

รายงานผลงานรุ้น (Practical Project)
เรื่องแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager)
กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เสนอ

ประธานกรรมการดำเนินโครงการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารการพยาบาล
เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านบริหารอนามัย รุ้นที่ ๒

โดย

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารการพยาบาล
เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านบริหารอนามัย รุ้นที่ ๒

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารการพยาบาล
เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านบริหารอนามัย รุ้นที่ ๒
กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีวัตถุประสงค์ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดให้มีหลักเกณฑ์ การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและ ภาคประชาชน กรุงเทพมหานคร ประเด็นสำคัญหนึ่งคือกายกระดับศูนย์บริการสาธารณสุขเป็น Area Manager เต็มรูปแบบ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิจะมีการจัดระบบและดำเนินการครอบคลุม ทั่วประเทศในรูปแบบ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” และ “เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” แต่การพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิเองก็ยังคงเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมที่สำคัญหลักคือ การเข้าถึง บริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นแต่คุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน และความ ท้าทายของปัญหาสุขภาพประชาชนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (Non-Communicable Diseases) ที่พบสูงมากขึ้นทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เป็นความท้าทายที่ผู้ที่ทำหน้าที่เป็น Area manager ในการดำเนินงาน ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร ที่จะต้องนำมาออกแบบระบบสุขภาพพร้อมกันกับ ทุกภาคส่วนให้สอดคล้องกับบริบทความท้าทายของสุขภาพประชาชน

จากการศึกษาแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) กรณีโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้ Six Building Block Plus One เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งในแต่ละ Block คือระบบย่อยที่จะพัฒนาสู่ระบบใหญ่เป็นกรอบ แนวคิดที่พิจารณาแล้วว่ามีเหมาะสมที่จะนำมาพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิพื้นที่ เพราะมีความชัดเจน ครอบคลุม และเหมาะสมบริบทของกรุงเทพมหานคร Six Building Block Plus One เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ประชาชน และหน่วยงานต่างๆ รวมถึงผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) ใช้ในขับเคลื่อนไปสู่ระบบสุขภาพที่พึง ประสงค์โดยประกอบด้วยระบบย่อยดังนี้ ๑) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ๒) การจัดบริการสุขภาพ ๓) กำลังคนด้าน สุขภาพ ๔) สารสนเทศด้านสุขภาพ ๕) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ๖) การเงินการคลังและการแบ่งปัน ทรัพยากร ๗) ระบบสุขภาพชุมชน ในการจัดรูปแบบบริการประชาชนทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) ได้อย่างมีคุณภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้น

สารบัญ

บทที่ ๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บทที่ ๒ ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ ๓ วิธีการดำเนินการศึกษา

บทที่ ๔ สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บรรณานุกรม

กองการพยาบาลสาธารณสุข

บทที่ ๑ บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีวัตถุประสงค์กำหนดคกลไก การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดให้มีหลักเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน มีกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิและภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับผู้รับบริการและพื้นที่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ปิงปประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗ มีเป้าหมายยุทธศาสตร์ ให้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเด็นสำคัญหนึ่งคือการยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุขเป็น Area Manager เต็มรูปแบบทั้ง ศบส. ๖๙ แห่ง โดยมีนโยบายพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้มีหน่วยบริการที่ทำหน้าที่ Area manager คือหน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำภาครัฐ ที่มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดได้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย ให้มีบทบาทหน้าที่หลักๆในการบริหารจัดการเครือข่ายบริการเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ ได้รับการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงบริการง่าย จัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่น โรงพยาบาลในพื้นที่ จำนวน ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน ต่อแห่ง โดยให้การดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่ในเขต ร่วมกับหน่วยร่วมบริการได้แก่ ร้านขายยา คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์ คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกกายภาพบำบัด ซึ่งเดิมที่หน่วยร่วมบริการเหล่านี้ มีส่วนร่วมให้บริการ แต่จะไม่ได้รับการจัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมาย ประชาชนสามารถเข้ามารับบริการได้ด้วยตนเอง หน่วยบริการร่วมให้บริการจะรับค่าตอบแทน จากผลงานการให้บริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพชาติเขต ๑๓ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนเป็นคลินิกที่เป็นอิสระ บางแห่งเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครซึ่งปัจจุบันมีมากกว่า ๑๖๒ แห่ง ส่วนใหญ่มีบทบาทสำคัญเฉพาะการรักษาพยาบาลเป็นหลัก บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมักค่อนข้างจำกัด แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้ง ๔ มิติเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิจะมีการจัดระบบและดำเนินการครอบคลุม ทั่วประเทศในรูปแบบ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” และ “เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ตามพระราชบัญญัติฯ แต่การพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิเองก็ยังคงเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมที่สำคัญหลักคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นแต่คุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน และความท้าทายของปัญหาสุขภาพประชาชนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (Non-Communicable Diseases) ที่พบสูงมากขึ้นทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย จากการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Service Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยตายโรค NCDs มีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ อัตราป่วย

