International Health Policy Program -Thailand

โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล
อีกก้าวหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

19 กุมภาพันธ์ 2552
ห้องประชุม 4 อิมแพ็ค คอนเวนชั่นเซนเตอร์ฮอลล์ 9 เมืองทองธานี

International Health Policy Program -Thailand

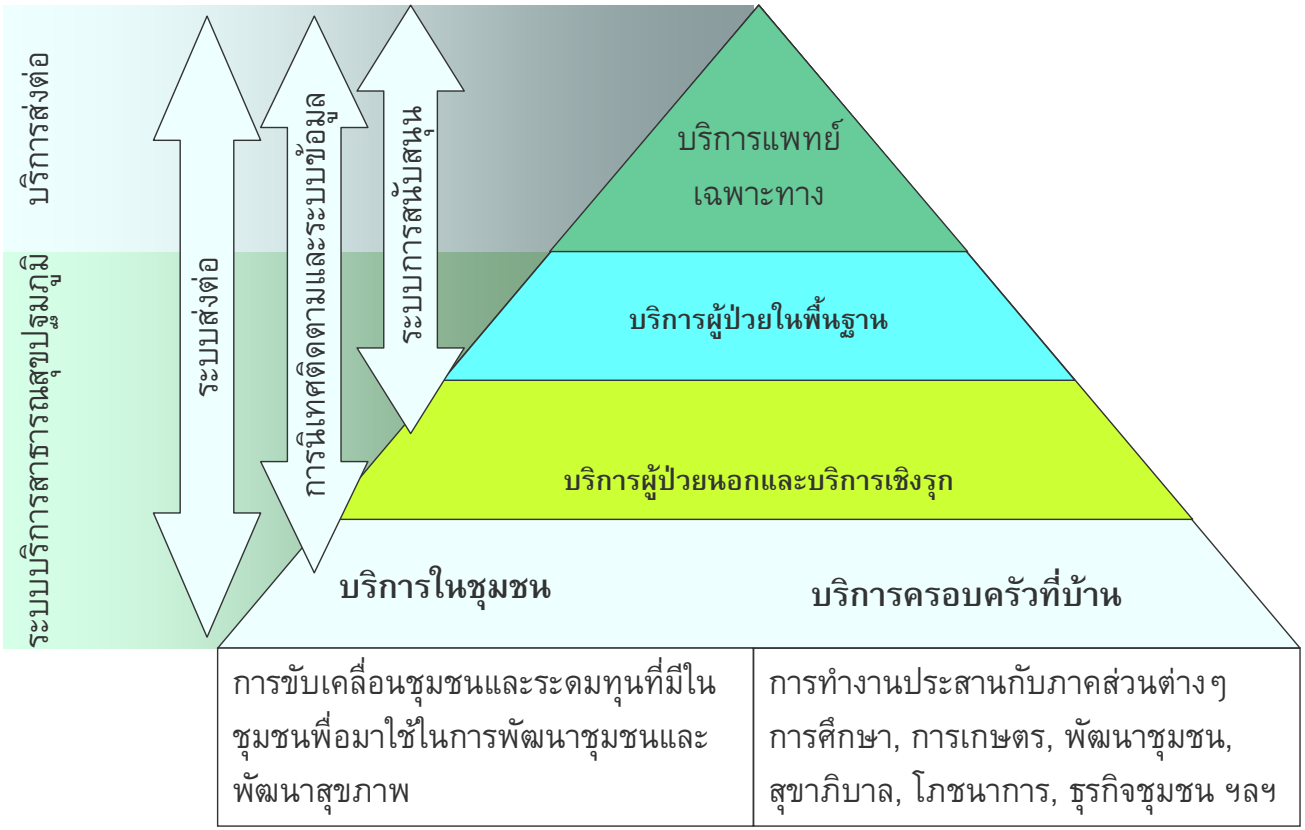
หัวข้อในการนำเสนอ

- ความเป็นมาและสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน
- วัตถุประสงค์
- กรอบแนวคิดการดำเนินงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล
  - คุณลักษณะที่พึงประสงค์
  - ระดับของโรงพยาบาลกับขนาดของประชากรที่รับผิดชอบ
  - จำนวนบุคลากร
- แหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ
- การติดตามประเมินผล
  - Performance indicators
  - ผลผลิตปีที่ 1-3
- เงื่อนไขสำคัญในการจัดตั้งโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล

ความเป็นมาและสถานการณ์ปัญหา

- หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากร
  - มีบุคลากรเฉลี่ย 2.9 คนต่อแห่ง
  - ประมาณสองในสามของสถานีอนามัยไม่มีพยาบาลวิชาชีพหรือ nurse practitioners (NP) ปฏิบัติงาน
- ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะสถานีอนามัย
- ภาระงานในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้พิการในชุมชน และความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป
- นโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
  - ข้อ 3.3.3 ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนายกระดับสถานีอนามัยเป็น **โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล**
  - ข้อ 3.3.1 ส่งเสริมบทบาท อปท. ให้มีส่วนร่วมในการผลิต และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

การทำงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ



Source: Lawn, J.E. et al (2008) Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise

10 อันดับแรกของกลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ในประชากรไทย พ.ศ. 2547 ส่วนใหญ่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ/เรื้อรัง

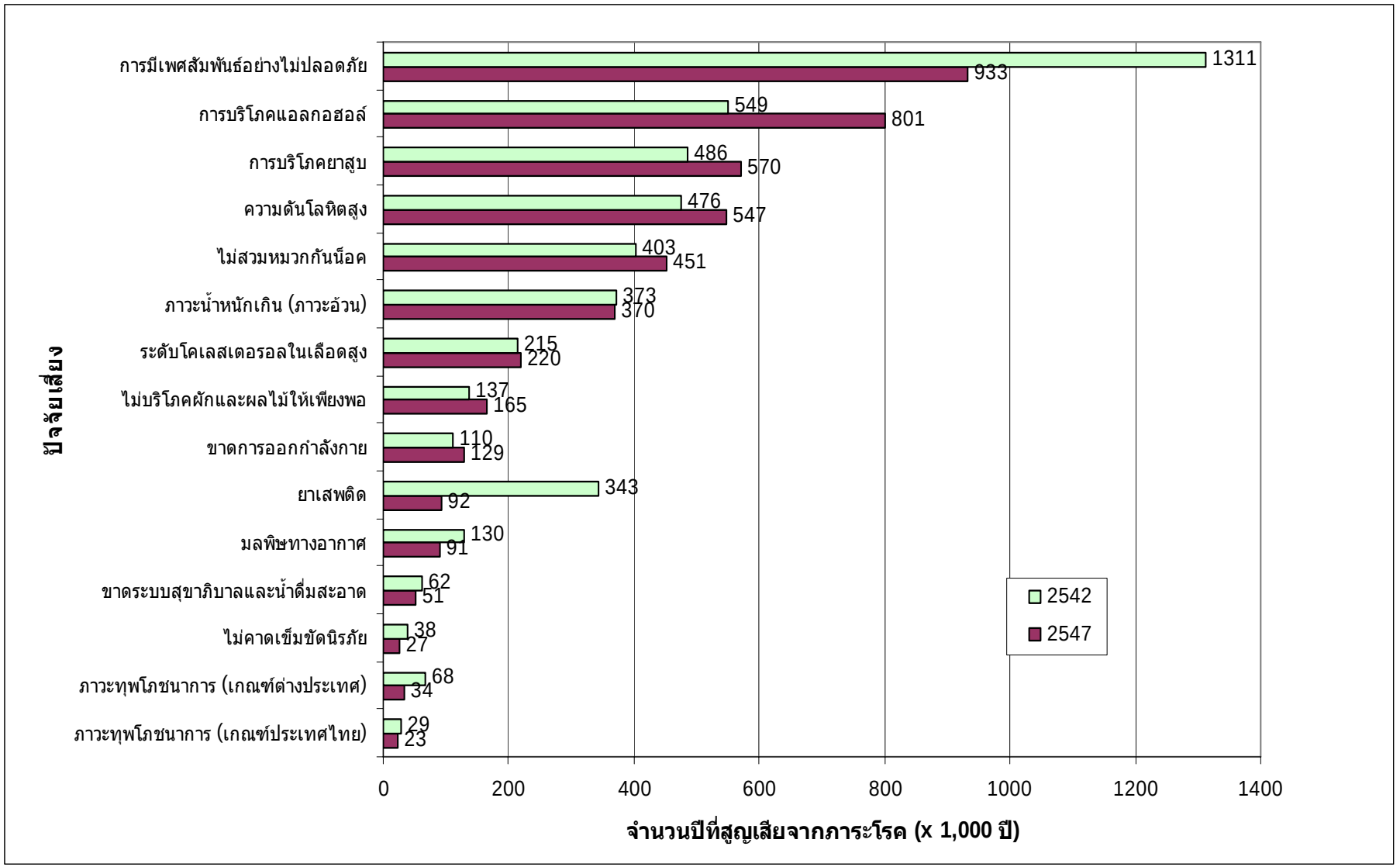
DALY

	Male				Female	
Rank	Disease	DALY ('000)	%	%	DALY ('000)	Disease
1	HIV/AIDS	645	11.3	7.4	313	Stroke
2	Traffic accidents	584	10.2	6.9	291	HIV/AIDS
3	Stroke	332	5.8	6.4	271	Diabetes
4	Alcohol dependence/harmful use	332	5.8	4.6	191	Depression
5	Liver and bile duct cancer	280	4.9	3.4	142	Ischaemic heart disease
6	COPD	187	3.3	3.0	125	Traffic accidents
7	Ischaemic heart disease	184	3.2	3.0	124	Liver and bile duct cancer
8	Diabetes	175	3.1	2.8	118	Osteoarthritis
9	Cirrhosis	144	2.5	2.7	115	COPD
10	Depression	137	2.4	2.6	111	Cataracts
% of Total			**52.6**	**42.8**		

<u>หมายเหตุ</u> – ประชากรไทยโดยรวมสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 9.5 เป็น 9.9 ล้านปีสุขภาวะ ระหว่างปี 2542 และ 2547

