

ประเมินผลนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพ : ความร่วมมือของไตรภาคีในการสร้างโรงพยาบาลตำบล

พงศ์พิชญ วงคัมณี*

บทคัดย่อ

การดำเนินงานครั้งนี้เป็นประเมินผลการสร้างนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นการสร้างโรงพยาบาลตำบล ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างชุมชนที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ยั่งยืน. วิธีการดำเนินการแบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ เป็นการจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือเพื่อสร้างความเชื่อถือและความไว้วางใจจากชุมชน โดยการจัดตั้งแกนนำไตรภาคีระดับอำเภอคือ องค์กรของรัฐ, องค์กรบริหารส่วนตำบล และประชาคมลงประชามติดำเนินการนำร่องสร้างโรงพยาบาลตำบล ๓ แห่ง. ในระยะที่ ๒ เป็นการขยายผลนวัตกรรมครบ ๓๑ แห่งครอบคลุมเขตพื้นที่ ๒๒ ตำบล, และในระยะที่ ๓ เป็นระยะของการต่อยอดการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยนำผลประโยชน์จากการมีส่วนร่วม ความไว้วางใจและศรัทธาของชุมชน ดำเนินโครงการใหม่ๆให้เกิดขึ้นในชุมชน. ระยะเวลาของการดำเนินงาน ๕ ปี. การดำเนินงานทำให้สามารถสร้างโรงพยาบาลตำบลเกิดขึ้นครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดรวม ๓๑ แห่ง โดยได้รับความร่วมมือจากชุมชนแบบไตรภาคี มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำทุกแห่ง ใช้ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล และพัฒนาระบบบริหารคลังยา. ผลของการสร้างโรงพยาบาลตำบลทำให้มีประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น มีประชาชนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลตำบลเพิ่มขึ้นทุกปี มากขึ้นถึง ๓ เท่า ซึ่งเท่ากับการลดลงจำนวนการเข้ารับบริการการเจ็บป่วยพื้นฐานของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหล่มสัก และที่สำคัญคือสามารถเพิ่มความถี่ของการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นถึง ๒ เท่า. การดำเนินงานนวัตกรรมการสร้างโรงพยาบาลตำบลครั้งนี้ ได้ข้อเสนอแนะว่าความสำเร็จของการสร้างโรงพยาบาลตำบลนั้น สิ่งสำคัญคือการสร้างความร่วมมือของชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโรงพยาบาลตำบลด้วยตนเอง ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาและสร้างชุมชนที่เข้มแข็งอย่างยั่งยืน.

คำสำคัญ: นวัตกรรมระบบบริการสุขภาพ, โรงพยาบาลตำบล, ไตรภาคี, จังหวัดเพชรบูรณ์

Abstract Evaluation of Public Health Service Innovation: Subdistrict Hospital Created by Triangular Cooperation
Pongpit Vongmanee*

*Lomsak Hospital, Petchaboon Province

This is an evaluation of public health service innovation, with a focus on subdistrict hospital creation. The major aims of this work were strengthening the community with regard to the building of and participation in sustainable health care. The method considered three phases. The first phase was to create a participation center for fostering community trust and belief. Triangular cooperation consists of a government organization, subdistrict administration and a community plebiscite in the pilot innovation initiated

*โรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

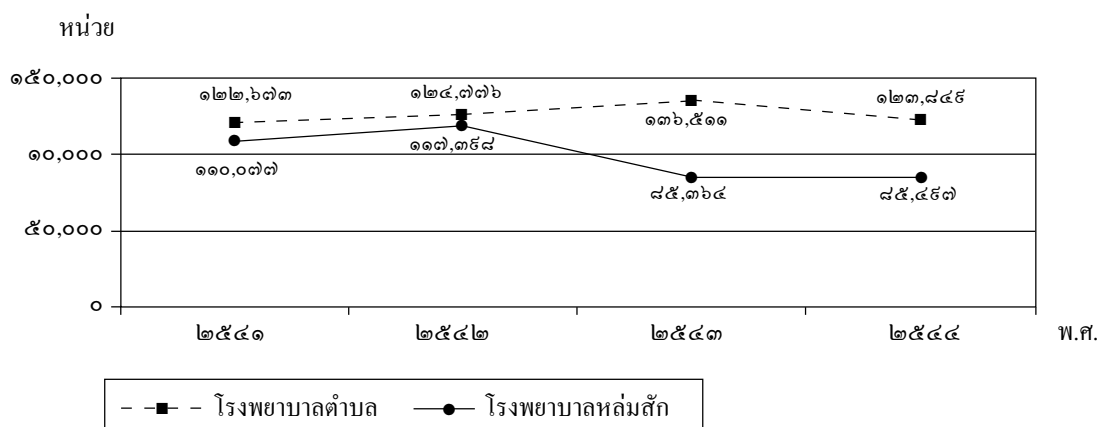
in three subdistrict hospitals. In the second phase that followed, 31 subdistrict hospitals were distributed in 22 subdistrict areas. The third phase utilized useful community trust and belief for the creation of various novel projects. The overall creation extended five years and involved underlying community triangular participation. The subdistrict hospitals had permanent registered nurses, telemedicine consulting and medication storage development. The consequences of subdistrict hospital creation improved the people's health service access. While the number of walk-in clients seeking subdistrict hospital services expanded year on year, a three-fold reduction was observed among those seeking medical services in Lomsak Hospital. Important was the two-fold improvement in chronic illness screening. In conclusion, the results of this evaluation suggest that a key important success indicator of subdistrict hospital creation is the strength of community participation, consequently improving community development and sustainability.

