

**๓. ผลงานที่จะส่งประเมิน**

(ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๖๕๐๖ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗)

**ผลงานลำดับที่ ๑**

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ถ้ำฮอน เพื่อเสริมสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของจังหวัดกำแพงเพชร

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๘

เค้าโครงเรื่องย่อ (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ)

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข จากส่วนกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) เป็นนโยบายที่มุ่งเน้นการกระจายอำนาจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ได้อย่างเหมาะสม (รัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชาและคณะ, ๒๕๖๔) อย่างไรก็ตามการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวมาพร้อมกับความท้าทาย โดยเฉพาะในแง่ของการบริหารจัดการที่อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ทั้งเชิงปริมาณ เช่น จำนวนบุคลากร และทรัพยากรที่เพียงพอ และเชิงคุณภาพ เช่น การให้บริการที่ตรงกับความต้องการและมีมาตรฐาน นอกจากนี้มีงานวิจัยที่ผ่านมาหลายเรื่อง ที่มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า รพ.สต. ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ กับหลังถ่ายโอนภารกิจ เกิดผลลัพธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน อาทิเช่น การบริการตรวจรักษาเฉพาะโรค การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากภารกิจของ รพ.สต. มีจำนวนมากจึงเลือกปฏิบัติเฉพาะเรื่องที่เป็นนโยบายที่สำคัญก่อนและให้ความสำคัญมากขึ้นกับการให้บริการที่ตอบสนองต่อค่าใช้จ่ายเบิกได้รายหัวจาก สปสช. และไม่มีการควบคุมกำกับอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจ ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ เช่นเดียวกับจังหวัดกำแพงเพชร จึงได้มีการศึกษาครั้งนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ประการคือ ๑) เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. ๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับ รพ.สต. ในพื้นที่ถ่ายโอน ๓) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวต่อการปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน การศึกษาประกอบด้วย ๓ ระยะ ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ใช้แบบสอบถามกับประชาชนในพื้นที่ จำนวน ๒๕๒ คน และบุคลากร รพ.สต. จำนวน ๒๕๒ คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา Pearson's Correlation, F-test, Levene's test และสถิติโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) วิเคราะห์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูปประกอบด้วยค่า CFA, Path Analysis, Goodness of Fit Index (GFI, AGFI, RMR, Chi-square)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนส่วนใหญ่เป็นสตรีวัยทำงานและสูงอายุในชุมชนเกษตรกรรม การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูงมาก (เคยใช้บริการ ร้อยละ ๙๙.๖ เดินทาง น้อยกว่า ๓๐ นาที ร้อยละ ๙๔.๔ และแทบไม่พบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๑.๒) ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงเครือข่ายบริการที่ครอบคลุมและสะดวกต่อประชาชน ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะความเอาใจใส่ และความสะดวกในการเดินทาง และยังพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส มีความแตกต่างของความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนตัวบ่งชี้ด้านการใช้บริการ พบว่าเวลาเดินทางและความครบถ้วนของบริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างชัดเจน บุคลากรส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยทำงานที่มีประสบการณ์ยาวนาน มีภาระงานเพิ่มขึ้นหลังถ่ายโอนภารกิจ แต่ภาพรวมทรัพยากรและความร่วมมืออยู่ในระดับเพียงพอถึงระดับดี ความสัมพันธ์ทางสถิติชี้ให้เห็นว่า ทศคนคมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ในขณะที่ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ โมเดลมีความสอดคล้องดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (fit indices อยู่ในเกณฑ์ดีมาก) โดย ความรู้ (K) มีอิทธิพลทางตรงต่อผลกระทบหลังถ่ายโอนภารกิจ (RP) สูงที่สุด รองลงมาคือ ทศคนค (A) ผลการวิจัยสะท้อนว่า การพัฒนานโยบายหรือแผนงานด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้าง

องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ เพื่อช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน จึงควรดำเนินการพัฒนา ๓ ด้านพร้อมกัน คือ (๑) กลไกเชื่อมโยงของระบบระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจ (๒) ยกระดับคุณภาพและความครบถ้วนของการให้บริการที่ รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ และ (๓) พัฒนาศักยภาพของบุคลากร และทัศนคติของบุคลากร โดยมีระบบข้อมูลรองรับเพื่อการตัดสินใจ

**การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ**

- ๑) ผลการวิจัยจะนำไปสู่ข้อค้นพบด้านผลกระทบจากการถ่ายโอน เพื่อประกอบการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะกับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน
- ๒) ทำให้ทราบผลกระทบที่เกิดกับบุคลากร จากการการถ่ายโอนภารกิจ สามารถนำข้อค้นพบไปประกอบการวางแผนแก้ไขปัญหา และลดผลกระทบเพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร
- ๓) ข้อค้นพบสามารถนำไปสู่การสร้างแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อพัฒนาบทบาทการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทและปัญหาการถ่ายโอนภารกิจ
- ๔) ผลการวิจัยจะสามารถเป็นแนวทางการดำเนินงานให้กับผู้สนใจ เพื่อต่อยอดองค์

**สัดส่วนผลงานของผู้ประเมิน ร้อยละ ๘๐**

**กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน**

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ผู้ขอประเมินปฏิบัติ
๑. นายสนธยา พลโคตร	๘๐	๑. ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ๒. กำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย ๓. สร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ๔. จัดทำโครงร่างของการวิจัยและออกแบบขั้นตอนการวิจัย ๕. สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ๖. กำหนดแผนและกรอบการดำเนินงาน ๗. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ๘. สรุปและจัดทำรายงานผลการวิจัย
๒. ดร.สำราญ สิริภคมงคล	๒๐	๑. ศึกษากรอบแนวคิดของการวิจัย ๒. สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**การเผยแพร่ (ถ้ามี)**

- ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่.....
- ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่ (ได้รับการตอบรับ ตีพิมพ์บทความลงในวารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ประจำปี ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๖๙)
- ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

