



# CUP Management



การบริหารจัดการเครือข่าย  
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ



ISBN 978-974-8388-78-6



# CUP Management

การบริหารจัดการเครือข่าย  
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ



หนังสือชุด "ประสบการณ์คนทำงาน  
ด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ"

เล่ม 1 "การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP Management)"

เล่ม 2 "ประสบการณ์การบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU Management)"

เล่ม 3 "ประสบการณ์การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) ในเขตเมือง"

# CUP Management

การบริหารจัดการเครือข่าย  
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้เขียน                      สุภัทธร ฮาสสุวรรณกิจ , Ernst Tenambergen  
ที่ปรึกษา                      สุพัตรา ศรีวณิชชากร  
บรรณาธิการ              ทศนีย์ ญาณะ และ ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ

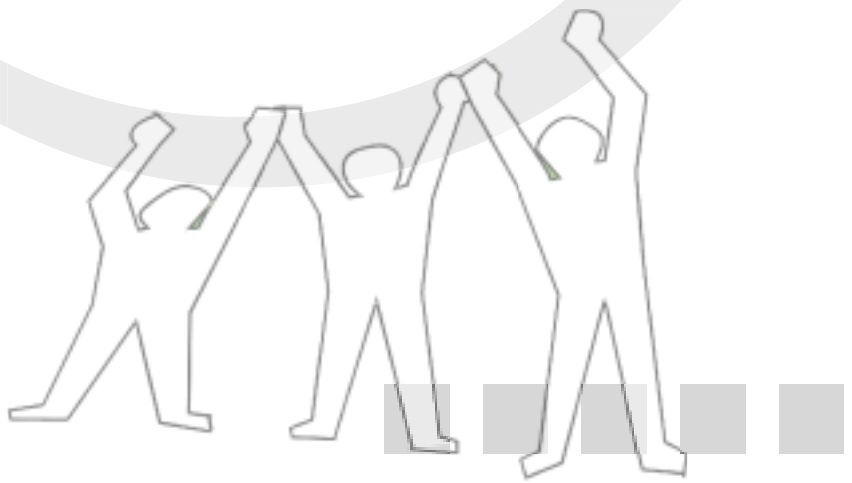
พิมพ์ครั้งที่ 1              สิงหาคม 2550  
ISBN                          978-974-8388-78-6  
จำนวนพิมพ์              2,000 เล่ม  
พิมพ์ที่                      นโม พรีนติ้งแอนด์พับลิชชิง  
รูปเล่ม                        Zenith studio  
ราคา                          145 บาท

สนับสนุนการพิมพ์โดย      สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)  
จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย    สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)  
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 0-2590-1851, 0-2590-1852  
โทรสาร 0-2590-1839  
<http://www.thaiichr.org>  
E-mail : [webadmin@thaiichr.org](mailto:webadmin@thaiichr.org), [ichr2005@yahoo.com](mailto:ichr2005@yahoo.com)

## คำนำ

หน่วยบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเดิมเป็นบทบาทที่ใช้ในนามของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในฐานะที่เป็นองค์กรบริหารจัดการและพัฒนาระบบสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งปัจจุบันมีการใช้คำใหม่ในความหมายของหน่วยคู่สัญญาที่ทำหน้าที่รับจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ ตามเงื่อนไขของการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ว่าเป็น Contracted unit of primary care (CUP) ซึ่งสามารถขึ้นทะเบียนได้ทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับกระทรวงสาธารณสุขที่มีโครงสร้างหน่วยงานภายใต้ระบบราชการอยู่แล้ว CUP จึงเป็นกลไกที่เกิดขึ้นท่ามกลางโครงสร้างงาน วัฒนธรรมการทำงาน การบริหารจัดการที่มีอยู่เดิม และด้วยข้อจำกัดมากมาย การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่จึงเป็นความท้าทายและความพยายามในการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง

การรวบรวมเอกสารประสบการณ์และบทเรียนที่เกิดขึ้นในการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่หลากหลายของบางพื้นที่ในประเทศไทย ประกอบกับการจัดเวทีแลกเปลี่ยนและจัดการความรู้ของผู้นำและคนทำงานในเครือข่ายที่มีผลงานน่าสนใจ ซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ช่วยให้เกิดสาระที่ใช้เป็นข้อคิด แนวทาง หรือรูปธรรมการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในระบบสุขภาพเพื่อนำไปพัฒนางานต่อไป



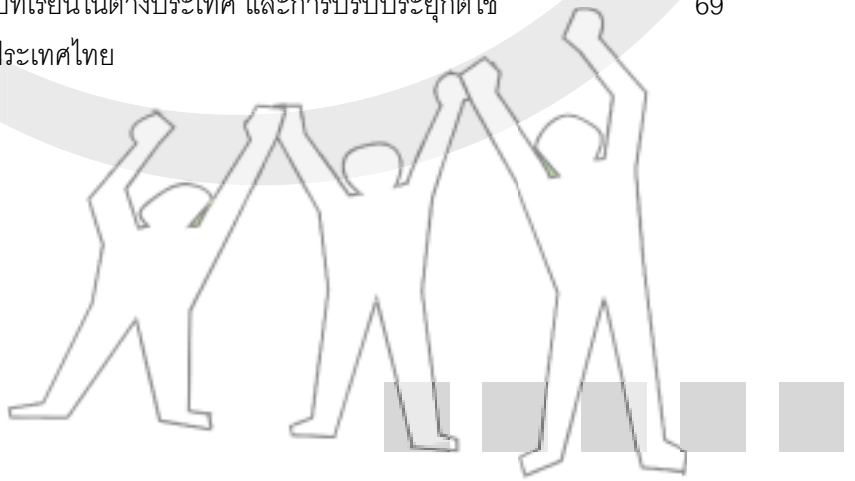
หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นสื่อที่ถ่ายทอด เปิดมุมมองการเรียนรู้และเก็บตก ประสบการณ์ที่ดีทั้งจากบทเรียนการพัฒนาในพื้นที่ประเทศไทย ประเด็นสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับอำเภอและหน่วยบริการจัดการเครือข่าย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ โดยเนื้อหาหลักในหนังสือมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งซึ่งเป็นการสังเคราะห์ประสบการณ์การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) ในพื้นที่ต่างๆ ในประเทศไทย ซึ่งเรียบเรียงโดยนายแพทย์ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ โรงพยาบาลจะนะ สงขลา และส่วนที่สอง ที่นำเสนอหลักวิชาการ ในการบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ บทเรียนจากต่างประเทศ และข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนาในประเทศไทย โดย Dr. Ernst Tenambergen ผู้เชี่ยวชาญจากสหภาพยุโรปของสำนักงานโครงการเพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้เขียนทั้งสองท่าน และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาอ่าน ให้ความเห็น และข้อเสนอแนะต่อเอกสารฉบับร่าง และที่ต้องขอบคุณเป็นพิเศษ คือ ผู้ร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากพื้นที่ทุกท่านที่ร่วมกระบวนการในเวทีจัดการความรู้และได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และบทเรียนจริงที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

บรรณาธิการ



บทนำ	1
<b>ส่วนที่ 1 บทเรียนการบริหารจัดการ CUP ในประเทศ</b>	<b>3</b>
● สถานการณ์ความท้าทายของ CUP ในปัจจุบัน	5
● นคราสาธารณสุข : อุปสรรคหรือดุลยภาพ	9
● ภาวะการเป็นผู้นำของผู้นำ CUP (Leadership)	11
● CUP Board หัวใจของการจัดการแบบเครือข่าย	13
● CUP นอกกระทรวงสาธารณสุข	17
● พันธกิจ 3 ประการของการเป็น CUP	21
พันธกิจที่ 1 บทบาทในการบริหารจัดการและพัฒนา ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ	22
พันธกิจที่ 2 การเชื่อมต่อกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้เป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการทำงานด้านสุขภาพ	49
พันธกิจที่ 3 การสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนของภาคประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง	55
● สรุปส่งท้าย	63
<b>ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health system Management)</b>	<b>67</b>
● หลักการ บทเรียนในต่างประเทศ และการปรับประยุกต์ใช้ ในบริบทประเทศไทย	69







# บทนำ

CUP หรือ Contracted unit of Primary care คือ หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งรับเงินตรงจาก สปสช. แบบเหมาจ่ายรายหัวประชากร นับเป็นกลไกบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา หน่วยคู่สัญญา (CUP) นี้มีทั้งส่วนที่เป็นรัฐ และเอกชน แต่ส่วนใหญ่เป็นเป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับ CUP โรงพยาบาลเอกชนและหน่วยรัฐอื่นที่มีใช้กระทรวงสาธารณสุขนั้นไม่มีกลไกบริหารที่ซับซ้อน เพราะมีหน่วยบริการในเครือข่ายไม่มาก และอยู่ในสายบริหารสายเดียวกัน หน่วยคู่สัญญาและหน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นหน่วยงานที่ซ้อนทับอยู่ด้วยกัน แต่สำหรับหน่วยคู่สัญญา (CUP) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีความซับซ้อนมากกว่า เพราะการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นจะต้องประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทต่างๆ อันได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ร่วมกับบริการบางส่วนของโรงพยาบาลจึงจะครบตามมาตรฐาน ดังนั้น CUP ในส่วนกระทรวงสาธารณสุขจึงหมายรวมถึง เครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลซึ่งทับซ้อนหรือเหลื่อมกับกลไกประสานงานเดิมที่เรียกว่า คณะกรรมการบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ





(คปสอ.) อันเนื่องจากสถานีนามัยมีได้ขึ้นตรงต่อโรงพยาบาลชุมชน แต่ขึ้นตรงกับสาธารณสุขอำเภอตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้การบริหารจัดการ CUP ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความซับซ้อน สับสน และทำทลายต่อการจัดการให้เกิดผลที่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์

นอกจากนี้ความหมายของ CUP ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข ยังมีส่วนที่เหลื่อมซ้อนกับการบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System) อันหมายถึง การบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพ และโครงการทางด้านสาธารณสุขต่างๆ โดยมองจากพื้นที่อำเภอเป็นตัวตั้ง ที่มีผลลัพธ์ คือ สุขภาพของประชาชนในอำเภอที่พิจารณาขอบเขตงานกว้างกว่าบริการปฐมภูมิ แต่รวมบริการของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อด้วย

ที่ผ่านมามีความสับสนต่อคำนี้ในหลายลักษณะ บางแห่งมองบทบาท CUP เพียงแต่เป็นหน่วยจัดการงบประมาณให้หน่วยบริการปฐมภูมิ บางแห่งมองภาพการบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอร่วมกัน บางแห่งให้ความหมาย CUP เท่ากับโรงพยาบาลมิได้รวมสถานีนามัยเข้าไปด้วย จึงควรมีการทำความเข้าใจต่อเรื่องนี้ให้ชัดทั้งในเชิงวิชาการ และในเชิงรูปธรรมจริงของการบริหาร

ในระยะเวลาที่ผ่านมา เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งหมายรวมโรงพยาบาลร่วมกับสถานีนามัยและสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ต่างๆ ในประเทศไทยได้มีวิวัฒนาการ มีการปรับตัวเข้าหากันในหลายลักษณะ มีการพัฒนากลไก วิธีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) เห็นว่าบทเรียน ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาในระยะต่อไป จึงได้จัดการให้มีการรวบรวมถอดบทเรียน ประสบการณ์จากพื้นที่ที่น่าสนใจในภาคต่างๆ โดยรวบรวมจากเอกสารและการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน แล้วสรุปเรียบเรียงให้เป็นข้อสรุปสาระเกี่ยวกับการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในหนังสือเล่มนี้ส่วนที่ 1 เพื่อเป็นข้อคิด แนวทางในการพัฒนาระบบงาน รวมทั้งเป็นรูปธรรม ตัวอย่าง แก่เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ และตำบล ต่อไป

# ส่วนที่ 1

## บทเรียนการบริหารจัดการ CUP ในประเทศ

สถานการณ์ความท้าทายของ CUP ในปัจจุบัน

นคราสาธารณสุข : อุปสรรคหรืออุปสรรค

ภาวะการเป็นผู้นำของผู้นำ CUP (Leadership)

CUP Board หัวใจของการจัดการแบบเครือข่าย

CUP นอกกระทรวงสาธารณสุข

พันธกิจ 3 ประการของการเป็น CUP

พันธกิจที่ 1 บทบาทในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ

พันธกิจที่ 2 การเชื่อมต่อกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้เป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการทำงานด้านสุขภาพ

พันธกิจที่ 3 การสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนของภาคประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง

บทส่งท้าย





# สถานการณ์ ความท้าทายของ CUP ในปัจจุบัน

โครงสร้างในการบริหารจัดการระบบ  
สาธารณสุขภาครัฐในระดับอำเภอนั้น มี  
โครงสร้างที่ยึดถือกันมายาวนานตามกฎหมาย  
โดยมีองค์กรทั้งสิ้น 3 องค์กรคือ

1. โรงพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการดูแลรักษาพยาบาล  
ประชาชนทั้งอำเภอและดูแลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ  
เฉพาะกลุ่มประชากรในพื้นที่ตำบลที่โรงพยาบาลตั้งอยู่  
เท่านั้น
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือหน่วยงานที่มีบทบาทใน  
การกำกับดูแลสถานอนามัยหรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนใน  
พื้นที่นอกเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาล ซึ่งมีความ  
สำคัญมากต่อการควบคุมกำกับติดตามงานด้านการ  
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน
3. สถานีอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน มีหน้าที่เป็นหน่วย  
บริการปฐมภูมิด้านหน้า ที่ทำหน้าที่ทั้งด้านการรักษา  
ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ประชากรทุกคนในหมู่บ้าน  
หรือตำบลที่รับผิดชอบ

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ทำให้เกิดกลไก  
บริหารจัดการใหม่ในระบบสาธารณสุขขึ้นมา นั่นคือ การบริหาร  
จัดการทั้งองค์กรบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) และ  
หน่วยบริการปฐมภูมิ ( PCU)



ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลไกการประสานงานในระดับอำเภอมีเป็นระบบอยู่ก่อนแล้วเรียกว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” โดยเนื้อหาการประชุมเพื่อประสานงานนั้นจะเป็นเรื่องการติดตามงานและการประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ มีเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบ้างไม่มากนัก เพราะในสมัยนั้นไม่มีการจัดการงบประมาณร่วม งบประมาณมีการจัดสรรจากระดับจังหวัดซึ่งแบ่งให้แก่ละของค์กรชัดเจนมาแล้ว

แต่ในปัจจุบัน เมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณและครุภัณฑ์ ทำให้ความสัมพันธ์ในการทำงานระดับอำเภอผ่านกลไก CUP มีความยากลำบากมากขึ้น การจัดสรรต้องมีคนได้มากได้น้อย การจัดสรรให้เป็นแบบ win-win นั้นยากมาก ประกอบกับในทุกวันนี้ค่านิยมเรื่องเงินตราได้แทรกไปในทุกองค์กร ทำให้การจัดการในระดับ CUP ไม่ง่ายเหมือนการจัดการในกลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

จากโครงสร้างดังกล่าว ทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่สำคัญมาก และเป็นหัวใจของ CUP Management เพราะไม่ใช่องค์กรแนวตั้งในสายการบังคับบัญชา แต่เป็นองค์กรแนวราบที่ต้องประสานและทำงานร่วมกัน เป็น Functional organization ซึ่งเป็นสิ่งที่พูดง่าย แต่ทำได้ไม่ถนัดนัก

อย่างไรก็ตาม แม้งานของ CUP นั้นมีมากและสำคัญเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนด้านสุขภาพในระดับอำเภอ แต่องค์กร CUP ส่วนใหญ่ไม่มีตัวตนชัดเจน ผกผันกับความขยันและการเห็นความสำคัญของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

## หนึ่งในมุมมองของผู้บริหาร CUP “โรงพยาบาลชุมชนถึงสถานีอนามัยไม่ได้”

นพ.สมยศ ศรีจารนัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง และประธานเครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาวง (CUP เขาวง) จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ทัศนะว่า “การทำงาน CUP หรือ คปสอ. นั้นคงคล้ายๆกับหลายที่คือ มีการทำงานร่วมกันแต่ก็จะไม่ร่วมกัน ที่นี้สาธารณสุขอำเภอเปลี่ยนบ่อย นายอำเภอก็เปลี่ยนบ่อย งานสาธารณสุขจึงมีโรงพยาบาลที่คอยเชื่อมให้มีความต่อเนื่อง การตั้งสถานีอนามัยเข้ามาร่วมงานสาธารณสุขให้เป็นทีม ก็ใช้การมองในเชิงบวกเช่นกัน คือทำให้เขาเห็นว่าน่าสนใจ และอยากมาเข้าร่วมขบวน

ที่อำเภอเขาวงพยายามให้สถานบริการไม่ว่าโรงพยาบาลเขาวงหรือสถานีอนามัยมีมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะเรื่องของการควบคุมการติดเชื้อและเรื่องการเงิน “ที่สถานีอนามัยต้องมีมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล”

ส่วนงานสำคัญๆบางอย่างนั้น โรงพยาบาลดูแลครอบคลุมทั้งอำเภอเช่น งานอนามัยแม่และเด็กและงานทันตกรรมโรงเรียน ซึ่งทำกันจริงจัง ไม่เกี่ยงว่าเป็นพื้นที่ของสถานีอนามัย

นอกจากนั้นในด้านการรักษาพยาบาลยังมีการจัดระบบการนัดหมายผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้กลับไปรักษาที่สถานีอนามัย เช่นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ และปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยมีการประสานแบบแผนการรักษากับสถานีอนามัยและประมาณ 6 เดือนก็จะมีการนัดหมายมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลครั้งหนึ่ง

การจะทำให้มาตรฐานงานบริการที่สถานีอนามัยเหมือนกับที่โรงพยาบาลได้นั้น ต้องพัฒนาบุคลากรเป็นสำคัญ พยาบาลหรือทันตภิบาลที่ออกไปอยู่ในสถานีอนามัย จะไม่ถูกทอดทิ้ง จะมีการเชิญชวนกลับมาฝึกเพิ่มพูนทักษะหรือเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ โดยสม่ำเสมอ ”

คุณหมอสมาศให้ข้อคิดตบท้ายว่า **“โรงพยาบาลชุมชนก็เป็นเสมือนพี่ใหญ่ในอำเภอ เราต้องช่วยน้องเล็กสถานีอนามัย ดูแลเขา สนับสนุนเขา เพื่อให้ภาพรวมของงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอขยับไปพร้อมๆกัน”**





# นครสาธารณสุข : อุปสรรคหรือ คุณภาพ

โจทย์ใหญ่ของ CUP Management คือ การที่องค์กรนำในระดับอำเภอมี 2 องค์กรคือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปนั้น เป็นปัญหา หรือไม่เพียงใด เป็นปรากฏการณ์ 2 นครสาธารณสุข ที่เป็น อุปสรรคหรือคุณภาพ

แต่ปรากฏการณ์ที่เด่นชัดก็คือ

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่ได้บริหารดีทุกคน เช่นเดียวกับ สาธารณสุขอำเภอ
- ผู้อำนวยการที่อายุน้อย แต่สาธารณสุขอำเภออาวุโส มาก ยากจะเข้าใจกัน
- คำถามที่มาจาก CUP และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลว่า “แพทย์จบ ใหม่จำเป็นต้องเป็นผู้บริหารหรือไม่”
- แพทย์ส่วนใหญ่มักละเลยงานด้าน primary care ควรมาดูแล งานสร้างเสริมสุขภาพระดับอำเภอใหม่

ดังนั้น รูปแบบ 2 นครสาธารณสุขอาจจะเป็นรูปแบบที่จำเป็นต้อง ยอมรับในปัจจุบัน แม้จะมีข้อจำกัดมาก แต่ก็มีสมดุลแห่งการจัดการใน ระดับหนึ่ง ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ในการบริหารจัดการอย่างมาก หากยอมรับแนวคิดนี้ การบริหารจัดการต้องเป็นลักษณะที่ให้เกิด ความสมานฉันท์อย่างมีทิศทางในระดับอำเภอ หรืออาจกล่าวได้ว่า





เป้าหมายของ CUP Management คือ สร้างความสอดคล้องกลมกลืนของความเป็นเอกภาพองค์กร แต่ยอมรับความหลากหลายได้ ซึ่งเมื่อคำนึงถึงความเป็นเอกภาพมาก ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและความคล่องตัวขององค์กรก็อาจจะลดน้อยถอยลงไป

การหมั่นประชุมเป็นเนืองนิตย์นั้นเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างองค์กร CUP ให้เป็นองค์กรการจัดการที่มีความสมานฉันท์ เพราะถึงแม้ว่าการประสานนอกรูปแบบจะมีความจำเป็นในการขับเคลื่อนงานของ CUP แต่การจัดให้มีเวทีในการประสานความเข้าใจและแก้ปัญหาอย่างเป็นทางการก็มีความสำคัญยิ่งต่อการสร้างเอกภาพในการบริหารจัดการภายใน CUP

นอกจากการรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแล้ว ช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยในพื้นที่ก็เป็นอีกโจทย์หนึ่งที่เราควรใส่ใจ เพราะการฝากการถ่ายทอดการประสานโดยผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นคนกลางอาจไม่เพียงพอ การสื่อสารตรงระหว่างโรงพยาบาลกับทางสถานีอนามัยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดช่องว่างตรงนี้ได้ ซึ่งการที่ตัวแทนจาก CUP หรือโรงพยาบาลได้ไปเข้าร่วมการประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งมีหัวหน้าสถานีอนามัยทุกแห่งมาร่วมการประชุมด้วยทุกครั้ง จะสามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการสื่อสารระหว่างกันได้ดี อีกทั้งสามารถแก้ปัญหาฉิบาณะที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วด้วย

ที่ CUP บัว จังหวัดน่าน ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว ได้วางระบบการเสริมสร้างความสัมพันธ์และเอกภาพระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยไว้โดยทุกครั้งที่มีการประชุมของสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จะมีการเชิญเจ้าหน้าที่จากทางสถานีอนามัยมาร่วมประชุมด้วยทุกครั้ง เพื่อรับทราบแนวปฏิบัติและซักถามข้อสงสัยเสมือนหนึ่งเป็นองค์กรเดียวกัน

อย่างไรก็ตามในระยะยาว ควรต้องมีการเตรียมการและการแสวงหารูปแบบที่ดีกว่า เพื่อให้เป็นองค์กรที่มีทั้งเอกภาพ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการอย่างคล่องตัว ซึ่งเป็นโจทย์ใหญ่และยากที่ต้องขบคิดอย่างจริงจังต่อไป



# ภาวะการเป็น ผู้นำของ ผู้นำ CUP (Leadership)

ด้วยโครงสร้างของ 2 นครสาธาณสุขในระดับอำเภอที่ทำให้ CUP ต้องมีการบริหารจัดการไปสู่การเป็น harmonize organization หรือองค์กรที่มีจังหวัดขับเคลื่อนด้วยความสมานฉันท์ที่มีเอกภาพ และยอมรับความหลากหลายได้ ภาวะผู้นำของทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธาณสุขอำเภอ รวมทั้งทีมงานหลักๆ ของ CUP จึงเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จขององค์กรประสานงาน