Key words: innovation, public health-care service, subdistrict hospital, triangular cooperation

ภูมิหลังและเหตุผล

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นรากฐานสำคัญในการเข้าถึงบริการของประชาชน มีส่วนทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น และรับบริการต่อเนื่องสอดคล้องกับความต้องการและสังคมเศรษฐกิจของผู้รับบริการ^(๑). ในอดีตที่ผ่านมาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือสถานเฝ้าระวังสุขภาพหรือสถานอนามัยขาดความพร้อมและไม่สามารสร้างศรัทธาความไว้วางใจให้ประชาชนไปใช้บริการ แม้ใน พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ รัฐบาลได้

ประกาศโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการบริหารการเงินและงบประมาณตามจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ, ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการและเข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่คุณภาพบริการ, ความพร้อมสถานเฝ้าระวัง และความคาดหวังที่ประชาชนไม่ได้รับการตอบสนอง จึงทำให้ผู้รับบริการเลือกที่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่าไปสถานเฝ้าระวัง^(๒) (รูปที่ ๑). นอกจากนี้สุขภาพยังเป็นเรื่องบทบาทหน้าที่หลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



รูปที่ ๑ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหล่มสัก และสถานเฝ้าระวังก่อนพัฒนาเป็นโรงพยาบาลตำบล พ.ศ. ๒๕๔๑- พ.ศ. ๒๕๔๔ แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๓)



ประชาชนและชุมชนขาดการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบสุขภาพของตนเอง.

ดังนั้นการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพโดยพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลตำบลมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ^(๔) มีทีมสุขภาพ เครื่องมือ ยา อุปกรณ์ ให้ประชาชนศรัทธาและไว้วางใจ, ลดความแออัดผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล, ลดค่าใช้จ่ายและภาระการเดินทางภาคประชาชน^(๕) และดึงการมีส่วนร่วมชุมชนโดยเริ่มต้นตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ จนถึง พ.ศ. ๒๕๔๙. ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ประชาชนยอมรับด้านสร้างการมีส่วนร่วมของไตรภาคี คือองค์กรภาครัฐ, องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น^(๖) และประชาคมประชาชน ตลอดจนผลการสร้างความเข้มแข็งชุมชนสมทบทุนเข้ากองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบล เพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนของอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ให้เข้มแข็งและพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นประเมินผลการสร้างนวัตกรรมระบบสุขภาพโรงพยาบาลตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ จนถึง พ.ศ. ๒๕๔๙ รวมระยะเวลาในการสร้างนวัตกรรม ๕ ปี,

ตารางที่ ๑ ระยะเวลา เป้าหมาย จุดมุ่งเน้น เกณฑ์และตัวชี้วัด นวัตกรรมโรงพยาบาลตำบล

ระยะดำเนินการ	เป้าหมาย/จุดมุ่งเน้น	เกณฑ์ชี้วัด	ตัวชี้วัด
ระยะที่ ๑ การจัดศูนย์กลาง ความร่วมมือ	สร้างโรงพยาบาลตำบล นำร่อง ๓ แห่ง โดยปรับโครงสร้างสถานีอนามัยเป็น โรงพยาบาลตำบล จุดมุ่งเน้น ๑. แขนงนำเข้มแข็ง ๒. กระบวนการประชาคม สร้างความร่วมมือไตรภาคี ๓. บริหารจัดสรรทรัพยากร	๑. คณะกรรมการมาจาก ไตรภาคี ๒. มีโรงพยาบาลตำบล ๓ แห่ง ๓. มีกองทุนสุขภาพโรงพยาบาล ตำบล	๑. สัดส่วนกรรมการจากไตรภาคี ๒. จำนวนโรงพยาบาลตำบล ๓ แห่ง ๓. จำนวนกองทุนสุขภาพ ๓ ตำบล
ระยะที่ ๒ การขยายผล นวัตกรรม	โรงพยาบาลตำบลครบ ๒๒ ตำบล ๓๑ แห่ง ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น ลดภาระค่า ใช้จ่ายภาคประชาชนและภาครัฐ จุดมุ่งเน้น ๑. บริหารจัดการกองทุนมีประสิทธิภาพ ๒. ส่งเสริมความร่วมมือไตรภาคี	๑. มีโรงพยาบาลตำบลครบทุกตำบล ๒. จำนวนผู้รับบริการในปฐมภูมิ ๓. ใช้กองทุนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ๔. ภาระค่าใช้จ่ายทางตรงทางอ้อม ๕. สนับสนุนยาเพียงพอมี ประสิทธิภาพ	๑. จำนวนโรงพยาบาลตำบลครบทุกตำบล ๒. จำนวนผู้รับบริการในปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ๓. จำนวนงบประมาณที่ได้รับเข้ากองทุน สูงขึ้น ๔. ภาระค่าใช้จ่ายทางตรงทางอ้อมลดลง ๕. มูลค่าการใช้จ่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น
ระยะที่ ๓ ระยะต่อยอด นวัตกรรมใช้ ประโยชน์จาก การมีส่วนร่วม	ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่ยั่งยืน จุดมุ่งเน้น ๑. โครงการริเริ่มและการสร้างสุขภาพเชิงรุก ๒. บ้านผู้ป่วยเป็นเตียงนอน ๓. การใช้เทคโนโลยีงานดาวเทียมทางไกล	๑. การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๒. ระบบเชื่อมโยงภายในเครือข่าย บริการโดยเทคโนโลยี	๑. ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มากขึ้น ๒. ทุกโรงพยาบาลตำบลที่มีระบบการรักษา และปรึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม

แบ่งการประเมินตามเกณฑ์ชีวิตเป็น ๓ ระยะ โดยการนำเกณฑ์มาจัดทำเป็นดัชนีชีวิตติดตามการดำเนินงานทุกเดือน และรายงานในภาพรวมเป็นปี สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์พรรณนา^(๗,๘) เป็นจำนวน สัตว์และร้อยละ นำเสนอในรูปแบบกราฟ และเก็บข้อมูลศึกษาเอกสารในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ - พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๐. ทั้งนี้กำหนดการสรุปผลตามเกณฑ์ชีวิตแสดงในตารางที่ ๑.

