




ประสบการณ์การบริหารจัดการเครือข่าย
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

CUP ในเขตเมือง



ISBN 978-974-8388-79-3





ประสบการณ์การบริหารจัดการเครือข่าย
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

CUP ในเขตเมือง

หนังสือชุด "ประสบการณ์คนทำงาน
ด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ"

- เล่ม 1 "การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP Management)"
- เล่ม 2 "ประสบการณ์การบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU Management)"
- เล่ม 3 "ประสบการณ์การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) ในเขตเมือง"

ประสบการณ์การบริหารจัดการเครือข่าย
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

CUP ในเขตเมือง

ผู้เขียน สุภัทรา ฮาสสุวรรณกิจ
ที่ปรึกษา สุพัตตรา ศรีวณิชชากร
บรรณาธิการ ทศนีญ์ ญาณะ และผการัตน์ ฤทธิศรีบุญญ

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2550
ISBN 978-974-8388-79-3
จำนวนพิมพ์ 2,000 เล่ม
พิมพ์ที่ นโม พรีนติ้งแอนด์พับบลิชชิง
รูปเล่ม Zenith studio
ราคา 95 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, ichr2005@yahoo.com



คำนำ

การสาธารณสุขในเขตเมือง เป็นโจทย์ใหญ่ที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างจากการสาธารณสุขในเขตชนบท แม้ว่าส่วนใหญ่การจัดโครงสร้างการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP : Contracted Unit for Primary care) ในเขตเมืองในขอบข่ายของกระทรวงสาธารณสุขจะไม่ต่างจาก CUP ชนบท แต่ CUP เมืองก็มีลักษณะเด่นและบทเรียนที่มีลักษณะเฉพาะที่ชักลไกหลักส่วนใหญ่ คือ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้การสาธารณสุขเขตเมืองมีพัฒนาการที่ยาวนาน มีการสร้างรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะเทศบาลในพื้นที่ และหลายพื้นที่มีการสร้างระบบเป็นเครือข่ายบริการกับสถานีนอมนามัยไว้อย่างน่าสนใจ

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ได้จัดเวทีจัดการความรู้ในเรื่อง “การบริหารจัดการระดับ CUP ในบริบทโรงพยาบาลใหญ่ เขตเมือง และ PCU ในเครือข่าย” โดยมีผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหรือวางระบบกลไกของ CUP และเครือข่าย PCU ในเขตเมืองจาก 14 พื้นที่มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และได้ถอดบทเรียนของการแลกเปลี่ยนจัดการความรู้ที่น่าสนใจ ซึ่งควรค่าแก่การถ่ายทอดประสบการณ์ในการบริหารจัดการเพื่อเป็นกรณีศึกษาแก่ CUP ต่างๆ ได้นำไปปรับประยุกต์ใช้ต่อไป

ขอขอบคุณนายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ที่ร่วมทำงานกับทีมงานสถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ตั้งแต่ร่วมจัดเตรียมเนื้อหา ร่วมจัดกระบวนการ รวมทั้งเก็บตกถอดความเขียนออกมาเป็นหนังสือเล่มนี้ซึ่งเป็นเล่มหนึ่งในชุดหนังสือ “ประสบการณ์คนทำงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ” ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาอ่านและให้ความเห็น ข้อเสนอแนะเอกสารฉบับร่าง และสุดท้ายที่ต้องขอบคุณ คือ สมาชิกชุมชนผู้ปฏิบัติงาน (Community of Practices) ทุกท่านที่ร่วมกระบวนการในเวทีจัดการความรู้และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และบทเรียนจริงที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

บรรณาธิการ





สารบัญ

บทที่ 1	ลักษณะบริบทของ CUP ในเขตเมือง	1
บทที่ 2	บทเรียนการทำงานของ CUP เขตเมือง	7
	● CUP เขตเมือง กับการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านงานรักษา และการลดความแออัดของ OPD ในโรงพยาบาล	8
	● CUP หาดใหญ่กับระบบคูปอง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมงานส่งเสริมป้องกัน	10
	● การสร้างสุขภาพในบริบทเขตเมือง	12
	● การร่วมทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล และสถานีอนามัย	18
	สรุปส่งท้าย	26



ลักษณะบริบทของ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ (CUP)* ในเขตเมือง

หลากหลายของ CUP ในเขตเมือง

การบริหารจัดการงานสาธารณสุขในเขตเมืองเป็น อีกโจทย์หนึ่งที่มีความแตกต่างจากงานสาธารณสุขในเขตชนบทอยู่มากพอควรทั้งนี้เพราะเขตเมืองนั้นมีบริบทที่แตกต่างออกไปจากชนบทบริบทที่ต่างกันได้แก่

1. หลากหลายบริบทของการพัฒนา (contexts)

แม้จะเป็นเขตเมือง แต่ส่วนใหญ่ในทุกตัวเมืองก็จะมีมีความแตกต่างของระดับการพัฒนาได้แก่ ใจกลางเขตเทศบาลก็จะเป็นย่านธุรกิจที่มีความเจริญสูง มีความหนาแน่นของประชากรแต่ขณะเดียวกันในเขตเมืองก็ยังมีเขตชานเมืองที่เป็นชุมชนแออัดและชุมชนเกิดใหม่และเขตชนบทที่ยังเป็นวิถีแบบชุมชนเกษตรกรรม ดังนั้นการจัดบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับความหลากหลายและให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการขั้นปฐมภูมิได้อย่างสะดวกขึ้นนั้นจึงไม่ใช่เรื่องง่าย

*CUP : Contracting Unit of Primary Care หมายถึง หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการจัดบริการปฐมภูมิให้แก่ประชาชน ตามมาตรฐานที่กำหนด

2. หลากหลายหุ้นส่วน (partners)

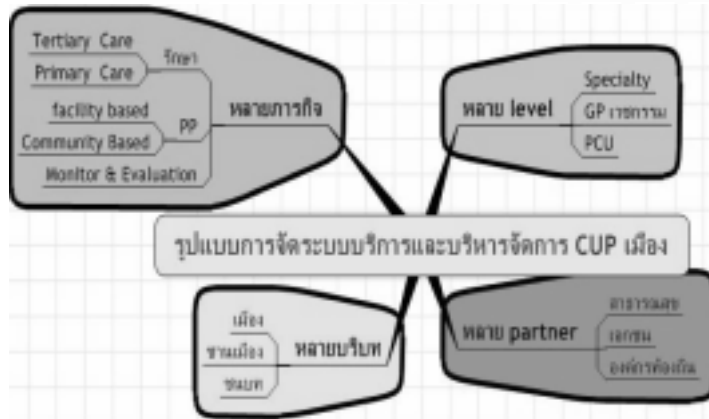
ในชนบท หุ้นส่วนในการจัดบริการด้านสุขภาพก็มักมีเพียงโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยเท่านั้น แต่ในเขตเมืองจะมีสถานบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล หรือโรงพยาบาลของเทศบาล นอกจากนี้ยังมีคลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของมูลนิธิ หรือ โรงพยาบาลของกรมกองอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย เป็นต้น เขตเมืองจึงมีองค์กรที่ดูแลสุขภาพหลากหลายลักษณะ การจะดึงเข้ามาร่วมเป็นหุ้นส่วนในการเชื่อมต่อบริการระหว่างกันไม่ใช่เรื่องง่าย แต่ก็ท้าทายกับการสร้างสรรค์นวัตกรรมอย่างยิ่ง

3. หลากหลายภารกิจ (missions)

ภารกิจของ CUP เมืองก็มีความหลากหลายเช่นเดียวกับ CUP ในชนบท กล่าวคือต้องดูแลทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพเช่นกัน การรักษาโรคต้องกำกับทั้งในระดับตติยภูมิและปฐมภูมิ การส่งเสริมป้องกันก็มีทั้งในสถานบริการและในชุมชน ซึ่งหากสามารถจัดการบูรณาการเชื่อมต่อกิจกรรมเหล่านี้ได้ก็จะเป็นประโยชน์กับประชาชนอย่างมาก

4. หลากหลายระดับด้านการแพทย์ (level of care)

ในเขตเมือง หน่วยบริการสุขภาพมีภารกิจหลายระดับ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิคือโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จนถึงระดับปฐมภูมิคือสถานีนอนามัย ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นองค์กรหลักของ CUP เมืองนั้น ต้องมีการจัดสมดุลที่ลงตัวของมิติด้านการแพทย์ที่มีทั้งระบบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ระบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และระบบบริการปฐมภูมิที่เชื่อมต่อกับชุมชน ดังนั้น CUP เขตเมืองจึงมีภารกิจในการดูแลการจัดระบบบริการสุขภาพและจัดสรรทรัพยากรที่ซับซ้อนกว่า CUP เขตชนบท