ผู้นำต้องมีแนวคิดเชิงบวกในการทำงาน เห็นปัญหาเป็นสิ่งท้าทาย ไม่ใช่เป็นอุปสรรค ต้องมีความสามารถในการให้โอกาสทีมงานและเจ้าหน้าที่ทั้งจากส่วนของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ได้แสดงออกถึงความสามารถในศักยภาพที่มีอยู่ออกมาขับเคลื่อนงานของ CUP รู้จักใช้กระบวนการเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นเครื่องมือในการสร้างองค์กร CUP ให้เข้มแข็งและเป็นหนึ่งเดียวกัน



นอกจากกรอบการคิดการมองและทักษะในช่วงต้นแล้ว ทักษะเบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารองค์กรสาธารณสุขในระดับอำเภอได้แก่

1. การจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management) ซึ่งนอกจากจะช่วยในการบริหารจัดการระดับ CUP แล้ว ยังสามารถใช้ในการลดความขัดแย้งหรือการรับมือกับการร้องเรียนจากการให้บริการได้ด้วย
2. การบริหารจัดการองค์กรแบบเครือข่าย (Network Management) โดยใช้กระบวนการทศน์ในการจัดการแบบเครือข่าย เทคนิคการนำประชุมแบบต่างๆ การใช้ mind mapping การจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการพัฒนางาน เป็นต้น

แม้ในปัจจุบันยังไม่มีหลักสูตรที่ชัดเจนเฉพาะสำหรับผู้บริหาร CUP ส่วนใหญ่ยังเป็นการบริหารจัดการตามประสบการณ์เป็นส่วนมาก แต่ถึงมีหลักสูตรก็ต้องเป็นหลักสูตรที่ไม่ใช่เรียนเชิงทฤษฎี แต่เป็นการเรียนรู้ในลักษณะของการจัดการความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของทุกคน



# CUP Board

## หัวใจของการ จัดการแบบเครือข่าย

เนื่องจาก CUP คือ องค์กรที่มีการบริหารลักษณะเป็นตามบทบาทหน้าที่ในรูปของคณะกรรมการ (functional committee) เป็นองค์กรที่มีหลายองค์กรย่อยมาประสานงานกัน โดยไม่ได้เป็นระบบสายการบังคับบัญชาโดยตรง แต่เน้นการทำความเข้าใจ วางกรอบการประสานงาน และพิจารณาประเด็นทั้งหมดให้เป็นข้อตกลงของที่ประชุมเพื่อถือปฏิบัตินั้น ดังนั้น กลไกของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ (CUP Board) จึงมีความสำคัญยิ่ง

CUP Board คือ กลไกหลักในภาวะ 2 นครา โดยมีตัวอย่างรูปแบบข้อเสนอแนะที่น่าสนใจได้แก่

- ประธาน CUP ควรเลือกคนที่มีความสามารถ ซึ่งอาจเป็นผู้อำนวยการหรือสาธารณสุขอำเภอก็ได้
- มีทีมเลขานุการ CUP ที่ผสมผสานทั้งเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นกลไกในการขับเคลื่อน
- สร้างการมีส่วนร่วมในการร่วมบริหารและควบคุมกำกับจากภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้ตัวแทนจากทั้ง 2 ภาคส่วนเข้ามาร่วมเป็นกรรมการ เช่นที่ CUP ขามสะแกแสง



- มีช่องทางที่สร้างการมีส่วนร่วมของสถานีนามัยด้วย เพื่อการรับรู้และร่วมตัดสินใจ โดยให้มีตัวแทนร่วมประชุม CUP ด้วย ซึ่งในปัจจุบันนี้ CUP ส่วนใหญ่ได้มีตัวแทนจากสถานีนามัยเป็นกรรมการ CUP อยู่แล้ว
- มีการถ่ายทอดสื่อสารต่อให้ทั่วทั้งองค์กรรับรู้สถานการณ์ร่วมและทิศทางของการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ เช่นที่ CUP บัวการประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบัวนั้น จะมีการเชิญเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมาร่วมรับรู้ด้วยเสมอ
- มีที่ทำการ CUP ที่ชัดเจน จัดพื้นที่ให้เน้นการพูดคุยประสานงานกันให้เป็นเอกภาพ เป็นทีมเดียวกัน อาจเป็นห้องที่สามารถให้มีการพูดคุยไม่เป็นทางการได้คล้ายห้องกาแฟ เช่นที่ CUP เทพา
- อย่างไรก็ตาม โครงสร้างต่าง ๆ นั้น ไม่สำคัญเท่าหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ หากคนมีจิตใจที่ดีงาม ที่ต้องการทำงานดูแลสุขภาพะทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัวและชุมชน มีประชาชนเป็นตัวตั้งในการทำงานแล้ว ย่อมจะราบรื่นสมานฉันท์อย่างแน่นอน
- CUP คือองค์การบริหารของการให้บริการปฐมภูมิ ดังนั้นในบาง CUP ซึ่งมีสถานบริการนอกภาคส่วนสาธารณสุข เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็ควรต้องมีการจัดองค์กรที่ทุกภาคส่วนมาร่วมเป็นคณะกรรมการในการประสานงานกันอย่างเป็นทางการ
- ในโครงสร้างการจัดการสาธารณสุขระดับอำเภอ แม้จะมีองค์กรเช่น CUP แล้ว ก็ยังสามารถงบทบาทของ คปสอ.ไว้ได้ด้วย เช่นกรณีของ CUP อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นบทบาทในการประสานงานกันเฉพาะเครือข่ายสาธารณสุขในระดับเภอ โดยไม่มีคนนอกเข้าร่วม ทำให้สามารถประสานงานลงรายละเอียดหรือปรึกษาหารือในบางประเด็นที่ไม่จำเป็นต้องให้เสียเวลากับกรรมการภาคส่วนอื่นได้

จากประสบการณ์ของหลาย CUP ต่างก็มีข้อสรุปที่ตรงกันว่า “CUP ต้องคุยเรื่องเงินให้น้อยๆ คุยเรื่องงานและการประสานกันให้มาก จึงจะไปได้ดี ดีทั้งต่อผู้ปฏิบัติงานและประชาชน”

## เรื่องเล่าจาก CUP หัวไทร “กรรมกร CUP แบบมีส่วนร่วม”

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช (CUP หัวไทร) นับเป็น CUP หนึ่งในที่มีความก้าวหน้าในการบริหารจัดการอย่างมาก นพ.พรชัย ทองพิกุลอำไพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวไทร และ ประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหัวไทร (CUP หัวไทร) ได้เล่าถึงระบบโครงสร้างกรรมการในระดับ CUP ไว้ว่า ในพื้นที่ที่มีโครงสร้างกรรมการหลัก 2 ชุดคือ

1. คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหัวไทร (คณะกรรมการ CUP) มีองค์ประกอบเป็นคณะกรรมการหลายภาคส่วน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือเทศบาล 1 คน อบต. 2 คน ตัวแทนจากภาคประชาชนคือ ประธาน อสม. ประธานชมรมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน และตัวแทนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือ แพทย์เอกชนอาวุโสที่เปิดคลินิก สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งบทบาทหน้าที่หลักคือ *การกำหนดทิศทางและนโยบายในการจัดบริการสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย และมีข้อครหาน้อยที่สุด*
2. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร (คปสอ.หัวไทร) โดยมีกรรมการเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด ทั้งส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยและโรงพยาบาล รวมทั้งแพทย์ในคลินิก ชุมชนอบอุ่นก็เป็นกรรมการด้วยในฐานะส่วนหนึ่งของระบบปฐมภูมิของอำเภอ ซึ่งบทบาทหลักของคณะกรรมการชุดนี้คือ *การประสานงานการบริหารจัดการในเชิงรายละเอียด และการประสานการทำงานในระดับอำเภอให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันตามมติของ CUP Board ที่กำหนดกรอบใหญ่มาให้แล้ว*

อย่างไรก็ตาม การประสานกันในแนวราบของผู้ปฏิบัติงานกันเอง ด้านวิธีปฏิบัติ การประสานและการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในการทำงานสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้



เกิดความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ทำให้ระบบสามารถดำเนินไปได้ในท่ามกลางรายละเอียดการปฏิบัติที่ซับซ้อน

## เรื่องเล่าจากสิชล : CUP ของประชาชน

“โรงพยาบาลสิชลเป็นของประชาชน ยากดีมีเงินทุกคนมีส่วนร่วม” เป็นคำขวัญประจำโรงพยาบาลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล และประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสิชล (CUP สิชล) กล่าวว่า “เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมคือหัวใจของการพัฒนา โรงพยาบาลสิชลจึงมีการตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลภาคประชาชนขึ้นมา มีการประสานงานกับองค์กรภายนอกมากมายเกือบทุกหน่วยงานไม่ว่าภาครัฐ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภาคประชาชน ในปัจจุบันมีมูลนิธิโรงพยาบาลสิชล ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนากระบวนการของโรงพยาบาล

ในช่วงเริ่มต้นนั้น โรงพยาบาลมีคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลฝ่ายประชาชน ต่อมาเมื่อมีการดำเนินงานของคณะกรรมการมาสู่การตั้งเป็นมูลนิธิในที่สุด ซึ่งคณะกรรมการมูลนิธิทั้งหมดเป็นภาคประชาชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา มีความขาดแคลนอะไรก็ไปบอกกล่าวกับทางมูลนิธิให้เขาช่วยเหลือ ไม่ใช่เป็นผู้ควบคุมกำกับมูลนิธิเอง ซึ่งกลไกนี้จะมีความโปร่งใส เป็นกลางและกรรมการมูลนิธินี้เองที่จะคอยเป็นกันชนในปัญหาจากการให้บริการให้กับทางโรงพยาบาลซึ่งทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขได้อย่างลงตัว

ด้านการสร้างการมีส่วนร่วม CUP สิชลมีคณะกรรมการที่เป็นทั้งจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคประชาชน ซึ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพในระดับอำเภอ การรับเรื่องราวร้องทุกข์และสะท้อนความต้องการของชุมชน เช่น หากมีการร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษรหากทางโรงพยาบาลแก้ไขได้จะแก้ไขทันที ทุกข้อร้องเรียนจะตอบกลับใน 7 วัน ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งเพื่อสร้างศรัทธาต่อโรงพยาบาลและสถานีอนามัยที่มีความสำคัญ การเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการทำให้ประชาชนไว้วางใจในระบบสุขภาพในระดับอำเภอทั้งส่วนโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย”







CUP	ประชากร	ข้อสังเกต (ประจำปี 2550)
รพ.สงขลานครินทร์	ประชากรทั้งหมด 18,000 UC 14,000	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ขอเป็น CUP เพื่อดูแลนักศึกษาในมหาวิทยาลัยและประชาชนรอบๆมหาวิทยาลัยที่มีภูมิลำเนาในตำบลคองส์ เข้าระบบหลักประกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มในปี 2545 ขณะนี้เปิดรับในส่วนประชาชนทั่วไป รับเฉพาะญาติของเจ้าหน้าที่และนักศึกษาเท่านั้น ปี 2550 มีประชากร UC เป็นนักศึกษาประมาณ 10,000 คน ประชาชนทั่วไป 4,000 คน</li> <li>● ลักษณะคลินิกแยกเป็นห้องตรวจเฉพาะ มีแพทย์จากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนหมุนเวียนมาตรวจรักษา ใช้ศักยภาพแผนกอื่นๆของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในการรองรับการรักษาอื่นๆทั้งหมด รวมทั้งการตรวจ lab การรับยา</li> <li>● สำหรับกิจกรรมด้านการส่งเสริมป้องกัน สำหรับกลุ่มนักศึกษา มีกิจกรรมน้อยมาก เช่น รณรงค์ด้านยาเสพติด สำหรับประชาชนมีการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังและการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น</li> </ul>
รพ.ค่ายเสนาณรงค์	ประชากรทั้งหมด 11,857 UC 2,165	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ขอเป็น CUP เพื่อดูแลทหารเกณฑ์ ซึ่งจะได้ลดภาระค่ารักษาของกองทัพ เข้าระบบหลักประกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มในปี 2545</li> <li>● รพ.ค่ายเสนาณรงค์มี 18 เตียง มีแพทย์ 6 คน เป็นแพทย์เฉพาะทาง 3 คน ทันตแพทย์ 1คน เกษัชกร 1 คน พยาบาลรวม 37 คน</li> <li>● สำหรับกิจกรรมด้านการส่งเสริมป้องกันน้อยมาก เพราะลักษณะ core package ไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นทหารเกณฑ์ และมีการกระจายทหารไปยังหน่วยต่างๆ นอกพื้นที่ ทำให้ไม่สะดวกในการจัดบริการ</li> </ul>

CUP	ประชากร	ข้อสังเกต (ประจำปี 2550)
รพ.กองบิน56	ประชากรทั้งหมด 923 UC 314	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ขอเป็น CUP เพื่อดูแลทหารเกณฑ์ ซึ่งจะได้ลดภาระค่ารักษาของกองทัพ เข้าระบบหลักประกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มในปี 2545</li> <li>● รพ.กองบินไม่มีเตียงรับผู้ป่วย ดูแลประชากรทั้งค่ายทหาร 923 คนเป็นสิทธิประกันสุขภาพ (UC) 314 คน (ทหารเกณฑ์) แพทย์ 2 คน ทันตแพทย์ 1คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลรวม 5 คน</li> </ul>
เทศบาลเมืองบ้านพรุ	ประชากร ทั้งหมด 18,936 UC 12,098	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ขอเป็น CUP องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งแรกในจังหวัดสงขลา โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนในเขตเทศบาลเลือกขึ้นทะเบียนเองว่า จะขึ้นทะเบียนกับทางเทศบาลหรือขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลหาดใหญ่เช่นเดิม</li> <li>● มีสถานบริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านพรุเป็นจุดบริการ ไม่มีเตียงรับค้างคืน มีแพทย์จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มาหมุนเวียนทุกวันราชการ และแพทย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ให้บริการคลินิกนอกเวลาราชการทุกวัน มีเภสัชกร 2 คน</li> <li>● ใช้ระบบส่งต่อกับหน่วยที่ได้ตกลงบริการไว้เป็นกลไกหลักในการจัดบริการ กล่าวคือ กรณีต้องส่งต่อด้านการรักษา กรณีต้องนอนโรงพยาบาลและ Lab ที่ทำไม่ได้ contact กับโรงพยาบาลหาดใหญ่ กรณีทันตกรรมทุกกรณีส่งต่อที่โรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือคลินิกเอกชนในหาดใหญ่</li> </ul>



ในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีแนวโน้มในการเปิดโอกาสให้ CUP นอกกระทรวงสาธารณสุขได้มาเป็นหน่วยคู่สัญญา กับ สปสช. เพื่อสร้างโอกาสของทั้ง 2 ฝ่ายคือ ฝ่ายสถานบริการนั้นๆ ได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองจากการที่มีบุคคลภายนอกไปตรวจประเมินและการ มีเกณฑ์มาตรฐาน PCU ที่ต้องพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ สำหรับประชาชนในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งเป็นประชาชนกลุ่มเฉพาะ แม้ไม่มีการรับขึ้นทะเบียนเป็น CUP แต่ประชาชนกลุ่มนั้นๆ ก็ต้องไปใช้บริการอยู่แล้ว ดังนั้นการขึ้นทะเบียนทำให้สถานบริการต้องพัฒนาตนเอง การดูแลทางการแพทย์ก็ย่อมจะมีคุณภาพมากขึ้น เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ประชาชนก็ได้ประโยชน์ด้วยเช่นกัน “การนำมาขึ้นทะเบียนเป็น CUP แม้จะมีความบกพร่องอยู่บ้าง แต่ก็ทำให้เขาได้พัฒนา ดีกว่าทิ้งเขาไว้ในมุมอับของสาธารณสุขไทย”

ดังนั้น สำหรับอำเภอที่มีองค์ประกอบของหลาย CUP ในระดับอำเภอ ก็ควรต้องมีการระบบการเชื่อมต่อภายในอำเภอให้มีการประสานกันให้มากที่สุด โดยโครงสร้างระบบการเชื่อมประสานที่ดีที่สุดที่มีมาแล้วในอดีตและควรฟื้นฟูกลับมาก็คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ) ที่ทุก CUP มาร่วมในคณะกรรมการชุดนี้ และประสานด้านการจัดบริการที่ครอบคลุม การจัดการด้านทรัพยากร เช่นงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ รวมทั้งการจัดการเรื่องการเรียกเก็บตามจ่าย เป็นต้น



# พันธกิจ 3 ประการ ของการเป็น CUP

ท่ามกลางความหลากหลายของการบริหารจัดการและการวางบทบาทหน้าที่ของ CUP นั้น พอดีที่จะขมวดพันธุกิจที่สำคัญของ CUP ได้ 3 ประการ กล่าวคือ

1. เป็นกลไกการประสานงานภายในและขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับอำเภอทั้งของภาคส่วนหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยบริการขององค์กรนอกกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)
2. การเชื่อมต่อกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการทำงานด้านสุขภาพ
3. การขับเคลื่อนองค์กรภาคประชาชนในการร่วมสร้างสุขภาพ



แผนภูมิแสดงหุ้นส่วนหลัก (partnership) ของ CUP



## พันธกิจที่ 1 บทบาทในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบ สาธารณสุขระดับอำเภอ

บทบาทของ CUP ในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับ  
อำเภอนั้นเป็นพันธกิจขั้นพื้นฐานที่ทุก CUP ต้องทำให้ได้ เป็นเสมือนรากฐานของ CUP  
ที่จำเป็นต้องแน่นต้องแข็งแรง ก่อนที่จะต่อยอดสู่การพัฒนาตนเองไปสู่การทำพันธกิจที่  
2 และ 3 ต่อไป

### บทบาทของ CUP ในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ในระดับอำเภอที่ควรจะเป็น

#### 1. การสร้างสมดุลระหว่างนโยบายจากระดับจังหวัดหรือส่วนกลาง กับการจัดการปัญหาในระดับพื้นที่

เนื่องจากในปัจจุบัน ระบบงานด้านสุขภาพนั้นกินความกว้างขวางมาก และมี  
งานเชิงนโยบายจากส่วนกลางที่สั่งการจากกรมกองต่างๆ เข้ามามาก ทุกงานล้วนลงมา  
ปฏิบัติการในระดับหมู่บ้านตำบล ทำให้เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพ  
ชุมชนมีปัญหาในการทำงานพอสมควร

บทบาท CUP จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างสมดุลของนโยบายจากส่วนกลาง  
กับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ด้วยการออกแบบแนวทางการทำงานต่อ  
นโยบายที่เข้ามาให้ลงตัวกับบริบทในพื้นที่ จัดลำดับความสำคัญของนโยบายโดยใช้  
สภาพจริงในพื้นที่เป็นปัจจัยหลักในการจัดลำดับความสำคัญ

บทบาทในระดับจังหวัดก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง หากในระดับจังหวัดมีการ  
กลั่นกรองและปรับแนวทางการทำงานให้เหมาะสมโดยเบื้องต้นก่อน โดยไม่ได้ทำหน้าที่  
เป็นเพียงนายไปรษณีย์ส่งผ่านหนังสือแล้ว ก็จะสามารถช่วยให้การทำงานในระดับ  
CUP ง่ายขึ้น เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงานมากขึ้น

## 2. การจัดพื้นที่การดูแลใหม่ตามเหมาะสม (re-catchment area)

เนื่องจากระบบการวางโครงสร้างที่ตั้งสถานบริการที่ผ่านมานในอดีต ยึดหลักการตั้งหน่วยบริการและการดูแลประชากรตามรูปแบบการแบ่งเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งเมื่อเวลาเปลี่ยนไป บ้านเมืองเจริญขึ้น มีถนนมีสะพาน มีทางลัดในการเข้าถึงชุมชนหรือตลาดรวมทั้งโรงพยาบาล ทำให้เส้นทางในการเดินทางเพื่อมารับบริการทั้งในส่วนของสถานีอนามัยบางแห่งหรือโรงพยาบาลชุมชนสำหรับบางตำบลอาจไม่สะดวกในการใช้บริการตามสถานบริการในเขตตำบลหรืออำเภอที่บ้านเรือนตั้งอยู่ ดังนั้นการจัดผังการรับบริการและการดูแลประชาชนใหม่ตามข้อมูลภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) จึงเป็นสิ่งแรกๆที่ CUP ควบคุมจัดการ เพื่อจัดระบบการดูแลประชาชนในพื้นที่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของวิถีชีวิตปกติในชุมชน อันจะทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนเพิ่มขึ้น

## เรื่องเล่าจากภูกระดึง “ปรับเปลี่ยนการจัดพื้นที่บริการ IIUB Customer Focus”

โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในอำเภอภูกระดึงและกิ่งอำเภอหนองหินซึ่งแยกมาจากอำเภอภูกระดึง ในอำเภอภูกระดึงและกิ่งอำเภอหนองหินแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 ตำบล 80 หมู่บ้าน รวมดูแลประชากรทั้งสิ้น 56,499 คน โรงพยาบาลมีขนาด 30 เตียง มีสถานีอนามัย 10 แห่ง ที่ตั้งของตัวโรงพยาบาลที่อยู่ติดที่ว่าการอำเภอนั้นยังมีความเจริญด้านวัตถุน้อย ในขณะที่ที่ตั้งของกิ่งอำเภอหนองหินนั้นกลับมีความเจริญมากกว่า

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูกระดึง และประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภูกระดึง (CUP ภูกระดึง) เล่าว่า “เดิมนั้นพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละสถานีอนามัยหรือ PCU นั้นจะยึดตามการแบ่งพื้นที่ตามเขตการปกครองซึ่งพบว่าประชาชนบางหมู่บ้านไม่สะดวกในการมารับบริการ เพราะแม้ว่าชุมชนจะอยู่ใกล้สถานีอนามัยอีกแห่งหนึ่งแต่ก็ขึ้นอยู่ในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยประจำตำบลที่ตั้งอยู่ไกลกว่า ดังนั้น CUP ภูกระดึงจึงจัดพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการใน



เครือข่ายใหม่โดยมีหลักการจัดดังนี้

1. ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการที่รับผิดชอบ
2. ความสะดวกและความพึงพอใจของประชาชนในการไปรับบริการ  
(ให้ประชาชนเลือกเอง)

เมื่อจัดพื้นที่ให้บริการปฐมภูมิของชาวบ้านใหม่ ทำให้โรงพยาบาลภูกระดึงที่เดิมรับดูแล 13 หมู่บ้าน มีพื้นที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้นเป็น 19 หมู่บ้าน เป็นการปรับพื้นที่การดูแลประชากรแล้วก็มีการจัดวาง

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อมุ่งที่ความสะดวกของประชาชนเป็นหลักโดยจัดบริการทั้งในชุมชน และในสถานบริการ