ระยะที่ ๑ การจัดศูนย์กลางความร่วมมือเพื่อสร้างความเชื่อถือและความไว้วางใจจากชุมชน โดยจัดตั้งแกนนำระดับอำเภอและระดับตำบล ที่ประกอบด้วยผู้นำองค์กรและชุมชน, วางแผนสร้างโรงพยาบาลตำบลนำร่อง ๓ แห่ง, ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมไตรภาคี คือ องค์กรของรัฐ องค์กรบริหารส่วนตำบล และประชาคมประชาชนประกาศให้ได้รับทราบข้อมูล และออกเสียงแสดงความคิดเห็นตัดสินใจร่วมกัน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบล.

ระยะที่ ๒ การขยายผลนวัตกรรมโรงพยาบาลตำบลให้ครอบคลุมเขตพื้นที่ ๒๒ ตำบล รวมโรงพยาบาลตำบลทั้งหมด ๓๑ แห่ง, จัดตั้งกองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบลครบ ๒๒ ตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ, จัดและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานร่วมทีมสุขภาพโรงพยาบาลตำบล บริหารจัดการคลังยาสำหรับโรงพยาบาลตำบล.

ระยะที่ ๓ เป็นระยะของการต่อยอดของการสร้างชุมชนเข้มแข็งพัฒนาคุณภาพ โดยการนำผลประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนความไว้วางใจ และศรัทธาของชุมชน ให้สามารถริเริ่มโครงการใหม่ ๆ การใช้งานเป็นเตียงนอนผู้ป่วย, มีคนในครอบครัวเป็นพยาบาลประจำครอบครัว, การพัฒนางานบริการสุขภาพและระบบการรักษาปรึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม สร้างชุมชนเข้มแข็งและการพัฒนาอย่างยั่งยืน.

ผลการศึกษา

ภาพรวมผลการสร้างนวัตกรรมระบบสุขภาพโรงพยาบาลตำบล ๓ ระยะ ใช้เวลา ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๕ - พ.ศ. ๒๕๕๐)

บรรลุเกณฑ์ชีวิตที่กำหนดและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้, มีโรงพยาบาลตำบลครอบคลุมทั้ง ๓๑ แห่ง ๒๒ ตำบล, จำนวนผู้ป่วยเข้าถึงบริการโรงพยาบาลตำบลมากขึ้น, จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคพื้นฐานเช่นโรคทางหายใจที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหล่มสักลดลง, และจำนวนการป่วยด้วยโรคพื้นฐานในภาพรวมของอำเภอมีแนวโน้มลดลง. การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, มะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น, รวมทั้งการจัดการบริหารคลังยาสำหรับโรงพยาบาลตำบลทำให้มียาเพียงพอและใช้งบประมาณมีประสิทธิภาพมากขึ้น. นอกจากนั้นกองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบลยังสามารถดึงดูดการมีส่วนร่วมของไตรภาคี ในการระดมทุน เพื่อใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการควบคุมโรค, ปรับโครงสร้างพื้นฐานก่อสร้างโรงพยาบาลตำบล, ซ่อมอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น และแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยคัดเลือกนักเรียนทุนชุมชนเพื่อศึกษาในสาขาที่ขาดแคลนและกลับมาทำงานในชุมชน.

ผลการสร้างนวัตกรรมโรงพยาบาลตำบล ระยะที่ ๑ สร้างโรงพยาบาลตำบลนำร่องได้ตามเป้าหมาย ๓ แห่ง และมีอีก ๒ แห่งขอเข้าร่วมโครงการ รวมเป็น ๕ แห่ง, โดยจัดศูนย์กลางความร่วมมือ, แต่งตั้งคณะกรรมการแกนนำระดับอำเภอและระดับตำบลที่ประกอบด้วยผู้นำองค์กรและชุมชน ประชุมวางแผน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมไตรภาคี คือ องค์กรของรัฐ, องค์กรบริหารส่วนตำบล และประชาคมประชาชน, โดยใช้ทฤษฎีพ่อ (DAD theory) คือให้ประชาคมได้รับทราบข้อมูลอย่างรอบด้าน เปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างระหว่างระบบสุขภาพเดิมที่มุ่งการรักษาเชิงตั้งรับ กับระบบสุขภาพใหม่เน้นการมีส่วนร่วม^(๙) และการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การดูแลแบบเวชปฏิบัติครอบครัว^(๑๐) และการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร แล้วประกาศให้ทราบ โดยมีตัวแทนจากครอบครัวละ ๑ คนเข้าร่วมประชุมกำหนดแนวทางการสมทบทุนเข้ากองทุนสุขภาพคนละ ๒ บาท ต่อคนต่อเดือน, แล้วจะได้รับบริการคุณภาพใกล้บ้าน มียาและเวชภัณฑ์เพียงพอ. จากนั้นลงประชามติออกเสียงแสดงความคิดเห็นตัดสินใจร่วมกัน และเปลี่ยนชื่อเรียกสถานีอนามัยเดิม