รูปแสดง ความหลากหลายของบริบทของ CUP ในเขตเมือง

จุดแข็งที่สำคัญของ CUP เมือง

สำหรับ CUP ในเขตเมืองนั้น มีจุดแข็งที่โดดเด่นยิ่ง ซึ่งเป็นทุนที่สำคัญในการสร้างโอกาสการพัฒนาาระบบสุขภาพในเขตเมือง ได้แก่

1. คุณทรัพยากร

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นองค์กรหลักของ CUP ในเขตเมือง มีทรัพยากรจำนวนมากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในทรัพยากรบุคคลากรที่มีมาก ทั้งปริมาณและหลากหลายวิชาชีพ สามารถเติมเต็มในการส่งพยาบาลหรือวิชาชีพอื่น สนับสนุน PCU ได้มากงบประมาณหรือเงินบำรุงของโรงพยาบาลที่มีมาก หากนโยบายของโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของระบบ primary care ก็สามารถลดการแย่งชิงทรัพยากร ได้มากเช่นเดียวกัน

2. ทุนวิชาการ

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก บุคลากรที่มีในโรงพยาบาลมีเกือบครบทุกวิชาชีพ ไม่เฉพาะแพทย์ พยาบาล แต่รวมไปถึง นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนากร นักดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และเมื่อต้องการทำงานด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน คำตอบก็จะไปเชื่อมกับระบบบริการปฐมภูมิ จึงพบว่า CUP ในเขตเมืองส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางวิชาการแก่ระบบบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ

3. ทุนเครือข่าย

ในเขตเมืองมีองค์กรที่จัดบริการสุขภาพหลายองค์กร ไม่ว่าจะภาคเอกชน ส่วนราชการอื่นที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ส่วนใหญ่ยังแยกกันทำในภารกิจของตนเอง ไม่มีการประสานระหว่างองค์กรให้มีการบูรณาการเชิงระบบมากนัก หากสามารถเชื่อมร้อยให้เกิดการร่วมกันทำงานเป็นเครือข่ายแล้ว จะทำให้การจัดบริการในเขตเมืองมีความครอบคลุมขึ้นมาก และจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีมากให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ประชาชนจะได้ประโยชน์มากที่สุด

จุดอ่อนที่สำคัญของ CUP เมือง

สำหรับ CUP ในเขตเมืองนั้น มีจุดอ่อนบางด้านที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการของ CUP บ้าง แต่ก็ไม่ใช่ข้อจำกัดที่แก้ไขไม่ได้ จุดอ่อนที่สำคัญได้แก่

1. หน่วยบริการทุติยภูมิ คือ “โรงพยาบาลชุมชน” หายไป

ระบบบริการสาธารณสุขตามรูปแบบปกติของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ในเขตเมืองมีหน่วยบริการสุขภาพเพียง 2 ระดับคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในบางพื้นที่ก็มีโรงพยาบาลเอกชนร่วมให้บริการอยู่ด้วยซึ่งทำหน้าที่ในการให้บริการรักษาโรคในระดับทุติยภูมิระดับสูงหรือระดับตติยภูมิ ในขณะที่เดียวกันก็มีสถานเฝ้าระวังและสถานบริการ

สาธารณสุขของเทศบาลที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ เขตเมืองจะไม่มีโรงพยาบาลชุมชน ในเขตเมืองที่ทำหน้าที่ด้านการแพทย์ทุติยภูมิ ด้วยความหนาแน่นของประชากรทั้งที่เป็นคนพื้นถิ่นหรือคนที่ย้ายถิ่นมาทำงานมักทำให้สถานบริการที่มีอยู่มีไม่เพียงพอต่อการจัดบริการอย่างมีคุณภาพ ทำให้ประชาชนบางส่วนในเขตเมืองซึ่งมีความเจริญสูงนั้น มีโอกาสในการเข้าถึงบริการปฐมภูมิดีกว่าประชาชนในอำเภอรอบนอกอื่น ๆ ที่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ด้วยซ้ำ

2. บริหารด้วยกลไกของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

การบริหารจัดการ CUP ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมักมีเวลาน้อยที่จะบริหารจัดการเอง บ่อยครั้งที่เกิดช่องว่างในการสื่อสารและการตัดสินใจในระดับบริหาร ทำให้บางครั้งการบริหารจัดการในระดับ CUP ในเขตเมืองไม่ราบรื่นเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม กลุ่มงานเวชกรรมสังคมก็คือกลไกหลักในการดำเนินงาน CUP เขตเมืองเป็นผู้ประสานระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย

3. บริบทสังคมเมือง ยากต่อการทำงานสาธารณสุขเชิงรุก

งานสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมป้องกันนั้น ส่วนใหญ่กระทรวงสาธารณสุขออกแบบกิจกรรมไว้สำหรับบริบทของชนบทเป็นส่วนมาก ทำให้หลายกรณีไม่เหมาะกับเขตเมือง เช่น หอกระจายข่าวก็ควรปรับมาเป็นการจัดรายการในสถานีวิทยุชุมชนแทน เป็นต้น ความรีบเร่งและลักษณะการใช้ชีวิตของวิถีคนเมือง ประกอบปัญหาสุขภาพในเขตเมืองมักเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ไม่ใช่ปัญหาโรคติดต่อ แต่เป็นปัญหาเชิงสังคม เช่น ปัญหาของวัยรุ่น ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาการเป็นมะเร็งจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น รวมทั้งประชากรบางส่วนมีการเคลื่อนที่สูง ย้ายถิ่นบ่อย หรือใช้บริการสถานบริการด้านสุขภาพอย่างหลากหลายทั้งคลินิก โรงพยาบาล จึงติดตามความครอบคลุมได้ยาก ทำให้ต้องมีการปรับวิธีการทำงานเชิงรุกในเขตเมือง จึงจะสามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างได้ผล

บทเรียน การทำงาน ของ CUP เขตเมือง

ช่วงเวลาประมาณ 6 ปีของการกำเนิดขึ้นมาขององค์กรเช่น CUP นั้นแม้จะไม่ใช้เวลาที่ยาวนานนัก แต่ด้วยพื้นฐานของการทำงานร่วมกันในลักษณะของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งต่อเนื่องมาตลอด ทำให้หลาย CUP เมืองที่มีโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปเป็นเสมือนหัวเรือของ CUP นั้น สามารถสร้างสรรคูปแบบการทำงาน การจัดบริการปฐมภูมิและระบบส่งต่อ การสร้างเสริมสุขภาพ หรือการบริหารจัดการที่ราบรื่นได้อย่างน่าสนใจ

ในเขตเมืองที่มีทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมาก อัตราส่วนของวิชาชีพด้านสุขภาพต่อจำนวนประชากร ดีกว่าในชนบทเป็นหลายเท่าตัว แต่ก็เชื่อว่าประชาชนในเขตถึงจะสามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ทั้งนี้เพราะข้อจำกัดด้านความแออัดในสถานบริการ ปัญหาการกระจายของบริการที่ไม่ดีพอ รวมถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการอันเนื่องมาจากการจัดบริการที่ไม่สอดคล้องกับบริบทในเขตเมือง เป็นต้น บทเรียนที่น่าสนใจมีดังนี้

1. CUP เขตเมือง กับการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ด้านงานรักษาและการลดความแออัดของ OPD ในโรงพยาบาล

ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปนั้น เป็นโจทย์ใหญ่ที่ได้รับ
ความสนใจจากทุก CUP และแต่ละ CUP ก็มีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายน่าสนใจ โดย
ภาพรวมการแก้ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล จุดเน้นคือการสร้างกลไกดึงผู้ป่วยทั่วไป
โดยการเพิ่มจุดรับบริการนอกโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากจะสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง
บริการแล้ว ยังสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ด้วย กรณีศึกษา
ที่น่าสนใจได้แก่

CUP เมืองขอนแก่น

ได้ใช้กลยุทธ์สร้าง PCU 4 มุมเมือง ซึ่งขณะนี้ทำได้แล้ว 2 มุมเมือง คือ ส่งแพทย์
เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล เกสัชกร ออกไปให้บริการที่ PCU เพื่อให้บริการในการดูแล
โรคทั่วไป ทำ PCU ให้ชาวบ้านรู้สึกว่ที่นั่นมีมาตรฐานเดียวกันกับโรงพยาบาล จัดระบบ
ส่งต่อที่เหมาะสม ลดความจำเป็นที่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล

ในเขตเมืองจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการโดย อสม. ห้างหรือบ้านของ
ประชาชนในแถบนั้นเป็นจุดบริการ เพราะไม่อยากจะมาโรงพยาบาลเนื่องจากต้องรอนาน
เสียโอกาสในการทำการค้า เช่นเมื่อไปออกหน่วยตรวจสุขภาพคัดกรองเบาหวาน ความ
ดันโลหิตสูงและมะเร็งปากมดลูกที่ตลาดบางลำภู ประชาชนในแถบนั้นมักเป็นร้อย
แม้ว่าต้องตรวจกันบนแคร่ สำหรับกรณีของบ้านจัดสรรก็เช่นกัน กำหนดวันให้กับชุมชนบ้าน
จัดสรร ประชาชนมาตรวจจำนวนมาก เพราะทุกคนมีความรู้สึกที่ไม่อยากไปโรงพยาบาล
ดังนั้นการมีรถหน่วยเคลื่อนที่ไปในชุมชนเพื่อคัดกรองสุขภาพ ให้ความรู้และจัดกิจกรรมเรื่อง
ต่างๆ ในชุมชนช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ

CUP หาดใหญ่ สงขลา

เป็น CUP หนึ่งที่มีพื้นที่รับผิดชอบกว้างขวาง มีประชากรที่ต้องดูแลกว่า 3.5 แสนคน
และมีประชากรเคลื่อนย้ายเข้ามา เช่น นักเรียน คนมารับจ้างทำงานเป็นจำนวนมาก มีชุมชน

หลายลักษณะ จึงมีการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการด้วยการกระจายศูนย์สุขภาพชุมชน ในหลากหลายรูปแบบจนถึงปัจจุบันมีศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งสิ้น 36 แห่ง ซึ่งถือได้ว่ามีการกระจายตัวที่เหมาะสมพอสมควร

โดยศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีในปัจจุบัน แบ่งได้เป็นประเภทต่างๆดังนี้

ประเภทของ PCU	จำนวนแห่ง	ข้อสังเกต
PCU ที่เป็นสถานีอนามัยเดิม	16 แห่ง	ส่วนใหญ่ตั้งในเขตชนบทและเขตชานเมืองของอำเภอขนาดใหญ่
PCU ที่โรงพยาบาลไปตั้งใหม่ด้วยตนเอง	3 แห่ง	เป็น PCU ที่เดิมดำเนินงานในชุมชนที่รับผิดชอบ โดยไม่ได้แบ่ง catchment area มาจากสถานีอนามัยเดิม
PCU ที่เป็นความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1 แห่ง (PCU 3 ตำบล)	ตั้ง PCU ใหม่ด้วยตู้ container ในพื้นที่กลางที่ประชาชน 3 ตำบล มาใช้บริการได้สะดวก โดยไม่มีการแบ่ง catchment area มาจากสถานีอนามัยเดิม
PCU ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง	1 แห่ง (เทศบาลเมืองบ้านพู่)	แยกตัวออกมาเป็น CUP ในปี 2550 รับผิดชอบประชากรในเขตเทศบาล
ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล	10 แห่ง	เป็น PCU ที่ดำเนินการโดยเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยไม่มีการแบ่ง catchment area มาจาก CUP หาดใหญ่ เพื่อให้บริการประชาชนไปก็จะนำผลงานมาส่งเพื่อขอรับเงินจัดสรรจาก CUP หาดใหญ่ ตาม workload และโรงพยาบาลหาดใหญ่ไปช่วยด้านการตรวจรักษา เป็นคลินิกนอกเวลาราชการ 5 แห่ง

อย่างไรก็ตาม การเพิ่มจำนวนของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนและลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเน้นมิติด้านการรักษาเป็นหลัก

CUP มหาราชนครศรีธรรมราช

เน้นการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนถิ่น กรณีโรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช และแนวคิดโรงพยาบาล 20,000 เตียง

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขนาด 1,000 เตียง และมีสภาพแออัดอย่างยิ่ง ทำให้ทางเทศบาลนครนครศรีธรรมราชได้เข้ามาร่วมแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการเปิดให้บริการโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เขตเทศบาลที่มีจำนวน 30 เตียง เปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 5 ธันวาคม 2547 ภายใต้ชื่อ “โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช” เปิดบริการและมีศักยภาพเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป และตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2548 เป็นต้นมา ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยบริการประจำในพื้นที่ของเขตเทศบาลดูแลประชากรกว่า 70,000 คน

นอกจากนี้ ทางโรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราชยังได้มีโครงการโรงพยาบาล 20,000 เตียง โดยใช้บ้านของผู้ป่วยเป็นเตียงนอนพักรักษาแล้วส่งทีมเจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับการตอบรับจากประชาชนในเมืองเป็นอย่างดี และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชไปได้ในระดับหนึ่ง

2. CUP หาดใหญ่กับระบบคูปองเพื่อเพิ่มความครอบคลุมงานส่งเสริมป้องกัน

การใช้ระบบคูปองในการเพิ่มความครอบคลุมในงานที่มีความครอบคลุมต่ำและการจัดบริการในภาครัฐยังไม่เพียงพอ เป็นนวัตกรรมสำคัญที่ CUP หาดใหญ่นำมาใช้ โดยในปี 2549 มีการใช้ระบบคูปองกับการเพิ่มความครอบคลุมในการเคลือบหลุมร่องฟันของเด็กนักเรียน และการทำฟันปลอมในผู้สูงอายุ ในปี 2550 ปี จะเพิ่มบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เข้าไปด้วย

สำหรับวิธีการใช้คูปองในกรณีเพิ่มความครอบคลุมในการเคลือบหลุมร่องฟันเด็กนั้น ตั้งเป้าเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ทั้งอำเภอหาดใหญ่ คนละไม่เกิน 4 ซี่ โดยเบื้องต้นทันตภิบาลออกไปตรวจสุขภาพฟันที่โรงเรียนก่อน เพราะบางรายอาจสายเกินแก้ต้องอุดหรือแทนฟันแล้ว หากเป็นโรงเรียนในพื้นที่ห่างไกล ทีมทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลหาดใหญ่จะเคลือบให้เอง แต่หากบ้านอยู่ในพื้นที่เขตเมือง ก็จะออกคูปองให้ ไปใช้บริการได้ที่คลินิกทันตกรรมเอกชน 9 แห่ง ในอำเภอหาดใหญ่ ที่ทาง CUP ได้ไปประสานทำข้อตกลงไว้ ทาง CUP จะจ่ายเงินคืนให้ทางคลินิกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไร่ละ 150 บาท

ในปี 2549 ทาง CUP ได้ตั้งงบประมาณไว้สำหรับการใช้คูปองเพิ่มความครอบคลุมในการเคลือบหลุมร่องฟันจำนวน 900,000 บาท และยังได้งบจาก vertical program ที่สามารถนำผลงานเบิกตรงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มาสมทบด้วย ทำให้จัดบริการได้ราบรื่น สำหรับภาคเอกชนคือคลินิกทันตแพทย์ก็ให้ความร่วมมือดี เพราะได้ลูกค้าใหม่ซึ่งอาจมีการนัดหมายดูแลฟันซี่อื่นๆได้อีก และเป็นภาพลักษณ์ของร้านในการช่วยเหลือสังคมด้วย

สำหรับกรณีคูปองฟันปลอมนั้น เป็นลักษณะการออกหนังสือจากฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ให้แพทย์สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปทำฟันที่คลินิกได้ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย แล้วนำค่าใช้จ่ายมาเบิกจาก CUP เหม่าจ่ายไร่ละ 6,000 บาท โดย CUP ได้ตั้งกองทุนไว้ 350,000 บาทและเบิกชดเชยมาได้จาก vertical program ของ สปสช.เช่นเดียวกัน

ในปี 2550 จะมีการออกคูปองให้กับประชาชนที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ให้กับกลุ่มเป้าหมายเหล่านั้นให้ไปรับบริการที่คลินิกได้ ในคูปองจะมีคำแนะนำในการใช้บริการ ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกที่ควรทราบและมูลค่าของคูปอง การกำหนดให้คูปองมีมูลค่ามีความสำคัญเพราะจะทำให้กลุ่มเป้าหมายไปใช้บริการตามเงื่อนไขเวลา เพราะหากไม่ไปใช้บริการก็เหมือนเสียโอกาสได้รับบริการฟรีเหมือนทำเงินหายไป ให้ความรู้สึกทางจิตวิทยาที่ต่างจากใบนัดหรือใบประชาสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่และได้ผลกว่าอย่างชัดเจน

กรณีศึกษาการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ CUP ชาติใหญ่ เป็นบทเรียนที่ดีที่มีการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการบริหารจัดการมากที่สุด CUP หนึ่งของจังหวัดสงขลา