จากการจัดพื้นที่บริการใหม่ทั้งอำเภอ ทำให้ภาพการจัดบริการปฐมภูมิในอำเภอภูกระดึงเป็นดังนี้

- มี PCU หลัก 2 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลภูกระดึง และ สอ.เฉลิมพระเกียรติ ฯ หนองหิน
- มี PCU รอง จำนวน 9 แห่ง กระจายในตำบลต่าง ๆ โดยมีระยะทางห่างจากบ้านประชาชนไม่เกิน 7 - 10 กิโลเมตร เป็นบริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คนต่อสถานีอนามัย

สำหรับ PCU หลักที่หนองหินเป็นเสมือนโรงพยาบาลสาขา (Extended OPD) โดยที่มีระดับความสามารถบริการที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลภูกระดึง ยกเว้นไม่มีเตียงรับผู้ป่วย แต่จะมีรถพยาบาลส่งต่อจุดประจำที่ PCU สำหรับส่งผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลภูกระดึงหรือ รพ.เลย ได้แล้วแต่กรณี

PCU หลักหนองหินได้จัดให้มีระบบบริการผู้ป่วยนอกแบบครบวงจร กล่าวคือ มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์และนักกายภาพบำบัด ครบทุกสาขา ในเวลา 08.30 - 16.30 น. จันทร์-ศุกร์ เปิดบริการทันตกรรมโดยทันตแพทย์ เวลา 08.30 - 16.30 น. ของทุกวัน และนอกเวลาราชการก็จะมีพยาบาลวิชาชีพอยู่เวรผลัด 8 ชั่วโมง ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน

การยกระดับบริการจากสถานีอนามัยหนองหินมาเป็น PCU หลักนั้นสามารถลดระยะทางในการมารับบริการของประชาชนมากกว่า 20,000 คนในพื้นที่บริการของ PCU หลักหนองหินได้อย่างมาก จากเดิมที่ประชาชนในพื้นที่นี้ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลภูกระดึงซึ่งห่างออกไปถึง 30 กิโลเมตร รวมแล้วสามารถประหยัดระยะทางต่อคนต่อครั้งที่มารับบริการได้ถึง 60 กิโลเมตร ซึ่งสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ สามารถลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยและญาติต้องใช้ในการเดินทางได้อย่างมาก และทำให้ความแออัดในการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลภูกระดึงลดลงไปด้วย”

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ กล่าวทิ้งท้ายว่า “การปรับพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการในเครือข่าย CUP (Recatchment area) นั้น นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญมากในการจัดระบบบริการปฐมภูมิในสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เป็นจริงในชุมชน”

### เครือข่ายบริการสุขภาพเดิม



เครือข่ายบริการสุขภาพใหม่





## เรื่องเล่าจากเทพา

### “ปฏิรูปบริการปฐมภูมิด้วย GIS” ของชุมชน

เพราะโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ตั้งอยู่ค่อนข้างไปทางด้านทิศใต้ของตัวตำบล ไม่ได้อยู่ในเขตเทศบาลที่เป็นศูนย์กลางของอำเภอเทพา ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้อย่างสอดคล้องกับสภาพภูมิศาสตร์และการเดินทางให้มากขึ้น ทางเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) เทพา ได้มีการปรับเปลี่ยนพื้นที่การบริการปฐมภูมิขึ้นใหม่ทั้งอำเภอ จากการแบ่งพื้นที่ตามเขตการปกครองมาแบ่งพื้นที่ตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) ที่สอดคล้องกับวิถีการเดินทางของประชาชน

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพากล่าวว่า “GIS เป็นเรื่องสำคัญที่พูดง่าย แต่ทำยาก เพราะพอทำจริง นายอำเภอและ อบต.ต้องยอมรับและรับรู้ พอทำไปแล้วจะพบว่ามีความหยาบต่อระหว่างอำเภอด้วย ซึ่งในที่สุดก็ต้องไปเชื่อมระบบบริการกับอำเภอข้างเคียง”

ภายหลังการจัดพื้นที่การให้บริการปฐมภูมิใหม่ตามแนวทาง GIS ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลเทพา ได้รับพื้นที่บริการเข้ามาดูแลเพิ่มขึ้นอีก 5 หมู่บ้าน กล่าวคือ นอกจาก 7 หมู่บ้านของตำบลเทพาแล้ว ยังต้องดูแล หมู่ที่ 4, 6 ตำบลปากบาง และ หมู่ที่ 4, 10, 13 ตำบลลำไพล รวมเป็น 12 หมู่บ้าน เนื่องจากสภาพการเดินทางและภูมิศาสตร์แล้ว หมู่บ้านทั้ง 5 แห่งนั้นมีวัฒนธรรมและความสะดวกในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลเทพามากกว่าสถานอื่นในตำบล

จนถึงปัจจุบันได้มีการตั้งคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวขึ้นในพื้นที่ตำบลเทพาที่โรงพยาบาลรับผิดชอบแล้วรวม 3 คลินิก คือ

1. คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวที่ 1 ซึ่งตั้งอยู่ในเขตเทศบาล นับเป็นคลินิกแห่งแรกที่ตั้งขึ้น เปิดให้บริการในปี 2541 ดูแลพื้นที่ 4 หมู่บ้าน มีเจ้าหน้าที่รวม 3 คน ตั้งอยู่ใจกลางชุมชนในเขตเทศบาล สามารถให้บริการจนลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลเทพาได้พอสมควร ในปัจจุบันได้มีการเปิดคลินิกนอกเวลาราชการในช่วง 16.00-20.00 น. ด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน แต่เป็นการให้บริการตรวจรักษา

โดยพยาบาลประจำคลินิก ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งก็ได้รับการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างมาก

2. คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวที่ 2 เพิ่งจัดตั้งขึ้นมาหลังสุดคือในปี 2546 ดูแลพื้นที่หมู่ที่ 2, 7 ตำบลเทพาและหมู่ที่ 4 ตำบลปากบาง มีเจ้าหน้าที่รวม 4 คน ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจ ที่จะขอกกล่าวโดยละเอียดต่อไป
3. คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวที่ 3 ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเทพา ได้เปิดให้บริการในปี พ.ศ. 2546 ดูแลพื้นที่หมู่ที่ 5, 6, 8 ตำบลเทพาและหมู่ที่ 4, 10, 13 ตำบลลำไพล มีเจ้าหน้าที่รวม 4 คน

กล่าวได้ว่า การจัดพื้นที่การให้บริการใหม่ตามแนวคิด GIS ของชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการจัดบริการที่สอดคล้องกับแนวคิดการบริการปฐมภูมิที่เน้นการบริการที่มีผู้ป่วยและชุมชนเป็นศูนย์กลาง ทำให้ประชาชนเข้าถึงง่าย เป็นเสมือนการเตรียมแบ่งแปลงดินให้ดีเพื่อออกไม้ปฐมภูมิจะได้งอกงามด้วยความงดงาม

### 3. การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดย CUP

คนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการพัฒนาคุณภาพของงาน และเป็นปัญหาเรื้อรังมานานของทุกหน่วยงานทั้งในด้านจำนวน การกระจาย และคุณภาพของคน เกือบทุก CUP มักประสบปัญหาด้านบุคลากรไม่มากนักน้อย ความพยายามในการวางระบบงาน และการบริหารบุคคลของ CUP จะทำให้สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ในระดับหนึ่ง

การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะในระดับสถานีอนามัยของ CUP นั้น มีพัฒนาการมายาวนาน ตั้งแต่ที่ยังไม่มี CUP มีเพียงคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงาน โดยมีการแก้ปัญหาทั้งในกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพและกลุ่มลูกจ้างที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยมีรูปแบบหลักที่พบได้แก่

- การสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลออกไปประจำที่สถานีอนามัย เพื่อตอบสนองแนวคิดการพัฒนาระบบงานเวชปฏิบัติปฐมภูมิ



ในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเกือบทุก CUP ได้ทำเช่นนี้ แต่ความสำเร็จด้วยการสมัครใจนั้นมากน้อยแตกต่างกันไปตามแต่บริบทในแต่ละพื้นที่

- การจ้างพยาบาลหรือกลุ่มสหเวชศาสตร์เช่น ทันตภิบาลหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นลูกจ้างชั่วคราว เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจ้างแบบไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้ส่วนใหญ่กลับมาเพราะลาออกจากที่ปฏิบัติเดิมเพื่อกลับภูมิลำเนา
- การจ้างลูกจ้างชั่วคราวให้กับสถานีนอมนัย ทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดหรือเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
- การส่งเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพต่างๆจากโรงพยาบาลไปปฏิบัติงานในภารกิจเฉพาะ เช่นการส่งทีมสหสาขาวิชาชีพไปช่วยตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สัปดาห์ละ 1 วัน เป็นต้น
- การประสานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับสมัครและจัดส่งนักเรียนในพื้นที่เข้ารับการศึกษ โดยมีพันธะสัญญาว่าจะกลับมาปฏิบัติงานใช้ทุนในพื้นที่หลังจบการศึกษา
- การพัฒนาและการเตรียมความพร้อมบุคลากร เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานในระบบบริการปฐมภูมิที่มีทั้งมิติการให้บริการบนสถานบริการและมิติงานในชุมชนเป็นอย่างดี ไม่กลัวที่จะออกชุมชนเข้าใจและเห็นอกเห็นใจประชาชน และที่สำคัญคือเกิดเครือข่าย โยงใยความผูกพันระหว่าง ประชาชน กับเจ้าหน้าที่ และสถานบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การเติมบุคลากรลงในสถานีนอมนัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น มีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ การเติมพยาบาลลง PCU ซึ่งมีวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกับโรงพยาบาลนั้นดีจริงไหม สำหรับบทเรียนของ CUP หล่มสัก พบว่าการเติมวิชาชีพพยาบาลลงดีกว่าแพทย์ แต่การเติมนักเรียนทุนในพื้นที่ที่รับทุนไม่ว่า อบต.หรือทุนรัฐบาลนั้นเป็นทางเลือกที่หลายฝ่ายเห็นว่าที่สุด

การพัฒนาบุคลากรของ CUP โดยเฉพาะวิชาชีพที่ทำงานอยู่ทั้งในโรงพยาบาล และสถานีนอนามัยนั้น ควรเป็นภารกิจสำคัญอันดับต้น โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน หรือทันตภิบาล เพื่อให้เกิดการผสมผสานของงานและ เกิดเอกภาพของทีมงานแม้จะอยู่ต่างสถานบริการกันก็ตาม และเป็นการเติมเต็ม พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้มีความพร้อมมีความสามารถในการทำงานได้อย่าง เต็มที่

## เรื่องเล่าจากน้ำพอง “การเติมคน ด้วยกลไกนอกกระบวนการสุข”

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพในชนบทนั้น เป็นปัญหาใหญ่ที่เรื้อรัง มาตั้งแต่มีการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอและตั้งสถานีนอนามัยในทุกตำบล การแก้ปัญหานี้จากส่วนกลางคือกระทรวงสาธารณสุขได้ผลเพียงระดับหนึ่ง และด้วยความต้องการระบบบริการสุขภาพในชุมชนที่มีคุณภาพ ทำให้เกิดรูปแบบความร่วมมือ ในการผลิตบุคลากรจากความร่วมมือร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอน้ำพอง

นพ.วิชัย อัครวาทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง และประธานกรรมการ บริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งนับเป็นต้นแบบสำคัญ ของความร่วมมือในการแก้ปัญหการขาดแคลนพยาบาลในสถานีนอนามัย เล่าว่า “โรงพยาบาลน้ำพอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ได้ร่วมมือกับ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพองได้จัดทำโครงการพยาบาลประจำชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่ดีของประชาชนตำบลน้ำพองขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 ซึ่ง อบต. น้ำพองได้ สนับสนุนงบประมาณแก่โรงพยาบาลเป็นเงิน 960,000 บาท เพื่อจัดหาเพื่อจัดหา พยาบาลไปประจำชุมชน จำนวน 6 คน โดยหวังที่จะให้ดูแลหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ของอบต.จำนวน 13 หมู่บ้าน พร้อมทั้งได้จัดหารถจักรยานยนต์จำนวน 6 คัน เพื่อใช้ ในการทำงานในชุมชนด้วย



ทางโรงพยาบาลน้ำพองจึงได้วางแผนการคัดเลือกผู้ที่จะทำงานในชุมชน โดยใช้เกณฑ์ความสมัครใจ เป็นผู้ที่ชอบงานชุมชน มีอัธยาศัยไมตรี สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ส่วนทักษะและประสบการณ์ทำงานในชุมชนเป็นเกณฑ์เสริม ได้ร่วมกับชุมชนคัดเลือกผู้ช่วยจำนวน 6 คน โดยคัดเลือกจากเยาวชนในหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยพยาบาลประจำชุมชน เพื่อช่วยดูแลสุขภาพประชาชนในยามที่พยาบาลประจำชุมชนไม่ได้อยู่ในพื้นที่ และได้มีการเตรียมความพร้อม โดยจัดอบรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานในชุมชนและการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นในการทำงานกับชุมชนที่คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเข้าอบรมวิทยากรกระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่การพึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง ที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ และสุดท้ายก็ส่งไปเรียนต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อกลับมาทำหน้าที่เป็นพยาบาลชุมชนอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ อบต.น้ำพองยังได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการต่างๆ ที่เสนอโดยพยาบาลประจำชุมชนร่วมกับชาวบ้าน ระหว่าง พ.ศ. 2544-2546 เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 4,908,804 บาท นับเป็นการพัฒนารูปแบบในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรอย่างยั่งยืน โดยใช้กองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบลในการคัดเลือกและส่งเรียนสาขาที่ชุมชนมีความต้องการ โดยบทบาทหลักของการประสานที่นึ่งเรียนในสถาบันการศึกษา เป็นบทบาทของผู้บริหารของโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ แต่บทบาทในการจัดกรอบอัตรารองรับเมื่อจบการศึกษาเป็นบทบาทของ อบต. ”

#### 4. การพัฒนาบุคลากรและสนับสนุนทางวิชาการแก่ระบบบริการปฐมภูมิ

บทบาทของ CUP นอกจากจะจัดการกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิแล้ว การพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลปัญหาสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ยังเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในโลกแห่งเทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ที่รวดเร็ว รวมทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไปจากด้านปัญหา

หลักด้านโรคติดต่อมาเป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพเชิงสังคม ดังนั้น ทักษะที่สำคัญที่บุคลากรใน CUP ควรจะมีนั้นจึงต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากการอบรมให้ความรู้พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับโรคและผู้ป่วยในเรื่องโรคต่างๆ ให้ได้มาตรฐานแล้ว ยังต้องเน้นหนักการพัฒนาความสามารถของบุคลากรใน CUP ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติงานชุมชน แนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและดูแลเป็นครอบครัวด้วยแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว แนวทางการปฏิบัติงานในชุมชนด้วยกระบวนการประชาคม แผนที่ผลลัพธ์ หรือ เป็นวิทยากรกระบวนการ การทำกลุ่ม/นำประชุม เป็นต้น

ตัวอย่างของบทบาท CUP ในด้านการพัฒนาบุคลากรได้แก่

- CUP ขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา สนับสนุนให้บุคลากรระดับอนุปริญญาทุกคน ได้มีโอกาสในการเรียนภาคค่ำ เพื่อให้ได้วุฒิปริญญาตรีทุกคน
- CUP ตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ หมุนเวียนเจ้าหน้าที่จาก PCU มาร่วมเรียนรู้จากผู้ป่วยที่ตีผู้ป่วยในด้วยการตาม round ward กับแพทย์ ทำให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสในการเห็น sign and symptom หรืออาการและอาการแสดงที่ชัดเจน ได้เรียนรู้แนวทางการดูแลรักษา รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยในพื้นที่ได้เกิดความดีใจที่เห็นเจ้าหน้าที่ในสถานีนอนามัยมาร่วมเรียนรู้ที่โรงพยาบาล เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาต่อสถานีนอนามัยมากขึ้น แนวทาง on the job training นี้ได้เริ่มมาตั้งแต่ปี 2531 จนปัจจุบันนี้ได้กลายเป็นวัฒนธรรมองค์กรไปแล้ว
- CUP หันคา จังหวัดชัยนาท ได้มีการจัดการอบรมแนวคิดและทักษะการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) ให้กับพยาบาลทุกคน โดยเฉพาะพยาบาลในสถานีนอนามัย ร่วมกับการจัดพยาบาลลงสนับสนุนการทำงานในสถานีนอนามัยให้ครบทุกแห่ง และจัดทำมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ในระบบบริการปฐมภูมิให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน



## 5. การจัดการทรัพยากรด้านงบประมาณ

การจัดการงบประมาณเป็นภารกิจหลักที่สำคัญมากของ CUP และมักเป็นตัวชี้วัดความสมานฉันท์ภายใน CUP ที่สำคัญ

การบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มักมีการกำหนดรูปแบบตีกากลางในระดับจังหวัดมาให้แต่ละ CUP ให้เป็นแนวทางในการจัดสรรเพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างกันในเชิงหลักการและรูปแบบหลักๆ แต่แม้ว่าจะมีการกำหนดรูปแบบหลักๆมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ CUP ก็มักจะยังมีอิสระในการตัดสินใจและการกำหนดกติกาในรายละเอียด อย่างไรก็ตามทุก CUP ก็ได้ยึดถือแนวทางของจังหวัดเป็นแนวทางกลาง เพื่อลดความขัดแย้งระหว่าง โรงพยาบาลและสถานีอนามัย

การจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการภายใน CUP นั้น พอดีจะแบ่งลักษณะของกรอบการมองความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดกับ CUP และระหว่าง CUP กับ PCU ได้ใน 2 ลักษณะคือ

1. การจัดการความสัมพันธ์ในฐานะที่ CUP Sub-contracting unit ของ สสจ. และสถานีอนามัยเป็น Sub-contracting unit ของ CUP อย่างชัดเจน คือมีกฎกติกาที่ชัดเจนเป็นฐานของความสัมพันธ์ โดยใช้แนวคิดกระจายงบรายหัวอย่างเท่าเทียมให้ทุก CUP และการจัดสรรภายใน CUP ให้กับ PCU นั้น เน้นการจัดสรรตามผลงาน “ทำมากได้มากทำน้อยได้น้อย”
2. การมองความสัมพันธ์ระหว่าง จังหวัดกับ CUP และ CUP กับสถานีอนามัย “เป็นเหมือนแม่ที่ต้องดูแลลูก ซึ่ง CUP เป็นเสมือนแม่ที่ต้องให้การดูแลสถานีอนามัยอย่างเต็มที่” ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณก็จะมีการโอบอุ้มกับ PCU มากกว่า เช่นมีการจัดงบประมาณขั้นต่ำที่ PCU ควรได้รับหรือ สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมแก่ที่ขาดแคลน ห่างไกล แม้ปริมาณงานจะน้อย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะมีการจัดสรรงบประมาณผ่านกรอบการมองความสัมพันธ์ระหว่าง CUP และ PCU ในลักษณะใด การจัดเงิน *minimum* ให้ PCU อย่างเพียงพอ

เป็นหัวใจของการลดความขัดแย้ง เป็นแนวทางที่หลาย CUP ใช้ในการบริหารจัดการงบประมาณ ทำให้สถานีนอนามัยได้รับงบประมาณจัดสรรมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จะจัดสรรเช่นนี้ได้ งบประมาณต้องพอ ความขัดแย้งจึงลดลงไปได้

**CUP บ้านตาก จังหวัดตาก** ใช้หลักการบริหารด้วยแนวคิด การจัดงบประมาณพื้นที่ให้เพียงพอแก่ทุกสถานีนอนามัยคืองบประมาณอุดหนุนโรค ค่ายาและเวชภัณฑ์ และค่าใช้จ่ายทั่วไป ส่วนนอกจากนี้ ใช้หลักการ “งานมา เงินไป” หรือต้องทำงานมาแลกเงินนั่นเอง

- นอกจากนี้ การจัดการงบประมาณมีบทเรียนที่น่าสนใจจากหลาย CUP เช่น
- การจัดให้มีโบนัสที่จ่ายให้ตามผลงานแก่เจ้าหน้าที่
  - การตามจ่ายงบประมาณตามผลงานหรือผลการประเมินของคณะกรรมการ
  - การกั้นงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการพิเศษที่เป็นภาพรวมระดับอำเภอ ซึ่งบาง CUP กั้นไว้เพื่อให้สถานีนอนามัยแต่ละแห่งขอได้ แต่บาง CUP กั้นไว้เพียงส่วนน้อยเพื่อจัดสรรเฉพาะโครงการที่ทำภาพรวมทั้งอำเภอเท่านั้น
  - การแลกเปลี่ยนหมวดงบประมาณระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนอนามัย เช่น โรงพยาบาลขอใช้งบลงทุน UC ทั้งหมด แล้วจัดสรรเงินบำรุงคืนให้กับสถานีนอนามัยตามมติที่ประชุม CUP แทน เพราะเงินบำรุงมีความคล่องตัวในการใช้จ่ายกว่างบลงทุน UC เพราะต้องจ่ายเฉพาะรายการที่เป็นค่าใช้จ่ายสูงเกิน 1 แสนบาท
  - การเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อจูงใจให้วิชาชีพต่างๆย้ายจากโรงพยาบาลไปประจำที่สถานีนอนามัย
  - การสนับสนุนงบประมาณขั้นต่ำในการดำเนินงานแก่สถานีนอนามัย ในจำนวนที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน แม้ในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย เป็นต้น





## เรื่องเล่าจากสงขลา “จัดการเงิน คือความละเอียดอ่อนของ การบริหารของ CUP ในวันนี้”

ในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีการวางระบบการจัดการงบประมาณของ CUP อย่างค่อนข้างอิสระ โดยมีแนวทางที่จังหวัดกำหนดรูปแบบมาให้เป็นแนวทางกลาง โดยเฉพาะในส่วนของงบด้านส่งเสริมป้องกัน ซึ่งมีการจัดสรรโดยมุ่งเน้นการจ่ายเงินตามผลงาน นำการจัดสรรแบบ performance based มาใช้แทนการจัดสรรแบบ population based (โดยคงเหลือส่วนของ capitation ตาม population เพียง 20% เท่านั้น)

คุณแพรวพรรณ ต้นสกุล ผู้บริหารหลักของ CUP อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กล่าวว่า “จากแนวทางของจังหวัดที่ให้มีการใช้ workload มาคิดปริมาณงานในการจัดสรรงบประมาณเป็น Point System ไป ตั้งแต่ปี 2545 ถึงปัจจุบัน โดยให้แต่ละ CUP คิดตัวชี้วัดและมีการให้น้ำหนัก (score) ของแต่ละกิจกรรมที่แตกต่างกันได้ CUP หาดใหญ่มีพัฒนาการของการกำหนดกิจกรรมที่จะได้รับ workload เพิ่มขึ้นจาก 10 ตัวชี้วัดในปี 2547 มาเป็น 20 ตัวชี้วัดในปี 2549 โดยปรับเปลี่ยนตามกิจกรรมที่ CUP ต้องการเน้นให้เกิดความครอบคลุมของผลงาน หรือมีความสามารถในการประเมินได้”