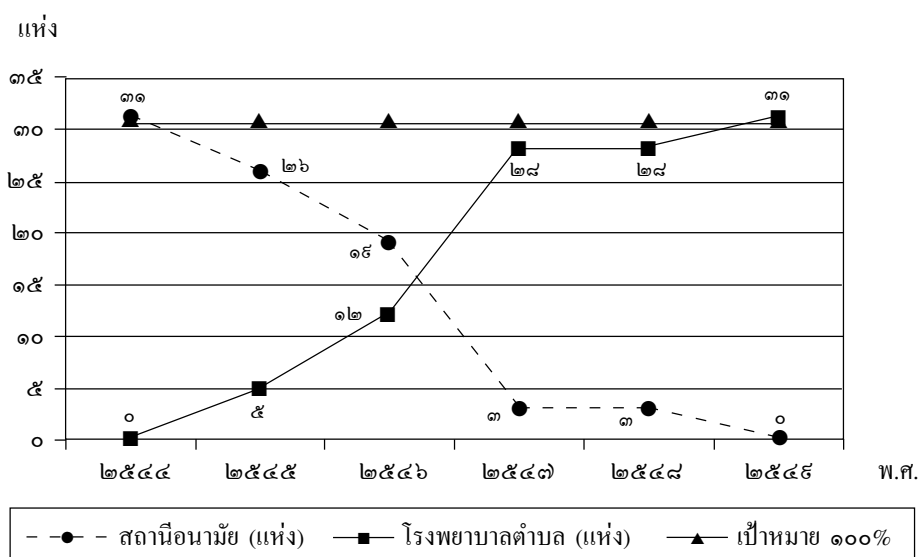


เป็นโรงพยาบาลตำบล ซึ่งแตกต่างจากศูนย์สุขภาพชุมชน คือเป็นการร่วมดำเนินการจาก ๓ ฝ่าย มีคณะกรรมการกองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบลบริหารจัดการ และเป็นประชาติของประชาชนในการใช้สื่อสาร.

ผลการสร้างนวัตกรรมโรงพยาบาลตำบล ระยะที่ ๒ การขยายผลนวัตกรรมโรงพยาบาลตำบล สถานีอนามัยทุกแห่งพัฒนาเป็นโรงพยาบาลตำบลได้ครอบคลุมเขตพื้นที่ ๒๒ ตำบลรวมโรงพยาบาลตำบลทั้งหมด ๓๑ แห่ง ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ (รูปที่ ๒), จัดตั้งกองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบลครบ ๒๒ ตำบล, สามารถรวบรวมเงินเข้ากองทุนสุขภาพมีสัดส่วนมากขึ้น และใช้ประโยชน์จากกองทุนสุขภาพในการพัฒนาชุมชนเช่นการควบคุมโรค, การให้ทุนและคัดเลือกนักเรียนจากชุมชนไปเรียนในสาขาที่ขาดแคลน ได้แก่พยาบาลศาสตร์ ๓๐ ทุน, สาธารณสุขศาสตร์ ๑ ทุน และทันตภิบาล ๗ ทุน, คัดเลือกและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลหล่มสักไปปฏิบัติงานประจำร่วมทีมสุขภาพ จำนวน ๒๑ คน ใช้หลักการทำงานแบบโครงสร้างบทบาทหน้าที่คือหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นหัวหน้ามีบทบาทบริหารจัดการสถานบริการ, พยาบาลที่ไปเป็นทีมสุขภาพถึงแม้ระดับขั้นเงินเดือนจะมากกว่ามีบทบาท

หน้าที่ดูแลรักษาสุขภาพ^(๑๑) ทำให้ไม่ขัดแย้งและทำงานกันเป็นทีม, บริหารจัดการคลังยาสำหรับโรงพยาบาลตำบลทุกแห่งทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้นเป็น ๓ เท่าจากเริ่มดำเนินโครงการ (รูปที่ ๓) แนวโน้มของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหล่มสักมารับการรักษาด้วยโรคพื้นฐานเช่นโรคทางหายใจลดลง และไม่สูงเป็นอันดับ ๑ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๗ ซึ่งเป็นปีที่ขยายโรงพยาบาลตำบลครอบคลุมพื้นที่เป็นต้นมา (รูปที่ ๔). ในระยะที่ ๒ ภาพรวมของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางหายใจในสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอหล่มสักมีแนวโน้มลดลง (รูปที่ ๕). การมีส่วนร่วมสนับสนุนเงินเข้ากองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบลโดยประชาชนออกคนละ ๒ บาทต่อคน ต่อเดือน และองค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณควบคุมและป้องกันโรค และงบประมาณเข้ากองทุนสุขภาพ ได้งบประมาณมากกว่า ๗ ล้านบาทโดยใน พ.ศ. ๒๕๔๔ ประชาชนสนับสนุนน้อยลงเพราะเปลี่ยนวิธีการระดมทุนเป็นการทอดผ้าป่าเข้ากองทุน ทำให้งบประมาณกองทุนในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ มีมากกว่า ๒ ล้านบาท (รูปที่ ๖).

ระยะที่ ๒ ของการสร้างนวัตกรรม ชุมชนเริ่มมีความเข้ม

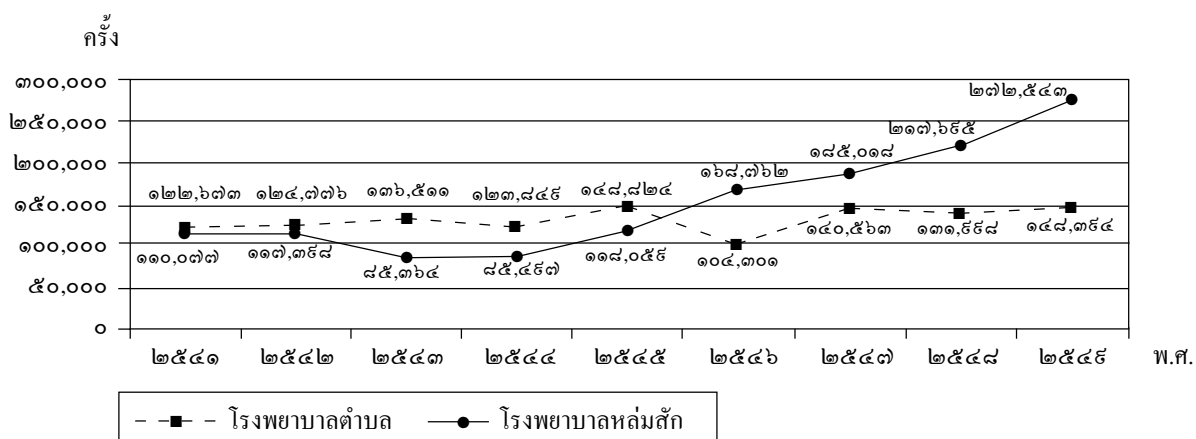


รูปที่ ๒ จำนวนโรงพยาบาลตำบลและสถานีอนามัยในอำเภอหล่มสัก พ.ศ. ๒๕๔๔ - พ.ศ. ๒๕๔๙
แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๑)