3. การสร้างสุขภาพในบริบทเขตเมือง

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น เป็นบทบาทหลักของ CUP ที่ต้องมีการ แสวงหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของเขตเมือง อย่างไรก็ตามในเขตเมืองในท่ามกลาง ความเจริญของตึกรามบ้านช่อง แต่ก็แฝงอยู่ด้วยชุมชนคนหาเช้ากินค่ำอยู่ด้วยเสมอ การสร้าง เสริมสุขภาพในเขตเมืองจึงเป็นเรื่องที่ผสมผสานกันระหว่างกลวิธีแบบปกติในพื้นที่ชนบทกับ กลไกใหม่สำหรับบริบทเมือง บทเรียนที่น่าสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพในเขตเมืองได้แก่

1. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังเป็นกลไกสำคัญในการทำงาน ด้านสุขภาพในเขตเมืองเช่นเดียวกันในชนบท โดยเฉพาะในพื้นที่ชานเมืองหรือชุมชนแออัด ในเขตเมืองและชุมชนชนบทในอำเภอเมือง

กรณีของ CUP เมืองลพบุรี

ในเรื่องการป้องกันภาวะระบาดของไข้เลือดออก ซึ่งมีผู้ป่วยเกือบ 400 ต่อแสนประชากร ก็ได้ อสม.เป็นกำลังหลักในการสร้างกระแสและควบคุมโรค ยังมีการอบรมเยาวชนสายลับ อสม.น้อยในชุมชน โดยให้เด็ก อสม.น้อยเหล่านี้หาแหล่งลูกน้ำ ซึ่งทำได้ดีกว่าผู้ใหญ่ชอกช้ำ หาแหล่งได้มากขึ้น แม่เองก็ภาคภูมิใจว่าลูกเป็น อสม.น้อย มีการชี้จักรยานหาลูกน้ำยุ่งลาย ในบางพื้นที่ด้วย หากพบการระบาด พบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลก็มีการแจ้งกลับไปพื้นที่ใน 24 ชั่วโมง เพื่อ อบรม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.จะได้ร่วมกันไปควบคุมโรค เป็นความร่วมมือ มือเพื่อแก้ปัญหาที่ได้ผล

กรณีของ CUP เมืองอยุธยา

สำหรับ PCU ซึ่งตั้งอยู่ในเขตเทศบาลก็ใช้ใจทำงานกับอสม. เพราะไม่มีเงินแจก แต่ให้อสม. มีส่วนร่วมคิดให้มากที่สุด เน้นบทบาทของ อสม. ในการร่วมการส่งเสริมสุขภาพในการตั้งรับ เช่นการคัดกรองประชาชนในรายที่ควรได้รับการดูแล การตรวจมะเร็งปากมดลูก และคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านด้วย โดยการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายของหมู่บ้านก่อนออกไปตรวจใครที่ยังไม่ได้มาตรวจให้อสม. ติดตาม ให้ค้นหาและชักชวนตัวต่อตัวให้ค่ารถค่าน้ำชารายละ 5 บาท เคล็ดลับที่สำคัญก็คือ การมีมนุษยสัมพันธ์ การให้เกียรติกับ อสม. มีเวลาช่วยเหลือเขาในเรื่องอื่นทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเรื่องสามี เรื่องลูก เมื่อเราช่วยเขา เขาก็จะช่วยเรามากขึ้น ใช้เวลา 2-3 ปีจะได้ใจมาช่วยกันด้วยใจ การเข้าไปทักทายสอบถามสารทุกข์สุกดิบของ อสม. เสมอ ทำให้เวลาขอความช่วยเหลือก็จะได้รับความร่วมมือ

2. การสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เป็นอีกมิติที่สำคัญของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพใน CUP เขตเมือง การทำงานด้านสุขภาพในเขตเมืองนั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะเทศบาลเพราะเป็นองค์กรท้องถิ่นที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุข และมีศักยภาพมากพอในการสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งการจัดบริการรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชนได้

กรณีของ CUP เมืองชุมพร

นอกจากขอรับการสนับสนุนจากอบต. ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ยังสามารถทำให้ อบต. เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีด้วยการออกข้อกำหนดว่า “ให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกก่อน แล้วจึงจะอนุมัติเงินกู้หมู่บ้านให้”

กรณีของ CUP เมืองลพบุรี

เมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก คนพ่น เครื่องพ่นได้งบประมาณสนับสนุนจาก อบต. แล้ว นอกจากนี้ อบต. ยังได้ออกเป็นข้อบังคับตำบลเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ด้วย นอกจากนี้ อบต. ท่าศาลา ยังเป็นตัวอย่างให้อบต. อื่นในการสนับสนุนงบประมาณ ให้ทุนจาก

อบต.สนับสนุนเรื่องการเรียนรู้ต่อนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในชุมชนให้ไปเรียนเพื่อเป็น
ทันตภิบาล และพยาบาล โดยคัดเด็กที่มีความตั้งใจดี เรียนดีจากคนในชุมชน เพื่อให้กลับ
มาทำงานรับใช้ชุมชนบ้านเกิดต่อไป

3. การสื่อสารเพื่อการสร้างสุขภาพในเขตเมือง

ในเขตเมืองมีเทคโนโลยีการสื่อสารที่พร้อมกว่า ทั้งวิทยุ โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต
รวมถึง cable TV ดังนั้นการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายงานการสื่อสารเป็นกลวิธีที่สำคัญเพื่อ
สร้างความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพที่ดีที่สุวิธีหนึ่ง

กรณีของ CUP เมืองสมุทรปราการ

มีการจัดรายการวิทยุชุมชน โดยเป็นรายการสดเพื่อประชาสัมพันธ์ในเรื่องการ
สร้างเสริมสุขภาพทุกวันศุกร์ เวลา 8.30-9.30 น. ชื่อรายการ “สุขภาพดีกับเครือข่าย
โรงพยาบาลสมุทรปราการ” มีเรื่องที่ไม่เข้าใจกับการดูแลและบริการของเครือข่าย
โรงพยาบาลสมุทรปราการก็เปิดโอกาสให้มีสายสถามซักถามได้ มีการขอสิ่งของจากบริษัท
เอกชนมาแจกของขวัญ ไม่น่าเชื่อว่ามีชาวบ้านโทรเข้ามาถามตลอด และในอนาคตจะไปใช้
ช่องทางการสื่อสารสุขภาพทางเคเบิลทีวี ให้เห็นหน้าตาของผู้ดำเนินรายการด้วย โดยจะ
เป็นรายการอัดเทป ออกอากาศในช่วงหลังข่าวทุกวัน วันละครึ่งชั่วโมง โดยเป็นรายการ
พูดคุยเรื่องสุขภาพประมาณ 20 นาที อีก 10 นาทีเป็นการประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้าน
สาธารณสุข

กรณีของ CUP เมืองชุมพร

แก้ไขปัญหาคอนไซโรคเรื้อรังจำนวนมากไม่ได้มารับยาตามนัดว่าที่โรงพยาบาลชุมพร
มีระบบการติดตามคนไข้ที่ไม่มารับการรักษาต่อเนื่องโดยใช้การตามทางโทรศัพท์ เพราะ
ทุกบ้านมีโทรศัพท์บ้านหรือมือถือ ซึ่งสามารถเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
อย่างต่อเนื่องได้มากขึ้น การได้โทรศัพท์ไปตาม นอกจากจะได้ตามผู้ป่วยให้มารับยาแล้ว
ยังทำให้ได้รับทราบถึงความจำเป็นของผู้ป่วย บางคนป่วยมากมาไม่ไหว บางคนญาติไม่ว่าง
ไม่มีใครพามา การรู้สาเหตุทำให้ทางโรงพยาบาลสามารถหาช่องทางช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก

กว่าเดิมที่ตามด้วยไปรษณียบัตร เช่น อาจส่งพยาบาลไปเยี่ยมดูแลที่บ้าน การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ เป็นต้น

4. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครบมิติ

เป็นอีกบทบาทที่ CUP ในเขตเมืองทำได้ดี เพราะเป็นเรื่องที่ต้องการบริการที่มีมิติทางการแพทย์สูง และบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญ

กรณีศึกษาของ CUP เมืองพะเยา

ได้เน้นไปที่การคัดกรองความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงโดย อสม. โดยขอรับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. ซื้อเครื่องวัดความดันอัตโนมัติ และใช้ในการอบรม อสม. เพื่อให้มีทักษะในการคัดกรองที่เหมาะสม แล้วจัดกระบวนการคัดกรองในชุมชนกันเองของ อสม. ในไตรมาสแรก ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่จะให้ความสนใจ และค่อยเก็บตกในไตรมาสหลัง สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ก็มีการพัฒนาศักยภาพของสถานีนอมาัยให้สามารถรักษาได้ในรายที่อาการคงที่ มีการจัดทำแนวทางการดูแลร่วมกัน มีการส่งตรวจสุขภาพประจำปีทุกรายที่โรงพยาบาล และจะส่งพบแพทย์ในรายที่อาการเปลี่ยนแปลง มีระบบการใช้ข้อมูล มาวิเคราะห์ดูเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