นพ.วิเศษ สิรินครโสภณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลาเห็นว่า “งานส่งเสริมป้องกันในชุมชนนั้น ทำยาก การสร้างแรงจูงใจด้วยโบนัส ให้เขาทำงานแลกเงินน่าจะดีที่สุด เห็น้อยแล้วได้โบนัส ชาวบ้านก็ได้ ดีกว่าเห็น้อยแล้วชาวบ้านได้แต่เจ้าหน้าที่เสียสละ เช่นนี้น่าจะทำได้ไม่นานก็หมดไฟ ” แต่ในส่วนของ CUP เทพานั้น Bonus ครั้งหนึ่งจะเป็นรายรับของสถานีนอมาลัย และอีกครั้งหนึ่งจะจัดสรรให้กับเจ้าหน้าที่ โดยให้เงินก้อนนี้กับเจ้าหน้าที่แล้วให้ไปแบ่งกันเอง

นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ ให้ทัศนะว่า “หากนำโครงการที่ทาง CUP หรือทาง สถานบริการได้ทำเป็นโครงการขึ้นมาที่อยู่นอกเหนือจากงานประจำนั้น พบว่า โครงการแก้ปัญหาก็หรือโครงการสร้างสุขภาพส่วนใหญ่ก็ยังคงติดอยู่ในกรอบของการจัดการอบรมให้ความรู้ การจ่ายเป็นค่าตอบแทนกับผู้ปฏิบัติงานทั้งใน

ส่วนของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือในส่วนของ อสม. และมักจะเป็นโครงการซ้ำๆ ภายใต้งกรอบวิธีคิดเดิมๆ โดยไม่มีการสรุปบทเรียนและประเมินผลการดำเนินโครงการ ที่ผ่านมาพัฒนาแก้ไขในปีถัดไป อีกทั้งโครงการส่วนใหญ่ยังอยู่ในแวนกรอบการมองการทำงานแบบสาธารณสุข ยังก้าวไปไม่ถึงการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่นและการ empowerment ชุมชนในการสร้างสุขภาพของตนเองด้วยตนเองอย่างแท้จริง”

## เรื่องเล่าจากบ้านไธสง “จัดสรรงบประมาณท้องถิ่น”

เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำปาง มีภารกิจดูแลสุขภาพของประชาชนในอำเภอบ้านไธสง ซึ่งมีประชากร 43,803 คน (มีนาคม 2548) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนกระเทียม หอมแดง ลำไยและมะม่วง โดยส่วนหนึ่งทำงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ สภาพสังคมเป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีเครือข่ายบริการสุขภาพ คือโรงพยาบาลบ้านไธสง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) 4 แห่ง และสถานีนามัย 6 แห่ง

CUP บ้านไธสง ได้กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันว่า “ร่วมสร้างสุขภาพดี เครือข่ายมาตรฐาน บริการประทับใจ” โดยมีพันธกิจคือ “บริหารจัดการ ประสานงานและสนับสนุนให้เกิดบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชน”

นพ.คนอง ถนอมสัตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไธสง และประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสง (CUP บ้านไธสง) เล่าว่า CUP นี้มีประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยเวียน ประสานกรรมการ ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ วาระ 1 ปี และจัดประชุมเดือนละครั้ง มีการวางแผนกลยุทธ์ร่วมกันในภาพรวมเครือข่าย โดยจัดทำแผนปฏิบัติงานสาธารณสุขตามยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขเครือข่ายอำเภอบ้านไธสง โดยจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินของเครือข่ายร่วมกัน ปีละ 1 ครั้ง และมีการสนับสนุนงบประมาณเครือข่าย โดยจัดสรรตามกรอบของการโอนจากจังหวัด ดังนี้



- สถานีอนามัยเครือข่าย จัดสรรให้ 36 บาท / หัวประชากร แต่หากสถานีอนามัยใดได้รับไม่ถึง 100,000 บาท จะดำเนินการจัดสรรให้ได้ครบ 100,000 บาท และจัดสรรค่ารักษาพยาบาลให้ 18 บาท / Visit
- สถานีอนามัยที่มีการให้บริการคลินิกทันตกรรม จัดสรรให้ 50 บาท / หัวประชากร
- สนับสนุนค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว ให้ สถานีอนามัยเครือข่ายแห่งละ 3,500 บาท/ เดือน
- สนับสนุนการพัฒนาตามโครงการต่างๆ เป็นครั้งคราว ตามความจำเป็นของแต่ละพื้นที่
- สนับสนุนวัสดุ / คุรุภัณฑ์การแพทย์และสิ่งก่อสร้างตามความจำเป็น
- สนับสนุนค่าตอบแทนล่วงเวลาให้PCU ละ 5,000 บาท / เดือน
- สนับสนุนค่าเก็บขยะติดเชื้อ เพื่อนำไปกำจัดตามระบบกำจัดขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลบ้านโสม 3,000 บาท/เดือน

## 6. การพัฒนาระบบบริการด้านการรักษาพยาบาล ในระดับภาพรวมอำเภอ

ทุก CUP มักมีจุดมุ่งหมายร่วมที่ต้องการสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่ดีที่ประชาชนพึงพาได้ สร้างระบบการดูแลรักษาโรคที่มีมาตรฐานตามหลักวิชาการสำหรับทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ระบบบริการปฐมภูมิที่ดี เป็นเอกภาพ จะสามารถลดการมารับบริการในความเจ็บป่วยพื้นฐานที่โรงพยาบาลลงได้ และสามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพในระดับอำเภอลงได้

หลาย CUP ใช้ GIS มาจัดระบบการเข้าถึงบริการที่ควรจะเป็นในระดับอำเภอใหม่ โดยเปลี่ยนวิธีการจัดการเข้าถึงบริการตามการแบ่งพื้นที่เป็นตำบลมาเป็นการแบ่งตามสภาพภูมิศาสตร์และถนนที่เดินทางได้สะดวกตามความเป็นจริง

แต่ไม่ว่า CUP จะปรับระบบการเข้าถึงบริการโดยใช้ GIS หรือไม่ก็ตาม การพัฒนาระบบบริการด้านการรักษาพยาบาลก็เป็นหัวใจที่สำคัญยิ่งที่ทุก CUP ได้พัฒนาระบบงานไปมากน้อยแตกต่างกันไป ได้แก่

### **ระบบการส่งต่อผู้ป่วย**

บาง CUP จัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานีนอนามัย บาง CUP จัดระบบรถส่งต่อในสถานีนอนามัยหลักมายังโรงพยาบาล บาง CUP จัดระบบการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลไปรับการรักษาต่อหนึ่งที่สถานีนอนามัย บาง CUP เมื่อมีผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล จะมีการแจ้งข้อมูลไปให้เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัวได้มาเยี่ยมผู้ป่วย และให้ข้อมูลเชิงบริบทของผู้ป่วยและชุมชนเพิ่มเติมใน chart ผู้ป่วย เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลที่ลงตัวกับบริบทของผู้ป่วยที่สุด

### **ระบบการรับคำปรึกษาหรือการปรึกษาทางโทรศัพท์**

ระบบการปรึกษาเป็นอีกส่วนหนึ่งของระบบเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยที่สำคัญในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เพราะบ่อยครั้งที่ความเจ็บป่วยไม่ได้รุนแรงถึงขั้นที่ต้องรับการรักษาจากแพทย์ โดยบาง CUP จัดให้มีแพทย์รับผิดชอบเป็นโซน บาง CUP ใช้ระบบปรึกษาแพทย์เวร บาง CUP ไม่มีระบบที่ชัดเจนใช้ระบบความสัมพันธ์ส่วนตัว

### **ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน**

เกือบทุก CUP มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บ้างก็ใช้ทีมจากโรงพยาบาลดูแลรักษาทั้งอำเภอ บ้างใช้ทีมร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัวในสถานีนอนามัย บ้างก็ชวน อสม. เข้าร่วมการเยี่ยมบ้านด้วยเสมอ บ้างมีเพียงใบส่งต่อบันทึกส่งให้เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัวในสถานีนอนามัยนั้นๆ ไปดูแลผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น เป็นระบบที่สำคัญยิ่งที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัยได้สะดวก เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นถึง ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัยได้อย่างชัดเจน



**CUP บัว จ.น่าน** ได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน(Home Health Care) ได้มีการประสานงานร่วมระหว่างทีมของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว ชมรมผู้สูงอายุ และสถานีอนามัยในพื้นที่ ร่วมกันการเยี่ยมผู้ป่วย ดูแลทั้งด้านสุขภาพกาย ให้กำลังใจเน้นสุขภาพจิต เน้นการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดูแลจาก case จริง และมุ่งเน้นสอนญาติให้สามารถพึ่งตนเองในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด

### **ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่มีแรงจูงใจจากความต้องการของโรงพยาบาลที่ต้องการลดจำนวนผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลลง โดยเฉพาะคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงมีการพัฒนาระบบนี้ขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ บางแห่งส่งเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปให้การดูแลรักษาที่สถานีอนามัย บางแห่งจัดการอบรมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้ดูแลรักษาเองและจัดระบบส่งต่อไปรับการตรวจเช็คให้ละเอียดที่โรงพยาบาลปีละ 1-2 ครั้ง

ในปัจจุบันบทบาทของสถานีอนามัยในการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ทำให้มีการค้นพบผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น ประกอบกับทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ว่าโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์อัมพาต หรือโรคถุงลมโป่งพอง มีความชัดเจนว่า นอกจากผู้ป่วยต้องการการैयाที่เหมาะสมกับโรคตามหลักวิชาการแล้ว การให้สุขศึกษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและนำไปปฏิบัติได้จริงนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังซึ่งเป็นบทบาทที่ทางสถานีอนามัยทำได้ดี และส่งผลให้การรักษาให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ดีได้

**CUP รามัน จังหวัดยะลา** ได้มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมในการให้สุขศึกษาด้วยการให้เจ้าหน้าที่ซื้ออาหารปรุงเสร็จ ผลไม้ ขนมในตลาดที่ประชาชนนิยมรับประทานมาเป็นสื่อในการสอนสุขศึกษาในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง บอกอย่างเป็นรูปธรรมว่า อันนี้กินไม่ได้ อันนี้พอจะกินได้ แต่อันนี้ทานแล้วจะดีมาก ทำให้เห็นปริมาณความหวานความมันที่จะได้รับจากอาหารให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม สื่อสาร

ด้วยภาษายาวี ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจต่อการควบคุมอาหารมากขึ้นอย่างชัดเจน ส่งผลดีในการควบคุมโรคเรื้อรังนั้นๆ

### **ระบบการตรวจรักษาผู้ป่วย**

การสนับสนุนทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ในสถานีนอมาัยในการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เช่นการฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัวและคลินิกเด็กดี ที่มีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล เป็นภารกิจอีกอย่างที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการของ CUP โดยส่วนใหญ่ใช้ระบบการอบรมแก่เจ้าหน้าที่สถานีนอมาัยหรือจัดการเพิ่มพูนทักษะด้วยการหมุนเวียนมาฝึกทักษะต่างๆที่โรงพยาบาล

การสนับสนุนทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนก็เป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่ได้ผลในการพัฒนาคุณภาพบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่ไปจากโรงพยาบาลนอกจากมีภารกิจในการให้บริการแล้ว ยังจำเป็นต้องใส่ใจในการถ่ายทอดประสบการณ์และเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยในบริบทที่สอดคล้องกับชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนอมาัยด้วย นอกจากนี้ก็ยังสามารถสร้างความศรัทธาของประชาชนในพื้นที่ต่อศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนั้นได้เป็นอย่างดีด้วย

## **เรื่องเล่าจากแม่ยาย “ระบบบริการปฐมภูมิแบบดาวกระจายสู่ชุมชน”**

กลไกสำคัญในการจัดระบบบริการปฐมภูมิของอำเภอแม่อยานั้น แบ่งเป็น 2 กรณีคือ ในพื้นที่ราบหรือพื้นที่ดอยที่เดินทางเข้าถึงค่อนข้างสะดวกนั้น โดยทาง CUP ได้กำหนดพื้นที่หมู่บ้านรับผิดชอบในขอบเขตทั้งอำเภอที่ชัดเจนให้กับเจ้าหน้าที่ โดยรวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่อยทุกคนด้วย ทุกบ้านจะมีหมอปประจำครอบครัวของตนเอง โดยที่หมอปประจำครอบครัวไม่จำเป็นจะต้องเป็นแพทย์ แต่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่นอมาัย ส่วนในกรณีของหมู่บ้านห่างไกลบนดอยสูงนั้นใช้รูปแบบหน่วยแพทย์เคลื่อนที่แทน



ในส่วนของโรงพยาบาลแม่ข่ายริเริ่มบริหารจัดการระบบงานปฐมภูมิในชุมชน โดยแบ่งแพทย์ 5 คนเป็นหัวหน้าทีมสหวิชาชีพ 5 ทีม ดูแลพื้นที่อำเภอที่ถูกตัดแบ่ง เป็น 5 ส่วน ซึ่งทีมประกอบด้วยทุกวิชาชีพทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน กระจายกันรับผิดชอบหมู่บ้านในชุมชน เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารให้แก่ครอบครัวเข้าถึงบริการ ประชาชนทุกคนมีหอประจำบ้าน โดยวิชาชีพที่มีจำนวนน้อยจะเป็นทีมสนับสนุน เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร การเงิน และ lab ส่วนพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนของโรงพยาบาลเป็นทีมปฏิบัติการในชุมชนร่วมกับทางเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ทุกวันรถของโรงพยาบาลแม่ข่ายจะพาเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้านไปหย่อนไว้ในหมู่บ้านตลอดความยาวไกลของถนน แล้วตกเย็นก็ไปรับกลับมา *การกำหนดให้ทุกคนต้องออกหมู่บ้านต้องรับผิดชอบต่อพื้นที่ วิธีนี้มีข้อดีที่สำคัญยิ่งคือได้ทำให้การแบ่งแยกเป็นทีมตั้งรับกับทีมชุมชนในโรงพยาบาลสลายไป*

โรงพยาบาลแม่ข่ายใช้ทีมงานทั้งหมดของโรงพยาบาลดูแลสุขภาพเชิงรุกของทั้งอำเภอ โดยเฉพาะในตำบลที่โรงพยาบาลตั้งอยู่เท่านั้น ด้วยความเข้าใจในข้อจำกัดของสถานีอนามัยว่า “งานล้นมือ” โดยที่สถานีอนามัยในพื้นที่ก็ทำงานของเขาไป และเชื่อมต่อกันกับหอประจำครอบครัวที่ส่งไปดูแลจากโรงพยาบาล ไม่มีการส่งพยาบาลไปประจำสถานีอนามัย แต่ส่งตรงลงสู่ชุมชนแทน

การกระจายบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลลงตั้งกำลังในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อสร้างพรมแดนสุขภาพก่อนเข้าถึงโรงพยาบาล พญ.สายพิณ หัตถ์ธีรัตน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ กล่าวว่า “อาจเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของเวชปฏิบัติปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกล น่าจะเรียกว่ารูปแบบ **ดาวกระจายสู่ชุมชน**”

ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนด้อยโอกาส คนยากจน คนพิการทั้งอำเภอต่างได้รับการดูแลสุขภาพและดูแลปากท้องเป็นอย่างดีจากทีมงานของ CUP แม่ข่าย ครอบครัวหรือบ้านใดที่ไม่มีปัญหาทางทีมเยี่ยมบ้านได้ตั้งเกณฑ์ไว้ว่าควรจะได้รับ การเยี่ยมบ้านปีละครั้ง นอกจากนี้ทางทีมเยี่ยมบ้านได้จัดเตรียมกระเป๋าที่ประกอบด้วย

เอกสารเกี่ยวกับดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงเช่น โรคท้องร่วง ให้อ่านทุกบ้าน เพื่อให้ชาวบ้านมีความรู้ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยๆได้ โดยไม่จำเป็นต้องมาที่โรงพยาบาลหรือสถานเฝ้าระวัง

นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังได้ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับทุกบ้าน เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพผู้ป่วยสามารถโทรมาปรึกษาหมอบริการครอบครัวได้ โดยหมอบริการครอบครัวจะให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่ถ้าเป็นปัญหาที่เร่งด่วนหรือรุนแรงจะแนะนำให้คนไข้มาโรงพยาบาลหรือทางทีมเยี่ยมบ้านจะส่งคนลงไปดูคนไข้ที่บ้าน จากกรณีที่ทีมเจ้าหน้าที่ของ CUP แม่ข่าย จัดทีมเยี่ยมบ้านและให้สุขศึกษากับชาวบ้าน ทำให้คนไข้ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการ URI Diarrhea มีจำนวนลดลง จำนวนผู้ป่วยในลดลง วันนอนสั้นลง ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น

## 7. การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคในระดับอำเภอ

ภารกิจในการควบคุมโรคและการสร้างสุขภาพนั้นเป็นภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งของ CUP แม้ว่าในปัจจุบันดูเหมือนจะลดความสำคัญลงไปจากการเพิ่มบทบาทของ CUP ในการจัดการงบประมาณก็ตาม แต่จากบทเรียนของเกือบทุก CUP นั้นพบว่า แม้บทบาทการสร้างสุขภาพจะเป็นบทบาทสำคัญของสถานบริการโดยเฉพาะสถานเฝ้าระวังในพื้นที่ แต่การบริหารจัดการและนำพาทิศทางของการสร้างสุขภาพในระดับอำเภอยังเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของ CUP เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างสุขภาพให้ไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมกำกับผลงานและความครอบคลุมในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับอำเภอด้วย

งานควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อเป็นภารกิจที่เร่งด่วนของ CUP แต่เนื่องจากภาระของโรคนั้นเป็นลักษณะเป็นช่วงๆ (periodic) ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น CUP ส่วนใหญ่จึงมักมีนักวิชาการสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นตัวหลักที่รับผิดชอบนี้ และเมื่อภาระของโรคก็จัดเป็นทีมเฉพาะกิจออกปฏิบัติการ





โดยสรุปแล้ว บทบาทของ CUP ต่อการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมโรคนั้นมี 2 ลักษณะคือ

- **การจัดกิจกรรมเอง** สำหรับกิจกรรมการสร้างสุขภาพและควบคุมโรคในบางกรณี CUP มีหน้าที่เป็นกลไกหลักในการทำเอง เช่นจัดกิจกรรมวันรณรงค์เอดส์โลก จัดการแข่งขันเดินแอโรบิก จัดมหกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น
- **การกำกับติดตาม** กิจกรรมการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคส่วนใหญ่ซึ่งเป็นภารกิจปกติของทุกสถานีนอมนั้น CUP มีหน้าที่ในการกำกับติดตามตัวชี้วัด ความครอบคลุมของดัชนีสุขภาพหรือกิจกรรมต่างๆ อย่างไรก็ตาม บทบาทของ CUP ในการควบคุมกำกับสถานบริการนั้น ยังเป็นเรื่องที่ยังต้องมีการพัฒนาต่อไป

## เรื่องเล่าจากบ้านตาก “สร้างสุขภาพ ด้วยสมดุล CEO”

นพ.พิเชษฐ บัญญัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตาก ให้ทัศนะว่า “ในมุมมองผมการสร้างสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญที่สุดของ CUP และต้องเริ่มที่องค์กรสาธารณสุขก่อน การสร้างสุขภาพของโรงพยาบาลและสถานีนอมนั้นในอำเภอบ้านตากต้องสร้างสมดุล 3 ด้าน (CEO) คือ

C ประชาชน (Citizen) มีคุณภาพชีวิตที่ดี

E เจ้าหน้าที่ (Employee) มีความสุข

O โรงพยาบาล (Organization) อยู่รอด

ซึ่งเป้าหมายนี้ ผมคิดจากความเป็นจริง (Realistic) ไม่ใช่จากความฝัน (Romantic) ความคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริงจะสามารถปฏิบัติสำเร็จได้ง่าย ต้องมองบริการในเชิงกว้างคือทั้งบริการบุคคล บริการกลุ่มคนและบริการสังคม ที่ต้องผสมผสานทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ยิ่งในยุคปัจจุบันองค์กรต่างๆ จะอยู่รอดได้ต้องมี 3 อย่างคือคุณภาพ ประสิทธิภาพและประหยัด เรื่องคุณภาพคือทำ

ให้ดีที่สุดทั้งบริการในสถานบริการและสุขภาพดี เรื่องประสิทธิภาพและประหยัสนั้นก็คือ “Good Health at Low cost”

“เราสามารถทำงานได้มากมายแม้จะมีเงินไม่มากในแต่ละปี มีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในหลายระดับทั้งในชุมชนที่ทำงานร่วมกับ อสม.และผู้สูงอายุ การรณรงค์ในพื้นที่ในกลุ่มโรคสำคัญร่วมกับเทศบาลและอบต. เช่น กิจกรรมครอบครัวล้อมรัก กิจกรรมสำหรับเยาวชนรักบ้านเกิด กิจกรรมโรงพยาบาลของหนู การแข่งขันกีฬาเยาวชน การตั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ เบาหวาน การจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน การอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตในชุมชน กิจกรรมชมรมผู้พิการ ชมรมหมอพื้นบ้าน กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร กิจกรรมอาหารสะอาดรสชาติอร่อยในรูปแบบของมหกรรมอาหารอำเภอ การรณรงค์ในเทศกาลสำคัญของอำเภอ การร่วมกับโรงเรียนจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กนักเรียน กิจกรรมเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่จัดโดยเชิญผู้สูงอายุแต่ละตำบลมาเข้าคอร์ส มีการอบรมแลกเปลี่ยนและเรียนรู้เยี่ยมบ้านซึ่งกันและกัน รวมทั้งไปเป็นพี่เลี้ยงเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่มานอนโรงพยาบาลโดยจัดกลุ่มละตำบลเวียนกันไปทุกตำบล การจัดกิจกรรมฟื้นฟูและพัฒนาเด็กพิการในชุมชน เป็นต้น ”

นพ.พิเชษฐ กล่าวทิ้งท้ายว่า “หาก CUP ให้ความสำคัญกับการสร้างสรรค์กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างจริงจังแล้ว อนาคตภาระงานด้านการรักษาโรคร้ายไข้เจ็บก็จะลดลงได้ การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี หาก CUP ไม่ทำไม่ให้ความสำคัญ แล้วใครจะทำ ”

## 8. การบริหารจัดการระบบสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมินั้นมีเจ้าหน้าที่จำนวนจำกัดเฉลี่ยประมาณ 2-4 คน ประกอบกับข้อจำกัดในการบริหารจัดการตามมาตรฐานที่สูงขึ้นตามความก้าวหน้าของระบบบริการ ทำให้ CUP จำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อันได้แก่



- การสนับสนุนการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ในรูปแบบของคลังยา ระดับอำเภอ ซึ่งตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นนวัตกรรมมาตรฐานที่เกือบทุก CUP ได้นำมาใช้ เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการยาที่ดีและมีประสิทธิภาพ ปัจจุบัน CUP ส่วนใหญ่มีรูปแบบการบริหารจัดการคลังยา ระดับอำเภอ รวมถึงคลังวัคซีนและเวชภัณฑ์ไม่ใชยาด้วย
- การสนับสนุนการบริหารจัดการด้านงานพัสดุ เช่นที่โรงพยาบาลเทพา เป็นคลังของทุก PCU สามารถเบิกทั้ง เวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์ไม่ไชยา วัสดุ ด้านชั้นสูตร (Lab) แม้กระทั่งหรือวัสดุสิ้นเปลืองด้วย วัสดุสำนักงาน เช่น ไม้กวาด ถูดำ กระดาษ ผงซักฟอก แบบพิมพ์ต่างๆ โปสเตอร์ ก็สามารถ มาเบิกที่คลังได้ เพื่อลดภาระการจัดซื้อจัดหาเอง และลดต้นทุนในการจัดซื้อ เพราะทางโรงพยาบาลจัดซื้อเป็น lot ใหญ่ทำให้ได้ราคาที่ถูกกว่า PCU จะได้ มีเวลาไปให้บริการประชาชนมากขึ้น
- ระบบการทำให้ปราศจากเชื้อกลางของอำเภอ ซึ่งมีทั้งการสนับสนุนทาง วิชาการ การสนับสนุนเครื่องมือในการทำให้ปราศจากเชื้อแก่สถานีนอนามัย เช่น เครื่องนึ่งไฟฟ้า หรือการให้สถานีนอนามัยส่งของมาล้างฆ่าเชื้อที่ โรงพยาบาล โดยมีการแลกเปลี่ยนหมุนเวียนเครื่องมือระหว่างกัน
- ระบบการกำจัดขยะติดเชื้อกลางของอำเภอ ระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ เป็นเรื่องยากที่สถานีนอนามัยจะจัดการได้ ดังนั้นทางเลือกที่เหมาะสมคือการ วางระบบให้สถานีนอนามัยนำส่งขยะติดเชื้อมาทำลายโดยผ่านระบบกำจัด ขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล
- ระบบข้อมูลข่าวสารกลาง ควรมีการวางระบบข้อมูลสารสนเทศที่สถานีน อามัยทุกแห่งมีการใช้โปรแกรมลงบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานที่เหมือนกัน และสามารถสรุปรายงานประจำเดือน ประจำงวดได้ และทำให้ CUP สามารถกำกับควบคุมหรือความก้าวหน้าของงานสะดวกรวดเร็วขึ้น

- ระบบการสนับสนุนและดูแลครุภัณฑ์การแพทย์ เช่น กรณีของ CUP นครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีระบบการดูแลครุภัณฑ์การแพทย์ให้กับสถานีอนามัย หากครุภัณฑ์ใดที่ตั้งไว้แล้วไม่ได้ใช้ ก็จะมีการนำมาสับเปลี่ยนที่โรงพยาบาลเป็นครุภัณฑ์หรือเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ประโยชน์ได้จริงกลับไปที่สถานีอนามัย เป็นต้น

ระบบสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิกลางเหล่านี้เป็นระบบพื้นฐานที่ทุก CUP ควรจะมีการจัดระบบเหล่านี้ไว้ เพื่อสร้างมาตรฐานของระบบบริการสาธารณสุข สร้างระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาในการทำหน้าที่ด้านธุรการสำหรับสถานีอนามัย

## เรื่องเล่าจากอ่าวลึก “PCU ไม่โดดเดี่ยว”

PCU นาเหนือ ตำบลนาเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่นั้น แม้จะอยู่ไกลจากโรงพยาบาลอ่าวลึก เป็น PCU ที่ห่างไกล แต่ก็ไม่ได้ห่างหายไปจากการสนับสนุนของ CUP อ่าวลึก

คุณธนิตรา คำเลี้ยง หัวหน้า PCU บ้านนาเหนือ ได้เล่าถึงนโยบายของ CUP อ่าวลึกที่จะให้ทุกสถานีอนามัยยกฐานะเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ว่าที่นี่มีจุดเด่นที่ระบบการสนับสนุนที่ทั่วถึงเท่าเทียมกันในทุก PCU

ระบบการจัดการที่น่าสนใจที่ทำให้ PCU ไม่โดดเดี่ยวได้แก่

1. มีการจัดการภายในโรงพยาบาล ให้มีการสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพไปอยู่ใน PCU แบบ Full Time ได้ครบทุก PCU โดย PCU ในอำเภออ่าวลึกจัดเป็น PCU ที่ไม่มีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ไปอยู่ใน PCU จะมีค่าตอบแทน OT ให้ค่าน้ำมันรด ให้เรียนพยาบาลเวชปฏิบัติ(รักษาโรคเบื้องต้น)ทุกคนและยังสามารถกลับขึ้นมาอยู่เวรบาย – ดึกที่โรงพยาบาลได้อีกด้วย เพื่อจูงใจและตอบแทนให้กับพยาบาลมีความสนใจในการไปทำงานที่ PCU และเมื่อเห็นว่าตัวเองชอบและถนัดจะยินยอมให้ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานไปอยู่ประจำที่ PCU ได้และหากไม่ถนัดหรือไม่ชอบก็สามารถกลับมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลได้เหมือนเดิม



2. มีการส่ง Case ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับลงไปยัง PCU ด้วยการจัดระบบมาตรฐานการดูแลรักษาและเจ้าหน้าที่จะต้องเยี่ยมบ้านทุกราย โดยโรงพยาบาลจะเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาและความรู้ทางวิชาการรวมถึงหากมีปัญหาก็สามารถส่งต่อมายังโรงพยาบาลได้
3. โรงพยาบาลอ่าวลึกได้จัดให้มีระบบช่องทางการส่งต่อและการปรึกษา (Consult) แพทย์ที่โรงพยาบาลได้อย่างสะดวก โดยมีช่องทาง 3 ช่องทาง คือ
  - Consult ทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นระบบที่ใช้มากที่สุด
  - การ Consult แพทย์ผ่านทาง Internet ผ่าน Teleconference ซึ่งระบบนี้มีปัญหาอยู่พอสมควรเนื่องจากเป็น Internet ความเร็วต่ำ และบ่อยครั้งที่มีปัญหาเชื่อมต่อระบบ (Connect) ไม่ได้
  - การ Refer ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งมีการจัดช่องทางด่วนไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีใบ Refer จาก PCU ให้ไม่ต้องรอคิวพบแพทย์อีกที่โรงพยาบาล และได้รับการอำนวยความสะดวกจากทุกแผนก เช่น ทำบัตรไว้ล่วงหน้า ส่งต่อโดยไม่ต้องยื้อนเส้นทาง การส่งรถจากโรงพยาบาลไปรับผู้ป่วย
4. จัดให้มีรถเครือข่ายวิ่งจาก CUP ไปยัง PCU ต่างๆ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง/แห่ง เพื่อให้มีการจัดส่งเอกสาร ส่งยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และวัสดุทั่วไป ไปยัง PCU และรับของที่ PCU ส่งไปยังโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เช่น ส่ง Lab ส่งของที่หนึ่งไปให้หรือรับขยะติดเชื้อกลับมาทำลาย เป็นต้น
5. จัดให้มีคลังแห่งสรรพสิ่งทั้งยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา วัสดุสิ้นเปลือง โดยสิ่งใดที่ฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาลเบิกได้ที่ PCU ก็ก็สามารถเบิกได้เช่นเดียวกัน โดยมีการหักค่าใช้จ่ายตามที่จ่ายจริง ตามที่เบิกจริง โดยไม่หักค่าบริหารจัดการ
6. จัดให้มีวัสดุ ครุภัณฑ์ จำเป็นในงานบริการผู้ป่วยตามมาตรฐานใน CPG โดยใช้งบประมาณจากการบริการจัดการของเครือข่าย
7. สนับสนุนงานบริการของ PCU ทุกด้าน เช่น การเปิดทำงานนอกเวลาราชการ เพื่อให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามความต้องการของชุมชน โดยจ่ายค่าตอบแทนตามความเป็นจริงไม่คำนึงวันหยุดราชการ

เมื่อทางโรงพยาบาลได้วางระบบที่ดีเป็นเอกภาพเช่นนี้แล้ว ก็จัดให้มีการประชุมสัมพันธภาพให้ชาวบ้านเห็นความแตกต่างว่าในปัจจุบัน สถานื่อนามัยทุกแห่งในอำเภออ่าวลึกได้รับการพัฒนาจนเป็น PCU แล้ว เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับประชาชนในการไปใช้บริการปฐมภูมิที่ PCU ผลพลอยได้ที่สำคัญนอกจากชาวบ้านไม่ต้องเดินทางไกลในยุคน้ำมันแพงแล้ว ยังสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้มากเมื่อโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยเป็นระบบที่เป็นอันหนึ่งเดียวกัน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสุขใจแล้ว ชาวบ้านอบอุ่นใจยิ่งกว่า

## 9. การควบคุมกำกับและการนิเทศงาน

การเรียนรู้ร่วมกันเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ในการพัฒนางานมากกว่าการนิเทศงาน ในระบบดั้งเดิมที่เน้นการตรวจประเมินเป็นข้อๆตามแบบประเมินที่แข็งตัว และไม่ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน หรือการเข้าใจบริบทของพื้นที่ที่สอดคล้องกับเหตุและผลของผลงานโครงการในพื้นที่

CUP ต้องพัฒนาทีมงานที่จะนิเทศงานโดยเลือกการยกระดับงานด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (KM) เป็นกระบวนการหลักแทน “การนิเทศงานแบบคุณครูตรวจการบ้านเด็ก” ซึ่งจะเป็นปรากฏการณ์ใหม่ของระบบการควบคุมกำกับและการนิเทศงานที่ CUP บ้านตาก จังหวัดตาก ได้พยายามนำระบบการเรียนรู้ร่วมกันโดยกระบวนการจัดการความรู้ (KM) มาใช้

อย่างไรก็ตามปัญหาการไม่สามารถควบคุมกำกับและประเมินผลได้อย่างจริงจัง ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับ PCU เป็นสิ่งที่เป็นปกติของเกือบทุก CUP โดยสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลอ่อนแอ นั้น เกิดจากทั้งปัจจัยภายในจังหวัดเอง และปัจจัยภายนอกของระบบราชการไทย กล่าวคือ

1. เงิน CUP ถือโดยโรงพยาบาล แต่การบริหารบุคคลโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมื่อโรงพยาบาลเห็นว่าโดยผลงานที่ทำงานของ PCU นั้นมีปัญหา แต่ไม่สามารถบริหารจัดการกับ PCU นั้นๆได้ กลไกการเงินไม่ใช่วิธีเดียวที่ได้ผล กลไกการเงินเหมาะกับบริบทที่ทุกคนขยันทำงาน แต่สำหรับ



วัฒนธรรมการทำงานแบบราชการที่ฝังลึก กลไกการเงินต้องร่วมกับกลไก  
ด้านบริหารจึงจัดการกับปัญหานี้ได้

2. รูปแบบการคิดงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากร ทำให้ PCU เอง  
ก็มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของงบประมาณตามรายหัวประชากรที่ตนดูแล  
ทำให้การควบคุมกำกับของ CUP นั้นทำได้ไม่เต็มที่ เพราะหากควบคุมกำกับ  
เข้มงวดก็จะเป็นความรู้สึกว่า “เงินของฉัน แต่ถูกโรงพยาบาลกันไว้ใช้เอง”  
เป็นต้น เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีระหว่างองค์กร ซึ่งพื้นฐานความสัมพันธ์ส่วน  
ใหญ่ก็ไม่ได้แน่นแฟ้นอยู่แล้ว
3. การออกแบบระบบของ สปสช.หรือกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มีการออกแบบ  
ให้มีองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประเมินผลอย่างจริงจัง ทั้งสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงาน CUP ต่างก็  
ทำหน้าที่เป็นสำนักบริหารจัดการเป็นหลัก ทั้งๆที่ในทางปฏิบัติจริงนั้น  
บทบาทการบริหารจัดการควรอยู่ที่สำนักงาน CUP โดยมีสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่ด้านการกำกับและ  
ประเมินผล

ดังนั้นหาก CUP ใดที่มีเงื่อนไขเหมาะสม สามารถพัฒนาตนเองไปสู่การเป็น  
model นำร่องที่แบ่งบทบาทภารกิจหน้าที่ระหว่าง โรงพยาบาลที่เน้นการหนุนเสริม  
แก่ระบบบริการปฐมภูมิ และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เน้นการควบคุมกำกับ  
ติดตามและประเมินผลผลลัพธ์จากการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีการ  
ประสานกันอย่างลงตัวระหว่างกลไกบริหารทางการเงินซึ่งอยู่ในการดูแลของ  
โรงพยาบาล ร่วมกับกลไกบริหารบุคคลซึ่งอยู่ในความดูแลของสำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอแล้ว ย่อมจะเป็นตัวอย่างรูปธรรมสำคัญสำหรับระบบควบคุมกำกับและประเมิน  
ผลที่มีประสิทธิภาพในอนาคตได้

## พันธกิจที่ 2 การเชื่อมต่อกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้เป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการทำงานด้านสุขภาพ

หากพันธกิจของ CUP ข้อที่ 1 ในด้านการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอเป็นบทบาทขั้นพื้นฐานของการทำหน้าที่ของ CUP แล้ว การเชื่อมต่อกับภาคีภาคส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนับได้ว่าเป็นบทบาทขั้นต่อไป

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับอำเภอไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาล นับเป็นอีกองค์กรภาคีที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอ ดังนั้นพื้นฐานที่สำคัญคือสัมพันธภาพที่ดีระหว่างองค์กร

ในปัจจุบัน หลายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีผู้นำองค์กรที่มีความคิดก้าวหน้ามาก ให้ความสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น การสาธารณสุขก็เป็นหนึ่งมิติด้านคุณภาพชีวิตที่สำคัญ แม้ว่าในบางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะยังมีการช่วงชิงการนำกันรุนแรง แต่หากเราเข้าใจการเมืองท้องถิ่นซึ่งมีความขัดแย้งภายในสูง ก็จะสามารถวางตนได้อย่างเหมาะสม ในปัจจุบันบางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจยังเป็นหลักในการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนด้านสุขภาพได้ยาก แต่ขั้นต่ำของความร่วมมือนั้น การขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อเสริมการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น เป็นสิ่งที่ทุกสถานบริการสามารถขอรับการสนับสนุนได้ จะมากจะน้อยก็ขึ้นกับเงื่อนไขต่างๆ ในพื้นที่





## รูปแบบการเชื่อมต่อเป็นหุ้นส่วนสุขภาพกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในปกติ สถานบริการไม่ว่าระดับโรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัยมักมีความสัมพันธ์พื้นฐานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่แล้ว โดยมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่สำคัญได้แก่

1. ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะการประสานเป็นรายการหรือมีการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นเป็นโครงการไม่น้อยตามเหตุปัจจัย
2. การเชิญบุคคลผู้นำองค์กรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาเป็นคณะกรรมการทั้งในส่วนของ CUP หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล
3. ในหลายพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ตั้งงบประมาณในการส่งนักเรียนในพื้นที่รับทุนไปเรียนระดับอุดมศึกษาหรืออนุปริญญา เช่น ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ทันตภิบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น เมื่อจบแล้วก็ต้องกลับมาปฏิบัติงานที่สถานบริการสุขภาพในชุมชน
4. การสนับสนุนงบประมาณให้กับองค์กรภาคประชาชนที่ผูกติดกับงานสาธารณสุข เช่น ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้ติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งทำให้การทำงานขององค์กรเหล่านี้สะดวกขึ้น เป็นประโยชน์กับงานสาธารณสุขโดยตรง และประหยัดงบประมาณที่ต้องสนับสนุนจากสถานบริการได้มาก
5. การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้สนับสนุนด้านอาคารสถานที่เพื่อให้หน่วยราชการด้านสาธารณสุขมาร่วมจัดบริการในสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะของเทศบาลต่างๆ เช่น กรณีของ CUP ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ทางโรงพยาบาลยางตลาดได้ไปเช่าห้องแถวเพื่อเปิดให้บริการในนามของ “โรงพยาบาลยางตลาด 2 ” เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในเขตเทศบาล จัดแพทย์ เภสัชกร พยาบาล มาให้บริการ มีรถฉุกเฉินเพื่อส่งต่อไปโรงพยาบาล ต่อมาทางเทศบาลเห็นถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ จึงได้อาสาสร้างอาคารให้ในที่สุด

6. การร่วมลงทุนตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน โดยการร่วมลงทุนของ องค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มองค์กรการเงินชุมชนเช่นกลุ่มออมทรัพย์ และ สปสช. โดยในปี 2550 นั้น ทาง สปสช.ได้จัดสรรงบประมาณหมวดส่งเสริมป้องกันในชุมชนหรือแบบ PP Community based จำนวน 37.5 บาทต่อรายหัวประชากร เป็นกองทุนสุขภาพชุมชน โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสมทบงบประมาณลงขันตามระเบียบของ สปสช. ในเรื่องหลักเกณฑ์การสมทบจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คือ

- อบต.ขนาดใหญ่ สมทบงบประมาณขั้นต่ำ 50% ของที่ สปสช.โอนให้
- อบต.ขนาดกลาง สมทบงบประมาณขั้นต่ำ 20% ของที่ สปสช.โอนให้
- อบต.ขนาดเล็ก สมทบงบประมาณขั้นต่ำ 10% ของที่ สปสช.โอนให้

ประเด็นสำคัญของการมีกองทุนสุขภาพระดับตำบลโดยงบประมาณการมีส่วนร่วมจากทั้งบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น เป็นนวัตกรรมทางการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่น่าสนใจยิ่ง สำหรับ สปสช.จะขยายกระบวนการนี้ไปให้ได้ 800 อบต. แต่อย่างไรก็ตาม CUP ก็อาจเข้ามาช่วยสร้างกระบวนการก่อตั้งกองทุนได้ด้วยตนเอง โดยอาจจะเป็นงบประมาณลงขันจากงบประมาณส่งเสริมป้องกัน (งบPP) ของ CUP เองกับงบจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้ระเบียบของ สปสช.ในการเป็นฐานในการทำงานก็ได้

## ข้อเสนอแนะต่อการสร้างการมีส่วนร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. สร้างและทำความเข้าใจในบทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้เห็นว่าสุขภาพคือภารกิจหนึ่งที่สำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน หรืออาจกล่าวให้ concern เรื่องสุขภาพ ซึ่งสำคัญกว่าลงขันว่าในโครงการหนึ่งๆ นั้น ทางองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนงบประมาณมากน้อยเพียงใด ซึ่งไม่ใช่ประเด็นสำคัญเท่ากับการเห็นความสำคัญและร่วมเข้ามาทำงานร่วมกันกับภาคส่วนสาธารณสุข นั่นคือ ไปให้ไกลกว่า win-win คือเราได้งบบเขาได้เสียง เป้าหมายคือทำให้ชุมชนเข้มแข็ง



2. ทุก CUP ควรมีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอที่มีองค์ประกอบของส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคมและผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชนมาเป็นคณะกรรมการ เช่นที่ CUP หนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับในส่วนของสถานีอนามัยนั้น ควรที่จะมีการตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาสถานีอนามัยเช่นกัน โดยมีตัวแทนภาคประชาสังคมและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นคณะกรรมการเช่นเดียวกับที่ CUP นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
3. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนกว่าการสนับสนุนเพียงงบประมาณในการจัดทำโครงการ โดยเฉพาะรูปแบบความร่วมมืออื่นได้แก่
  - การให้ทุนชุมชนแก่นักเรียนเพื่อเรียนต่อในวิชาชีพด้านสุขภาพแล้วให้กลับมาทำงานใช้ทุนที่สถานบริการใกล้บ้าน ซึ่งจะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในชนบทได้ในระยะยาว งานด้านสุขภาพเป็นได้ทั้งกำไรการทำงานเชิงคุณภาพมากกว่างานด้านปริมาณ เป็นงานที่ต้องใช้กำลังคนและเวลามาก ถ้าพึ่งงบประมาณทำโครงการอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เกิดงานที่มีคุณภาพได้เท่าที่ควร เช่นกรณีของ CUP น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น CUP หล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และ CUP เทพา จังหวัดสงขลา
  - การตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนระดับตำบล โดยขอรับงบอุดหนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในลักษณะเป็นเงินก้อนมาร่วมลงขันกับเงินส่งเสริมป้องกันของ CUP และเงินสมทบจากองค์กรการเงินของชุมชนเช่นกลุ่มออมทรัพย์หรือกองทุนหมู่บ้าน เป็นเงินกองทุนสุขภาพชุมชนที่เป็นเงินกองกลางที่ทุกภาคส่วนหรือทุกองค์กรสามารถเขียนโครงการมาขอรับการสนับสนุนการทำโครงการจากกองทุนฯได้ เป็นเสมือนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในระดับตำบล เช่นกรณีของ CUP จะนะ จังหวัดสงขลา

## เรื่องเล่าจากกลุ่มสัก “2 บาทร่วมลงขัน สร้างสรรค โรงพยาบาลตำบล”

โรงพยาบาลตำบล เกิดขึ้นมาจากแนวคิดและปรัชญาของ นพ.พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยได้พลิกโฉมหน้าการพัฒนาสถานีอนามัยระดับตำบล ให้มีศักยภาพระดับสูงในบริการโดยมีทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์พยาบาล ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เหมาะสม มียา เวชภัณฑ์และเครื่องมือในการบริการเป็นที่ยอมรับของประชาชน สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน และตอบสนองระบบสุขภาพแบบใหม่ที่สร้างสมดุลการพึ่งตนเองและพึ่งบริการได้อย่างดี โดยผู้นำทั้ง 3 ฝ่ายคือภาคประชาชน ภาคการเมือง ภาคท้องถิ่น และภาคสาธารณสุข ได้มาร่วมหารือ และตัดสินใจระดมทุนจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลขึ้นมา

การร่วมลงขันของประชาชนในชุมชนคนละ 2 บาท ต่อเดือน หรือ 24 บาท ต่อปี เมื่อรวมประชากรในชุมชนเช่นตัวอย่างจำนวน 10,000 คน ก็จะได้เงินจำนวน 240,000 บาทที่มาจากภาคประชาชน และการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในฐานะผู้มีบทบาทในระบบสุขภาพของประชาชนร่วมสมทบอีกไม่น้อยกว่าประชาชนลงขัน และ CUP หล่มสักในฐานะผู้บริหารเงินต่อหัวประชากรที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาล ก็ร่วมสมทบเป็นพลังทุนจากสามประสาน ก็จะทำให้มีกองทุนสุขภาพจำนวนมากพอ ประมาณ 7 แสนบาทในหนึ่งปี เพื่อใช้ในการบริหารจัดการการดำเนินงานของโรงพยาบาลตำบล