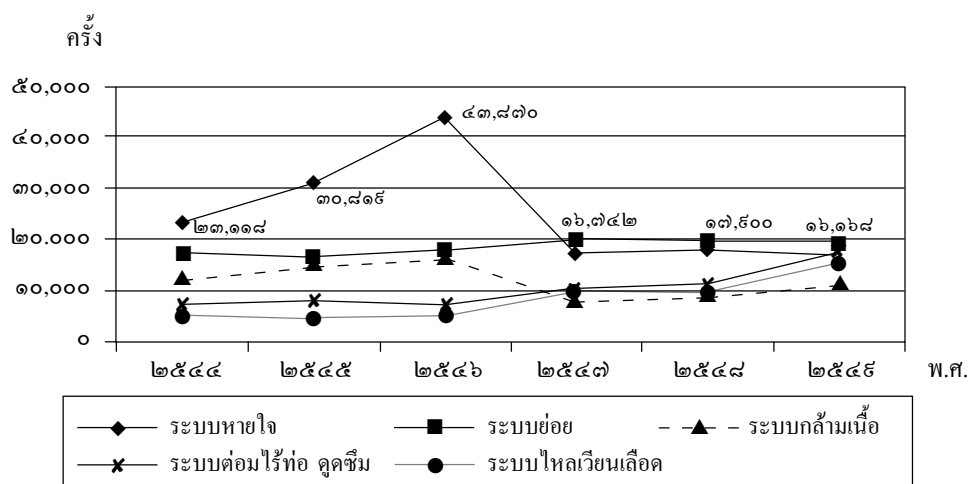
แข็งในการดูแลระบบสุขภาพของชุมชน. ปัญหาที่พบในพื้นที่ชนบทคือการขาดแคลนบุคลากร ดังนั้นจึงร่วมกันคัดเลือกนักเรียนทุนชุมชนเข้าศึกษาในสาขาที่ขาดแคลน เช่น พยาบาลศาสตร์, สาธารณสุขศาสตร์, ทันตภิบาล เพื่อกลับมาทำงานในชุมชน. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งกรอบอัตรากำลังรองรับนักเรียนทุนจากชุมชนเหล่านี้เมื่อจบการศึกษา เป็นการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยชุมชนอย่างยั่งยืน และ

ใช้ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมสมทบกองทุนสุขภาพเพื่อซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือราคาแพง เช่น แก้วและเครื่องมือชุดทำฟัน สำหรับ ๗ ตำบลที่ส่งนักเรียนทุนทันตภิบาลเรียน (ตารางที่ ๒).

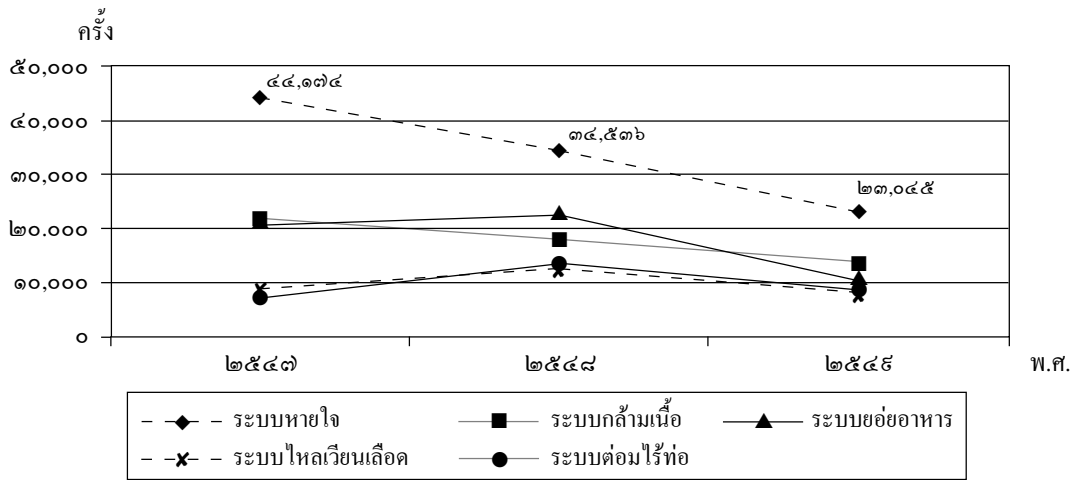
การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมโรงพยาบาลตำบลระยะที่ ๒ นอกเหนือจากกองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบลจะคัดเลือกนักเรียนทุนชุมชนไปศึกษาแต่ต้องมีระยะเวลา



