

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รศอ.)

District Health System (DHS)

ฉบับประเทศไทย

จัดพิมพ์และเผยแพร่ โครงการการพัฒนาากลไกสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพะ มูลนิธิแพथ์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

พิมพ์ปรับปรุงครั้งที่ 1 1 ตุลาคม 2557

จำนวนพิมพ์ 14,000 เล่ม

ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุกุล
นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภขุติกุล
นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ
แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิณิชชากร
นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์
นายแพทย์ชูชัย ศรีขำนิ
นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
นายแพทย์ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์
นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล

บรรณาธิการ นายแพทย์เดชา แซ่หลี
นางจิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้
นางขาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์
นางทัศนีย์ ญาณะ

ISBN 978-616-90416-4-1

คำนิยม

ยุทธศาสตร์ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)” หรือ “District health system (DHS)” ในบ้านเราได้ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นจากการที่แพทย์และทีมงานสาธารณสุขในหลายๆ อำเภอต่างฝ่ายต่างได้ลงมือทดลองทำโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนในอำเภอของตัวเอง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพทั้งภาคสาธารณสุขภาคส่วนอื่นๆ และภาคประชาชน จนมีความสำเร็จที่โดดเด่นในช่วง 5 - 10 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ เป็นการริเริ่มด้วยพวกเขาเองที่ทำงานคลุกคลีกับชุมชนมาช้านาน และมีความเข้าใจปัญหาและบริบทในพื้นที่ของตน จึงได้แสวงหาหนทางการทำงานกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญในอำเภอของตัวเอง นับว่าเป็นภูมิปัญญาที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและด้วยหัวใจที่อยากช่วยเหลือประชาชนที่ทุกข์ยากและด้อยโอกาส

ประสบการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการแห่ง “การพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ” ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2529 และก็สามารถพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของไทยเรา นับว่าเป็นการพัฒนาสุขภาพจากรากฐานรากของเจดีย์ (bottom - up) ที่มีความมั่นคงและยั่งยืน มีศักยภาพที่จะรองรับการขยายบริการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ร่วมกับโรงพยาบาลระดับสูงได้อย่างเท่าเทียม มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “รสอ. (DHS)” ให้ได้ผลอย่างมั่นคงและยั่งยืนนั้น ต้องอาศัยแกนนำในทุกระดับที่มีความเข้าใจและมีใจในการนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารสาธารณสุขทุกระดับและแกนนำในพื้นที่อันประกอบด้วยทีมนำจากภาคโรงพยาบาล (แพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ) ภาคสาธารณสุข (สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข และทีมงาน รพ.สต.) และภาคประชาชน (อปท. ผู้นำชุมชน จิตอาสา และ อสม.) ซึ่งนอกจากจะเข้าใจแนวคิด หลักการ และแนวทางดำเนินงานในพื้นที่แล้ว ยังต้องหนุนเสริม วัฏจักรแห่ง “การขับเคลื่อนงานสุขภาพชุมชน - การพัฒนาการเรียนรู้ - การส่งเสริมความสัมพันธ์และการสร้างเครือข่าย” ซึ่งทั้ง 3 สิ่งนี้ล้วนมีความสำคัญและเสริมแรงบวกซึ่งกันและกัน

คณะทำงานที่เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ ส่วนหนึ่งมาจากกลุ่มคนที่ทำงานกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอในพื้นที่มาตั้งแต่แรก อีกส่วนหนึ่งมาจากผู้สนใจและผู้ที่เป็นแกนหลักในระดับเขต จังหวัดและอำเภอ ซึ่งได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากประสบการณ์ในพื้นที่ของทุกภูมิภาคอย่างต่อเนื่องในช่วง 4 - 5 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งในระยะหลังนี้ ได้ทำการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้

ทางสากล ในที่สุดก็ได้ช่วยกันจัดทำเอกสาร “การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ฉบับประเทศไทย” นี้ขึ้นมา เพื่อเป็นคู่มือในการสื่อสารแนวคิด หลักการ และแนวทาง ในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้เกิดขึ้นในขอบเขตทั่วประเทศ อย่างเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารชุดนี้เป็นการผนวกความรู้จากการปฏิบัติ (practice knowledge) หรือความรู้ในตัวคน (tacit knowledge) อันเป็นภูมิปัญญาหลักที่เกิดขึ้นในบริบท ไทยเข้ากับองค์ความรู้สากลที่เป็นทฤษฎี กลายเป็นองค์ความรู้ที่มีฐานคิดที่เป็นระบบ และจับต้องได้ ซึ่งได้ผ่านการลองผิดลองถูกในพื้นที่มาเป็นเวลายาวนาน

อย่างไรก็ตาม เอกสารชุดนี้ก็เพียงเป็นเพียงแผนที่นำทางเท่านั้น ซึ่งยังอาจมีจุด ที่ไม่สะท้อนความจริงได้ถูกต้องทั้งหมด หรือมีสัญลักษณ์ (เช่น ภาพ ภาษา ศัพท์แสง) ที่อาจตีความได้ไม่ตรงกันของทุกคน ดังนั้น จึงไม่ควรยึดถือและนำไปปฏิบัติอย่าง เป็นกลไกตายตัวตามที่ตัวเองเข้าใจ ควรจับแนวคิดและหลักการให้ได้ ส่วนแนวทาง และแนวการปฏิบัตินั้นขอให้รู้จักประยุกต์อย่างพลิกแพลงให้สอดคล้องกับบริบทจริง และต้นทุนที่มีอยู่ในพื้นที่ของตน ตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ เมื่อลงมือทำแล้ว ทุกฝ่ายมีความ กระจ่างชัดและความพอใจที่มีความก้าวหน้าในการทำงาน ไม่อึดอัด ขัดข้อง รู้สึก ต้องฝืนใจ หรือสักแต่ได้ทำตามที่เขาบอก ที่สำคัญ คนทำงานต้องมีใจและกล้าลองผิด ลองถูกเช่นเดียวกับกลุ่มผู้บุกเบิกงานนี้มาก่อน