คณะกรรมการกองทุนสุขภาพที่ถูกคัดเลือกจากประชาชนและท้องถิ่นทุกหมู่บ้านในตำบล เป็นผู้ตัดสินใจในการใช้งบประมาณ เช่น มีการจ้างทีมสุขภาพ โดยให้ค่าตอบแทนแพทย์มาอยู่ประจำที่โรงพยาบาลตำบล ด้วยเงินกองทุนสุขภาพ 30,000 บาทต่อเดือนนอกเหนือจากรายได้เงินเดือนประจำ พยาบาลอัตราจ้าง 10,000 บาทต่อเดือน การก่อสร้างปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานชั้นล่างของสถานีอนามัยเดิมให้เหมาะสมกับบริการผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สะดวกในการขึ้นไปรับบริการที่ชั้นสองของสถานีอนามัยตามโครงสร้างเดิมกระทรวงสาธารณสุข และแก้ไข



ปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นได้ เช่น ใช้เลือดออก อุจจาระร่วง และหากกองทุนมีความเติบโตยั่งยืนก็สามารถซื้อชุดเครื่องมือบริการทันตกรรม หรืออื่นๆ เช่น จัดส่งนักเรียนทุนพยาบาลศาสตร์ และอื่นๆ ที่ขาดแคลนในหมู่บ้านให้ไปเรียน แล้วกลับมาทำงานในชุมชนของตนเองได้ เป็นต้น

ความสำเร็จของกองทุนสุขภาพที่มาจากสามประสานสามารถจัดตั้งได้ทั้งหมด 18 กองทุน ในปี 2547 มีงบประมาณที่มาจากภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ กว่า 4 ล้านบาท มีระเบียบข้อบังคับกองทุนและการดำเนินการติดตามเงินเข้ากองทุนโดยประชาชน สามารถส่งผลให้เกิดความร่วมมือ การมีส่วนร่วมอย่างมากมาย

กองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบลกลายเป็นจุดเชื่อมโยงทำให้เกิดมาตรการและความร่วมมืออย่างมากในชุมชน ทั้งการจัดทำแผนงานแก้ปัญหาด้านสาธารณสุข การต่อเติมอาคารสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลตำบล การกำหนดข้อบังคับของชุมชนในการจัดระเบียบของสังคมในเรื่องสุขภาพ การควบคุมโรค เรื่องการรักษาความสงบ การใกล้เคียงข้อพิพาทชุมชน ข้อบังคับการจราจรของการขับขีในชุมชน เมาสุรา และการร่วมกันแก้ปัญหาเชิงระบบ การมีอาชีพและมีงานทำ และหน่วยราชการอื่นๆ เข้ามาเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น มีหน่วยอาสาสมัครตำรวจชุมชน หน่วยวิทยชุมชน การแจ้งทะเบียนการเกิดและเสียชีวิตของประชาชน โดยทุกหน่วยงาน ผลัดเปลี่ยนกันมาทำงานเป็นประจำที่โรงพยาบาลตำบล เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเกื้อกูลและดูแลกันเองภายในชุมชน ไม่ใช่เฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น ซึ่งในทุกเรื่องมีความเชื่อมโยงต่อระบบสุขภาพของประชาชนที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น

## พันธกิจที่ 3

### การสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนของภาคประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ในบริบทของการดูแลสุขภาพในระดับอำเภอนั้น จากแนวคิดและกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพที่ว่า “เรื่องสุขภาพไม่ได้อยู่ที่โรงพยาบาล แต่อยู่ที่วิถีคิด อยู่ในชุมชน เมื่อก่อนพอพูดเรื่องสุขภาพ เรานึกถึงกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล แต่ทุกวันนี้เรื่องสุขภาพนิยามไปไกลมาก เชื่อมโยงไปทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเกษตร การคุ้มครองผู้บริโภค สิ่งแวดล้อม นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ หรือแม้แต่ทิศทาง การพัฒนาประเทศที่มีผลกระทบต่อ สุขภาวะ” เป็นต้น

ในแง่โครงสร้าง อดีตเรื่องสุขภาพมีแนวเดียวคือแนวตั้ง ส่วนราชการมาขยายพื้นที่ในภูมิภาค แล้วสร้างความเจริญในพื้นที่ ซึ่งจะสามารถแก้ปัญหาได้ในพื้นที่ที่ไม่ซับซ้อน แต่ทุกวันนี้ไม่ใช่ โครงสร้างแนวตั้งอย่างเดียวไม่พอ แต่ต้องเกิดโครงสร้างโดยการจัดการตนเองของชุมชน เกิดโดยชุมชน โดยมีการเชื่อมประสานกับกลไกปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นข้อต่อสำคัญสำหรับงานแนวตั้งและแนวนอน เป็นการถักทอมิติการทำงานแบบใหม่ เชื่อมต่อกับประชาชนเพื่อให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ซับซ้อน

การขับเคลื่อนสุขภาพด้วยแนวคิดและภารกิจ INN:พลังแห่งปัจเจก-กลุ่มชมรม เครือข่าย

ด้วยวิถีชีวิตที่เป็นต้นเหตุแห่งปัญหาสังคมในท่ามกลางการพัฒนาประเทศสู่ความทันสมัย สุขภาวะของผู้คนในสังคมยังห่างไกลจากเป้าหมายของคุณภาพชีวิตที่ส่งเสริมความเป็นมนุษย์ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้นำเสนอทฤษฎีแห่งพลังในการเปลี่ยนแปลงสังคม ด้วย 3 ภารกิจคือ INN กล่าวคือ

- 1 คือ Individual หรือพลังแห่งความเป็นปัจเจกชน ที่ทุกคนมีพลังของสองมือที่สามารถสร้างสรรค์ที่ดั่งงามเพื่อเปลี่ยนโลกรอบๆตัวเราให้เหลือเพียงด้านดีด้านเดียวได้ แต่ถ้าพึ่งการดูแลสุขภาพตนเอง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การทำจิตใจให้แจ่มใส การขยันอ่านสะสมความรู้ความใส่ใจต่อปัญหาด้านสุขภาพ



แม้จะเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง แต่พลังแห่งปัจเจกเท่านั้น  
ย่อมจะไม่พอต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพทั้งหมดให้  
เอื้อต่อสุขภาพ

### N คือ Node

หรือการรวมตัวเป็นกลุ่มชมรม องค์กรอาสาต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกันที่จะสร้างสังคมที่ดีกว่าในมิติด้านต่างๆ ตามที่ตนเองถนัด เช่นชมรมคนรักเมืองหาดใหญ่ กลุ่มฮักเมืองน่าน กลุ่มอนุรักษ์ป่าชุมชน ชมรมคนพิการระดับอำเภอ เป็นต้น ให้เกิดเป็นหน่ออ่อนแห่งความดีงามที่พร้อมจะผุดขึ้นทั่วทุกพื้นที่ในสังคม จะช่วยให้เกิดกัลยาณมิตรและพลังในการทำสิ่งดีๆ ให้สังคมมากขึ้น อย่างต่อเนื่อง สะสมองค์ความรู้ ประสบการณ์ มุมมองต่อการแก้ปัญหา ลงทำงานจริงต่อประเด็นที่สนใจ ด้วยหัวใจของจิตอาสาสมัคร

แต่การรวมกลุ่มเป็นชมรม มูลนิธิหรือองค์กรต่างๆ นั้นยังมีน้อยในทุกๆ ระดับ ซึ่งควรเป็นพันธกิจของ CUP ในระยะยาวในการสร้างกลุ่มก้อนของผู้คนที่มีจิตอาสา สนใจในปัญหาเดียวกันให้มารวมตัวกัน จนเป็นพลังในการขับเคลื่อนสุขภาพในบางมิติด้วยตนเอง กรณีของชมรมคนพิการระดับอำเภอที่มุ่งช่วยเหลือผู้พิการด้วยตนเอง ชมรมผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่เป็น self help group ในการช่วยให้คำปรึกษาและกำลังใจการดำเนินชีวิตด้วยตนเองเป็นตัวอย่างที่ดีที่ชี้ให้เห็นว่า การสร้างสุขภาพะนั้นเป็นสิ่งที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างมาก

### N คือ Network

หรือหากมีการรวมตัวเป็นเครือข่ายของหน่ออ่อนแห่งการทำ  
ความดีทั่วไปในสังคม เชื่อมต่อระหว่างกลุ่ม นำพลังแห่ง  
เครือข่ายไปขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่ดี สร้าง  
วัฒนธรรมค่านิยมใหม่ในสังคมที่เหมาะสม สร้างระบบ

ตาข่ายแห่งมนุษยธรรมรองรับผู้ที่ด้อยโอกาสหรือยากลำบากกว่า ความเป็นเครือข่ายจะเป็นพลังแนวราบที่ยืดหยุ่นแต่ทรงพลัง ไม่ติดกรอบแห่งอำนาจเช่นพรรคการเมือง ไม่ติดกรอบของระเบียบและสายการบังคับบัญชาเช่นระบบราชการ ไม่ติดกรอบแห่งผลประโยชน์เช่นองค์กรทางธุรกิจ เป็นพลังที่พร้อมรวมตัวอย่างเหนียวแน่น หรือแยกกันสร้างสรรค์ตามแต่สถานการณ์จะเรียกร้อง

หากมีความต่อเนื่องของการขับเคลื่อนทั้ง 3 ระดับ ย่อมเกิดการขับเคลื่อนของคุณภาพใหม่ขึ้นในสังคมได้ในที่สุด ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงสังคมจากพลัง INN หรือพลังแห่งปัจเจก-กลุ่มชมรม-เครือข่าย ของศ.นพ.ประเวศ วะสี จึงเป็นหนึ่งในทฤษฎีแห่งความหวังในการเปลี่ยนแปลงสังคมที่รอการร่วมผลักดันให้เป็นจริง

ดังนั้น CUP จึงควรมีบทบาทในการสร้างชมรมกลุ่มภาคประชาชนให้เข้มแข็งและเชื่อมประสานให้เกิดความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพที่หลากหลายภาคส่วนต่างช่วยกันขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยพลังแห่งปัจเจก ด้วยความมุ่งมั่นของจิตอาสาในกลุ่มชมรมต่างๆ และด้วยพลังแห่งการถักทอเป็นเครือข่าย เพื่อสังคมที่ดีกว่าสำหรับตัวเราเองและลูกหลานในอนาคต

## เรื่องเล่าจากอุบลรัตน์ “หลายกลวิธี สู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ”

นพ.อภิสิทธิ์ อัครวงวรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์และทีมงานได้ทุ่มเทสร้างกลไกหลายประการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลความป่วยไข้ใกล้บ้าน พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล

โครงการกระจายยาสู่ชุมชน เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่ CUP อุบลรัตน์ให้ความสำคัญในระดับต้นๆ สำหรับคนอื่นแล้ว การซื้อยาชุด การซื้อยารับประทานเองจากร้านชำหรือรถเร่ เป็นภาพปกติที่เห็นจนชินตา ดังนั้นจึงควรให้ร้านขายยาที่มีอยู่เดิมและ ร้านขายของชำทั่วไปในหมู่บ้าน เป็นจุดกระจายยาสำหรับชุมชนอย่างมี





หลักวิชาการ โดยเชิญชวนร้านเหล่านี้นมาลงทะเบียนซื้อหุ้น หุ้นละ 10 บาท และซื้อยาได้ไม่เกินคนละพันบาทต่อเดือนไปขาย ยาที่นำไปขายนั้นทางห้องจ่ายยาของโรงพยาบาลจะขายในราคาเพียง 50% ของราคาทุน และให้ผู้ซื้อไปขายต่อในราคา 75% ซึ่งก็จะได้กำไร 25% โดยทาง CUP ได้จัดให้มีการจัดอบรมสมาชิกว่ายาประเภทไหนขายได้ ใช้อย่างไร มีข้อควรระวังอย่างไร ยาประเภทไหนขายไม่ได้ และอาการของผู้ป่วยแบบไหนที่น่าจะมาโรงพยาบาล จากร้านขายยาและร้านขายของชำที่มีทั้งหมด 300 แห่งมีร้านที่เข้าร่วมโครงการถึง 250 ร้านค้า จากการเก็บข้อมูลพบว่า ในปี 2547 นี้มีผู้ป่วยไปซื้อยาในร้านที่เข้าโครงการถึง 70,000 ราย ลดจำนวนคนไข้ที่มาโรงพยาบาลได้มาก หมอและเจ้าหน้าที่มีเวลาว่างมากขึ้นพอที่จะลงไปศึกษาและพัฒนาชุมชนได้มากขึ้น

หมอพื้นบ้านก็เป็นอีกกลุ่มที่เป็นทางเลือกในการเข้าถึงบริการของชาวบ้านในชนบทไม่ว่าหมอสมุนไพร หมอนวด หมอกระดูก เป็นต้น ซึ่งจัดให้มีกิจกรรมการให้คำปรึกษาและรวบรวมมาเป็นเครือข่ายหมอพื้นบ้านอำเภออุบลรัตน์ได้จำนวน 60 คน สามารถให้บริการดูแลรักษาโรคให้กับประชาชนในปี 2547 ได้ถึง 20,000 ครั้ง

ที่อำเภออุบลรัตน์มี “ศูนย์คำคุณ” ที่เป็นจัดเวทีให้เป็นที่พักปะแลงเปลี่ยนในการยกระดับองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน ระหว่างหมอนวด หมอยาสมุนไพร และหมอแผนปัจจุบัน อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน เป็นที่รับผลิตภัณฑ์จากชุมชนมาขายเพื่อช่วยชุมชนระบายสินค้า เป็นสวัสดิการท่าเกษตรยั่งยืน ปลูกพืชผสมผสานทั้งไม้ใหญ่ไม้ผลรวมทั้งพืชผัก เป็นสถานี่ขยายความคิดเผยแพร่แนวทางแห่งความหวังในการสร้างชีวิตใหม่ให้กับเกษตรกรไทยในมิติของการทำเกษตรตามวิถีแห่งเศรษฐกิจพอเพียง แม้ไม่รวย แต่ก็ไม่มีหนี้ มีสุขภาพที่ดี มีรอยยิ้ม ชีวิตมีความสุข

นอกจากหลากหลายกลวิธีในการเพิ่มทางเลือกในการรับบริการด้านสุขภาพแล้ว ทาง CUP อุบลรัตน์ยังได้แก้ปัญหาเรื่องยากอย่างโรคไข้เลือดออกอย่างง่ายโดยใช้กลยุทธ์หลักคือการเพาะพันธุ์ปลาหางนกยูงเพื่อป้องกันลูกน้ำยุงลาย โดยใช้งบประมาณในการทำโครงการเพียงหมู่บ้านละ 500 บาท สามารถเพาะพันธุ์ปลาได้กว่า 5,000 ตัว เมื่อคิดทั้ง 70 หมู่บ้านแล้วใช้เงินเพียง 35,000 บาท ซึ่งคุ้มกว่าการซื้อ

ทรายอะเบต รวมไปถึงการนั่งรถพ่นยาตามบ้านที่เสียเงินเป็นแสนๆแล้วยังไม่มี ความ ยั่งยืน นอกจากนี้จะไม่มีลูกน้ำยุ่งลายแล้ว ยังทำให้ผู้คนอารมณ์ดีมีความสุขขึ้นด้วย ที่อุบลรัตน์นอกจากการประเมินตัวชี้วัดในการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยค่าBI (Beauto Index) และค่าCI (Container Index) แล้ว ยังมี การประเมินจากตัวชี้วัดใหม่ อีกตัวด้วยคือค่า FI หรือ Fish Index คือจำนวนปลาหางนกยูงที่มีในบ้านนั้นๆนั่นเอง

นพ.อภิสิทธิ์ และ พญ.ทานทิพย์ อำนวยวรางกูร พร้อมด้วยทีมงานบางส่วน ของ CUP อุบลรัตน์ ได้จัดประกายแนวทางการพึ่งตนเองให้กับเกษตรกรในอีกหลายๆ หมู่บ้าน โดยรวบรวมปราชญ์ชาวบ้านทั้งภาคอีสาน จัดวางให้เป็นเครือข่ายปราชญ์ ชาวบ้าน ชับเคลื่อนแนวคิด ถ่ายทอดประสบการณ์ สรรหาคลื่นลูกใหม่ ด้วยการสอน เกษตรกรรุ่นใหม่ที่มีใจรักในวิถีแห่งความพอเพียง ลงมือปฏิบัติภารกิจจริง โดยปราชญ์ ชาวบ้านรุ่นเก่า 1 คน จะสอนรุ่นใหม่ 5 คน ให้รุ่นใหม่เดินตาม ในที่สุดเครือข่าย ปราชญ์ชาวบ้านก็ได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้เข้ม 5 วันเป็นหลักสูตรมาตรฐานชื่อว่า วปอ.ภาคประชาชน (ลือชื่อมาจากหลักสูตรวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร) โดยให้ สรุปลงความทุกข์ หาทางออก เห็นจุดเปลี่ยนและทำแผนฟื้นฟูชีวิตตนเอง คนที่ผ่าน หลักสูตรนอกจากอีกเห็นหนทางในการกู้ครอบครัว กู้ชุมชนแล้ว ยังอีกเห็นจะกู้ชาติด้วย

ที่นับเป็นกรณีศึกษาที่โดดเด่นที่สุดสำหรับบทบาทอย่างใหม่ของการ สาธารณสุขในประเทศไทยที่มุ่งสร้างชุมชนเข้มแข็ง มุ่งแก้ปัญหาสุขภาพที่ระดับ ปากท้อง โดยหวังว่าสักวันหนึ่งในอนาคตอันไม่ไกลเกินไป สังคมชนบทไทยส่วนใหญ่ จะหันมาสู่การเกษตรในวิถีพึ่งตนเอง ออมดินออมต้นไม้ เปลี่ยนผืนดินที่แห้งแล้งเป็น สีเขียว เลิกการใช้ปุ๋ยเคมีและยาฆ่าแมลง เลิกอพยพแรงงานไปอยู่เมืองกรุง สร้างครอบครัวที่อบอุ่นที่บ้านนอก เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขสำหรับทุกคน



## เรื่องเล่าจากจะนะ: “กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว”

กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว เป็นกองทุนร่วมระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว งบประมาณด้านส่งเสริมป้องกันจากสถานีอนามัยในตำบลน้ำขาว องค์การการเงินของชุมชนในตำบลน้ำขาว และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการดูแลเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบลน้ำขาวทุกคน

### รูปแบบการดำเนินงานกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว



ดำเนินงานโดยคณะกรรมการร่วมระหว่าง 4 ภาคส่วน

ทุกภาคส่วนยินดีที่จะช่วยสมทบเงินงบประมาณเพื่อตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว และต่างมีความเห็นตรงกันว่าจำนวนเงินมากน้อยไม่สำคัญ สำคัญอยู่ที่การมีส่วนร่วมและการจัดการเงินก้อนนี้ได้อย่างเป็นระบบและเป็นประโยชน์กับประชาชนอย่างแท้จริง ในส่วนของภาคประชาสังคมนั้นมีความเห็นที่น่ายินดีว่าเงินกองทุนตั้งมานั้น ไม่จำเป็นต้องใช้ให้หมดเป็นปี ๆ ไป ควรมีการเก็บไว้บางส่วนสะสมไว้เป็นเงินก้อนโตในอนาคต ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ในการทำโครงการใหญ่ในระยะยาวต่อไป

โดยในปีแรกคือปี 2550 นี้ จะมีการสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพชุมชนตำบล  
น้ำชาวดังนี้

- ภาคสาธารณสุขจะจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพในหมวดการ  
สร้างเสริมสุขภาพ (งบ PP) ของตำบลน้ำชาวดังนี้เป็นสัดส่วน 50% ของ  
งบประมาณที่ได้รับจัดสรร นำมาสมทบในกองทุนสุขภาพตำบลน้ำชาวดังนี้ ซึ่ง  
คิดประมาณการเป็นงบประมาณประมาณปีละ 100,000 บาท
- องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำชาวดังนี้ ได้บรรจุในแผน 3 ปีของ อบต. (ปี 2550-  
2552) เพื่อสนับสนุนเป็นงบอุดหนุนแก่กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำชาวดังนี้  
ปีละ 100,000 บาท
- ภาคประชาชน อันได้แก่กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มสัจจะวันละบาท กลุ่มกองทุน  
หมู่บ้านยินดีร่วมสมทบตามแต่กำลังของแต่ละกลุ่ม โดยแต่ละองค์กร่วม  
สมทบไม่น้อยกว่าองค์กรละ 1,000 บาท
- ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แสดงสมทบ  
งบประมาณสมทบตามหลักเกณฑ์ของกองทุนตำบล สปสช.ที่ 37.5 บาท  
ต่อบัตร

เจตนารมณ์ของกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำชาวดังนี้ มุ่งเน้นการสนับสนุนการ  
สร้างสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตในระดับที่กว้างคือ เสริมสุขภาพทั้งทางมิติด้านสังคม  
จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม โดยทุกภาคส่วนสามารถนำเสนอโครงการต่อคณะ  
กรรมการสุขภาพตำบลน้ำชาวดังนี้ได้ แล้วคณะกรรมการสุขภาพตำบลน้ำชาวดังนี้จะพิจารณา  
จัดสรรงบประมาณให้ตามความเหมาะสม

กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำชาวดังนี้จะเป็นเสมือน สสส.ของตำบลน้ำชาวดังนี้ที่มี  
พันธกิจในการส่งเสริมให้ทุกกลุ่มทุกองค์กรสามารถมีส่วนร่วมในการทำโครงการเพื่อ  
แก้ปัญหาด้านสุขภาพหรือสร้างนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่าง  
กว้างขวาง เช่น เมื่อกลุ่มองค์กรใด ชมรม หรือกลุ่มบุคคลมีความชัดเจนว่า ต้องการแก้  
ปัญหาสุขภาพตนเองในเรื่องใด ก็สามารถเขียนโครงการมาได้เช่น อาจเป็นโครงการ  
รณรงค์เลิกการบริโภคยาสูบ สำหรับกลุ่มประชากรในหมู่บ้านนั้น โครงการเกี่ยวกับการ



จัดการขยะ โครงการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ เพื่อจะลดใช้ปุ๋ยเคมีและการใช้สารพิษ ในทางเกษตร โครงการส่งเสริมกิจกรรมของผู้สูงอายุ โครงการดูแลผู้พิการเป็นต้น ใน ส่วนของสถานีนอนามัยเองนั้น ก็สามารถที่จะเสนอโครงการที่สถานีนอนามัยต้องดูแล ประชาชนในพื้นที่อยู่แล้ว มายังคณะกรรมการสุขภาพตำบลน้ำขาวได้เช่นเดียวกัน ซึ่ง อาจจะเป็นทั้งโครงการประจำในระบบงานปกติของสถานีนอนามัยหรือโครงการพิเศษที่ จะเสนอผลักดันขึ้นมา