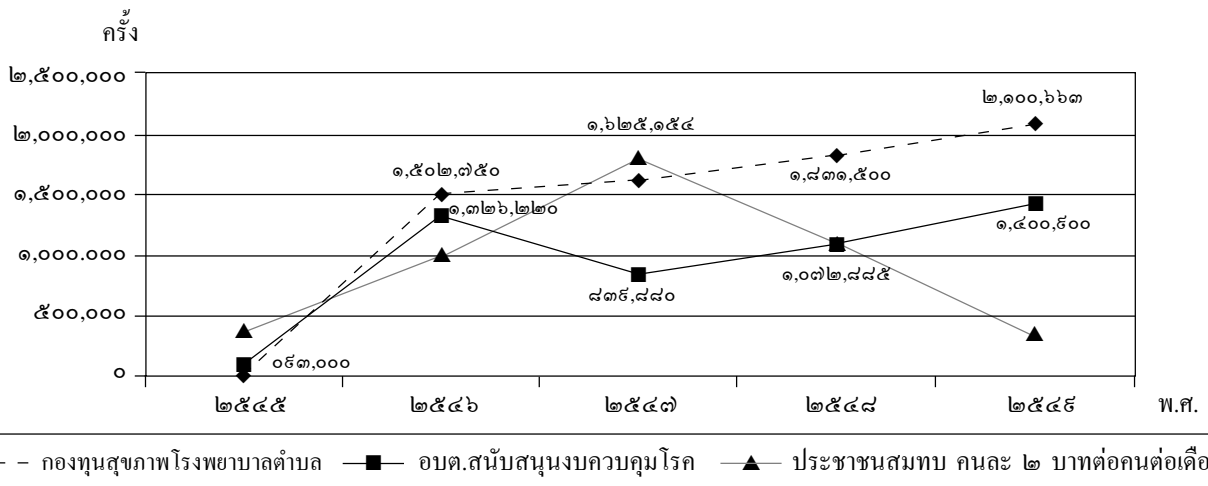
รูปที่ ๓ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหล่มสัก และสถานีอนามัยก่อนพัฒนาเป็นโรงพยาบาลตำบล ปี พ.ศ. ๒๕๔๑- พ.ศ. ๒๕๔๔ และหลังพัฒนาเป็นโรงพยาบาลตำบล ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ - พ.ศ. ๒๕๔๙
แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๓) และกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์^(๑๒)



รูปที่ ๔ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหล่มสัก ๕ อันดับโรคแรก พ.ศ. ๒๕๔๔ - พ.ศ. ๒๕๔๙
แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๓)



รูปที่ ๕ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ๕ อันดับโรคแรก ของสถานบริการสาธารณสุข อำเภอหล่มสัก (โรงพยาบาลหล่มสัก และ โรงพยาบาลตำบลทุกแห่ง) พ.ศ. ๒๕๔๔ - พ.ศ. ๒๕๔๙. แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๓)



รูปที่ ๖ จำนวนเงินประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบล สมทบเข้ากองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบล และสนับสนุนการควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๔๕ - พ.ศ. ๒๕๔๙. แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๓)

ตารางที่ ๒ จำนวนนักเรียนทุนชุมชนกองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบล พ.ศ. ๒๕๔๖ - พ.ศ. ๒๕๔๙

พ.ศ.	นักเรียนทุนชุมชนกองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบล		
	พยาบาลศาสตร์	สาธารณสุขศาสตร์	ทันตภิบาล
๒๕๔๖	๖	๑	-
๒๕๔๗	๑๗	-	๒
๒๕๔๘	๗	-	๕
รวม	๓๐	๑	๗

แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๓)

๒-๔ ปีจึงจะจบการศึกษา เพื่อสร้างทีมสุขภาพให้สามารถบริการระดับปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับสมัครคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลหล่มสัก พัฒนาเตรียมความรู้ส่งฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว^(๑๓) จำนวน ๒๑ คน, จัดตั้งคลังยาบริหารจัดการโดยเภสัชกรสำหรับโรงพยาบาลตำบลทุกแห่งทำให้มียาเพียงพอและผู้ป่วยสามารถรับยาเหมือนกับไปรักษาที่โรงพยาบาลหล่มสัก จึงไม่ต้องเดินทางไกล สามารถรักษาใกล้บ้านได้และลดภาระการเดินทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบลในการมาเบิกยา, ได้พัฒนาระบบการ

ติดต่อทางไกลผ่านดาวเทียม ให้สามารถส่งคำขอเบิกยามาก่อนล่วงหน้า, จากนั้นมีรถเคลื่อนที่นำยาไปส่งยังโรงพยาบาลตำบลทุกแห่ง. ผลลัพธ์การบริหารคลังยาสามารถประหยัดงบประมาณค่ายาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจำนวนผู้รับบริการมากขึ้น โรงพยาบาลตำบลมากขึ้น แต่งบประมาณค่ายาที่ใช้ลดลง (ตารางที่ ๓).

ผลการสร้างนวัตกรรมโรงพยาบาลตำบล ระยะที่ ๓

ระยะต่อยอดของการสร้างชุมชนเข้มแข็ง พัฒนาคุณภาพบริการ สร้างชุมชนเข้มแข็งและพัฒนาอย่างยั่งยืน^(๑๔) โดย

ตารางที่ ๓ มูลค่าการสนับสนุนงบประมาณค่ายาสำหรับสถานบริการสาธารณสุข และจำนวนผู้รับบริการ พ.ศ. ๒๕๔๕ – พ.ศ. ๒๕๔๘

พ.ศ.	มูลค่าการสนับสนุน (บาท)	จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)		รวม (แห่ง)
			โรงพยาบาลตำบล	สถานีอนามัย	
๒๕๔๕	๖,๖๑๒,๓๔๗	๑๔๘,๘๒๔	๕	๒๖	๓๑
๒๕๔๖	๖,๐๔๗,๖๑๔	๑๖๘,๗๖๒	๑๒	๑๕	๓๑
๒๕๔๗	๕,๒๑๓,๕๕๓	๑๘๕,๐๑๘	๒๘	๓	๓๑
๒๕๔๘	๔,๓๕๘,๕๓๖	๒๑๗,๖๕๕	๒๘	๓	๓๑
๒๕๔๙	๕,๗๕๐,๕๓๗	๒๗๒,๕๔๓	๓๑	๐	๓๑

แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๓)

ตารางที่ ๔ จำนวนผู้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก พ.ศ. ๒๕๔๕ – พ.ศ. ๒๕๔๙