กรณีของ PCU หนองแวง ใน CUP เมืองขอนแก่น

ซึ่งพยายามให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้สามารถดูแลตนเองให้มากที่สุด โดยใช้กระบวนการเพิ่มศักยภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านการดูแลสุขภาพ โดยนอกจากเน้นการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอแล้วยังมีการเน้นเรื่องอาหารการกินที่เหมาะสม ด้วยการจัดทำอาหารสาธิต เลี้ยงอาหารเบาหวาน เป็น Buffet DM เพื่อให้เข้าใจว่า ผู้ป่วยเบาหวานควรกินอาหารอย่างไร และให้มีชั้นหย่อนใส่เงินช่วยเหลืองบประมาณ หลังอาหารก็มีการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ดูแลสุขภาพดีขึ้น สุขภาพ และให้มาคุยกันในเรื่องระดับน้ำตาล ให้เล่าถึงการทำระดับน้ำตาลให้ลดลง โดยเจ้าหน้าที่จะเพิ่มเติมในสิ่งที่ขาด มีกิจกรรมป้องกันแผลที่เท้าโดยการนวดเท้าลดอาการชา และการนวดโลหันบำรุงผิวซึ่งผลิตเองจากโรงพยาบาลขอนแก่น มีการแจกรางวัลเป็นผ้าขนหนูแก่ให้กับผู้มีผลระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมได้ดีเด่น

5. การแสวงหาโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพในวิถีคนเมือง

เนื่องจากสังคมเมืองมีความเป็นชุมชนน้อย ต่างคนต่างอยู่ การขอความร่วมมือมักได้ผลน้อย การแสวงหานวัตกรรมการทำงานให้เข้าถึงชุมชน ครอบครัวและบุคคลในเขตเมืองจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อเป็นรากฐานของงานสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว

กรณีศึกษาจาก CUP โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครที่เริ่มเข้าสู่ระบบได้เพียง 1 ปี ทาง CUP กล้วยน้ำไทได้เริ่มจากการเข้าหาชุมชน ดำรวจข้อมูลครอบครัว แต่เนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบประชานั้นเป็นพื้นที่หมู่บ้านจัดสรร เมื่อเคาะประตูสำรวจก็ไม่ได้รับการต้อนรับ จึงปรับรูปแบบมาใช้กิจกรรมการตรวจสมรรถภาพร่างกายเป็นกลวิธีทำความรู้จักกับชุมชน โดยตั้งสมมุติฐานว่า คนเมืองสนใจสุขภาพ คงอยากรู้ว่าตนเองมีสมรรถภาพทางกายมากน้อยแค่ไหน ตรวจฟรีน่าจะมีคนมาร่วมกิจกรรม โดยประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า 3 วัน เมื่อมีผู้สนใจมาตรวจสมรรถภาพทางกายก็ตรวจให้และแปลผลให้เลย ขณะเดียวกันก็สำรวจข้อมูลไปด้วยในขณะทำกิจกรรม และให้คำแนะนำไปเลยในการให้สุขภาพและนำมาจัดกลุ่มแยกกลุ่มเสี่ยงออกมา และให้ความรู้ขณะนั่งรอตรวจ จากนั้นมีการจัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยง เช่น เบาทหวาน ความดัน และแนะนำใช้บริการที่ PCU กล้วยน้ำไท จัดที่มหาวิทยาลัยเย็มบ้านเพื่อติดตามให้การดูแลที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก ร่วมกับชุมชนคลองเตยเปิดบริการคลินิกโรค การทำงานทั้งสองด้านคือ ทั้งตั้งรับและการรุก ออกไปส่งเสริมสุขภาพ ทำให้สามารถเข้าถึงชุมชนได้ในที่สุด

กรณีของ CUP มหาวิทยาลัยธรรมราช

มีการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของเทศบาลนครศรีธรรมราชและชุมชนในการสร้างสุขภาพเขตเมืองด้วยการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย จึงเกิดนวัตกรรมให้คุปองกับผู้มาเดินแอโรบิก และนำไปแลกข้าว แลกไข่ กับทางเทศบาลได้ เพราะในเมืองนั้นก็ยังมีคนที่ฐานะไม่ดีขึ้น ต้องเน้นการทำมาหากินเพื่อผดุงฐานะทางเศรษฐกิจ เมื่อปัญหาปากท้องของชาวบ้านก็สำคัญและมาอันดับแรก กระบวนการคุปองออกกำลังกายแลกข้าวแลกไข่จึงเป็นความสอดคล้องที่ทางเทศบาลร่วมบริหารจัดการให้ได้

กรณีของ CUP เมืองลพบุรี

มีการจัดคลินิกเคลื่อนที่รับรักษาโรคเรื้อรังตามบ้านแต่เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่การทำ ANC คุณภาพต่อเนื่องจนหลังคลอด ซึ่งเริ่มต้นเมื่อข้อมูลย้อนหลัง พบว่าเป็น การตั้งท้องในช่วงวัยรุ่นจำนวนมาก พบปัญหาเอตส์ในแม่และเด็กมากขึ้นเมื่อออกเยี่ยม ในพื้นที่ จึงมีความคิดจากทีมงานว่าจะเปิดคลินิกวัยรุ่นในรพ. มีการส่งการรุดวยพวจา กโรงพยาบาลให้มอบในงานแต่งงานซึ่งเน้นในเรื่องการวางแผนครอบครัว มีการประสานกับ- คลินิกเพื่อมอบรายชื่อ หญิงมีครรภ์ที่ไป ANC รายใหม่ที่คลินิก ส่งมาให้ทางโรงพยาบาลเพื่อ ส่งไปที่ชุมชนให้ติดตามในชุมชน เน้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ตั้งครรรภ์ และตั้งมาเป็น อสม. ด้วย หลังคลอดมีรายชื่อไว้ที่ตึกหลังคลอด และมีการฝึกอบรมอาสาสมัครนมแม่ 120 คน เพื่อเป็นที่ปรึกษาเรื่องนมแม่ในชุมชน เก็บขวดนม แก้ปัญหาความไม่เข้าใจของปู้ย่า ตายาย ให้ความสำคัญทั้งครอบครัว และการติดตาม ทุก 1 เดือน หาตัวอย่างที่ดี ในชุมชน เรื่องนมแม่ และยังมี การประสาน อบต. เรื่องศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ เป็นพี่เลี้ยงให้ และการเน้น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนเด็กไทยทำได้ ผ่านเกณฑ์ระดับทองได้ และการให้โรงเรียน ที่ประสบความสำเร็จ มาเล่าให้ฟัง การไปดูงานโรงเรียนระดับทอง หาแนวร่วม เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ทีมชุมชนได้เชื่อมตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงเด็กโตเป็นนักเรียนของโรงเรียนส่งเสริม สุขภาพ

6. บทบาทแพทย์เฉพาะทางกับการสร้างเสริมป้องกันด้านสุขภาพ

แพทย์เฉพาะทางคือกลจักรสำคัญในระบบโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หาก สามารถเชิญชวนแพทย์เฉพาะทางให้นำความรู้ความชำนาญที่มีมาขับเคลื่อนการดูแล สุขภาพในระดับปฐมภูมิได้แล้ว จะสามารถเสริมพลังให้กับระบบบริการได้อีกมาก

กรณีของ CUP พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

มีโจทย์ที่สำคัญคือ จะพัฒนา PCU ให้เข้มแข็ง ต้องเริ่มที่คนโรงพยาบาลเห็นความ สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง และได้มีการเชิญชวนแพทย์เฉพาะทางมาร่วมขบวน ดังกล่าว เช่นศัลยแพทย์ได้รับการเชิญไปสอนการคัดกรองมะเร็งเต้านมให้กับเจ้าหน้าที่

ของ PCU ซึ่งคล้ายแพทย์ก็ยินดีไปสอน เพราะเชื่อว่าหากการคัดกรองทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ภาวะในการผ่าตัดมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายลดลง การรักษาผู้ป่วยง่ายขึ้นเพราะไม่ต้องยุ่งยากกับการใช้เคมีบำบัดหรือการฉายแสง ประหยัดมากขึ้นและที่สำคัญ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นแน่ ซึ่งเป็นบทบาทที่อีกบทบาทหนึ่งในการส่งเสริมป้องกันที่แพทย์เฉพาะทางทำได้และทำได้ดีด้วย