สำหรับคณะกรรมการสุขภาพตำบลน้ำขาวให้มีตัวแทนจาก 4 ภาคส่วนคือ องค์การบริหารส่วนตำบล น้ำขาว ภาคประชาชนจากกลุ่มออมทรัพย์ ภาคส่วนราชการ สาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ รวมทั้งสิ้นมีกรรมการ 13 คน

หากทุกชุมชนพร้อมใจกันจัดการสุขภาพชุมชนด้วยการพึ่งตนเอง เสมือนเมล็ด พันธ์ที่งอกงามชูกิ่งก้านหลังสายฝนแล้ว ความมั่งคั่งที่แบ่งบานอย่างหลากหลายก็ย่อม จะเกิดขึ้นเป็นความหวังของสังคมไทย



# สรุปส่งท้าย

กระบวนการต้นเรื่องสุขภาพในมิติเดิม เป็นเรื่องของการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และเป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ปัจจุบันกระบวนการต้นเรื่องสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องสาธารณสุข ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นเรื่องสุขภาพะ เป็นเรื่องคุณภาพชีวิต ในมิติทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และ ปัญญา โดยครอบคลุมไม่เพียงเฉพาะปัจเจกบุคคล แต่ครอบคลุมไปถึงครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ การดำเนินงานเพื่อนำไปสู่สุขภาพะ จึงเป็นบทบาทของทุกคน ทุกภาคี ทุกหน่วยงาน

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ช่วยเหลือเฉพาะค่ายาให้แก่ประชาชนในยามเจ็บป่วย แต่ในความเป็นจริง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยแล้วครอบครัวนั้นๆมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอีกจำนวนมากที่เป็นรายจ่ายที่เสมือนมองไม่เห็น จึงทำให้ประชาชนที่ยากจนแม้มีบัตรทองแต่ก็ยังไม่ถึงบริการ การจัดบริการที่สอดคล้องกับวิถีของชุมชน และช่วยเหลือผู้ยากไร้ จึงเป็นหัวใจของการสร้างความ เป็นธรรมในระบบสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่ดีที่สุด ด้วยการส่งเสริมให้ผู้คนมีสุขภาพที่แข็งแรง อยู่ไกลจากภัยคุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของ CUP

CUP แม้จะเป็นองค์กรใหม่ในระบบการบริหารจัดการสุขภาพของไทย แต่ก็เป็นองค์กรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทเรียนของการบริหารจัดการ CUP ยังต้องผ่านความพยายาม การสร้างสรรค์ และฟันฝ่าอุปสรรคต่อไป



## สะท้อนแนวคิดและรูปธรรมจากพื้นที่

“CUP เป็นสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นภายใต้วัฒนธรรมการบริหารจัดการแบบเดิม คปสอ.เดิมที่เข้มแข็งก็ทำงานได้แล้ว..จริงหรือ”

“CUP จัดการเรื่องทรัพยากรเป็นหลักเท่านั้น....จริงหรือ เรื่องอื่นๆห่วยทำยังไง”

“สสอ.กับรพ. รวมเท่ากับ CUP เท่านั้น....จริงหรือ แล้วเครือข่ายหน่วยบริการมีส่วนยังไงถึงจะเหมาะสม”

“บริหารCUP ได้อยู่ที่การจัดการความสัมพันธ์ที่เหมาะสมและลงตัวเท่านั้นเอง....ใช่หรือเปล่า” ฯลฯ

การประสานงานแนวราบระหว่างหน่วยงานจึงเป็นเรื่องใหญ่ เพราะ CUP ในฐานะ functional organization จัดการตามแนวคิดของสายการบังคับบัญชาได้ยาก หากแต่ต้องประสานและทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาคน พัฒนาระบบงานและทรัพยากรที่สอดคล้องเหมาะสมกับเงื่อนไขและบริบทพื้นที่

### เป้าหมายการจัดการ CUP

“การสร้างสอดคล้องกลมกลืนของความเป็นเอกภาพองค์กร และยอมรับความหลากหลายได้” แม้รูปแบบ 2 นคราสาธารณสุขอาจจะเป็นรูปแบบที่จำเป็นต้องยอมรับ แม้จะมีข้อจำกัดมาก แต่ก็มีส่วนดูแลจัดการในระดับหนึ่ง ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ในการบริหารจัดการอย่างมากก็พอจะพอกันไปได้

### พันธกิจจัดการของCUP

1. เป็นกลไกสนับสนุน และสร้างความยอมรับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกเครือข่ายพื้นที่บริการ
2. เป็นกลไกสนับสนุนการบริหารและวิชาการ
3. เป็นกลไกสนับสนุนและประสานเชื่อมโยงบริการ
4. เป็นกลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ท้องถิ่น ชุมชน หน่วยต่างๆ ในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนาทางด้านสุขภาพ

## บทเรียนการบริหารจัดการ CUP ให้สำเร็จ

โครงสร้างและการจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ : การพัฒนาวิสัยทัศน์และ  
คิดถึงเอกภาพการทำงานร่วมกัน

รพช. เป็นเหมือนพี่ใหญ่ในอำเภอ ต้องช่วย  
น้องเล็กสถานีนอนามัย ดูแลสนับสนุนเขา  
เพื่อให้ภาพรวมของงานสาธารณสุข  
ระดับอำเภอขยับไปพร้อมๆ กัน  
(เขาวง กภาพสินธุ์)

“สร้างสมดุล 3 ด้าน (CEO) คือ  
C ประชาชน (Citizen) มีคุณภาพชีวิตที่ดี  
E เจ้าหน้าที่ (Employee) มีความสุข  
O โรงพยาบาล (Organization) อยู่รอด”  
(บ้านตาก ตาก)

ภาวะผู้นำ : ต้องการทัศนคติและทักษะที่สมดุลเพื่อบริหารจัดการ  
ความขัดแย้งและสร้างสรรค์องค์กรเครือข่าย

“ร่วมกันวางระบบการเสริมสร้างความ  
สัมพันธ์และเอกภาพระหว่างโรงพยาบาล  
และสถานีนอนามัยไว้...ร่วมกันรับทราบ  
แนวปฏิบัติ ตามข้อสงสัยเสมือนหนึ่ง  
เป็นองค์กรเดียวกัน”  
(บัว น่าน)

“ผู้นำต้องมีแนวคิดแบบ positive  
thinking ในการทำงาน เห็นปัญหาเป็น  
สิ่งท้าทายไม่ใช่เป็นอุปสรรค”  
(จະนะ สงขลา)

ส่งเสริม สนับสนุน : เพื่อสร้างการยอมรับหน่วยบริการปฐมภูมิและจัดการเต็มเต็ม  
ศักยภาพทีมงานในเครือข่าย การพัฒนาทีมและเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ

“ตาม round ward กับแพทย์...ผู้ป่วยใน  
พื้นที่ดีใจที่เห็นเจ้าหน้าที่ในสถานีนอนามัย  
มาร่วมเรียนรู้ที่โรงพยาบาล เกิดความเชื่อ  
มั่นศรัทธาต่อสถานีนอนามัยมากขึ้นเริ่มมา  
ตั้งแต่ปี 2531 จนปัจจุบันนี้ได้กลายเป็น  
วัฒนธรรมองค์กรไปแล้ว”  
(ตาคลี นครสวรรค์)

“ให้บุคลากรระดับอนุปริญญาทุกคน  
ได้มีโอกาสในการเรียนภาคค่ำและได้วุฒิ  
ปริญญาตรีทุกคน”  
(ขามสะแกแสง นครราชสีมา)

เรียนรู้ร่วมกันเป็นเครื่องมือในการ  
สร้างองค์กร CUP ให้เข้มแข็งและ  
เป็นหนึ่งเดียว”  
(พุทธชินราช พิษณุโลก)





ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน  
สร้างหรือทำความเข้าใจกระบวนการทัศน์ใหม่ที่มากกว่าลงชั้น  
โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนเข้มแข็งและมีสุขภาวะ

“ตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนที่เป็นเงิน  
กองกลางที่ทุกภาคส่วนหรือทุกองค์กร  
สามารถเขียนโครงการมาขอรับการ  
สนับสนุนการทำโครงการจากกองทุนฯได้  
เป็นเสมือน สสส. ในระดับตำบล”  
(จะนะ สงขลา)

“ตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ  
ที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาค  
ประชาสังคมและผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน  
มาเป็นคณะกรรมการ”  
(หนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี)

เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของรูปธรรมตัวอย่างการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ  
ปฐมภูมิให้ “ลงตัวอย่างเหมาะสม” สิ่งที่เกิดขึ้นจากบทเรียนการทำงานในการจัดการ  
เครือข่าย เชื่อมโยงกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงสังคมที่เสนอโดยศ.นพ.ประเวศ วะสี  
เพื่อให้เกิดพลังแห่งปัจเจก ด้วยความมุ่งมั่นของจิตอาสาในกลุ่มชมรมต่างๆ และ ด้วย  
พลังแห่งการถักทอเป็นเครือข่าย

CUP จึงควรมีบทบาทในการสร้างชมรมกลุ่มภาคประชาชนให้เข้มแข็ง และ  
เชื่อมประสานให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพที่หลายภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อนมา  
อย่างต่อเนื่อง เพื่อสังคมที่ดีกว่าสำหรับตัวเราเองและลูกหลานในอนาคต

## ส่วนที่ 2

การบริหารจัดการระบบ

สาธารณสุขระดับอำเภอ

(District Health system Management)

: หลักการ บทเรียนในต่างประเทศ และการปรับประยุกต์ใช้  
ในบริบทประเทศไทย







## การบริหารจัดการระบบ สาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health system Management)

หลักการ บทเรียนในต่างประเทศ  
และการปรับประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย

*Dr. Ernst Tenambergen*, European Team Leader  
Thai-European Health Care Reform Project  
ทัศนีย์ ญาณะ ผู้แปล

เอกสารนี้เป็นความพยายามที่จะอธิบายและหาคำตอบใน 4  
คำถามหลัก คือ

1. การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความ  
จำเป็นหรือไม่และควรจะทำอย่างไร?
2. ประเทศอื่นๆมีประสบการณ์หรือดำเนินการเรื่องนี้  
อย่างไร?
3. โครงสร้างและบทบาทที่จะทำได้ในบริบทเมืองไทย  
น่าจะเป็นอย่างไร?
4. การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับอำเภอใน  
บริบทเมืองไทยควรจะทำอย่างไร?



## ส่วนที่ 1

### วัตถุประสงค์ ลักษณะและการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพในระดับอำเภอ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของบริการที่มีความสำคัญมากที่สุดในทุกประเทศ บริการปฐมภูมินั้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และยังเป็นส่วนบริการที่ดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนมากกว่าร้อยละ 80 ของปัญหาสุขภาพทั้งหมด ทั้งนี้หากจะพัฒนาให้ระบบบริการปฐมภูมิให้สำเร็จจำเป็นต้องมีการจัดการที่หลากหลายและเกิดความร่วมมือในเครือข่ายอย่างเป็นระบบของหน่วยบริการ

- บริการสุขภาพ** : การดูแลรักษา การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้สุขศึกษา การเยี่ยมบ้าน ฯลฯ
- การสนับสนุน** : การจัดสรรวัสดุครุภัณฑ์ ยานพาหนะ การสนับสนุนเวชภัณฑ์ ฯลฯ
- การบริหารจัดการ** : การจัดการด้านการเงิน การจัดการระบบ ข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ

ไม่เป็นที่สงสัยว่าการดำเนินการอย่างเป็นระบบ (*system-approach*) เป็นความจำเป็นที่จะทำให้เกิดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพในเชิงวิชาการที่มุ่งเน้นความต้องการของประชาชนและทุกคนสามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายดังกล่าว มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องทำให้เกิดการผสมผสานของบริการ การสร้างกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ตามบริบทการทำงานจริงอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีอื่นๆ ในสองส่วนสุดท้ายนั้นเป็นความจำเป็นมากในบางประเทศที่ยังต้องหาทางจัดการปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เช่น การไม่รู้หนังสือ ความยากจน โครงสร้างที่อ่อนแอของระบบและปัญหาด้านสภาวะแวดล้อม

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นในประเทศส่วนใหญ่มีการดำเนินการได้สำเร็จในระดับอำเภอ เนื่องด้วยเงื่อนไขของประชากรที่มีประมาณระหว่าง 50,000 และ

150,000 คนทำให้สามารถติดตามผลการดำเนินการและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างใกล้ชิดและเหมาะสม การติดต่อประสานระหว่างประชาชน บุคลากรสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ ไม่ยากลำบากเกินไป ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะที่มาจากการเลือกตั้งเองก็สามารถที่จะรับผิดชอบได้ทั้งในด้านการพัฒนาและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นได้ ขนาดของระดับอำเภอยังช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและการดำเนินการที่สอดคล้องเหมาะสมกับงบประมาณเหมาะสมที่จัดสรรให้คู่สัญญาจากผู้ซื้อบริการด้วย

บทบาทหน้าที่ที่มีส่วนมาจากการกำหนดโครงสร้างในด้านการบริหารจัดการทุกประเทศต่างมีเป้าหมาย กฎหมายและข้อบังคับ รวมทั้งมาตรฐานของบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างเป็นหน่วยการจัดการในระดับกลางในเรื่องการจัดการบริการ เช่น การจัดให้มีธนาคารเลือด การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง การนิเทศติดตามสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ รวมทั้งการสนับสนุนวิชาการและบริหารจัดการ โดยอำเภอต้องดำเนินการภายใต้กรอบที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามภาคส่วนของสาธารณสุขในหลายประเทศค่อนข้างเป็น “อนุรักษ์นิยม” ทั้งที่อาจมีการกระจายอำนาจ การตัดสินใจให้ระดับอำเภอซึ่งรู้สภาพปัญหาและหาทางออกที่เป็นจริงได้ นอกจากนี้ยังเป็นระดับที่มีการดำเนินการได้เร็ว ไม่ล่าช้าเหมือนระบบราชการ และประชาชนสามารถมีส่วนร่วมตรวจสอบผู้รับผิดชอบในพื้นที่ได้ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยเฉพาะการมีอิสรภาพที่เพิ่มขึ้นในการวางแผน ควบคุมกำกับ ติดตามผลงานยังช่วยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของอีกด้วย

เอกสารนี้ไม่ได้ตั้งใจจะอธิบายถึงการบริหารจัดการทั่วไปที่ต้องทำเป็นประจำ หลักการของบทบาทบริหารจัดการสาธารณสุขที่ระดับอำเภอเหมือนกับบริหารทั่วไป คือ การวางแผน การจัดแบ่งหน้าที่ การดำเนินการและบริหารจัดการ รวมทั้งการกำกับ ติดตามประเมินผล นอกจากนี้อาจรวมถึงการจัดการศึกษาต่อเนื่องให้กับบุคลากร โดยใช้พื้นที่เป็นฐานการเรียนรู้

โครงสร้างในการทำหน้าที่ของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ รวมทั้งเคล็ดลึกลับของสไตล์การบริหารจัดการที่เสนอเพิ่มเติมมีดังต่อไปนี้ คือ



ด้วยบริการและงานของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอที่ค่อนข้างหลากหลาย ต้องการทักษะใหม่ๆที่แตกต่าง การพัฒนาศักยภาพความสามารถจึงเป็นความท้าทายสำคัญในการพัฒนาระบบดังกล่าว ผู้จัดการหน่วยบริการจึงจำเป็นต้องดูแลรับผิดชอบหลายเรื่องในแต่ละหน่วยบริการและต้องมีการประสานกิจกรรมต่างๆ ในความรับผิดชอบอย่างใกล้ชิด คณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอซึ่งมีคณาจารย์จำนวน 6-8 คน จะจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นกลไกการทำงานของการบริหารสาธารณสุขอำเภอในฐานะหน่วยบริหารกลางในด้านสาธารณสุข โดยจะประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง โดยหลัก สิ่งนี้น่าจะช่วยในเรื่องการประสานในแง่การทำงานต่างๆ ถ้าในทีมบริหารจัดการมี “เจ้านาย” คนเดียวกัน แต่ในหลายประเทศก็ยังไม่ใช้ลักษณะเช่นนี้ วิธีการบูรณาการของการทำงานจึงยังเป็นประเด็นที่ต้องหาทางออกอยู่

คณะทำงานของหน่วยบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอทำหน้าที่พัฒนาแผนกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขของระดับอำเภอซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายในพื้นที่สำหรับ 3-5 ปี โดยจะต้องให้ผู้แทนแต่ละภาคส่วนบริการทั้งหลายทั้งเรื่องสาธารณสุขในหน่วยงานอื่น หน่วยงานทางการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาคม รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่นๆ มีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาแผนกิจกรรมประจำปี และจำเป็นต้องรายงานหรือให้คำตอบกับหน่วยงานที่สูงกว่าอย่างเป็นทางการ ขณะที่คณะกรรมการของสาธารณสุขระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยผู้แทนวิชาชีพสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มประชาคมและองค์กรชุมชนต่างๆจำเป็นต้องอนุมัติหรือยอมรับแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ ขณะที่หลักการเรื่อง “การทำงานและการควบคุม” ของคณะทำงานและคณะกรรมการของสาธารณสุขระดับอำเภอจำเป็นต้องเป็นไปตามข้อตกลง ดังนั้น รายละเอียดการบริหารจัดการระดับอำเภอจึงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาให้รอบคอบ

ตารางข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างและบทบาทดังที่กล่าวอาจสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 1: รูปแบบของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (Model of District Health System: DHS)

องค์กรบริหาร	ระบบบริการสาธารณสุข	
	โครงสร้าง	บทบาทหน้าที่
บริหารระดับชาติ (คณะรัฐมนตรี)	กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.)	รัฐมนตรี : พัฒนาแนวคิด นโยบายและมาตรฐานแห่งชาติ ควบคุมกำกับ ความร่วมมือ และการปฏิบัติงาน
บริหารระดับจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด (สสจ.)	นายแพทย์สสจ. : อำนวยความสะดวกให้มีการดำเนินงาน ในจังหวัดและอำเภอ, สนับสนุนวิชาการ, กำกับติดตาม มาตรฐานและการทำงาน
บริหารระดับอำเภอ	คณะกรรมการบริหาร สาธารณสุขระดับอำเภอ (ซึ่งอนาคตอาจเป็นองค์กร อิสระภายใต้รูปแบบนี้)	ประธานกรรมการ : ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน : อนุมัติแผน, กำกับคุณภาพบริการ, ธรรมชาติบาลและเชื่อมต่อกับ มาตรฐานระดับชาติ
	หน่วยบริหารสาธารณสุข ระดับอำเภอ	เจ้าหน้าที่หน่วยบริหารสาธารณสุข ที่บริหารจัดการ : เป็น ผู้แทนและสนับสนุนคณะทำงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, นิเทศติดตามบริการ, จัดจ้างเจ้าหน้าที่และแลกเปลี่ยนเรื่อง การประสานความร่วมมือระหว่างภาคีภาคส่วนต่างๆ
	คณะทำงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ	ผู้จัดการหรือหัวหน้าหน่วยบริการ : ประสานเชื่อมต่อบริการ ของโรงพยาบาล, การดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ บริการงานด้านสาธารณสุข (public health) และให้ข้อ เสนอแนะต่อหน่วยบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ
	หน่วยบริการ	ศูนย์บริการสุขภาพ : หน่วยให้บริการ ดูแลสุขภาพ ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิ ฯลฯตามที่เหมาะสม กับระดับอำเภอ : สนับสนุนการดำเนินการ และกำกับ ติดตามในงานที่เกี่ยวข้อง
รัฐบาล	ระบบบริการสาธารณสุข	
	โครงสร้าง	บทบาทหน้าที่
ทีมงานในหน่วยบริการ	บริการต่างๆ : งานบริการ เยี่ยมบ้าน งานชุมชน ฯลฯ	หัวหน้าและทีมงานในหน่วยบริการ : วางแผน สร้างความ มั่นใจ กำกับติดตามบริการ เจ้าหน้าที่และสมาชิกในชุมชน : ประชุมกันประจำ แลก เปลี่ยนผลการปฏิบัติงานและปัญหาที่เกิดขึ้นภายในหน่วย บริการ





## ส่วนที่ 2

### ระบบของประเทศอื่นเป็นอย่างไร?

เราจำเป็นต้องระลึกอยู่เสมอว่า ระบบบริการสุขภาพนั้นต้องมีความกลมกลืนกับระบบวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และประวัติศาสตร์ ระบบบริการสุขภาพของประเทศหนึ่งไม่สามารถที่จะไปถอดแบบของประเทศอื่นมาใช้ทั้งหมดได้

การตัดสินใจกำหนดระบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับอำเภอควรต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

อย่างไรก็ตาม การเหลียวมองและเรียนรู้จากความแตกต่างก็น่าที่จะมีประโยชน์และต่อไปนี่คือตัวอย่างของระบบบริการสาธารณสุขของ 4 ประเทศที่ตั้งอยู่ในซีกโลกที่แตกต่างกันและมีความแตกต่างกันในทางเศรษฐกิจและระดับของการพัฒนาที่นำมาให้ได้ศึกษาเทียบเคียงกัน

### กัมพูชา (Cambodia)

- จำนวนประชากร : 14 ล้านคน, 24 จังหวัด, 185 อำเภอ (เฉลี่ยอำเภอละ 50,000 คน )
- หน่วยงานระดับประเทศ : กระทรวงสาธารณสุข (MOH)
- ในระดับจังหวัด ประกอบด้วยผู้ว่าราชการจังหวัดที่มาจากการแต่งตั้ง มีแผนกสาธารณสุขระดับจังหวัด Provincial Department of Health (PDH), มีโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่รับส่งต่อ , มีองค์กรบริหารระบบสาธารณสุขในระดับเขต (Health management institutes at regional level)
- ในระดับอำเภอ ประกอบด้วยนายอำเภอที่มาจากการแต่งตั้ง มีหน่วยปฏิบัติการสาธารณสุขระดับอำเภอ Operational (health) District (OD), มีโรงพยาบาลรับส่งต่อ 3 ระดับ, สถานีอนามัย (ซึ่งรับผิดชอบประชากร 10,000 คน) ศูนย์สาธารณสุขในชุมชน (Health posts) ซึ่งดูแลประชากร 3,000 คน) และทีมบริหารจัดการของหน่วยปฏิบัติการสาธารณสุขอำเภอ (OD-management team) ที่ถูกกำกับและสนับสนุนจาก PDH

- งบประมาณแต่ละประเภทมีการจัดสรรจากกระทรวงการคลังไปยังกระทรวงสาธารณสุข จากระดับจังหวัดไปยังระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้จัดทำงบประมาณการในแต่ละปี
- บทบาทหน้าที่ ของกระทรวงสาธารณสุข , PDH, OD, DHT ลักษณะไม่แตกต่างกันที่อธิบายไว้ในตารางที่ 1
- ข้อสังเกต : การบริหารอยู่ในอำนาจหลักของ MOH และ PHD เริ่มมีการคิดเรื่องกระจายอำนาจ, ระดับอำเภอมีอำนาจการจัดการได้จำกัด ,หน่วยบริการกับหน่วยบริหารแยกจากกันอย่างชัดเจน