พ.ศ.	เบาหวาน		ความดันโลหิตสูง		มะเร็งเต้านม		มะเร็งปากมดลูก	
	จำนวน (ราย)	บรรลุ เป้าหมาย(%)	จำนวน (ราย)	บรรลุ เป้าหมาย(%)	จำนวน (ราย)	บรรลุ เป้าหมาย(%)	จำนวน (ราย)	บรรลุ เป้าหมาย(%)
๒๕๔๕	๑๑,๑๘๘	๓๔.๓๕	๑๑,๕๑๓	๓๖.๕๗	๑,๑๕๖	๑๒.๑	๑,๑๖๖	๗.๖๒
๒๕๔๖	๒๐,๑๘๐	๔๑.๘๕	๒๐,๑๘๐	๘๓.๗	๔,๕๕๐	๒๘.๗	๓,๐๕๗	๑๒.๑
๒๕๔๗	๒๖,๘๑๔	๕๕.๑	๒๕,๒๘๐	๖๐.๘๘	๒๔,๐๕๖	๘๕.๐๖	๒,๕๑๘	๔๓.๐๘
๒๕๔๘	๓๖,๕๒๐	๗๐.๕๗	๓๒,๒๔๓	๖๒.๖๕	๒๕,๒๔๖	๘๓.๒๖	๔,๒๓๒	๓๔.๓๐
๒๕๔๙	๔๓,๒๗๑	๗๗.๘๑	๔๒,๘๑๔	๗๘.๗๑	๓๕,๖๓๔	๘๘.๐๖	๕,๐๕๖	๕๓.๖๐

แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลหล่มสัก^(๓)



การนำผลประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนความไว้วางใจ และศรัทธาของชุมชน สามารถริเริ่มโครงการใหม่ ๆ เช่นการใช้บ้านเป็นเตียงนอนผู้ป่วย^(๑๕) ในกลุ่มโรคผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และฝึกคนในครอบครัวเป็นพยาบาลประจำครอบครัว. การพัฒนางานบริการสุขภาพและระบบการรักษารักษาทางไกลผ่านดาวเทียม โรงพยาบาลตำบลทุกแห่งสามารถติดต่อขอรับคำปรึกษารักษาทางไกล การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เห็นภาพและเสียง โดยมีโรงพยาบาลหล่มสักเป็นแม่ข่าย เป็นการลดภาระของผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาขาดแคลนแพทย์ในปัจจุบัน. การกระจายทรัพยากรบริการ^(๑๖) ไปโรงพยาบาลตำบล เช่นกายภาพบำบัดโรงพยาบาลตำบล จำนวน ๑๖ แห่ง เพื่อแก้ไขปัญหาการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลตามนัดได้เนื่องจากปัญหาระยะทางไกล ขาดผู้ดูแล ปัญหาค่าใช้จ่ายครอบครัว. นอกจากนี้ชุมชนที่เข้มแข็งยังสามารถจัดทำโครงการอื่น ๆ อีกหลายโครงการ^(๑๗) เช่น ระบบการส่งต่อการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบลสำหรับบริการในช่วงนอกเวลาราชการ, โครงการฉันทสหายดีไม่ปวดข้อเอ็นกล้ามเนื้อกระดูก, โครงการผู้สูงอายุครบ ๒๒ ตำบล, โครงการศูนย์ไกลเกลี่ยข้อพิพาทชุมชน, โครงการชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลายและไข้เลือดออก, โครงการชุมชนปลอดหาล้าและบุหรี, โครงการรักษาสภาพป้องกันเบาหวานความดัน, โครงการผังเครือญาติควบคุมป้องกันความเสี่ยงโรค. จากการดำเนินการดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ป่วยคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขในขณะนี้ ได้รับการคัดกรองสูงขึ้นจากร้อยละ ๓๔.๓๕ และ ๗๗.๘๑ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๓๖.๕๗ และ ๗๘.๗๑ ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ตามลำดับ (ตารางที่ ๔).

วิจารณ์

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป็นการนำบริการที่มีคุณภาพเข้าไปใกล้บ้านประชาชน ให้สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ขณะเดียวกันสามารถลดต้นทุน ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม^(๑๘) ทำให้กลุ่ม

ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ คนยากจน กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีโอกาสในการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น. การจัดทำสุขภาพที่เหมาะสมมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ^(๑๙) มีช่องทางการปรึกษาและรักษาทางไกลสามารถติดต่อกับแม่ข่ายได้, มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบลและอำเภอ, มีการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่เพียงพอและส่งถึงโรงพยาบาลตำบล^(๒๐) จนเป็นนวัตกรรมโรงพยาบาลตำบลที่ขยายได้ครอบคลุมทั้ง ๒๒ ตำบล ๓๑ แห่ง, เป็นความสำเร็จที่ต้องจัดการเชิงระบบที่ดีอาศัยความร่วมมือ^(๒๑) และปัจจัยความสำเร็จหลายประการ เพราะในอดีตโรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย เป็นการทำงานที่แยกส่วนกันมานาน^(๒๒) โรงพยาบาลชุมชนให้บริการปฐมภูมิที่ซ้ำซ้อนกับสถานีอนามัย ประชาชนจึงเลือกบริการจากโรงพยาบาลมากกว่าการไปรับบริการที่สถานีอนามัย. ด้านการบริหารจัดการที่ผ่านมาได้แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แต่ไม่สามารถสร้างศรัทธาและความไว้วางใจให้ประชาชนรับบริการใกล้บ้านได้.

ผลการสร้างนวัตกรรมระบบสุขภาพโรงพยาบาลตำบลในพื้นที่อำเภอหล่มสัก เป็นการเรียนรู้แก้ไขปัญหาเชิงระบบที่ต้องอาศัยการถอดบทเรียนตลอดเวลา เพราะเป็นการเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาไปพัฒนาที่ฐานรากของระบบ คือสถานีอนามัยให้สามารถให้บริการได้อย่างดี ดึงความร่วมมือกับไทรภาคี ระดมทุนทางสังคมและชุมชน^(๒๓) ให้ตระหนักถึงความเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเองและชุมชน เพราะการรองรับประมาณจากภาครัฐ, การรื้อจัดสรรบุคลากรจากภาครัฐอย่างเดียว ไม่สามารถแก้ปัญหาชุมชนได้อย่างยั่งยืน.