เมื่อเกิดประสบการณ์ใหม่และกว้างขวางในบริบทที่มีความหลากหลายยิ่งขึ้น กว่าอดีต ก็จงหมั่นถอดบทเรียน ซึ่งย่อมได้ความรู้จากการปฏิบัติชุดใหม่อีกชุดหนึ่ง ที่สามารถนำมาเติมเต็มและพัฒนาเอกสารชุดนี้ได้อย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ท้ายที่สุดนี้ ขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณต่อคณะทำงานที่ได้นำภูมิปัญญา จากการปฏิบัติมาจัดทำเป็นเอกสารชุดนี้ขึ้นมา ซึ่งเชื่อว่าจะกลายเป็นเครื่องมือหนึ่งในการ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็งยิ่งๆ ขึ้นไป

รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานภาพ

1 ตุลาคม 2557

คำนำ

DHS: ใช้ความรู้นำบริการ ใช้ธรรมากับกลนำการจัดการ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ที่จะมาขับเคลื่อนงานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะการให้บริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมากขึ้น

จึงได้จัดทำเอกสารเล่มนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบถึงแนวคิดในการพัฒนาตามหลักการพื้นฐานของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นแก่นนั้นอาจะสรุปได้ 2 ประการใหญ่ๆ ดังนี้

1. ใช้ความรู้นำบริการ

เน้นที่การพัฒนาคนปฐมภูมิให้มีสมรรถนะสูงขึ้น สามารถนำหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวและการพัฒนาสุขภาพชุมชนมาดำเนินการได้ โดยอาศัยกระบวนการจัดการเรียนรู้ตามบริบทในพื้นที่ เน้นการนำความรู้มาพัฒนาสุขภาพประชาชนด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองและเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนมองเห็นคุณค่าของงานปฐมภูมิ (Appreciation)

2. ใช้ธรรมากับกลนำการจัดการ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอจำเป็นต้องมีแกนนำที่ยึดหลักธรรมาภิบาลมาจัดการ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องยึดหลัก “อภิธานิยธรรม” คือธรรมที่นำไปสู่ความเจริญ

อันประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ประการคือ

- หมั่นประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน เลิกประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน (Unity) เกิดการนำที่มีพลัง
- กระทำกิจที่พึงกระทำ (Action Plan) เกิดความรับผิดชอบและความสำเร็จตามแผน
- มีความเอื้ออาทรช่วยเหลือกันเป็นเครือข่าย (Networking) ทำให้เกิดสังคมไม่ทอดทิ้งกัน

ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดพลังในการทำงานที่ยั่งยืนและมีความโปร่งใสเป็นที่เชื่อถือของประชาชน

หวังว่าเอกสารฉบับนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ที่สำคัญที่สุดคือผู้ปฏิบัติงานไม่จำเป็นต้องเดินตามกรอบของเอกสารฉบับนี้ หากเห็นว่ายังมีวิธีการอื่นที่เหมาะสมและผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าจะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากกว่าก็สมควรที่จะดำเนินการต่างจากแนวทางในเอกสารเล่มนี้แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ

1 ตุลาคม 2557

สารบัญ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รศอ.)	1
ทำไมต้องเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพที่ระดับอำเภอ	4
เป้าหมาย (Purpose)	4
กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Conceptual Framework)	5
หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ	6
“DHS & PCA เป้าหมายเดียวกัน”	7
คำถามที่พบบ่อย	11
ภาคผนวก	14
แนวทางการทบทวน ประเมิน เพื่อการพัฒนาต่อยอด DHS – PCA	14
เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง U-CARE	16
กองบรรณาธิการ	23

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) ฉบับประเทศไทย



ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS)

คือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการที่เข้มแข็ง และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน

ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง การทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์สามารถประสานและเชื่อมโยงเข้ากันได้โดยมีเป้าหมายเดียวกัน

ทุกภาคส่วน หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น

การบูรณาการทรัพยากร หมายถึง การจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี ร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่ตามสภาพปัญหา

บริบท จำแนกเป็นบริบทชุมชน และบริบทองค์กร

1. บริบทชุมชน : เชื่อมโยงกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการจัดบริการ ทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

- 1) สภาพทางกายภาพและสังคมของชุมชน และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เช่น ความเป็นชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งชนบททั้งเมือง การประกอบอาชีพ พฤติกรรมการกินการอยู่ การเลี้ยงดูบุตรหลาน ฯลฯ ซึ่งส่งผลต่อ “ปัญหา ความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในอนาคต
- 2) ศักยภาพของผู้นำชุมชน ในการจัดการกับ “ปัญหา ความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน
- 3) ทูทางสังคม ศักยภาพ ความพร้อมของชุมชนในการจัดการกับ “ปัญหาความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน เช่น ภูมิปัญญา ความคิด ความเชื่อ ทรัพยากร องค์กร กลุ่มคน การจัดการระบบที่มีอยู่ในชุมชน ฯลฯ

2. บริบทองค์กร : ข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและระบบบริการปฐมภูมิ สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน กลุ่มเป้าหมายสำคัญ และโจทย์หลักของพื้นที่ ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและแต่ละ รพ.สต.