### เยเมน (Yemen)

- ประชากร : 20 ล้านคน, 21 เขตการปกครอง (governorates), 333 อำเภอ (เฉลี่ยอำเภอละ 50,000 คน )
- หน่วยงานระดับประเทศ : กระทรวงสาธารณสุขและประชากร (Ministry of Public Health & Population: MOPHP)
- เขตการปกครอง (Governorate) ประกอบด้วยผู้ว่าราชการที่มาจากการแต่งตั้ง, มีสำนักงานสาธารณสุข (Governorate of Health Office: GHO), มีโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และมีสถาบันฝึกอบรม (training institute)
- ระดับอำเภอ (District) ประกอบด้วยสภาระดับอำเภอที่มาจากการเลือกตั้ง ; มีสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health Office: DHO) (ในบางแห่ง), มีทีมที่ทำหน้าที่การบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health Management Team: DHMT), มีโรงพยาบาลอำเภอ (1 แห่ง ต่อ 2-3 อำเภอ, มีเพียง 1 ใน 3 แห่งที่สามารถผ่าตัดฉุกเฉินได้), มีสถานอนามัย (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน ต่อประชากร 20,000 คน), มีศูนย์สาธารณสุข (Health unit) (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ดูแลประชากร 4,000 คน), มีคณะกรรมการที่มีตัวแทนชุมชนเข้ามาร่วมบริหารในหน่วยบริการ (เพิ่งเริ่มต้น)



- งบประมาณแต่ละประเภทเริ่มจากการคิดต้นทุนตามกิจกรรมดำเนินการ (action-based-costing) และเบิกจ่ายทุกสามเดือนได้โดยตรงจากกระทรวงการคลังมายังสำนักบริหารของสภาระดับอำเภอ
- บทบาทหน้าที่ ของกระทรวงสาธารณสุข , GHO, DHO , DHMT ลักษณะไม่แตกต่างจากที่อธิบายไว้ในตารางที่ 1
- ข้อสังเกต : มีการผลักดันการกระจายอำนาจอย่างกล้าหาญ, มีข้อจำกัดด้านศักยภาพ, อำนาจการบริหารระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอตกอยู่ในมือของโรงพยาบาล

### แอฟริกาใต้ (South-Africa)

- ประชากร : 47 ล้านคน, 9 จังหวัด, 52 อำเภอ, 237 เทศบาล (ประชากร 175,000 ต่อ 1 เทศบาล)
- หน่วยงานสูงสุด : เรียกเป็นหน่วยงานระดับกรม (Department of Health: DH)
- ในระดับจังหวัด : รัฐบาลท้องถิ่นมาจากการเลือกตั้ง, มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Department of Health: PDH), มีโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยเฉพาะในเขตเทศบาลขนาดใหญ่หรือเมืองใหญ่ ซึ่งจะมีภารกิจในระดับการดูแลลักษณะนี้ ในปัจจุบันมีการจัดพื้นที่เพื่อการทำงานด้านสาธารณสุขเป็น 42 เขตและ 174 อำเภอ
- ระดับอำเภอ : ปัจจุบันมี 174 อำเภอ (ประชากร 220,000 ต่อ 1 อำเภอ) 842 เทศบาล (ประชากร 50,000 คนต่อแห่ง) มีนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินการโดยเน้นให้ความสำคัญกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งมีคุณลักษณะครอบคลุมรอบด้าน ไม่แยกส่วน เป็นระบบที่สามารถจะดูแลค่าใช้จ่ายได้ และมุ่งเน้นระบบป้องกันโรคซึ่งมีชุมชนเป็นศูนย์กลางเป็นสำคัญ โดยเน้นองค์การบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอให้มีทีมพร้อมและมีอำนาจการตัดสินใจ

- งบประมาณแต่ละประเภทเป็นระบบการจัดสรรผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (PDH) โดยมุ่งเน้นที่งบประมาณในการดำเนินการ
- **ข้อสังเกต** : การจัดบริการปฐมภูมิอยู่บนฐานของพื้นที่ระดับที่เล็กกว่าอำเภอ (เทศบาล) ในขณะที่โรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการหลักในระดับอำเภอ วิสัยทัศน์ของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอและการกระจายอำนาจยังเป็นปัญหาทั้งเรื่องศักยภาพ การมีหน่วยงานระดับเขตเพิ่มเติมดูเหมือนจะทำให้เกิดขั้นตอนที่ยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

### สหราชอาณาจักร (England)

- **จำนวนประชากร** : 50 ล้านคน
- มี Department of Health (DH) (ก่อนปี ค.ศ. 2002 เป็น Department of Health & Social Services: DHSS)
- มีหน่วยงานที่เรียกว่า National Health Service (NHS) มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 มีบทบาทเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายจากเงินภาษีรายหัวประชากรสำหรับการบริการในชุดสิทธิประโยชน์ตามระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งรับผิดชอบ 90% ของงบประมาณด้านสุขภาพที่รัฐบาลเป็นผู้จ่าย ก่อนปี ค.ศ. 2002 : มีหน่วยงานสาธารณสุขระดับภูมิภาค (Regional Health Authorities: RHA) 15 แห่ง ซึ่งทำหน้าที่เป็นกำกับงานบริการและนิเทศงาน มีหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health Authorities: DHA) 193 แห่ง ซึ่งทำหน้าที่เป็น “ผู้ซื้อบริการ” แทนประชาชน แต่ละหน่วยนี้มีกลไกบริหารจัดการโดยทีมบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Management Teams) ซึ่งอยู่ภายใต้ คณะกรรมการสุขภาพชุมชน (Community Health Committees) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002
- **ระดับภูมิภาค** : มีหน่วยงานที่ดูแลยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข (Strategic Health Authorities: SHA) จำนวน 28 แห่ง ซึ่งทีมผู้บริหารมาจากการแต่งตั้งโดย Department of Health (DH)



- **ในระดับท้องถิ่น :** มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Trusts: PCT) ซึ่งดูแลประชากร 150,000 คนต่อ PCT โดยได้รับงบประมาณและการกำกับโดย SHA มีระบบตรวจสอบควบคุมโดย คณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (local PCT-Boards) รับคำแนะนำปรึกษาจาก คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ (professional expert committee: PEC) การซื้อบริการมีได้ทั้งจาก PCT จาก ผู้ให้บริการเวชศาสตร์ครอบครัวในท้องถิ่น และการบริการเฉพาะด้านจากหน่วยบริการของ NHS (เรียกว่า NHS-Trusts ซึ่งมีประมาณ 570 แห่ง) เช่น บริการรักษาพยาบาล การบริการฉุกเฉิน การบริการด้านจิตเวช เป็นต้น
- **ข้อสังเกต :** มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง บนฐานที่เน้นการบริหารการคลังสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีข้อจำกัดเล็กน้อยเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการ ซึ่งพอจะยอมรับได้สำหรับประเทศที่มีการพัฒนาโดยทั่วๆ มีความเข้มแข็งในการกระจายอำนาจของการซื้อบริการให้กับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อยู่ระหว่างการทำสัญญากับบริษัทภาคเอกชนซึ่งต่อกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

### ส่วนที่ 3

## โครงสร้างและบทบาทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ในบริบทเมืองไทยน่าจะเป็นอย่างไร?

ในประเทศไทยมีระบบบริหารจัดการสาธารณสุขในระดับอำเภอมานาน และระบบนี้ก็ให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจในมุมมองของภาคสาธารณสุข เช่น ผลลัพธ์ในด้าน การช่วยลดอัตราการตายในทารก และการเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของประชากร เป็นต้น โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่ไม่มีระบบดังกล่าว จุดสำคัญคือ การที่ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานชัดเจนของระบบบริการปฐมภูมิ คือ มีสถานอนามัยซึ่งดูแลรับผิดชอบประชาชนจำนวนประมาณเฉลี่ยแห่งละ 4,000 คนและมีโรงพยาบาลชุมชน

ในทุก ๆ อำเภอ บุคลากรมีระเบียบวินัยในการทำงานสูงและโดยทั่วไปต่างก็เป็นผู้ที่อุทิศตนให้กับงานที่ทำอยู่

แต่ด้วยเหตุผลดั้งเดิม รูปแบบการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขอำเภอในประเทศไทยค่อนข้างที่จะมีความเป็นการบริหารจัดการภาครัฐและรวมศูนย์เป็นอย่างมาก มีเสียงบ่นเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ มากมายที่ “สั่งการ” จากส่วนกลางทำให้ต้องการรายงานที่มากเกินไป รวมทั้งตัวชี้วัดที่กำหนดมาจากส่วนกลาง แม้ว่าพื้นที่จะมีอิสระในการตัดสินใจบ้างแต่ยังไม่เพียงพอทั้งที่แนวโน้มที่จะมีอิสระเพิ่มขึ้น ในขณะที่กำลังมีความพยายามอย่างมากที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (cost containment) และการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์นี้ จึงอาจจะพอเสนอแนะได้ว่า น่าจะมีการเสริมในแง่หลักการหรือทฤษฎีของ “การบริหารจัดการ” ที่เอื้อให้เกิดการใช้ศักยภาพของบุคลากรให้เต็มที่และก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรจากแหล่งอื่นได้อย่างดีที่สุด

อันที่จริงแล้วบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้สึกต้องการที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการมานานแล้ว การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 เป็นก้าวใหญ่ของการเปลี่ยนแปลงระบบการตัดสินใจและกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขในระดับอำเภอ แต่ดูเหมือนว่าสิ่งที่ยังขาดไปก็คือ เอกสารหรือคู่มือแนวทางการบริหาร CUP หรือ คู่มือ/แนวทางการบริการจัดการระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ อีกทั้งบุคคลที่มีบทบาทหลักในการบริหาร CUP ต่างไม่เคยได้รับการอบรมเสริมความรู้ใหม่ที่เฉพาะเจาะจง แม้ว่าในหลายอำเภอจะมีระบบการจัดการที่ดีเยี่ยมและบางแห่งมีสถานการณ์การบริหารจัดการ CUP ตามลักษณะข้อเสนอแนะดังที่ปรากฏในตาราง 2

ปัญหาหลักในการบริหารจัดการที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุดคือ การมีสายบังคับบัญชาที่ต่างกันระหว่างสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่สถานีอนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอและขึ้นตรงต่อนายอำเภอ ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งรายงานตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด



เนื่องจากต้องมีการรวมกันเป็นหนึ่ง (unify) ในเชิงโครงสร้างการจัดการของระดับอำเภอ จึงมีการจัดตั้ง CUP เพื่อเป็นหน่วยบริหารจัดการร่วมกันในแต่ละอำเภอ หลายแห่งมักจะเรียกทีมที่ทำงานร่วมกันนี้ว่าคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือ “คัพบอร์ด” (CUP-board) ทั้งที่การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับอำเภอนั้นเป็นสิ่งที่ใหญ่กว่าหรือมากกว่าการบริหารจัดการหน่วยใดหน่วยหนึ่ง คือมากกว่าการทำหน้าที่เป็นเพียงคู่สัญญากับระบบหลักประกันสุขภาพระบบหนึ่งเท่านั้น และในแง่ของถ้อยคำแล้ว “คณะกรรมการหรือบอร์ด” น่าจะต้องทำหน้าที่อำนวยความสะดวกกำกับทิศทางการดำเนินงานมากกว่าจะเป็นผู้บริหารจัดการด้วยตนเอง

อีกคำหนึ่ง (ที่ใช้กันในระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอของประเทศไทย) อย่างเป็นทางการมานานแล้ว คือ คำว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” (district health coordination committee) ซึ่งยังไม่สื่อหรือสะท้อนไปถึงมิติของการมีระบบการสนับสนุนบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง อันเป็นเป็นบทบาทหน้าที่ที่คาดหวังของ “ทีมบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ” และจะเห็นว่าความร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลชุมชนจะมีมากน้อยเพียงใดค่อนข้างขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล และในบางกรณีประเด็นความสัมพันธ์นี้ก็เป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งในการที่จะบูรณาการวางแผนงานร่วมกัน

ตารางต่อไปนี้ แสดงถึงข้อเสนอของรูปแบบการบริหารระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (ดังในตารางที่ 1) ซึ่งอาจจะปรับใช้ได้ในประเทศไทยได้ภายใต้สภาวะการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน

ตาราง 2 ข้อเสนอแนะต่อระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอในประเทศไทย

รูปแบบ (Model)	การปรับใช้ในประเทศไทย		บทบาทหน้าที่/หมายเหตุ	
ผู้นำองค์กรระดับอำเภอ	นายอำเภอ (นอภ.)		ยังเป็นการแต่งตั้ง	
คณะกรรมการบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ	คณะกรรมการบริหารงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) นอภ., ผอ.รพช., หน.สสอ.ตัวแทนจากอบต.ประชาคม ผู้นำชุมชน; โดยมีนอภ.เป็นประธาน มีกรรมการประมาณ 10 คน โดยมากจากการคัดเลือกโดย นอภ., ผอ.รพช., หน.สสอ.		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ดูแลแผนสาธารณสุขระดับอำเภอ แผนทั้งแผนยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ รายงานประจำปี</li> <li>● ดูแลควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขและระบบธรรมาภิบาลโดยยึดแนวทางของระบบมาตรฐานของประเทศ</li> <li>● สื่อสารเคลื่อนไหวงานร่วมกับระดับจังหวัดและประเทศ</li> </ul>	
หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	ผอ.รพช. (แต่งตั้ง)	हन.สสอ. (แต่งตั้ง)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ดูแลระบบบริหารจัดการโรงพยาบาล</li> <li>● สนับสนุนงานด้านคลินิก (รักษาพยาบาล) แก่สอ./PCU และ หน้าที่อื่นๆ (กำหนดโดยพื้นที่)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ดูแลงานด้านสาธารณสุข และสนับสนุน สอ./PCU</li> </ul>
คณะทำงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	คณะทำงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health Team: DHT) ผอ.รพช., หน.สสอ. หน่วยบริการ เช่น ตัวแทน PCU: รวมจำนวน 10-15 คนตามความจำเป็น หัวหน้าทีม (manager) มาจากการเลือกโดยสมาชิกทีม		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ประสานงานเกี่ยวกับการบริการทุกด้าน</li> <li>● ให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการ</li> <li>● ดูแลให้เกิดการบูรณาการกันระหว่างบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาล</li> <li>● ปฏิบัติกรงานบริการปฐมภูมิและงานสาธารณสุข</li> <li>● ให้ข้อเสนอแนะต่อ DHB</li> </ul>	
หน่วยบริการ(ต่อ) (รพช., สอ., งานชุมชน ฯลฯ)	หน่วยทำงาน/ให้บริการ ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>● ที่รพ.: IPD &amp; OPD, PCU ของรพ.</li> <li>● ศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) และ PCU</li> <li>● งานบริการในชุมชน</li> <li>● ทีมสนับสนุน</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● การศึกษาเรียนรู้ต่อเนื่อง</li> <li>● สื่อสารและขับเคลื่อนงาน advocacy</li> <li>● ระบบบริหารการเงินการคลัง</li> <li>● งานบริหารทั่วไป งานจัดการวัสดุครุภัณฑ์ สิ้นเปลือง (รวมสต็อกยา)</li> <li>● งานซ่อมบำรุง</li> <li>● งานยานพาหนะ ฯลฯ</li> </ul>		คณะกรรมการร่วมบริหารกับชุมชนในหน่วยทำงาน/บริการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>● ให้บริการ</li> <li>● ให้บริการ</li> <li>● ให้บริการ</li> <li>● ทีมผสม (รพ.กับสอ.), เยี่ยมสนับสนุน PCUs</li> <li>● การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context-based learning)</li> <li>● ในกลุ่มบุคลากร ประชาชน ชุมชน</li> <li>● ร่วมดูแลงานบริหารทั่วไปของ CUP</li> <li>● จัดการให้</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● จัดการให้</li> <li>● จัดการให้</li> </ul>	





## ส่วนที่ 4

### การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ ในบริบทเมืองไทยควรจะทำอย่างไร?

การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนอย่างชัดเจน โดยจัดทำเป็นเอกสารหรือแผนภูมิ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ หากแต่ว่าความสำเร็จที่แท้จริงขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำสมรรถนะในการบริหารจัดการและเงื่อนไขที่เอื้อประโยชน์ต่อการทำงาน

การกำหนดเงื่อนไขที่เอื้อประโยชน์ต่อการทำงานไม่ใช่สิ่งที่เลวร้าย กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มกระบวนการปฏิรูประบบบริหารจัดการอย่างเป็นทางการ และภาวะผู้นำในระดับกระทรวงก็มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดให้ “อำเภอ” เป็นหน่วยในการเป็น “คู่สัญญา” ซึ่งสังเกตได้ว่าเป็นการให้อำนาจกับพื้นที่แล้วในระดับหนึ่ง

การจัดสรรงบประมาณเหมาะสมกระจายทั่วไปให้กับ “อำเภอ” อาจจะมีมีความจำเป็นต้องเพิ่มสัดส่วนให้มากขึ้น เพื่อที่จะเก็บเกี่ยวผลที่เกิดขึ้นจากขอบเขตการทำงานและความรับผิดชอบของ “อำเภอ” ได้อย่างเต็มที่ และเชื่อว่าการที่กำหนดให้เมืองศรีนครินทร์ในระดับตำบลซึ่งผู้บริหารมาจากการเลือกตั้ง น่าจะเป็นสัญญาณว่าในทางการเมืองว่าจะมีการกระจายอำนาจและสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองของท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น

ความสำเร็จในการจัดตั้งระบบบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ และการส่งเสริมความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิขึ้นอยู่กับ(ความสำเร็จของ)การเสริมสร้างสมรรถนะ (capacity building) ให้กับพื้นที่นับตั้งแต่ก้าวแรก บทความนี้ไม่อาจที่จะให้รายละเอียดเกี่ยวกับวัฒนธรรมการบริหารจัดการและกิจกรรมหรือกระบวนการที่จะต้องทำ และบางแง่มุมก็ได้กล่าวถึงไว้แล้วในย่อหน้าแรกของบทความ

ข้อเสนอเนื้อหาที่ต้องการเน้น คือ การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning process) หากทำได้ดีจะต้องก่อให้เกิดทัศนคติและทักษะใหม่ๆ ที่นำไปใช้ได้จริง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ (ตัวแทน)ประชาชนกลุ่มต่างๆ จะต้องได้เข้ามาร่วมในกระบวนการด้วย การออกแบบหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อสร้างทักษะดังกล่าวจะต้องมีเนื้อหาครอบคลุมและเน้นเรื่องการวางแผนเชิงกลยุทธ์โดยมีเป้าหมายเป็น

ตัวตั้ง (target-oriented planning: TOP) ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม การจัดแบ่งและมอบหมายความรับผิดชอบงานด้วยแรงจูงใจ การบริหารการเปลี่ยนแปลง การสร้างทีม การสื่อสาร การบริหารการเงินทั้งที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่โปร่งใส รวมทั้งการประเมินตนเองหรือการจัดการระบบข้อมูลในระดับอำเภอที่เป็นประโยชน์และใช้ได้จริงกับพื้นที่ ข้อเสนอดังกล่าวควรจะเป็นเนื้อหาเบื้องต้นของหลักสูตรการฝึกอบรมที่ระดับจังหวัด การอบรมส่วนใหญ่น่าจะเป็นลักษณะเป็นการอบรมระหว่างทำงานและจัดให้เป็นการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (on-the-job and in-the-team training).



## รายชื่อผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารจัดการเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (CUP Management)

นพ.พรชัย	พิบูลทองอำไพ	โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
นพ.เกรียงศักดิ์	วัชรนกุลเกียรติ	โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย
พญ.นิลเนตร	วีระสมบัติ	โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา
นพ.กรภัทร	มยุระสาคร	โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
อาจารย์อรนุช	ภาชีน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พญ.สมพิศ	จำปาเงิน	โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
นายพิชิตศักดิ์	จำปาเงิน	สถานีอนามัยบ้านโคกบ่อแร่ ต.ทัพหลวง อ.หนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
คุณทิพย์	แดงทอง	โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
นพ.พิเชฐ	บัญญัติ	โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
ภก.วสุตม์	อ็อคทรัพย์	โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
คุณวรวรรณ	พุทธวงศ์	โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
คุณสุภาภรณ์	บัญญัติ	โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
คุณประนอม	บัณฑิต	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดปาน
คุณจุฑามาศ	จันนง	โรงพยาบาลตากคลี จังหวัดนครสวรรค์
คุณศิริพร	กิจปานนท์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากคลี จังหวัดนครสวรรค์
นายภาณุวัตร	เรวิก	โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี
นายอมรศักดิ์	โพธิ์อำ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก
นายพชร	รัตนปรีชาชัย	โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี
นายสมศักดิ์	ขุนทองจันทร์	โรงพยาบาลลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช

### คณะทำงาน

พญ.สุพัศตรา	ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
นพ.เกษม	เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
นพ.สุภัทธร	ฮาสุววรรณกิจ	โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา
คุณอุไรวรรณ	เทิดบารมี	สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม
คุณอุรพิณ	ชูเกาะทวด	สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม
คุณทัศนีย์	ญาณะ	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
คุณณัฐพร	สุขพอดี	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
คุณผการัตน์	ฤทธิ์ศรีบุญ	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
คุณรัตนา	เกลี้ยงจิตรแก้ว	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน





ในยุคของการเปลี่ยนแปลงในหลายเรื่องของการ  
พัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย  
การเรียนรู้ถือว่ามีความสำคัญมากต่อการที่จะทำให้ทุกคน  
สามารถปรับตัวและทำงานได้อย่างรู้เท่าทันและเหมาะสมกับสถานการณ์  
การเรียนรู้เกิดขึ้นได้จากหลายวิธีการด้วยกัน  
ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาวีธีและผลการพัฒนาที่เกิดขึ้นแล้ว  
การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติเอง จากการสรุปบทเรียน  
รวมทั้งการนำเอาประสบการณ์ต่างๆของผู้รู้มาแลกเปลี่ยนกัน  
การรวบรวมและจัดการความรู้ในกลุ่มของผู้ที่ร่วมปฏิบัติงาน  
ในรับการดำเนินงานที่หลากหลายเป็นหนทางหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดแรงจูงใจ  
กำลังใจ แนวคิด รูปแบบ เทคนิค วิธีการและนวัตกรรมการทำงาน หนังสือชุด  
**“ประสบการณ์คนทำงานด้านการบริการจัดการบริการปฐมภูมิ”**  
จึงเกิดขึ้นด้วยวัตถุประสงค์ต้องการให้เกิดการเรียนรู้สำหรับคนทำงาน  
และหวังว่าจะช่วยกระตุ้นการแลกเปลี่ยนที่กว้างขวางขึ้น  
เป็นประโยชน์ในการทำงานพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ  
และมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในที่สุด