กรณีของ CUP มหาสารคามราชสีมา

ซึ่งต้องดูแลประชากร 250,000 คน จักษุแพทย์ของโรงพยาบาลตั้งเป้าหมายไว้ว่า จะต้องไม่มีผู้ป่วยเบาหวานตาบอดจากภาวะเบาหวานขึ้นตา (Diabetic retinopathy) จึงได้นัดหมายผู้ป่วยเบาหวานทุกคนให้ได้รับการตรวจตาปีละ 1 ครั้ง โดยไปตรวจถึงระดับ PCU ทำมาต่อเนื่องเป็นเวลา 6 ปี ในปัจจุบันที่ CUP เมืองโคราช มีผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงรับยาที่ PCU โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลมหาสารคาม ถึง 7,000 ราย ทุกสถานื่อนามัยหรือ PCU มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเต็มเวลาคอบทุกแห่ง มีทันตภิบาลประจำใน PCU 16 คน

4. การร่วมทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนามัย

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปก็เป็นเสมือนพี่ใหญ่ของระบบ CUP การทำงานร่วมมือเป็นเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนามัยนั้นเข้มขันหรือเจือจางก็แล้วแต่บริบทของแต่ละ CUP

1. ระบบการสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณ

บทบาทที่สำคัญยิ่งและเป็นชี้วัดความสำเร็จของการบริหารจัดการของ CUP ที่มีผลกระทบมากที่สุดทั้งทางบวกหรือทางลบต่อการดำเนินงานของ CUP ก็คือการจัดสรรและการสนับสนุนงบประมาณสำหรับ PCU ซึ่งมีรายละเอียดการจัดสรรนั้นมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละ CUP จะกำหนด

กรณีของ CUP สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ทางโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งเป็นพี่ใหญ่ของ CUP มีแนวนโยบายที่ชัดเจนว่า คนใน PCU มีหน้าที่รับผิดชอบงานมาก ต้องมีการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและอำนวยความสะดวกในการทำงานให้กับพื้นที่อย่างเต็มที่ **“ยึดหลักสถานีนามัยต้องอยู่ได้ ไม่ขาดทุน แต่เน้นประสิทธิภาพ”** กรณีที่สถานีอนามัยต้องการยา เวชภัณฑ์ วัสดุสิ้นเปลืองใดๆ ทางโรงพยาบาลจะจัดหาให้ เป็นคลังให้ แต่จะมีการหักเงินจัดสรรที่หลัง เพื่อส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด

กรณีของ CUP หาดใหญ่

สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีในการใช้กลไกทางการเงินในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้ โดยใช้ **“การจัดสรรงบประมาณ PP ตาม workload คือใช้หลักการท่ามากได้มาก ทำน้อยได้น้อย”** โดยเลือกเอากิจกรรมที่ CUP ให้ความสำคัญและอยู่ใน core package ด้าน PP ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากำหนดเป็น workload และเนื่องจากงบประมาณที่มีเป็นงบประมาณปิด คือมีจำนวนจำกัด จึงใช้ระบบ point system เข้ามาใช้ในการจัดสรรงบประมาณ ทำให้สถานีอนามัยทำงานแลกเงิน ความครอบคลุมดีขึ้นมาก อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญควบคู่กันก็คือ การกำกับติดตามและประเมินผล เพื่อให้รู้ว่าปริมาณงานที่ส่งมานั้นถูกต้องจริงหรือไม่ด้วย

โดยภาพรวมส่วนใหญ่ของ CUP ในเขตเมือง แม้มีระบบการจัดสรรงบประมาณที่แตกต่างกัน แต่ก็มีลักษณะร่วมกัน ได้แก่

- จัดสรรงบประมาณที่ (fix cost) ให้กับสถานีอนามัยตามขนาดของสถานีอนามัย เพื่อเป็นรายจ่ายประจำที่ต้องใช้ในการดำเนินงานของสถานีอนามัย เช่นค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าจ้างบุคลากร วัสดุใช้สอยทั่วไป เป็นต้น
- จัดสรรงบประมาณด้านบริการตาม workload ทั้งในส่วนของผู้ป่วยนอก (OPD) และในส่วนของงานบริการส่งเสริมป้องกัน
- ในด้านการเบิกเวชภัณฑ์มีทั้ง 2 รูปแบบคือ ทั้งเบิกแล้วคิดค่าใช้จ่ายหักเงินคืนก่อนจัดสรรลงสถานีอนามัย ซึ่งมีข้อดีคือ ใช้ทรัพยากรโดยประหยัดมีประสิทธิภาพ

หรือ เบิกได้โดยไม่มีกรหักคืน ซึ่งมีข้อดีคือ สถานีอนามัยจะรู้สึกอยากให้บริการเต็มที่ ไม่ต้องเป็นห่วงเรื่องกำไรขาดทุน

- สนับสนุนให้ขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- มีการจ่ายโบนัสจากส่วนของงบประมาณ UC ที่กันไว้ก่อน เพื่อจ่ายตามผลงาน ความครอบคลุม

2. ระบบการสนับสนุนทางวิชาการ

การจัดการสนับสนุนทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลของ CUP ในเขตเมืองเป็นภารกิจปกติที่มีการจัดกันอย่างสม่ำเสมอในเกือบทุก CUP ซึ่งมีกรณีตัวอย่างรูปธรรมที่น่าสนใจได้แก่

กรณีของ CUP เมืองแพร่

ได้มีการจัดอบรมวิชาการแก่สถานีอนามัยทุกเดือน จัดเวทีแลกเปลี่ยนกรณีผู้ป่วยที่น่าสนใจ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guideline) แก่สถานีอนามัย ทั้งกรณีการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดูแลโรคทั่วไป การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) เป็นต้น ซึ่งนอกจากจัดการอบรมวิชาการให้ได้รับความรู้แล้ว ยังวางระบบการทำงานร่วมกันต่อเนื่องหลังการอบรมให้ความรู้ เช่น การจัดการนิเทศติดตาม การจัดประชุมวิชาการเพื่อนำเสนอผลงานเด่นด้วย

กรณีของ CUP พุทธชินราช พิษณุโลก

ได้สะท้อนให้เห็นถึงการสนับสนุนวิชาการให้แก่ PCU อย่างต่อเนื่อง เพราะในโรงพยาบาลพุทธชินราชมีบุคลากรเฉพาะทางที่มีความรู้ความสามารถจำนวนมาก จนเจ้าหน้าที่ของ PCU ต้องขอรับรองให้มีการจัดอบรมที่พอเหมาะ เพราะอบรมจนไม่มีเวลา นำความรู้ที่ได้ไปทำงาน

3. ระบบสนับสนุนด้านบุคลากร/ครุภัณฑ์/ระบบธุรการ

ปริมาณบุคลากรที่มากพอ ฐานะเงินบำรุงโรงพยาบาลที่ค่อนข้างดี การบริหารจัดการในโรงพยาบาลที่มีการแบ่งแผนกแบ่งฝ่ายชัดเจน ทำให้การสนับสนุนสถานื่อนามัยสำหรับ CUP ในเขตเมืองนั้นทำได้เต็มที่มากกว่า CUP ในชนบท

กรณีของ CUP เมืองพะเยา

มีการจัดส่งพยาบาลวิชาชีพเต็มเวลาไปประจำ PCU และมีแพทย์ลงไปช่วยตรวจรักษาสัปดาห์ละ 1 วัน จึงมีระบบสนับสนุน PCU ให้ทันสมัย เป็นที่เชื่อถือของประชาชน โดยได้จัดระบบสนับสนุนครุภัณฑ์แก่ PCU ครบทั้ง 22 แห่งให้มีศักยภาพสอดคล้องกับการสนับสนุนบุคลากรลงไปทำงานใน PCU กล่าวคือ ทุก PCU จะมีชุดช่วยฟื้นคืนชีพ ชุดตรวจหู คอ จมูก ตา ตู้ดูฟิล์มเอกซเรย์ โคมไฟและเตียงตรวจภายใน ชุดผ่าตัดเล็ก เสาน้ำเกลือ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจึงอนุมัติให้จัดซื้อจากเงินบำรุงของโรงพยาบาลสนับสนุนแก่ PCU เพื่อเป็นการลดภาระงบประมาณในส่วน ของสถานื่อนามัยเอง