- 1) โครงสร้างและลักษณะการบริหารจัดการร่วมกันเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการพัฒนาคน และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 2) ลักษณะหน่วยบริการ เช่น ภาระงาน จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ ภาระโรค
- 3) ความพร้อมของทรัพยากร คน เงิน ความรู้ การใช้ประโยชน์ข้อมูลในการจัดการและให้บริการปฐมภูมิ
- 4) ภาวะการนำองค์กร ทีม การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การออกแบบระบบงาน วัฒนธรรมองค์กร

กระบวนการชื่นชม หมายถึง วิธีการ ขั้นตอน หรือกรรมวิธี เพื่อสร้างความปิติ ยินดี และให้คุณค่าต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ

การจัดการความรู้ หมายถึง การรวบรวม สร้าง จัดระเบียบ แลกเปลี่ยน และประยุกต์ใช้ความรู้จากการเรียนรู้และการปฏิบัติ โดยพัฒนาระบบจากข้อมูลไปสู่สารสนเทศ เพื่อให้เกิดความรู้และปัญญา รวมทั้งเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้เกิดการเรียนรู้ขยายผลได้

การพึ่งตนเอง หมายถึง ความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ ซึ่งการพึ่งตนเองได้นั้น มีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สุขภาพะ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา



ทำไมต้องเน้น

การพัฒนาระบบสุขภาพที่ระดับอำเภอ

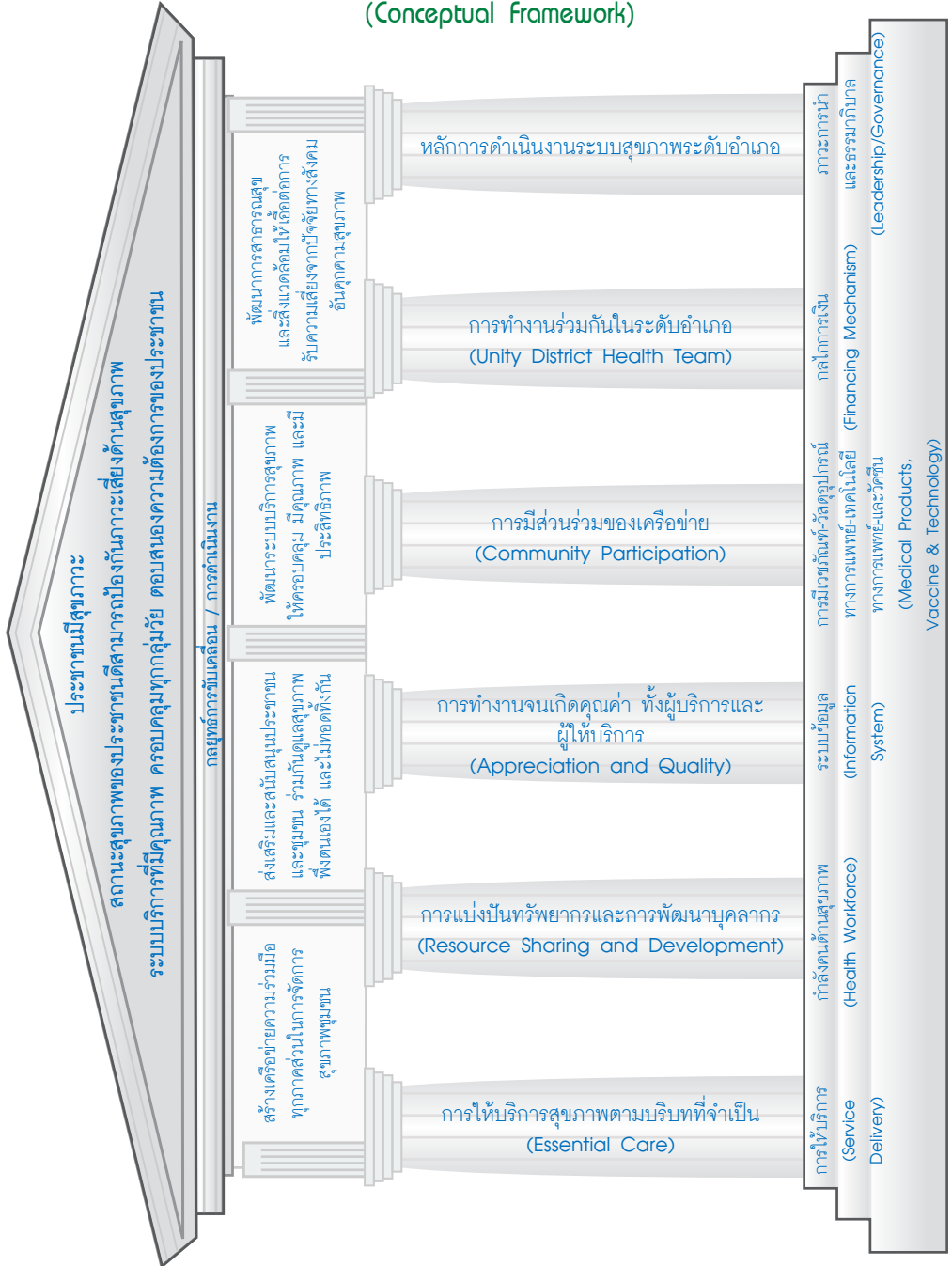
เพราะ เป็นระดับที่เหมาะสมที่สุดในปัจจุบัน กล่าวคือ

1. สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ (local needs) โดยสามารถกำหนดนโยบายวางแผนการพัฒนาทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนบุคคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูล ร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่
3. สามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการสุขภาพและสังคมได้อย่างเป็นระบบ

เป้าหมาย (Purpose)

1. ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเพิ่มมากขึ้นและชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน
2. สถานะสุขภาพ (health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีศักยภาพพอที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
3. เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพลังในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพในอำเภอ และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น
4. ทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน

กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Conceptual Framework)



Six Building Blocks

หลักการดำเนินงาน... ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ working relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance)

2. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือการทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน

3. การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่นิ่งดูตายต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วย จึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็ง เกิดกำลังใจ เป็นความสุขและทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้า ขณะเดียวกันผู้รับบริการและประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

4. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในภารกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ส่วนขาดและเติมเต็มตามสภาพปัญหาและความต้องการทั้งของบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

5. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A4C) คือการเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

“DHS & PCA เป้าหมายเดียวกัน”