## ผลงานลำดับที่ ๒

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดกำแพงเพชร

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๘

### เค้าโครงเรื่องย่อ (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ)

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ มาตรา ๑๑(๑๓) (สำนักนายกรัฐมนตรี, ๒๕๖๑) โดย สปสช. มีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท. ระดับตำบล) ซึ่งอยู่ในการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบต.) โดยยึดหลักให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก มุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัดและการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกมิติเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่มีการคาดประมาณว่าประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๑๐.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๑๖.๒) ในปีพ.ศ.๒๕๕๘ เป็น ๒๐.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๑) ในปีพ.ศ.๒๕๘๓ (จිරศักดิ์ แก้วคำปา, ๒๕๖๔) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้กำหนดแนวทางการบริหารจัดการภายใต้โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ดูแลระยะยาว (Long Term Care) ผ่านระบบ ๓C (Care Manager: CM; Care Giver: CG และ Care Plan: CP) โดยสนับสนุนงบประมาณในการดูแลแบบเหมาจ่ายรายละ ๕,๐๐๐ บาท (ปี พ.ศ.๒๕๕๕) ๖,๐๐๐ บาท (ปี พ.ศ.๒๕๖๖) และ ๑๐,๔๔๒ บาท (ปีพ.ศ.๒๕๖๗) โดยให้หน่วยบริการสาธารณสุขสนับสนุนระบบบริการดูแลระยะยาวบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ในลักษณะจิตอาสาตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP) (กระทรวงสาธารณสุข: หนังสือที่ สธ ๐๙๔๑.๐๔/ว ๗๔๒ ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๐) เช่นเดียวกับจังหวัดกำแพงเพชร ได้ร่วมดำเนินการตั้งแต่เริ่มต้นและพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ มี CM ผ่านการอบรม จำนวน ๒๕๕ คน แต่ปฏิบัติงานจริง ๑๘๘ คน (ร้อยละ ๗๒.๕๘, ลาออก ๑ คน ย้ายงาน ๗๐ คน) ในส่วนของ CG ผ่านการอบรม จำนวน ๒,๐๕๗ คน ปฏิบัติงานจริง ๑,๘๔๔ คน (ร้อยละ ๘๙.๖๔) เมื่อศึกษาปัญหาเชิงลึกจะพบว่าหลายหน่วยบริการไม่ดำเนินการต่อ เนื่องจากปัญหาเรื่องการจัดทำหลักฐานทางการเงิน ปัญหาด้านผู้ดูแล (CG) จะดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะในหมู่บ้านที่ตนเองอาศัยอยู่ไม่ยอมไปหมู่บ้านอื่น ประกอบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีบุคลากรที่ผ่านการอบรม CM และหลายแห่งไม่มีบุคลากรสาธารณสุข จึงถือได้ว่าเป็นอุปสรรคอย่างมากในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวให้ประสบผลสำเร็จได้ยากขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษานี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร แบ่งการศึกษาเป็น ๒ ระยะคือ ๑) การประเมินสถานการณ์และการศึกษาบริบท ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน ๑๑ อำเภอ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามโครงการการดูแลระยะยาว จำนวน ๑๑๐ คน ๒) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart ๗(๑๙๘๘) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน (P-A-O-R) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามโครงการการดูแลระยะยาว ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ ๐.๐๕ และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง และระดับต่ำ ซึ่งถึงแม้ว่ามากกว่าครึ่งจะประกอบอาชีพรับราชการ แต่เนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพต่ำกว่า ๑๕ ปี (เฉลี่ย ๑๓.๘๙ ปี) จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับการดูแลระยะยาว (ร้อยละ ๙๔.๕) โดยได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิ มากที่สุด แต่เนื่องจากมีการกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาว (LTC) เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพ (ODOP) ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพียงร้อยละ ๑๔.๙ โดยส่วนใหญ่จะสนใจในเรื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และกลุ่มเปราะบาง จึงเป็นผลให้คณะกรรมการฯ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวยังไม่ดีพอทั้งภาพรวมและรายด้าน แต่หากพิจารณาการมีส่วนร่วมรายอำเภอพบว่าส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ยกเว้นอำเภอลำดับที่ ๖, ๑๐, ๑๑ ที่มีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาทางต่ำ และพบปัญหาการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง และระดับต่ำ เมื่อจำแนกรายอำเภอพบว่ามีความพึงพอใจในระดับปานกลางและสูง ยกเว้นอำเภอลำดับที่ ๔ ที่มีความพึงพอใจภาพรวม ความพึงพอใจในอัยาศัย/ความสนใจของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ แต่หากพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยพบความพึงพอใจในอัยาศัย/ความสนใจของผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ และปัญหาการได้รับการบริการที่ตรงเวลา มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด พบได้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ย ๕๖.๗๗ ปี มีการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน (เฉลี่ย ๘,๓๑๕.๔๕ บาท) จึงต้องทำงานหนัก (เกษตรกรรวม) ซึ่งถึงแม้จะเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว แต่ก็ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางต่ำ โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องที่สับสน. จะจ่ายค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเหมาจ่ายรายละ ๖,๐๐๐ บาท/ปี ปัจจุบันเพิ่มเป็น ๑๐,๔๕๒ บาท/ปี/ราย แต่เนื่องจากระบบการดูแลระยะยาวจะมีผู้ดูแล (CG) ที่ผ่านการอบรมเข้าไปดูแลให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการจัดสรรผ้าอ้อมสำเร็จรูปซึ่งเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาวค่อนข้างดี

รูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย ๑) การกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาว (LTC) เป็นประเด็น ODOP ของ พชอ. ๒) สร้างการรับรู้เพื่อสร้างความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่าย ๓) พัฒนาศักยภาพผู้จัดการ (CM) ผู้ดูแล (CG) อสม. และผู้นำชุมชน ๔) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมเวชศาสตร์ครอบครัว และ ๕) การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนตำบล และภาคส่วนต่าง ๆ

### การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ทำให้ได้ชุดความรู้ในการพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่แบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะทำงานในพื้นที่

๒. การประเมินผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาว ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละพื้นที่ได้สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการมากขึ้น ทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓. สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับการพัฒนาระบบการดูแลในประชากรกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ได้โดยการนำกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) มาหนุนเสริมให้การดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

สัดส่วนผลงานของผู้ประเมิน ร้อยละ ๑๐๐

การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว (ระบุแหล่งเผยแพร่) วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๓ กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๘

ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่

ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

#### ๔. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

เรื่อง การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

##### หลักการและเหตุผล

หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งอยู่ใกล้ชิดและให้บริการด้านสุขภาพประชาชนแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เป็นเหมือนด่านที่คอยสกัดกั้น/คัดกรอง (Gate Keeper) ผู้ป่วยไม่ให้หลังไหลเข้าไปแออัดที่โรงพยาบาลซึ่งจะช่วยลดปัญหาการรอคอยและภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัวและระบบเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพประสิทธิภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) ในการดำเนินงานเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประชาชน กระทรวงสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานในสังกัด ได้ดำเนินการภายใต้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี ๒๕๖๐ ซึ่งกำหนดให้บุคคลมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หน่วยงานภาครัฐจะต้องดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, ๒๕๖๐)

การเพิ่มคุณภาพ ประสิทธิภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม สะดวก รวดเร็ว ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์มาอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อรองรับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค ช่วยในการลดความแออัดของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) และได้พัฒนาคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และพ.ศ.๒๕๖๕ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาพแก่ประชาชนแบบองค์รวม ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามินทราชนิ (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามแนวทางการกระจายอำนาจซึ่งถือได้ว่าเป็นภารกิจใหม่ของ อบจ. ที่ต้องบริหารจัดการทรัพยากรภายใต้หน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (CUP) ทำให้ สอน. และ รพ.สต. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๖๗)

จังหวัดกำแพงเพชร ได้นำเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มาประเมินคุณภาพหน่วยบริการทั้ง ๑๒๐ แห่ง โดยพบว่าในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์รับรอง ๕ ดาว ร้อยละ ๑๗.๕๐, ๔๗.๕๐, ๓๓.๓๓ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จึงให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมินในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ได้ทำการประเมินเพื่อรับรองซ้ำ รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ จำนวน ๑๒๐ แห่ง โดยทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดพบว่าผ่านเกณฑ์ ๕๘ แห่ง (ร้อยละ ๔๘.๓๓) (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.กำแพงเพชร, ๒๕๖๖) ปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘ ได้นำเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ.๒๕๖๖ มาใช้ในการประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพบปัญหาคล้าย ๆ กันคือ การ

ใช้ยาอย่างสมเหตุผล งานคุ้มครองผู้บริโภค งานทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การจัดการความรู้ นวัตกรรมและงานวิจัย และปัญหาสำคัญของหน่วยบริการถ่ายโอน อบจ. คือไม่มีแพทย์ประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

จากข้อมูลข้างต้น จึงนับได้ว่าเป็นประเด็นที่ท้าทายและต้องทบทวนหาแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดกำแพงเพชร ให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐานโดยการจัดการไกลและกระบวนการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ.๒๕๖๖ เพื่อสนับสนุนให้ รพ.สต.ในสังกัดและถ่ายโอนได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

## บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### บทวิเคราะห์

การเตรียมความพร้อมและการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดกำแพงเพชร มีการประสานความร่วมมือในรูปของเครือข่ายบริการ (NPCU) เพื่อให้มีการพัฒนาไปพร้อม ๆ กันและเนื่องจากมีปัญหาในเรื่องของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ไม่เพียงพอในการจัดสรรให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ถึงแม้ที่ผ่านจะได้จัดทำโครงการฝึกอบรมแบบระยะสั้นเป็นประจำทุกปี ทั้งนี้เพื่อให้มีหมอครอบครัวประจำตัวประชาชนครบ ๓ คน ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดแข็งของจังหวัดกำแพงเพชรที่ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ตามเกณฑ์ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และให้การสนับสนุนพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ปัญหาในส่วนที่นำนโยบายไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการพัฒนา และโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ชัดเจนกับเกณฑ์ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ทำให้ขาดการสนับสนุนงานตามภารกิจ (LAB, เกสซ์, IC) ซึ่งจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ เพื่อนำมากำหนดเป็นกลยุทธ์ด้วยเทคนิค TOWS Matrix ได้ดังนี้

#### ๑. กลยุทธ์เชิงรุก (SO) ได้แก่

๑.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

๑.๒ พัฒนาทีมพี่เลี้ยงให้เข้าใจและใช้เกณฑ์ให้เกิดการพัฒนาโดยยึดบริบทตามพื้นที่ พร้อมกำหนดแผนการประเมินและติดตามผลการพัฒนา

#### ๒. กลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO) ได้แก่

๒.๑ การสนับสนุนการดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการ (LAB) และเกสซ์กรรม RDU คบส. ของโรงพยาบาลแม่ข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องของการจัดการความรู้ งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) และการจัดทำนวัตกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

#### ๓. กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST) ได้แก่

๓.๑ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานทางด้านสุขภาพของบุคลากรให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ

๓.๒ ปรับปรุงระบบสื่อสาร-ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อชุมชน เช่น เสียงตามสาย หอกระจายข่าว ซึ่งเป็นช่องทางที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว

#### ๔. กลยุทธ์เชิงรับ (WT) ได้แก่

๔.๑ ปรับบทบาทการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขเน้นการดำเนินงานเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ และมีภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานแบบ “สร้างนำซ่อม”

๔.๒ จัดทำฐานข้อมูลประชากรเป้าหมายและจำแนกกลุ่ม (ดี เสี่ยง ป่วย) เพื่อกำหนดกลวิธีดำเนินงาน (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา และร่วมเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ

ผู้เสนอแนวคิดได้นำกลยุทธ์มาทำข้อเสนอวิสัยทัศน์ แนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน การบริการมีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดีและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งในการพัฒนานี้มีทั้งที่สามารถดำเนินการได้ในปัจจุบันและวางแผนการดำเนินงานในอนาคตโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ต่อไป

## แนวความคิด

### ๑. แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป (สำเร็จ แหียงกระโทก, ๒๕๖๑) หรือการบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชากรส่วนใหญ่ที่ให้บริการแบบผสมผสานในบริบทของครอบครัวและชุมชน ที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก

การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นเสมือนประตูด่านแรกในระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเสมอภาคของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและเกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญคือการทำให้ผู้รับบริการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นด้วยต้นทุนที่ต่ำ นอกจากนี้การบริการสุขภาพปฐมภูมียังช่วยในด้านความเสมอภาคทำให้ผู้มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ลดการใช้ทรัพยากรในสถานพยาบาล เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการมีแพทย์เพิ่มขึ้นในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการดูแลโรคเมเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และการตายของทารก เป็นต้น

### ๒. การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU)

เนื่องจาก PCU เป็นรูปธรรมของ Primary Care เพราะการพูดถึงบริการปฐมภูมินั้นจะมีสภาพบริการที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ แต่ยังคงแสดงลักษณะการเป็น PCU ไม่ครบถ้วน ดังนั้น เพื่อแสดงให้เห็นลำดับขั้นของการพัฒนา PCU ซึ่งเป็นจุดอุดมคติ โดยแสดงจากขั้นง่ายไปยาก ดังต่อไปนี้ (สำเร็จ แหียงกระโทก, ๒๕๖๑)