ด้วยโรคความดันโลหิตสูง และ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน นับตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ ถึงปี ๒๕๖๒ โดยอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า มีอัตราที่เพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุ โดยพบกลุ่มคนวัยทำงานป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และพบในคนอายุน้อยลงเป็นลำดับ โดยสัดส่วนการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงเกินร้อยละ ๕๐ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, ๒๕๖๒) สถานการณ์ในประเทศไทย มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง ๓ แสนคนต่อปี ขณะที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเอง จนสามารถควบคุมภาวะโรคได้เป็นปกติทำได้เพียงร้อยละ ๒๓.๕ จากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานครพบสูงขึ้นทุกปีเช่นกันปี ๒๕๖๑ พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง ๒๒๔๕.๐๙ และโรคเบาหวาน ๑๔๒๓.๕๑ ข้อมูลจากกองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒๐,๑๐๐ คน ปี ๒๕๖๕ เพิ่มขึ้นเป็น ๒๒,๗๒๑ คน เช่นกันมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๗,๕๑๘ คน ปี ๒๕๖๕ เพิ่มขึ้นเป็น ๒๐,๔๐๒ คน ซึ่งปัญหาสาธารณสุขดังกล่าวยังก่อผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป ความสูญเสียทางสังคมจากการขาดงานและปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่จากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) และต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ดูแล เป็นความท้าทายที่ผู้ที่ทำหน้าที่เป็น Area manager ในการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร ที่จะต้องนำมาออกแบบระบบสุขภาพร่วมกันกับทุกภาคส่วนให้สอดคล้องกับบริบทความท้าทายของสุขภาพประชาชน เพราะระบบการดูแลสุขภาพในแบบปัจจุบันยังมีข้อจำกัด เนื่องจากมีการทำงานแบบเป็นการรวมศูนย์ บทบาทการทำงานส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานสาธารณสุขและของภาคราชการ ที่อาจมีมุมมองไม่กว้างขวาง ทำให้หลายนโยบายและการดำเนินการด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการในพื้นที่เท่าที่ควร ในขณะที่ภาคส่วนอื่นๆ ยังเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพน้อย ควรสนับสนุนให้ประชาชนและทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมกันสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ มีคุณภาพและยั่งยืน การใช้กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นสากลโดยองค์การอนามัยโลกคือระบบสุขภาพ Six Building Block ซึ่งในแต่ละ Block คือระบบย่อยที่จะพัฒนาสู่ระบบใหญ่เป็นกรอบแนวคิดที่พิจารณาแล้วว่ามีเหมาะสมที่จะนำมาพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิพื้นที่กรุงเทพมหานครเพราะมีความชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสมบริบทของกรุงเทพมหานคร และยังได้เพิ่มอีกระบบย่อยเข้ามาคือระบบสุขภาพชุมชน รวมเป็น Six Building Block Plus One เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ รวมถึงผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) ใช้ในขับเคลื่อนไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์โดยประกอบด้วยระบบย่อยดังนี้ ๑) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ๒) การจัดบริการสุขภาพ ๓) กำลังคนด้านสุขภาพ ๔) สารสนเทศด้านสุขภาพ ๕) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ๖) การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร ๗) ระบบสุขภาพชุมชน