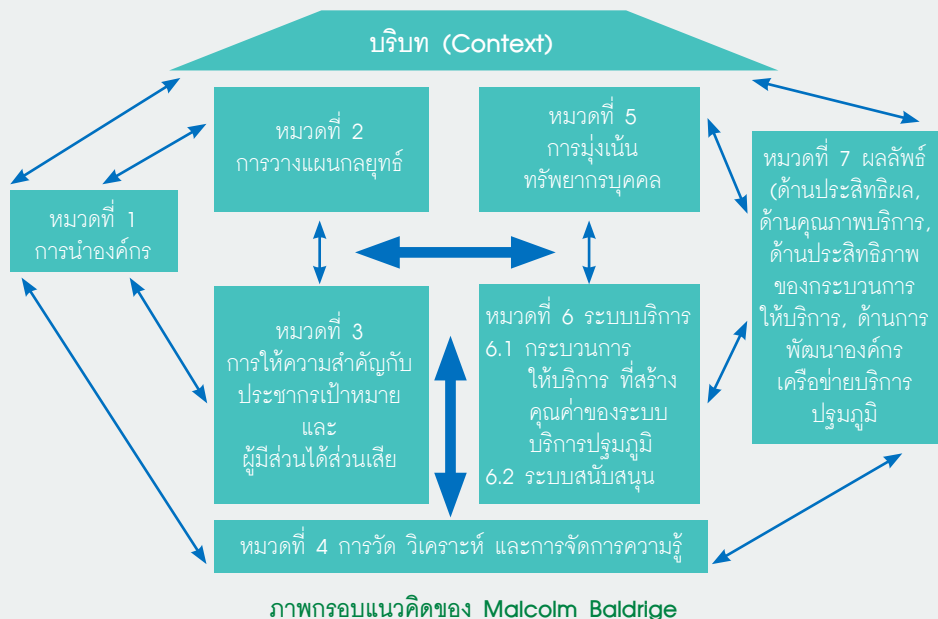
เป้าหมายเดียวกัน

ทั้ง PCA และ DHS ต่างก็มีเป้าหมายเดียวกัน คือ มุ่งหวังทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการจัดการในรูปแบบของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เครือข่าย รพ.สต. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ตลอดจนให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เสริมศักยภาพการดูแลตนเองของประชาชนและชุมชน นำไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพเพื่อสุขภาพะที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนภายใต้บริบทที่เฉพาะนั้นๆ



แนวคิด PCA

PCA ใช้กรอบแนวคิดการจัดการคุณภาพองค์กรของ Malcolm Baldrige โดยเน้นประเมินเครือข่ายบริการปฐมภูมิดังภาพที่ 1



จากภาพกรอบแนวคิด จะเห็นว่าบริบท (Context) และหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ข้อมูลและการจัดการความรู้ อยู่ในตำแหน่งด้านบนและด้านล่างของโมเดลตามลำดับ ซึ่งเป็นการบ่งบอกให้ทราบว่าทุกๆ หมวดในโมเดลล้วนต้องออกแบบการดำเนินการภายใต้ข้อมูลที่เป็นจริง (Evidence Based) เพื่อออกแบบและวิเคราะห์การดำเนินงานพัฒนาของแต่ละเครือข่ายบริการปฐมภูมิว่าเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท (Context) และพันธกิจหลักของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอนั้นๆ แล้วหรือไม่ ข้อมูลจริงในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณ แต่รวมถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอไม่ว่าจะเป็นความต้องการ ความผาสุกที่แท้จริงของทั้งผู้รับบริการ ประชาชน ชุมชน และคนทำงาน

PCA จึงเน้นให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเกิดการเรียนรู้ และหันมาทบทวนตัวเองอย่างมีแนวทาง (Approach), ดำเนินการอย่างเป็นระบบ (Deployed), มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Learning) อย่างบูรณาการให้มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Integration) เกิดรูปแบบการอยู่ร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เครือข่าย รพ.สต. และในระดับอำเภอ อย่างเกื้อกูล (Ecosystem) นั่นคือ แต่ละภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการให้ประชาชนมีสุขภาพและได้ใช้ศักยภาพของแต่ละภาคส่วนอย่างเต็มที่และเกิดประโยชน์สูงสุด

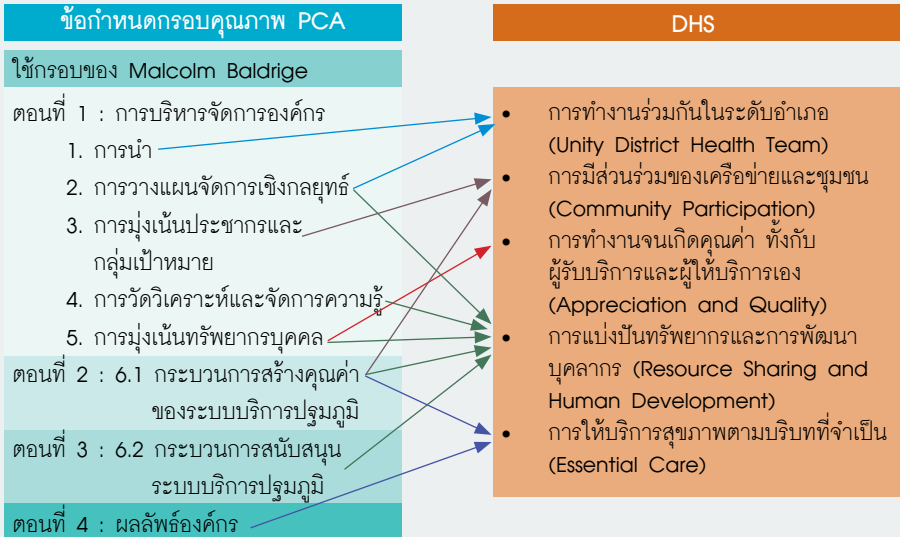
แนวคิด DHS

DHS เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งโดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชนผ่านโครงการ ODOP (One District One Project) เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทาง U-CARE