สรุป

ระบบบริการปฐมภูมิสามารถตอบสนองบริการใกล้บ้านที่มีคุณภาพได้ การให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๓ ประการ คือ ๑) บุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำ ที่มีสุขภาพศักยภาพผู้ให้บริการแกนนำไทรภาคี, จิตสำนึกความเป็นเจ้าของสุขภาพ. ๒) ระบบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบบริหารจัดการงบประมาณ, ระบบบริการสุขภาพ, ระบบสุขภาพของ

ชุมชนและการระดมทุนจากชุมชน, ๓) เครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ การประชาคมสร้างความร่วมมือ, การประชาสัมพันธ์เชิงรุก, การสร้างพลังอำนาจให้ผู้เกี่ยวข้อง, ลัทธิลักษณะร่วมของความร่วมมือคือการสร้างโรงพยาบาลตำบล, ผลลัพธ์นวัตกรรมสุขภาพโรงพยาบาลตำบลสามารถดำเนินการขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ได้ เพราะเป็นเรื่องที่ทั้งประชาชน และระบบบริการได้รับผลประโยชน์ร่วมอย่างแท้จริง.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้มีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรมโรงพยาบาลตำบล ได้แก่ ทีมสุขภาพจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก, โรงพยาบาลตำบลทุกแห่ง, โรงพยาบาลหล่มสัก, และองค์การบริหารส่วนตำบล ที่ร่วมกันสร้างประโยชน์และลดทุกข์ให้พี่น้องประชาชน และระบบบริการสุขภาพ.

เอกสารอ้างอิง

๑. สุพัตรา ศรีวิชัยชากร. สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อติดตามกำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐; ๑: ๑๕-๔๖.
๒. ทศนวลัย จารณศรี. แนวทางการปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑: ๔๓๔-๔๒.
๓. โรงพยาบาลหล่มสัก. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลหล่มสัก : เอกสารประกอบการตรวจนิเทศงานโรงพยาบาลชุมชน เขต ๕. เพชรบูรณ์; ๒๕๔๕.
๔. พงศ์พิสุทธิ จงอุดมสุข. Achieving Universal Coverage of Health Care in Thailand through 30 Bath Scheme. Nonthaburi: Health Care Reform Office, Ministry of Public Health; 2002.
๕. พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี. ความเป็นธรรมเพื่อสุขภาพดีของคนหล่มสัก. รูปธรรมสะท้อนแนวคิดการพัฒนาสุขภาพชุมชน. ประชุมวิชาการ Primary care ระดับประเทศครั้งที่ ๒; ๒๒-๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐; ศูนย์ไบเทคบางนา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน; ๒๕๕๐.
๖. วินัย ลิสมิทธิ, และคณะ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นความเป็นไปได้ของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๗. นิสิตา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.เอ็น.; ๒๕๔๐.
๘. บุญธรรม กิจปริดาภิรัฐ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: B&B Publishing; ๒๕๓๕.
๙. ภูมิศิต ประคองสาย. ระบบสุขภาพไทย สำหรับคนจนหรือครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ๕ ประเด็นเรียนรู้สู่หลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เลคแอนฟาวด์เท่นพรีนดีง; ๒๕๔๗. หน้า ๒๐๖-๔๒.
๑๐. นิตยา วงศ์เสงี่ยม ทนวงษ์. การพัฒนาระบบสุขภาพ: การมีส่วนร่วมของเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เก้าสิบเก้าไอเดีย แอนด์โปรดักชั่น; ๒๕๔๕.
๑๑. กองการพยาบาล. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์: ที่ปฏิบัติกรพยาบาลในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๓๕.
๑๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ. สรุปผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี ๒๕๔๔-๒๕๔๘. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์; ๒๕๔๘.
๑๓. นิตยา วงศ์เสงี่ยมทนวงษ์. การพัฒนาระบบสุขภาพ: การมีส่วนร่วมของเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เก้าสิบเก้าไอเดีย แอนด์โปรดักชั่น; ๒๕๔๕.
๑๔. อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, ยูพา วงศ์ชัย (บรรณาธิการ). บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพนอกภาครัฐ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๒ เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; ๖-๘ พฤษภาคม ๒๕๔๑; โรงแรมไบเบ้ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; ๒๕๔๑.
๑๕. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. ปฏิรูปแนวคิดคนไทย: สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๒ เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; ๖-๘ พฤษภาคม ๒๕๔๑; โรงแรมไบเบ้ทาวเวอร์. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; ๒๕๔๑.
๑๖. จเร วิชาไทย. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระบบบริการสุขภาพ. ใน: พงศ์พิสุทธิ จงอุดมสุข (บรรณาธิการ). ๕ ประเด็นเรียนรู้สู่หลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เลคแอนฟาวด์เท่นพรีนดีง; ๒๕๔๗. หน้า ๒๐๖-๑๘.
๑๗. วสุธร ดันวัฒนกุล, ศาสตรี เสาวคนธ์, Joao Amado. สถานการณ์การจัดการด้านสาธารณสุข ในพื้นที่ความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๕: ๒๓๐-๕.
๑๘. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ระบบสุขภาพในท้องถิ่น: อนาคตระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๕.
๑๙. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล. ผลการดำเนินงานนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสุขภาพไทย. วารสารระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐; ๑: ๔๗- ๖๒.
๒๐. เกษร วงศ์มณี. การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลตำบลในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ๒๕๔๕; ๓: ๔๖-๕๔.
๒๑. วิพุธ พูลเจริญ. คู่มือปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.