเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ในพื้นที่ที่มีประชากรเบาบางน่าจะอาจจัดการรูปแบบการบริการได้ง่ายขึ้นถ้าส่วนที่รับผิดชอบด้านการให้บริการหลักๆ อันได้แก่ รพช. สสอ.และรพ.สต.สามารถปรับแนวคิดและวิธีการในการทำงานให้เกิดผล

¹⁷ นพ.สาธิต กิมศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยหล่อ จ.เชียงใหม่

ประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนที่รับผิดชอบได้ รวมไปถึงเรื่องการแบ่งปันทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประเด็นการจัดการให้มีการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพและลดขั้นตอนในการเข้าถึงบริการจะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยที่อาจจะไม่ต้องลงทุนสร้างสิ่งก่อสร้างหรือมีการใช้เครื่องมือที่มีความทันสมัยมากในการสร้างศรัทธาให้กับประชาชน แต่อาจจะต้องมีการลงทุนในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสิ่งก่อสร้างเดิมที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ที่สามารถรองรับการให้บริการแก่ประชาชนที่มารับบริการและรองรับงานบริการที่มีการเพิ่มเติมขึ้นมา โดยระบบการจัดการน่าจะต้องใช้ระบบเครือข่ายในการจัดการลักษณะเป็น NODE โดยมี รพช. เป็นแม่ข่ายและมีจัดการบริการโดยสนับสนุนทรัพยากรและวางระบบเทคโนโลยีต่างๆที่จะเป็นการสนับสนุนการให้บริการที่ชัดเจนให้กับลูกข่ายคือรพ.สต. รวมไปถึงเป็นแหล่งคลังความรู้ทางวิชาการต่างๆที่จะมีส่วนช่วยพัฒนาการให้บริการ ส่วนสสอ.เป็นทีมที่มีหน้าที่ควบคุมดูแลและกำกับการทำงาน ในส่วนของรพ.สต.เป็นส่วนที่เป็นกำลังหลักในการปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับทีมสนับสนุนจากทาง รพช.หรือแม่ข่าย โดยทั้งสามส่วนนี้ต้องมีการประสานงานกันและมีทิศทางในการขับเคลื่อนงานตามแนวทางของทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมุ่งเน้นพัฒนาแบบองค์รวมไม่มองแยกส่วน มองการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นหลักไม่ยึดการแก้ปัญหาตามตัวชี้วัดตามหน่วยงาน รวมถึงวางแนวทางในการที่จะพัฒนาชุมชนและเครือข่ายให้ก้าวเดินอย่างมั่นคงและยั่งยืน

ในส่วนของรพช.ซึ่งเป็นแม่ข่ายนอกจากการเป็นพี่เลี้ยงในการจัดบริการแล้วยังคงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาการจัดการด้าน BAD HEALTH ให้มีคุณภาพที่ดีขึ้นสามารถพัฒนาการจัดการ Secondary prevention เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เป็นภาระต่อภาคีเครือข่ายที่ต้องมาดูแลและจะได้มีเวลาในการมุ่งเน้นการจัดการงานปฐมภูมิต่อไป