๑) มาตรฐานทางโครงสร้างหรือกายภาพ เป็นขั้นตอนของการเตรียม PCU ซึ่งต้องเป็นโครงสร้างหรือสิ่งที่มองเห็นชัดเจน และจะต้องมีการเตรียมการให้พร้อมก่อนที่จะดำเนินการ

๒) มาตรฐานกระบวนการ การจัดการหรือการปฏิบัติกิจกรรม หรือ Process ดำเนินงาน โดยจะมีกระบวนการทำงานหรือปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในการจัดบริการของ PCU

๓) มาตรฐานของผลลัพธ์ หรือผลการดำเนินงาน เมื่อ PCU ได้มีการดำเนินงานตามข้อ ๑ (โครงสร้าง) ข้อ ๒ (กิจกรรม) จะเกิดผลลัพธ์ที่เป็น Out-put หรือ Out-come หรือ Impact

เมื่อมีการพัฒนา PCU ไปถึงขั้นมาตรฐานผลลัพธ์ขั้น ๓ แล้ว PCU จะต้องมีคุณลักษณะโดยสรุปเป็นตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ๙ ประการ ดังนี้

๑) มี (Availability) มีความหมาย คือ

๑.๑) มีสถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้บ้านหรือชุมชน

๑.๒) มีอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอและพร้อมใช้

๑.๓) มีบุคลากรให้บริการตามมาตรฐาน

๒) ดี (Good Care Standard care) ระบบต่างๆที่มีอยู่จะต้อง

๒.๑) มาตรฐานระบบบริการ/การดูแล (Standard of care)

๒.๒) มาตรฐานของเครื่องมืออุปกรณ์ (Standard of Equipment)

๒.๓) ทัศนคติที่ดี (Attitude) บุคลากรต้องมีทัศนคติที่ดีต่อแนวคิดการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว

๓) เข้าถึง (Accessibility of Care) คือประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน

๓.๑) สภาพทางภูมิศาสตร์ (Geographical Accessibility) ได้แก่ ระยะทาง ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

๓.๒) หลักประกันด้านสุขภาพ (Financial Accessibility) ราคา/ค่าใช้จ่าย ไม่ใช่เป็นตัวกีดกันในการเข้าถึงบริการของประชาชน

๓.๓) มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน (Service Accessibility)

๔) พึงใจ (Acceptability) ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

๔.๑) ผู้มารับบริการจะต้องมีความพึงพอใจ(Customer Satisfaction) ไม่มารับบริการด้วยความทุกข์

๔.๒) ผู้มารับบริการได้รับบริการที่เข้าอกเข้าใจ-ประทับใจ (Excellence Service Behavior)

๔.๓) ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อคิดเห็นเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขได้

๕) จ่ายคุ้ม (Efficiency) การลงทุนในสถานบริการ

๕.๑) บริการที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่มีผลลัพธ์สูง

๕.๒) คุ้มค่าง่าย (Cost Effectiveness/Cost-Benefit)

๕.๓) ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocation Efficiency) คือมีความสมดุลระหว่างผลผลิต (Supply) และความต้องการ (Demand)

๖) ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement)

๖.๑) ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว

๖.๒) ประชาชนมีส่วนร่วม ในการพัฒนาหรือซ่อม-สร้างสถานบริการสุขภาพของชุมชน

๖.๓) ประชาชนมีส่วนร่วมในด้านการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชน

๗) เป็นองค์รวม (Holistic Care)

๗.๑) การดูแลแบบองค์รวมโดยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

๗.๒) มีระบบข้อมูลเอื้อให้เกิดบริการแบบองค์รวม

๗.๓) มีการเชื่อมโยงบูรณาการ (Integration) ของระบบบริการ ส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู และให้บริการต่อเนื่อง