กรณีของ CUP เมืองสมุทรปราการ

ซึ่งมี PCU ที่ต้องดูแลถึง 27 PCU ในหลายสังกัดคือรวมทั้งสถานบริการของ สภากาชาดไทย โรงเรียนนายเรือ และสถานบริการสาธารณสุขของเทศบาลด้วย และ ประกอบกับตั้งอยู่ในพื้นที่ชานเมืองกรุงเทพมหานคร ความต้องการการมีแพทย์ไปหมุนเวียนตรวจรักษาที่ PCU จึงมีมาก จนทางโรงพยาบาลไม่สามารถสนับสนุนได้ทุกแห่ง ในการดำเนินงานในช่วงแรกเคยจัดให้มี “คลินิก contract” ขึ้นสำหรับผู้ป่วยบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในลักษณะเดียวกับผู้ป่วยประกันสังคมขึ้น เพื่อให้ประชาชนใน PCU ที่ไม่สามารถหาแพทย์ไปสนับสนุนได้สามารถไปใช้บริการได้ และให้ทางคลินิกเรียกเก็บจากทาง CUP ในอัตราตามข้อตกลง แต่ต่อมาได้ยกเลิกไป และใช้วิธีการจ้างแพทย์นอกราชการมาเป็นรายคาบ ให้ค่าตอบแทนชั่วโมงละ 360 บาท วันละ 8 ชั่วโมงแทน ซึ่งปัจจุบันมีแพทย์นอกราชการที่จ้างเช่นนี้ 4 คน และสามารถเพิ่มคุณภาพบริการและบริหารจัดการได้มากกว่าได้ดีกว่าระบบคลินิกคู่สัญญา(contract) สำหรับวิชาชีพอื่นๆ ก็มีการเปิดรับสมัครนักศึกษา

ที่จับปริญญตรีสายสุขภาพเช่น สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต วิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นลูกจ้างชั่วคราว เพื่อเติมเต็มเจ้าหน้าที่ใน PCU ที่ยังขาดอัตรากำลังด้วย

กรณีของ CUP พุทธชินราช พิษณุโลก

ได้วางระบบสนับสนุน PCU ในด้านระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานไว้จนเสมือนว่า PCU เป็นหน่วยงานภายในของโรงพยาบาล เช่น มีการสนับสนุนเวชภัณฑ์ การแลกเปลี่ยนกรณีใกล้หมดอายุการสนับสนุนแบบพิมพ์ การต่อเติมอาคารชั้นล่างของสถานีอนามัยโดยใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลและงบประมาณจากท้องถิ่น การสนับสนุนระบบ IC และการทำลายเชื้อ รวมทั้งมีระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ของPCU โดยทีมช่างของโรงพยาบาล มีระบบแลกเปลี่ยน คั้นครุภัณฑ์ที่เป็นระบบ

4. ระบบส่งต่อ

การส่งต่อที่สำคัญไม่ใช่เพียงการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการหนักเกินกว่าศักยภาพของPCU หรือการเขียนใบส่งตัวเพื่อประกอบการใช้สิทธิบัตรเท่านั้นแต่หมายถึงการประสานให้เกิดการดูแลผู้ป่วยร่วมกันด้วย ซึ่งมีกรณีศึกษาที่น่าสนใจ เช่น

กรณีของ CUP เมืองพะเยา

ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดตามเอดส์ร่วมกันอย่างเป็นเครือข่ายระหว่างระบบบริการตติยภูมิคือโรงพยาบาลพะเยาและระบบบริการปฐมภูมิคือ PCU ต่างๆ โดยมีการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลที่บ้าน การเชื่อมข้อมูลและแนวทางในการดูแลรักษากับโรงพยาบาล การดูแลญาติและการให้สุขศึกษาในชุมชน เป็นระบบส่งต่อที่ไม่ใช่เพียงการส่ง แต่เป็นการประสานร่วมกันทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

5. ระบบคุณภาพใน PCU

ทุก CUP เขตเมือง ในส่วนของโรงพยาบาลมีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมาแล้ว จึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เข้าใจระบบคุณภาพและการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับ PCU ดังนั้น การพัฒนาระบบคุณภาพใน PCU จึงเป็นอีกรูปธรรมการพัฒนาหนึ่งที่โดดเด่นของ CUP เขตเมือง

กรณีศึกษาของ CUP เมืองขอนแก่น

มีการประเมินคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิด้วยกระบวนการ Health Center Accreditation (HCA) แต่ทางคณะกรรมการที่ดูแลด้านระบบคุณภาพของ CUP เห็นว่า HCA ยังเป็นภาพกว้างอยู่มาก จึงมีการกำหนดมาตรฐานของ CUP เมืองขอนแก่นเอง เน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) มาดำเนินการในพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาและการสร้างคุณภาพงานเพิ่มเติมให้ดีกว่าเดิม เช่น เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) มีการกำหนดแนวปฏิบัติและวางระบบที่ชัดเจน เพื่อดำรงคุณภาพด้านการได้รับยาของผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม

6. ระบบข้อมูลข่าวสารและระบบรายงาน

ระบบการเชื่อมต่อข้อมูลข่าวสารของ CUP เขตเมืองมีความโดดเด่นกว่า CUP ในชนบท เพราะมีเทคโนโลยีและปัจจัยพื้นฐานที่พร้อมกว่า และมีบทเรียนที่น่าสนใจเช่น

กรณีของ CUP พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

มีการวางระบบการส่งข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารในองค์กรระหว่างโรงพยาบาลพุทธชินราชกับ PCU ต่างๆด้วยระบบ intranet ภายใน และ internet ในพื้นที่ ซึ่งเป็นช่องทางให้เจ้าหน้าที่เข้ามาต้องเปิดดูว่าการขอรับคำปรึกษาเรื่องคนไข้บ้างไหม และตอบกลับกันทางนี้เลย การทบทวนการขาดส่งรายงานทางนี้เลย แต่มีปัญหาเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย ว่าเปิดเผยเกินไป

นอกจากนี้ยังมีการเปิดพื้นที่การเรียนรู้ทาง internet ด้วยการเปิด web block ของกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวใน website <http://www.gotoknow.org> เพื่อเป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิด้วย

กรณีของ CUP เมืองลพบุรี

มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขระดับอำเภอที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน ทุกวันที่ 15 ของเดือนที่เป็นวันที่ส่งรายงาน และผู้รับผิดชอบจะมาประชุมร่วมกัน ใครทำดีก็นำเสนอแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นเสมือน good practice ให้หน่วยบริการอื่นๆ ทราบ ใช้การจัดการความรู้เข้ามาจัดการข้อมูลข่าวสาร เน้นความน่าเชื่อถือมากกว่าความน่าจะเป็น มีคณะกรรมการด้านข้อมูลข่าวสารที่ดูแลถึงระบบข้อมูลของทุกโรงพยาบาลในเขตอำเภอเมืองด้วย คือรวมถึงโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมและโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้เกิดระบบรายงานที่ครบถ้วน

สำหรับ CUP เมืองพะเยา

มีระบบรายงานโปรแกรมสำเร็จรูป การจัดส่งรายงานได้เลย ทุกสถานื่อนามัยใช้เหมือนกัน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะเป็นศูนย์ข้อมูลกลางในระดับอำเภอ สถานื่อนามัยต้องการนำข้อมูลใดไปใช้หรือไปวิเคราะห์ก็สามารถเข้าระบบไปใช้ได้ สำหรับ CUP **ขนาดใหญ่** ใช้โปรแกรมต่างๆในการจัดการข้อมูลถึง 6 โปรแกรม คือ HCIS , โปรแกรมบัตร UC , โปรแกรมลงข้อมูลการตรวจมะเร็งปากมดลูก, โปรแกรมประกันสังคม และโปรแกรมพิมพ์ฉลากยา แต่ CUP **เมืองสมุทรปราการ**นั้นทำให้เป็นโปรแกรมเดียวกันได้

7. ระบบการควบคุมกำกับและนิเทศงาน

การติดตามและควบคุมกำกับ (monitoring and evaluation) เป็นบทบาทที่สำคัญของทุก CUP จากบทเรียนของหลาย CUP ในเขตเมืองมีบทเรียนที่สำคัญได้แก่

- การควบคุมกำกับในระดับนโยบายต้องมี CUP board ที่มีประสิทธิภาพ มีสัดส่วนที่ครอบคลุมทุกองค์กรในอำเภอ และอาจต้องมีองค์กรอีกองค์กรคือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ด้วย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการจัดการในรายละเอียด

- การแยกระบบบัญชีและเม็ดเงินงบประมาณที่ชัดเจนระหว่างเงินของ CUP กับเงินในส่วนของโรงพยาบาล แม้ในทางโครงสร้างระบบบริหารจัดการจะแยกไม่ได้ แต่ก็สามารถแยกบัญชีให้เห็นเด่นชัดและแยกโดยการมีแผนงานของ CUP ที่ชัดเจนได้ การแยกกลไกการเงินของ CUP กับโรงพยาบาลออกจากกันเป็นหัวใจของความโปร่งใสและประสิทธิภาพในการจัดการของ CUP
- การจัดกระบวนการควบคุมกำกับเฉพาะเรื่องที่ CUP ให้ความสำคัญหรือเรื่องที่เป็นจุดอ่อนในการบริหารจัดการที่สำคัญ เช่น เรื่องการบริหารเงินบำรุงของ PCU หรือเรื่องการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ของ PCU เป็นต้น
- ในด้านการควบคุมกำกับ กลไกที่ควรมีบทบาทหลักควรมีหลายรูปแบบ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ติดตามตัวชี้วัดหรืองานที่เป็นนโยบายจากกระทรวง เช่น Healthy Thailand คณะกรรมการพิเศษที่ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน PCU หรือคณะกรรมการจากโรงพยาบาลที่ประเมินโครงการเรื่อง “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” เป็นต้น
- เมื่อมีการติดตามประเมินผลแล้ว ต้องนำมาโยงกับระบบใหญ่ของ CUP ด้วย เช่น การพิจารณาความดีความชอบ ระบบโบนัส การนำเสนอผลงานเด่น เป็นต้น



สรุปส่งท้าย

การดูแลสุขภาพของประชากรในเขตนั้นต้องใช้ศิลปะในการบริหารจัดการมาก ในท่ามกลางความซับซ้อนของทั้งระบบบริการและระบบสังคม แต่ทว่าทางสังคม ทรัพยากรในระบบสุขภาพและโอกาสในแสวงหาความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นที่อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุขก็มีมากเช่นเดียวกัน จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งที่จะจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองให้รองรับกับประชากรที่มีอยู่จำนวนมากและหลากหลายวิถีการดำรงชีวิต

ยิ่งทิศทางการพัฒนาในประเทศที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและอนาคตยังคงอยู่ในทิศทางที่ส่งเสริมการเติบโตของเมืองใหญ่ เน้นภาคการผลิต ด้านอุตสาหกรรม เน้นภาคบริการ ซึ่งจะทำให้การหลั่งไหลของประชากรจากเขตชนบทมาสู่เขตเมืองจะยังคงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาวะของคนเมืองและระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่

หากตีความง่าย ๆ ว่า โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ 92 แห่งคือ CUP เขตเมืองแล้ว การบริหารจัดการ CUP เขตเมืองที่ดี มีประสิทธิภาพ จะสามารถสร้างระบบการดูแลสุขภาพให้กับพี่น้องประชาชนคนไทยและคนต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยในสัดส่วนประชากรอาจมากถึงเกือบครึ่งประเทศ และจะมีสัดส่วนมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

การบริหารจัดการ CUP เขตเมือง จึงควรจะเป็นวาระสำคัญ ของกระทรวงสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวางระบบสุขภาพ ที่ควรได้รับการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบอย่างทั่วถึงทุก CUP เขตเมืองต่อไป

**รายชื่อผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารจัดการระดับ CUP
ในบริบทโรงพยาบาลใหญ่เขตเมืองและPCU ในเครือข่าย**

พญ.จุฑารัตน์	ปิติพุทธิพงศ์	โรงพยาบาลแพร์
พญ.ชลลดา	บุษยรัตน์	โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.นิพัทธ์	กิตติมานนท์	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
พญ.มณฑาทันต์	โอประเสริฐสวัสดิ์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
นพ.ยุทธพงษ์	พตด้วง	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
นพ.เศกสรรค์	ชวณะดีเลิศ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
พญ.ณัฐพร	ประกอบ	โรงพยาบาลลพบุรี
พญ.จันทริจิวา	กังอุบล	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
พญ.รพีพรรณ	เดชพิชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
นพ.วิชัย	เตชะทัตตานนท์	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
นพ.สุรยงค์	วรกุลสวัสดิ์	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
พญ.กอบกุล	พูนปัญญาวงศ์	โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ชุมพร
คุณชนวรรณ	ทองแป้น	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
คุณสมม่ง	พรเจริญวิโรจน์	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
คุณพัชรภรณ์	ชจรวัฒนากุล	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
คุณเพ็ญศิริ	เกียงสุภา	โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ชุมพร
คุณศิริมา	เนาวรัตน์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
คุณพิชญา	สุวรรณชาติ	โรงพยาบาลลพบุรี
คุณแสงอรุณ	ภักดีวงศ์	โรงพยาบาลลพบุรี
คุณพรพีไล	นิมสิริวรรณไธ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
คุณถมยา	วงศ์บุญยัง	โรงพยาบาลแพร์
คุณอารีรัตน์	ดิลภนากุล	โรงพยาบาลพะเยา
คุณฉลวย	หาลือ	โรงพยาบาลพะเยา
คุณสหชัย	ระดาเขต	โรงพยาบาลขอนแก่น
คุณแพรวพรรณ	ตันสกุล	โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา
คุณรุ่งฤดี	ศิริรักษ์	โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา
คุณศุวิมล	พลະบุรี	PCU ศรีบุญเรือง จังหวัดแพร่
คุณอัญชลี	พันธุपाल	PCU แม่ฮ่อง จังหวัดพะเยา
คุณเพียรพร	รุ่งทอง	PCU วัดช่องศิรีย์ จังหวัดนครสวรรค์

คุณรัชนีชา	หอมสุวรรณ	PCU ท่าศาลา จังหวัดลพบุรี
คุณรวีวรรณ	บัณเียน	PCU นองแวง จังหวัดขอนแก่น
คุณสุภัฏญา	วชิรเพชรปราวณี	ศูนย์แพทย์เขตเมืองหัวทะเล จังหวัดนครราชสีมา
คุณศิริวรรณ	เด็ยวสุรินทร์	PCU ในโรงพยาบาล จังหวัดสงขลา
คุณเพ็ญศิริ	เกียงสุภา	PCU โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ชุมพร
คุณกัญญา	บรรจงแจ่ม	PCU โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ชุมพร
คุณพัชรี	มณีไพโรจน์	PCU โพนทอง จังหวัดกาฬสินธุ์
คุณสุทธิชาติ	มงคล	สสอ.เมือง จังหวัดพิษณุโลก
นายทองพูล	บริยัง	สสอ.เมือง จังหวัดพิษณุโลก
คุณโสพิศ	นุ้มรักแย้ม	สสอ.เมือง จังหวัดสมุทรปราการ
คุณปวຍ	สระเพชร	สสอ.เมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คณะทำงาน

พญ.สุพัตรา	ศิริวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
นพ.สุภัทกร	ฮาสุวรรณกิจ	โรงพยาบาลจนะะ จังหวัดสงขลา
คุณปิยวรา	ตั้งน้อย	โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
คุณวรวรรณ	พุททวงศ์	โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
พญ.ขจีรัตน์	ปรักเอโก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
คุณบำรุง	ชลเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อาจารย์อรนุช	ภาชื่น	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
อาจารย์อังสนา	บุญธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
นพ.เกษม	เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
ท.พญ.กัญยา	บุญธรรม	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
คุณกนิษฐัฐ	ใจศิริ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
คุณทัศนีย์	ญาณะ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
คุณณัฐพร	สุขพอดี	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
คุณผการัตน์	ฤทธิศรีบุญ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ประสบการณ์การบริหารจัดการเครือข่าย
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

CUP ในเขตเมือง

ในยุคของการเปลี่ยนแปลงในหลายเรื่องของการ
พัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย
การเรียนรู้ถือว่ามีความสำคัญมากต่อการที่จะทำให้ทุกคน
สามารถปรับตัวและทำงานได้อย่างรู้เท่าทันและเหมาะสมกับสถานการณ์
การเรียนรู้เกิดขึ้นได้จากหลายวิธีการด้วยกัน
ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาวิธีและผลการพัฒนาที่เกิดขึ้นแล้ว
การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติเอง จากการสรุปบทเรียน
รวมทั้งการนำเอาประสบการณ์ต่างๆของพี่รุ่นพี่แลกเปลี่ยนกัน
การรวบรวมและจัดการความรู้ในกลุ่มของผู้ที่ร่วมปฏิบัติงาน
ในบริบทการทำงานที่หลากหลายเป็นหนทางหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดแรงจูงใจ
กำลังใจ แนวคิด รูปแบบ เทคนิค วิธีการและนวัตกรรมการทำงาน หนังสือชุด
“ประสบการณ์คนทำงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ”
จึงเกิดขึ้นด้วยวัตถุประสงค์ต้องการให้เกิดการเรียนรู้สำหรับคนทำงาน
และหวังว่าจะช่วยกระตุ้นการแลกเปลี่ยนที่กว้างขวางขึ้น
เป็นประโยชน์ในการทำงานพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ
และมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในที่สุด