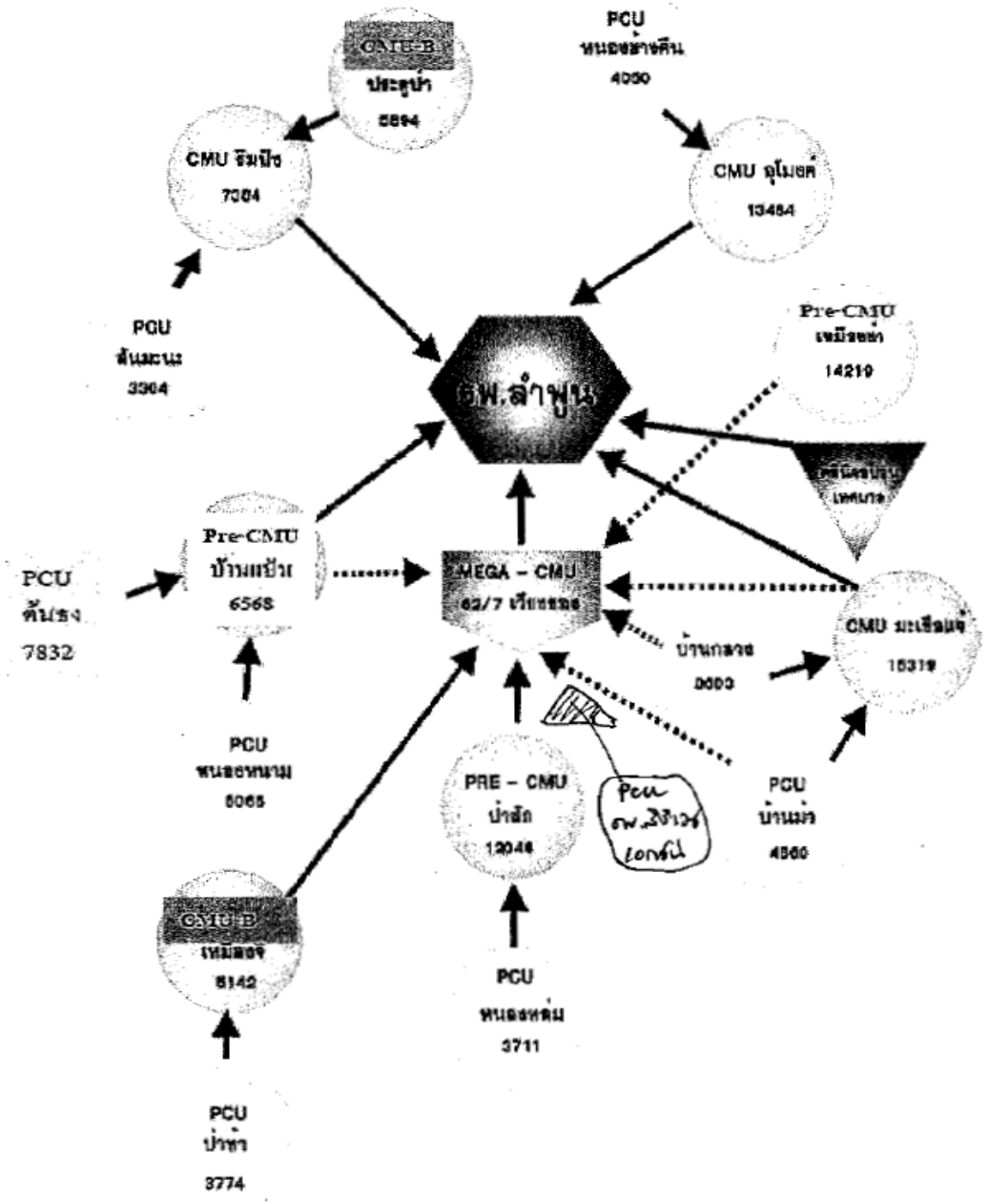
ที่มา โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2547

ปัจจัยเสี่ยงและจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาระโรค ของประชากรไทย พ.ศ. 2542 และ 2547



ที่มา โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2547

แผนภูมิภาพที่ 3 แสดงเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง ลำพูน ปี 2551 - 2553



International Health Policy Program -Thailand

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่บูรณาการ มีความต่อเนื่องและครอบคลุม
- เพื่อปรับภารกิจและยกระดับการให้บริการสุขภาพของสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล
- เพื่อพัฒนาศักยภาพของ “ทีมสุขภาพ” ในโรง พยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลในการให้บริการเชิงรุกแบบองค์รวม
- เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของ อปท. ในการจัดบริการสุขภาพที่มีความยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

คุณลักษณะของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ที่พึงประสงค์ (1)

ด้านขอบเขตการให้บริการ

- เน้นภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลขั้นต้นในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน
- เน้นบริการเชิงรุกที่มีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
- ให้บริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่น
- มีระบบบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (EMS) และความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่าตลอด 24 ชั่วโมง
- ไม่ใช่สถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอนค้างคืน ยกเว้นการนอนเพื่อสังเกตอาการระยะเวลาหนึ่งเพียงเท่านั้น

คุณลักษณะของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ที่พึงประสงค์ (2)

ด้านพื้นที่การให้บริการ

- เปลี่ยนระบบแนวคิดในการมองพื้นที่การให้บริการ เช่น การใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward) และพื้นที่ทั้งตำบลเป็นพื้นที่สำนักงาน