๘) ต่อเนื่อง (Continuity of care)

๘.๑) มีการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยจนกระทั่งการเจ็บป่วยในครั้งนั้น ๆ (Episode Care)

๘.๒) มีการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น Care Coordinator

๘.๓) การจัดการบริการรักษาพยาบาลที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันอย่างหลากหลาย

๙) ความพร้อมในเรื่องอื่นๆ ตามสภาพพื้นที่และเงื่อนไขเวลา ดังนั้น สถานบริการปฐมภูมิจึงต้องพร้อมที่จะพัฒนาตามสภาวการณ์ตลอดเวลา

### ๓. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

คุณภาพการให้บริการเป็นการตอบสนองความต้องการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารที่มีมิตรไมตรี ความมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมินั้นมีความเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผล ให้นำหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินำไปพัฒนาการให้บริการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพรวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงานในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นที่ระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มาตรฐานที่สุด

## แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ ๑ ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ ๒ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ ๓ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ ๕ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ ๖ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ ๗ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ส่วนที่ ๘ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

รวมคะแนนทั้งหมด ๒๕๓ คะแนน การประเมินตามเกณฑ์คุณภาพคู่มือฯ ปี ๒๕๖๖ (ฉบับปรับปรุง) ส่วนที่ ๑-๔ ต้องผ่านทุกข้อ ส่วนที่ ๕-๘ ทำให้ผ่านเพียงร้อยละ ๘๐ ก็ผ่านเกณฑ์คุณภาพแล้ว

### ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งสภาพแวดล้อมภายใน-ภายนอกของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ผู้เสนอแนวคิดได้นำกลยุทธ์มากำหนดกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

๑.๑) ประสานความร่วมมือโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดอบรมให้ความรู้บุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒) ในประเด็นที่พบว่าเป็นปัญหา ได้แก่ งานเภสัชกรรม/RDU งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) งานคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ (LAB)

๑.๒) รูปแบบการอบรม เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ มีการบรรยาย การทำกลุ่มและทำการทดสอบก่อนและหลังการอบรม

๒. พัฒนาทีมพี่เลี้ยงให้เข้าใจและใช้เกณฑ์ให้เกิดการพัฒนาโดยยึดบริบทตามพื้นที่ พร้อมกำหนดแผนการประเมินและติดตามผลการพัฒนา

๒.๑) ทีมพี่เลี้ยง ควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์คุณภาพ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ได้แก่ ผู้บริหาร (สาธารณสุขอำเภอ/ผช.สสอ.) เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ (งานปฐมภูมิฯ) เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทย พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการการเงินและบัญชีหรือผู้รับผิดชอบ

๒.๒) ทีมพี่เลี้ยงทำการพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากร ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ การกำกับ ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

๒.๓) ทีมพี่เลี้ยงกำหนดแผนการประเมินและติดตามผลการพัฒนาในระดับอำเภอ จังหวัด

๒.๔) ทีมพี่เลี้ยงจัดเวทีคืนข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อต่อยอดในการพัฒนา

๓. การสนับสนุนการดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการ (LAB) และเภสัชกรรม RDU คปส. ของโรงพยาบาลแม่ข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลแม่ข่ายควรสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้ง ๓ ด้าน ดังนี้

๑) จัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น งบประมาณ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาวัสดุขั้นสูง เครื่องมืออุปกรณ์ครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการจัดบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP)

๒) จัดทำแผนการสนับสนุนที่สำคัญ เช่น ระบบเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบการดูแลต่อเนื่อง (เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย) รวมถึงระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบงานชั้นสูง ระบบยาและเวชภัณฑ์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบพัฒนาคุณภาพ และการบริหารทรัพยากรบุคคล

๓) จัดทำแผนการนิเทศงาน เรื่องการบริหารจัดการยาเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัยตามมาตรฐาน และงานด้านชั้นสูตร ให้ได้มาตรฐาน ถูกต้องเหมาะสม

๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องของการจัดการความรู้ งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) และการจัดทำ นวัตกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/จังหวัด ควรมีบทบาทและสนับสนุนให้บุคลากร รพ.สต. ได้รับการพัฒนาและ สร้างเสริมประสบการณ์ทางวิชาการ ดังนี้

๑) จัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการพัฒนางานวิชาการจากงานประจำซึ่งในการ ดำเนินงานด้านสุขภาพจะมีข้อมูลที่หลากหลาย หากบุคลากรสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จะเกิดการพัฒนาในแง่ ของผลงานวิชาการและนวัตกรรมสุขภาพ/ระบบบริการสุขภาพ

๒) ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจาก ทุกภาคส่วน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเป็นเจ้าของและร่วมสร้างระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา/บริบทของพื้นที่

๓) สนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) จากการใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพที่พบได้ในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพโดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

๔) สร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการพัฒนางานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสร้างค่านิยมองค์กรในการสรรค์สร้างนวัตกรรม ผลงานด้านสุขภาพ บนพื้นฐานทางวิชาการในการ พัฒนางองค์กรแห่งการเรียนรู้

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

#### เชิงปริมาณ

๑. บุคลากรที่เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการมีความรู้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ผ่านเกณฑ์ คุณภาพฯ โดยเฉพาะงานเภสัชกรรม/RDU/งานคุ้มครองผู้บริโภค และงานคุณภาพมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ (LAB) เพิ่มมากขึ้น (≥ร้อยละ ๘๐)

๒. ทีมพี่เลี้ยงที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพมีความรู้-ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์และการใช้เกณฑ์ (พ.ร.บ.ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒) รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำแก่ทีมบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เกี่ยวกับการ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ การกำกับ ติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ พร้อมกำหนดแผนการ ประเมินและติดตามผลการพัฒนา

๓. บุคลากรที่เข้ารับการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) มีการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กรและมี ผลงานวิจัย หรือนวัตกรรมสุขภาพ อย่างน้อย ๑ เรื่อง/แห่ง/ปี

#### เชิงคุณภาพ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพ (พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒) แบบ มีส่วนร่วมในการจัดบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเป้าหมายสำคัญคือประชาชนสุขภาพดี บนหลักการโดยใช้พื้นที่เป็น ฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

#### ตัวชี้วัด

๑) หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดกำแพงเพชรทุกแห่ง ได้รับการพัฒนาและมีผลประเมินรับรองคุณภาพ ตามเกณฑ์ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ภายในปีพ.ศ.๒๕๖๙

๒) หน่วยบริการปฐมภูมิ มีผลงานวิชาการ เช่น งานวิจัย นวัตกรรม อย่างน้อยแห่งละ ๑ เรื่อง

๓) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (≥ร้อยละ ๘๐)

## ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการปฐมนุญที่มีคุณภาพ
- ๒) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ
- ๓) ประชาชนสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## การรับรองผลงาน

### ๑. คำรับรองของผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงความเป็นจริงทุกประการ

ผลงานลำดับที่ ๑ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ถ้ำไอน เพื่อเสริมสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของจังหวัดกำแพงเพชร

(ลงชื่อ).....

( นายสนธยา พลโคตร )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วันที่..... 6 มกราคม ๒๕๖๙ .....

(ลงชื่อ).....

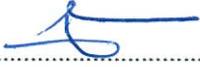
( ดร.สำราญ สิริภคมงคล )

(ตำแหน่ง) อาจารย์คณะศิลปศาสตร์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกริก

วันที่..... 6 มกราคม ๒๕๖๙ .....

ผลงานลำดับที่ ๒ เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดกำแพงเพชร

(ลงชื่อ).....

( นายสนธยา พลโคตร )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วันที่..... 6 มกราคม ๒๕๖๙ .....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....