ตารางสรุป ความเชื่อมโยง PCA & DHS

PCA	DHS
เป้าร่วม คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน ที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบท เสริมศักยภาพการดูแลตนเอง และเสริมศักยภาพชุมชนในการจัดการสุขภาพ	
การจัดการด้วยทีมระหว่างโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เครือข่าย รพ.สต. และภาคี	
ระบบทบทวนคุณภาพและการให้รางวัล	การขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพ
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการจัดการสนับสนุนระดับอำเภอ	การจัดการเครือข่ายสุขภาพทั้งอำเภอ และ บทบาทโรงพยาบาล ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนบริการสุขภาพ
สนับสนุน เสริมให้มีการเรียนรู้ พัฒนาต่อเนื่อง ในการจัดการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับ บริบท และชุมชน (Context Base, CQI)	เสริมคุณค่าการทำงาน การจัดการบริการที่ จำเป็นตามบริบท (Appreciation & Essential Care)
การให้ประชาชน ชุมชน มีส่วนร่วม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	

ตารางแสดงการเปรียบเทียบระหว่าง PCA และ DHS



กล่าวโดยสรุปทั้ง PCA และ DHS ต่างมีเป้าหมายเดียวกัน และให้ความสำคัญกับการดำเนินการและการพัฒนาตามบริบทขององค์กร และบริบทของชุมชน ภายใต้กลไกที่แตกต่างกัน PCA ใช้กลไกให้องค์กรเกิดการทบทวน เรียนรู้ มองเห็นตัวเอง เพื่อการดำรงอยู่ร่วมอย่างเกื้อกูลกับทุกภาคส่วนในอำเภอ ส่วน DHS ใช้กลไกเสริมคุณค่าการทำงานของคนทำงานภายใต้หลักการของ UCARE และหากต้องการให้เกิดระบบคุณภาพปฐมภูมิในบริบทของระดับอำเภอ DHS-PCA จึงเป็นเครื่องมือที่ทำนายของระบบการพัฒนาคุณภาพที่แท้จริงและมุ่งสู่กระบวนการอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการของประชาชน โดยการพัฒนาต่อยอดในอนาคตให้มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น เมื่อการพัฒนาภายใต้แนวทางการทบทวน ประเมิน เพื่อการพัฒนาต่อยอด DHS-PCA จนระดับคะแนนตามแนวทาง U-CARE ในทุกประเด็นได้ในระดับ 2.5 หรือ 3 จะสามารถต่อยอด โดยขอการประเมิน PCA มาที่ทีมประเมินภายนอกเพื่อประเมินให้ได้รางวัลต่อไป

คำถามที่พบบ่อย

1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS/รสบ.) แตกต่างจาก คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อย่างไร

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS/รสบ.)	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)
<p>โครงสร้างของ รสบ. เกิดจากการยอมรับว่าปัญหาสาธารณสุขมีหลายด้านในปัจจุบัน ไม่สามารถแก้ไขด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงด้านเดียว แต่ควรเป็นการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม</p>	<p>โครงสร้าง การบริหารจัดการ คปสอ. ส่วนใหญ่ ประกอบด้วย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>
<p>มีการใช้ทรัพยากรโดยยึดปัญหาตามบริบทของพื้นที่โดยไม่มีกำแพงกัน และมีการดึงทรัพยากรจากภาคส่วนอื่นๆ และชุมชน</p>	<p>คปสอ. เป็นคณะกรรมการที่มีบทบาทหลักเพื่อการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขในระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากรงบประมาณ และวัสดุ-ครุภัณฑ์</p>
<p>การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน เป็นส่วนที่สำคัญที่ขับเคลื่อน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน</p>	<p>องค์กร คปสอ. ที่สำเร็จหรือขับเคลื่อนได้ดี ส่วนใหญ่ฝากไว้กับการเห็นความสำคัญของ ผอ.รพช. และ สสอ.</p>
<p>รสบ. สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้บุคลากรมีความภาคภูมิใจและรับรู้คุณค่าในงานของตนเอง</p>	<p>“ปรากฏการณ์ 2 นคราสาธารณสุข” ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ทำให้ความสัมพันธ์ในการทำงานระดับอำเภอผ่านกลไก คปสอ. มีความยากลำบากมากขึ้น</p>

2. ทำ DHS/รสบอ. ทำไปทำไม / ทำ DHS/รสบอ. แล้วได้อะไร ทำแล้วดีอย่างไร /

ทำไปทำไม.....ทำไปเพราะที่ผ่านมาสังคมมีปัญหาในการบริหารจัดการ การรับบริการ และการดูแล ด้านสุขภาพ อีกทั้งมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของ สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว DHS/รสบอ.จึงต้องการให้สังคมรับรู้สุขภาพเป็น เรื่องของทุกคน ปัญหาสุขภาพจะคลี่คลายลงได้ต้องอาศัยพลังของการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วนในระดับอำเภอที่เชื่อว่ามีพลังอำนาจมากพอที่จะผลักดันให้การ บริหารจัดการสุขภาพ ของประชาชนร่วมกันได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นพลังกาย-ใจ- ความคิด-ปัญญา พลังทางการบริหาร-ทางเศรษฐกิจ-ทางการเมือง-ทางสังคม... ตลอดจนพลังทางจิตวิญญาณ

ทำแล้วได้อะไร/ทำแล้วดีอย่างไร...

ได้ความร่วมมือ ร่วมใจ ความภาคภูมิใจ และมีความสุขในการจัดการ ปัญหาสุขภาพของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วน ตั้งแต่หน่วยงานสาธารณสุขที่เด่นด้านการรักษาฟื้นฟู คือ โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ที่เด่นด้านการส่งเสริม ป้องกัน โดยสามารถทลายกำแพง ที่ไม่มีใครนำใคร แต่ทำให้สองส่วนมาจับมือเดินไปพร้อมกันร่วมกับภาคประชาชน ท้องถิ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในระดับอำเภอถือว่าเป็นจุดเห็นคุณค่าอันสำคัญ ที่เอื้อให้เกิดความสำเร็จในการเชื่อมโยงของการบริหารจัดการ ทั้งในระดับล่างจาก ตำบลลงไปถึงชุมชนและระดับบนตั้งแต่จังหวัดขึ้นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชน เข้าใจบทบาทในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพและสามารถพึ่งตนเองได้