- มีเขตพื้นที่รับผิดชอบประชากร (catachment area) อย่างชัดเจน โดยทำงานประสานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตตำบลข้างเคียง รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

ด้านบุคลากร

- มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะแบบสหสาขาวิชา (skill mix)

- มีขีดความสามารถในการทำงานเป็นทีม (team work) และสามารถประสานงานกับผู้นำชุมชน อปท. และ ประชาชนในพื้นที่

- สามารถอยู่เวรและปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

- มีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและผู้ดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน

คุณลักษณะของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ที่พึงประสงค์ (3)

<u>ด้านการบริหารจัดการ</u>

- มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน อปท. ภาคราชการ เอกชน และทุกภาคส่วน

- มุ่งเน้นให้เกิดระบบที่มีความโปร่งใส มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และการพัฒนาอย่างยั่งยืน

<u>ด้านระบบสนับสนุน</u>

- มีระบบ IT และ health information system (HIS)

- Real time consultation โดยสามารถติดต่อประสานงานกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่เป็นแม่ข่าย

- มีเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ที่มีจำนวนรายการและคุณภาพเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็น secondary care โดยมีการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่ดี

กำลังคน (1)

กำลังคนของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลฯ และจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

- โรงพยาบาลตำบลขนาดเล็ก – รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 3000 คน ควรมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 5 คน
- โรงพยาบาลตำบลขนาดกลาง – รับผิดชอบประชากรระหว่าง 3000-7500 คน ควรมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 5-7 คน
- โรงพยาบาลตำบลขนาดใหญ่ – รับผิดชอบประชากรมากกว่า 7500 คน ควรมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family practitioner) เภสัชกร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ประเภทอื่นๆ อีกประมาณ 9-10 คน

กำลังคน (2)
การสร้างแรงจูงใจ

- ระดับเงินเดือนหรือ ค่าตอบแทน ในอัตรา 1.5-2 เท่าของอัตราเงินเดือนข้าราชการ (กรณีมิใช่ข้าราชการ)
- มีการให้ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการในอัตราที่เหมาะสม
- มีระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล (ประกันสังคม) และให้สิทธิรักษาพยาบาลครอบคลุมถึงบิดามารดา และบุตร-ธิดาของผู้ปฏิบัติงาน
- การจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
- มีระบบการบริหารกำลังคนทั้ง local recruitment, retention, career path, และ fringe benefit อื่นๆ ที่เหมาะสม
- มี political commitment and strong policy support โดยให้ความก้าวหน้าสำหรับผู้ปฏิบัติงานตามนโยบายรัฐบาล
- จัดให้มีการยกย่องและมอบรางวัลประจำปีสำหรับผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลดีเด่น

การเงินการคลัง (financing)

- ระบบการเงินการคลังแบบสาม (สี่) ประสาน จาก 3 แหล่งการคลังสุขภาพคือ
  - ประชาชน (หรือภาคเอกชน)
  - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
  - ภาครัฐ โดย CUP

  โดยอาจเริ่มต้นใช้ตัวเลขของโรงพยาบาลหล่มสัก คือ 50-100 บาทต่อหัวประชากรในพื้นที่

- ระบบการคลังสุขภาพโดยภาครัฐเพียงเท่านั้น
  - รับภาระเริ่มแรกโดยการหักเงินเหมาจ่ายรายหัวจาก CUP ในอัตราประมาณ 50-100 บาทต่อหัวประชากร

โครงสร้างทางกายภาพ

- ต่อเติมและปรับปรุงภูมิทัศน์ รวมทั้งโครงสร้างของสถานีอนามัยเก่า 2609 แห่ง ในวงเงิน 1094 ล้านบาท (ประมาณ 4 แสนบาทต่อแห่ง) โดยใช้เงินงบประมาณกลางปี 2552 (เพิ่มเติม)

- หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเป้าหมายอีก 500-1000 แห่งในปี 2552 ใช้งบลงทุนทดแทนค่าเสื่อมของ CUP ร่วมกับ งบสนับสนุนจาก สปสช. อปท. และประชาชนในพื้นที่

Phasing of implementation

ระยะ	จำนวนโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล	ช่วงเวลา
Phase 1 – ระยะเริ่มต้นและนำร่อง	500-750 แห่งในอำเภอที่มีความพร้อมของ CUP และอำเภอที่เหลือทั่วประเทศ	กันยายน 2552
Phase 2 – ขยายผลครอบคลุมทั่วประเทศ	ในตำบลที่เหลือทั้งหมด	กันยายน 2555
Phase 3 – พัฒนาต่อเนื่องให้สมบูรณ์	ทุกโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล	ตุลาคม 2555 – กันยายน 2562
Phase 4 – ติดตามประเมินผลและสนับสนุนการพัฒนา		เมษายน 2552 – กันยายน 2562

การติดตามประเมินผล (1)
ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์

- ความครอบคลุม (coverage) ของบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน
  - การให้ภูมิคุ้มกันโรค (Immunization)
  - การฝากครรภ์ (ANC) ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน
  - คุณภาพชีวิต (Quality of life) ของประชาชนดีขึ้น
  - อัตราตายของทารกแรกเกิด (IMR) และ มารดา (MMR) ลดลง

- การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในระดับตำบลดีขึ้น
  - OP visits ของโรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง
  - จำนวนผู้ป่วย bypass จากตำบลมาโรงพยาบาลอำเภอลดลง
  - Hospital admission จากโรคแทรกซ้อนหรือโรคป้องกันได้ลดลง
  - ประชาชนใช้เวลาน้อยลงในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

- มีการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่เพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพจากโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล

การติดตามประเมินผล (2)
ตัวชี้วัดเชิงบริหารจัดการโครงการ

- เกิดเครือข่าย (network) โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลที่มีความเข้มแข็ง และสามารถสนับสนุนการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- เกิดกลไกการพัฒนาในการบริหารการจัดการระบบสุขภาพและแผนเชิงปฏิบัติการงานสร้างเสริมสุขภาพ
- จำนวน CUP และสถานีอนามัยที่สมัครใจเข้าร่วมและยกระดับเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น

เงื่อนไขที่สำคัญในการดำเนินนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล

- มี political commitment และ strong policy support
- มีหน่วยงานสนับสนุนในทุกระดับ และมีการจัดทำแผนเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลระยะสั้น ปานกลาง และระยะยาว
- เริ่มในพื้นที่ที่มีความพร้อม โดยกลุ่มคนที่สำคัญ คือ ประชาชน ชุมชน อปท. สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน มีความพร้อมและมีความเข้าใจที่ชัดเจนในการดำเนินงาน
- มีการใช้กระบวนการประชาคมเพื่อสร้างความเข้าใจและปรับแนวคิดของคนในชุมชนให้เกิดความร่วมมือและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล ภาพลักษณ์ของสถานบริการ ศักยภาพของผู้ให้บริการ ร่วมกับการทำงานเชิงรุกในชุมชน

สิ่งที่ท้าทายและข้อพึงสังวรณ์

- โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อไปสู่เป้าหมาย
  - การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า
  - ความเป็นธรรมในการเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพ
  - ความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน
  - สภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนในพื้นที่
- ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล กับ สถานีอนามัย หรือ PCU
- การสร้างความเข้าใจและจินตภาพที่เหมาะสมเรื่อง “โรงพยาบาล” ของประชาชน
- ความยั่งยืนในการสนับสนุนจากนโยบายทางการเมือง / ท้องถิ่น / ข้าราชการประจำ / และประชาชน
- ความก้าวหน้าและการธำรงบุคลากรไว้ในโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง
- การติดตามและประเมินผล รวมทั้งการวิจัยเพื่อการพัฒนา

International Health Policy Program -Thailand

Thank you for your attention