ผู้ศึกษาได้ตระหนักและเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้สนใจศึกษาแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้ Six Building Block Plus One เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยนำมาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) กรุงเทพมหานคร ในการจัดรูปแบบบริการประชาชนทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานของศูนย์บริการสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในบทบาทผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager)
๒. เพื่อเป็นแนวทางการนิเทศ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ผลการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการให้เป็นไปตามเป้าหมายของคณะกรรมการ Area Manager

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารการพยาบาลเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพด้านบริหารอนามัย (ผบพ. ๒) ในช่วงเวลาเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม ๒๕๖๖

นิยามศัพท์เฉพาะ

๑. ผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) หมายถึง ผู้บริหารจัดการพื้นที่ ที่ได้ออกแบบให้มีความสามารถจัดการทั้งระบบบริการสุขภาพและข้อมูลในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเกิดการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายบริการสุขภาพ ประชาชนเชื่อมั่นในคุณภาพและความปลอดภัย นำไปสู่การทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำภาครัฐที่มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย ทั้ง ๖๙ แห่ง
๒. ศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย เป็นหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ครอบคลุม ๔ มิติ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันและการควบคุมโรค ด้านการรักษาในระดับปฐมภูมิ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ปัจจุบันมีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด ๖๙ แห่ง กระจายอยู่ในทั้ง ๕๐ เขต ทั่วกรุงเทพมหานคร
๓. เครือข่าย หมายถึง เครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพ อาจจะเป็นหน่วยบริการหรือบุคคล ดังนี้
 - ๑) หน่วยบริการที่รวมตัวและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นร้านยาชุมชนอบอุ่น คลินิกกายภาพบำบัด
 - ๒) บุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือหรือจัดบริการร่วมกัน ซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข Caregiver
๔. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases /NCDs) หมายถึง โรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค และไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วยในการศึกษานี้หมายถึง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง

๕. Six Building Block Plus One หมายถึง แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ที่พึงประสงค์ประกอบด้วย ๑) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership & Governance) ๒) ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery) ๓) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ๔) ระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information System) ๕) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Medical products, vaccines & Technologies) ๖) การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (health system finance) ๗) ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System)

กองการพยาบาลสาขา

บทที่ ๒

ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รายงานการศึกษาแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) ในครั้งนี้คณะผู้ศึกษาได้ทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีสาระสำคัญที่ครอบคลุมประเด็นดังนี้

๑. Area Manager
๒. แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ที่พึงประสงค์ด้วย Six Building Block Plus One
๓. บทบาทศูนย์บริการสาธารณสุขในการเป็น Area Manager กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