3. ทำอย่างไรให้การพัฒนา DHS/รสบอ. เกิดความยั่งยืน

หากความยั่งยืนแปลว่า มั่นคงและการพัฒนาต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือ คนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอต้องเข้าใจแก่นแท้ของการพัฒนา DHS/รสบอ. ที่มีเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคน การพัฒนาระบบการจัดการ รวมทั้งการสร้างร่วมมือแบบภาคีหุ้นส่วนที่เท่าเทียม เห็นโอกาสทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เพื่อนำไปสู่ระบบบริการและระบบสุขภาพ ชุมชนต่อไป โอกาสทางนโยบาย DHS/รสบอ. ที่เข้มแข็งจะทำให้ทุกภาคส่วนเห็น ทิศทางและการสนับสนุนที่ชัดเจนมากขึ้นสามารถส่งผลต่อความยั่งยืนได้ต่อไป

4. ทำ DHS/รสบ. อย่างไร ให้ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

การทำ DHS/รสบ. อาจจะทำได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณเดิมที่แต่ละอำเภอมีอยู่แล้วเลยก็ได้ หากพวกเราทุกคนได้มีโอกาสหันมาทบทวน หันมามองทุนในพื้นที่ที่เราอยู่ว่า ในพื้นที่ของเรามีอะไร ใครทำอะไรได้บ้าง เราจะช่วยกันได้อย่างไร เชื่อว่าหากมีการพูดคุย หากมีการหันมามองสิ่งรอบๆ ตัวที่มีอยู่ ในการพัฒนา รสบ. อาจจะไม่ต้องใช้งบประมาณใดๆ มากมาย หรือเปลืองๆ อาจจะไม่ต้องใช้งบประมาณจากที่ใดๆ เลย แต่อาจจะได้งบประมาณและทรัพยากรจากชุมชน รวมถึงพวกเราทุกๆ คน ช่วยกันหยิบยื่นในสิ่งที่เรามี

5. ODOP (One District One Project) หมายถึงอะไร

ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่เป็นปัญหาพร้อมและมีการแก้ไขปัญหาร่วมกันของทุกภาคส่วน

คำอธิบาย : คำว่า One District One Project/Program: ODOP ถูกนำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (Trigger) เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆ และประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป ซึ่งในการขยายผลดังกล่าวอาจจะเรียกรวมๆ ว่า แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (Community Health Development Program-CHDP)

6. Essential Care / ODOP ทำประเด็นอื่น นอกเหนือจาก 10 ประเด็น ที่ปรากฏในกรอบแนวคิดเดิมของหนังสือ ระบบสุขภาพอำเภอ ฉบับขับเคลื่อนประเทศ (ปี พ.ศ.2555) ได้หรือไม่

สามารถทำประเด็นอื่นได้หากเป็นความจำเป็นโดยใช้ข้อมูลจากพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การเลือกประเด็นสุขภาพขึ้นมายับเคลื่อนพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันนั้น ควรมีหลักการเบื้องต้นจากการใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพ/ข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ตนเองมาวิเคราะห์ร่วมกันก่อน เพื่อให้การวางแผนขั้นต่อไป ตอบสนองต่อสภาพปัญหาหรือสถานะที่ชุมชนท้องถิ่นเป็นอยู่ เป็นตามบริบท สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิต ตามแนวคิดกระบวนการเรียนรู้จากปัญหาโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context based learning) ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจึงมักเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็น (Essential service) และเป็นเรื่องพื้นฐานที่ประชาชนคาดหวังว่าจะได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่อง สามารถได้รับการดูแลได้ทุกที่ ทุกสถาน

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ)

ภาคผนวก

แนวทางการทบทวน ประเมิน เพื่อการพัฒนาต่อยอด DHS - PCA

การประเมินคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือ คปสอ. หรือ CUP ก่อนหน้านี้มีรูปแบบการประเมินที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ มากมาย ส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบ Check List ว่า มี/ไม่มี ทำ/ไม่ทำ ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมักไม่มองว่า เพราะอะไรจึงเกิดปรากฏการณ์ของการ มี/ไม่มี ทำ/ไม่ทำ ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์

เพราะอะไรจึงควรที่จะมีการมองให้ลึกลงไปกว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของการ มี/ไม่มี ทำ/ไม่ทำ ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์ หลายครั้งเมื่อพบว่าเครือข่ายบริการปฐมภูมิหนึ่ง ไม่มี ไม่ทำ และไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด การมองให้ลึกลงไปว่าอะไรทำให้เกิดปรากฏการณ์เช่นนี้ จะทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริงที่พื้นที่กำลังเผชิญอยู่ อาจนำมาสู่การพูดคุยหาทางออกร่วมกันระหว่างพื้นที่และผู้ประเมิน หรือผู้เยี่ยมสำรวจก็เป็นได้ การมองให้ลึกไปกว่าสิ่งที่ผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมสำรวจเห็น อาจนำมาซึ่งการรับรู้ที่นำไปสู่ความเข้าใจในความเป็นตัวตนและสถานการณ์ของพื้นที่นั้นๆ อย่างแท้จริง ทำให้ที่แสดงถึงการรับรู้และเข้าใจความเป็นตัวตนที่แท้จริงของพื้นที่นั้นๆ ว่า มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงของแต่ละพื้นที่ในสถานการณ์ที่เขาติดขัด อัดคัด ลำบาก เป็นกระบวนการหนึ่งในการประเมินตามแนวทางของ DHS-PCA เพราะก่อนที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไปดูแลประชาชน เจ้าหน้าที่เหล่านั้นควรจะได้รับการดูแลก่อน การเข้าใจและรับรู้สิ่งที่เขาดำรงอยู่เป็นกระบวนการหนึ่งๆ ที่เรียกว่า การดูแลกันและกัน (Caring) ที่ไม่ใช่การตัดสินว่า ไม่มี ไม่ทำ และไม่ผ่านเกณฑ์

ส่วนในสถานการณ์ที่เครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นๆ สามารถดำเนินการขับเคลื่อนงานต่างๆ ได้ จนมี ทำ และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดต่างๆ นั้น การมองให้ลึกไปกว่าปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่ยังคงสำคัญเช่นกัน ว่าเขาลำบากอย่างไร ต้องใช้ความพยายามอย่างไร เขาผ่านอะไรมาบ้างจนมาเป็นเขาในทุกวันนี้ การมองและให้ความสำคัญกับที่ไปที่ไปเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญของการให้คุณค่า (Appreciation) กับความพยายาม ความลำบาก ความสามารถที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ของการมี ทำ และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดต่างๆ

กล่าวโดยสรุปแนวทางการทบทวน DHS-PCA นี้ เน้นแนวทางการเยี่ยมสำรวจด้วยกระบวนการดูแล (Caring) และการให้คุณค่า (Appreciation) ในสิ่งที่เครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นๆ เป็นอยู่ ไม่ใช่การตัดสินหรือเพียงแค่อื่นชมโดยปราศจากการให้คุณค่า เหล่านี้คือเจตจำนงที่แท้จริงของการทบทวนหรือเยี่ยมสำรวจตามแนวทางของ DHS-PCA คณะผู้ทบทวนหรือผู้เยี่ยมสำรวจมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าให้พื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิทุกพื้นที่วางใจ และสบายใจ ไม่ต้องเปลี่ยนวิถีและความเป็นตัวตนที่เป็นอยู่เพื่อตอบโจทย์ของผู้ทบทวนหรือผู้เยี่ยมสำรวจ ขอให้พื้นที่ภูมิใจในสิ่งที่เป็นตัวเรา และขอให้ผู้ทบทวนและผู้เยี่ยมสำรวจได้เห็น และรู้จักตัวตนที่แท้จริงของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ด้วยการนำเสนอข้อมูลแลสถานการณ์จริงของพื้นที่อย่างเต็มภาคภูมิ



เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง U-CARE

1	<p>มีแนวทางที่ชัดเจนและ/หรือเริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็น อย่างไร)</p>
2	<p>มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม</p>
3	<p>ดำเนินการอย่างเป็นระบบและ/หรือมีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการ ที่สำคัญและ/หรือมีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)</p>
4	<p>มีการทบทวน ประเมินผล และปรับปรุง โดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อ ปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่ อย่างไร มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียน ไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)</p>
5	<p>มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ ความสอดคล้องกับ กระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้อง กับเป้าหมายของเครือข่าย บริการปฐมภูมิ)</p>

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มต้นการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียบรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ			
Unity Team	มีแนวทางที่จะ ทำงานร่วมกัน และดำเนินงาน ตามหน้าที่ใน ส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงาน ร่วมกันเป็นทีม ในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคส่วน ร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิด วางแผนและ ดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคส่วน ร่วมด้วยบางส่วน	fully integrate เป็นโครงข่ายทีม เดียวกัน ทั้งแนว ตั้งและแนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วน ร่วมด้วย	บูรณาการ ภาคส่วนต่างๆ รวมเป็นทีมกับ เครือข่าย สุขภาพ ในทุก ประเด็น สุขภาพสำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีมภายในหน่วยงาน เดียวกัน (ทีม รพ.กับ รพ., ทีม รพ. สด. กับทีม รพ.สด., ทีม ระหว่างหน่วยงาน (ทีม รพ.กับ รพ.สด.), ทีมแคว้นตั้งและ ทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้าม หน่วยงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)			
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5

UCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือเริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ		
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ครอบคลุมครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่นำมาแก้ไขปรับปรุงระบบงาน	มีการเรียนรู้และพัฒนาของทางบริการรับรู้อย่างรวดเร็ว แต่ละกลุ่มให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธาผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ (Health Need) หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู) และ unmet need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)		
	0.5	1	2	2.5	3	3.5	4	4.5

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ				
	มีแนวทาง หรือ เริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย หน่วยงานร่วม ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ ใน งานที่หลากหลาย และขยายวง กว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วน ร่วมคิด ร่วม ดำเนินการ ด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบกับ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ และมี การขยายวงได้ ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และภาคี เครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพ และ มีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการ มีส่วนร่วมให้ เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย ร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการ ประเมินผล จนรวมเป็น เจ้าของการ ดำเนินงาน เครือข่าย บริการปฐมภูมิ	ระดับของการมีส่วนร่วม: ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล				
Community Participation	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ			
Appreciation	มีแนวทางหรือ วิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการ ในการดูแลสุขภาพ พัฒนา และ สร้างความ พึงพอใจของ ทีมงานและ เครือข่าย	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิถี การในการดูแล พัฒนา และ สร้างความ พึง ใจของทีมงาน และ เครือข่าย เพิ่มขึ้นในแต่ละ หน่วยงาน หรือ ในแต่ละระดับ	ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิถี การดูแลพัฒนา และสร้าง ความพึง พอใจและความผูกพัน (engagement) ของทีมงานและ เครือข่ายให้ สอดคล้องกับ ภารกิจที่จัดทำเป็น อย่างเป็นระบบ	เครือข่ายสุขภาพมี การเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพันของ ทีมงานและ เครือข่ายให้ สอดคล้อง กับบริบท	สร้างวัฒนธรรม เครือข่ายให้ ทีมงานและ เครือข่ายมี ความสุข ภูมิใจ รักรู้ คุณค่าและเกิด ความผูกพันใน งานของ เครือข่าย บริการปฐมภูมิ	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่ทีมงานและ เครือข่ายมีความกระตือรือร้น ในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุ พันธกิจขององค์กร			
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มต้นการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็น ระบบและ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือ เริ่มวางแผนการ ใช้ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนากลยุทธ์ ร่วมกัน เพื่อ สนับสนุนการ พัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน	มีการดำเนินงาน ร่วมกัน ในการ ใช้ทรัพยากร และ พัฒนา บุคลากรในบาง ประเด็น หรือ บางระบบ	มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนากลยุทธ์ ร่วมกันอย่างเป็น ระบบและ ครอบคลุม ตาม บริบท และ ความ จำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้ บรรลุตามเป้าหมาย ของเครือข่าย สุขภาพ	มีการทบทวนและ ปรับปรุงการ จัดการทรัพยากร และ พัฒนากลยุทธ์ ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากร ร่วมกันโดยยึด เป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ (ไม่จำกัดพื้นที่ และมีค่าใช้จ่าย ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผล ให้เกิดระบบ สุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่ง เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงาน

UCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มต้นการ เริ่มต้นดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ				
Essential Care	มีแนวทาง หรือ เริ่มต้นดำเนินการ จัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐานที่ จำเป็นในแต่ละ กลุ่ม ตามบริบท ของชุมชน	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพตาม บริบท และตาม ความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชน และ ชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มี ภัยพิบัติสูง	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท ตามความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละ กลุ่ม และชุมชนที่ ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัด ระบบดูแลสุขภาพ และพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้ เกิดการดูแล สุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ อย่างบูรณาการ ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาค ส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมี สถานะสุขภาพดี	Essential Care หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น สำหรับประชาชน โดย สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ				
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

กองบรรณาธิการ

1. นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงศ์สุกิจ
2. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร
3. นพ.ปิวิตร วณิชชานนท์
4. นพ.สุธี สุคติ
5. นพ.สิริชัย นามทรศนีย์
6. นพ.กฤตพงษ์ โจรินวิภาต
7. นพ.วิศรุต เจริญพันธ์
8. พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์
9. อาจารย์อภากาศ สุบัญญัติ
10. ทญ.วารภรณ์ จิระพงษา
11. คุณจุฬาดา สุขุมลวรณ
12. คุณบำรุง ชลเดช
13. ดร.นพดล บุญเปล่ง
14. ดร.อัจฉรา อ่วมเครือ
15. ดร.วรเดช ช่างแก้ว
16. ดร.อุไรรัชต์ บุญแท้
17. ดร.ธัญพร ชื่นกลิ่น
18. คุณสถาพร แถวจันทัก
19. ดร.ธีรนนท์ วรรณศรี
20. ดร.วุฒิพงษ์ ภัคดีกุล
21. อ.นิติกร ภูสุวรรณ
22. คุณนิตยา ไชตินอก
23. คุณเบญญาภา มโนธรรม
24. คุณคนึงนิจ หุตะวัฒนะ
25. คุณนุชนางค์ ภูสันติ
26. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์
27. คุณลดาวัลย์ นกหมุด
28. คุณวิวรรณ เอกรินทรากุล
29. คุณเอื้อมพร จันทร์ทอง
30. คุณอุษาคี เพ็งพารา

- ผอ.รพ.สมเด็จพระราชินีนาถ อำเภอนาทวี สงขลา
 ผอ.รพ.แก่งคอย สระบุรี
 ผอ.รพ.สตูล ละงู
 ร.พ.วารินชำราบ อุบลราชธานี
 ร.พ.สมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ กาฬสินธุ์
 ผอ.รพ.น่าน้อย น่าน
 ผอ.รพ.โนนสัง หนองบัวลำภู
 โรงพยาบาลองค์รักษ์ นครนายก
 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)
 สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ชลบุรี
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี
 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี
 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี
 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตฯ สกลนคร
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตฯ สกลนคร
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
 สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
 สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

สาส์นจากคณะทำงาน...

การขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในห้วงเวลาที่ผ่านมานี้ ได้ก่อให้เกิดรูปธรรมของนวัตกรรมของการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ ในการจัดการกับปัญหา ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง โรคติดเชื้อ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม บนความร่วมมือร่วมใจกันของภาคส่วนต่างๆ บทเรียนดังกล่าว ก่อให้เกิดประกายความหวัง ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ที่จะเป็จุดแตกหักในการยกระดับคุณภาพบริการ สาธารณสุขของประเทศอีกครั้งหนึ่ง ด้วยอาศัยฐานปรัชญาของการจัดการและพึ่งตนเอง ด้วยความร่วมมือ ร่วมใจ ประสานพลังของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ

อาจกล่าวได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ใหม่ในระบบสุขภาพของไทย ที่บุคลากร สาธารณสุข ทีมสุขภาพ รวมไปถึงชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ได้ร่วมกันเรียนรู้จากชุมชนและสู่ชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้ นอกจากจะเกิดองค์ความรู้ ที่ได้รั้บจากการแลกเปลี่ยนในเครือข่ายแล้ว ประสบการณ์การเรียนรู้ เป็นผลพลอยได้ที่สำคัญ ที่สนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพ สิ่งที่ทำหยาต่อไป คือการกระจายและขยายเครือข่ายออกไปมากขึ้น เชื่อมโยงกับเครือข่ายอื่นๆ การถอดองค์ความรู้ การจัดการความรู้ ให้เข้มข้นในเนื้อหา สร้างคลังความรู้ สร้างทีมสุขภาพที่สามารถสนับสนุนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อก้าวไปสู่ชุมชนเข้มแข็ง ให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น จนครอบคลุมทั่วประเทศ

เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอขยายคุณภาพการดำเนินงานและขอบข่ายการทำงานให้กว้างขวางขึ้น เกิดเป็นความหมายใหม่ของเครือข่ายสุขภาพ คณะทำงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกับผู้ทรงวุฒิจากหลากหลายสาขาวิชาและทีมวิชาการด้านสาธารณสุข ได้จัดทำหนังสือ “การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) ฉบับประเทศไทย” ด้วยความมุ่งหวังว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเข้าใจให้ลึกซึ้งและเป็นไปในทิศทางเดียวกันของผู้บริหาร ตลอดจนผู้ปฏิบัติงาน ที่ต่างมีเป้าหมายประสงค์ในการทำงานด้านสุขภาพเพื่อประชาชนต่อไป

คณะทำงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