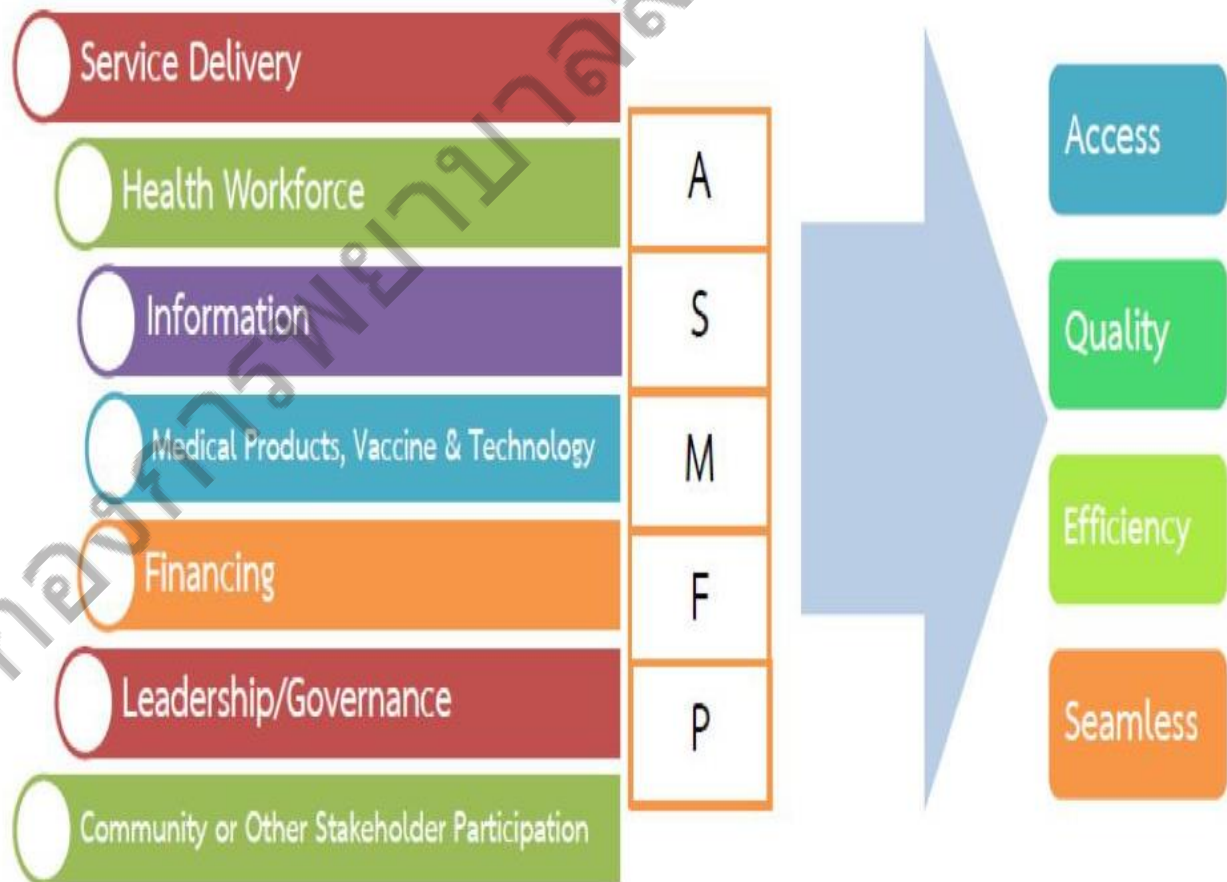
๑. Area Manager (ลลิตยา กองคำ ,๒๕๖๕) ลลิตยา กองคำ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้คำจำกัดความ Area Manager หมายถึง ผู้บริหารจัดการพื้นที่ ที่ได้ออกแบบให้มีความสามารถจัดการทั้งระบบบริการสุขภาพและข้อมูลในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเกิดการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายบริการสุขภาพ ประชาชนเชื่อมั่นในคุณภาพและความปลอดภัย นำไปสู่การทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

๒. แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ที่พึงประสงค์ด้วย Six Building Block Plus One

ประเทศไทยมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบและแนวทางด้านระบบสุขภาพที่เหมาะสม มีการแบ่งหมวดหมู่องค์ประกอบตามบริบทไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มการบริหารระบบประกันสุขภาพเขต มีปรับบทบาทการนำสุขภาพโดยแต่งตั้งคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ (National Health Delivery Board) ปรับบทบาทหน้าที่หน่วยงานรองรับระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิด ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ และจัดหน่วยบริการให้มีศักยภาพดูแลสุขภาพเบ็ดเสร็จ (Complete Care Service) สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพเบ็ดเสร็จไร้รอยต่อ (Seamless Complete Service Network) ภายใต้การบริหารของคณะกรรมการพื้นที่สุขภาพ (Area Health Board) และสำนักงานสาธารณสุขเขตครอบคลุม ๑๒ เขต (สุรเดช ประดิษฐ์บาทูภา, ๒๕๕๕) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยนายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล,๒๕๕๗) ได้วิเคราะห์วิจัยเพื่อยืนยันผลการดำเนินงานการกำหนดกรอบพัฒนาระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ มีความสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) (World Health Organization; WHO ,๒๐๑๔) ที่กำหนดกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ (WHO Health System Framework) ที่เรียกว่า Six Building Blocks of A Health System หรือ ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๒) มีแนวคิดการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ สุขภาพทางกาย ทางใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิด Intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย (Quality and Safety) อันจะส่งผลให้เกิด Outcome ของระบบสุขภาพ ๔ ด้าน คือ ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น (Improve health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การป้องกันความเสี่ยงทางดานสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (Social and Risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ (Improved efficiency) โดยมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก ๖ ประการ (๖ Building Blocks of Health System) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาด้านแบบ

การยกระดับการให้บริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และปลอดภัย ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีให้กับประเทศชาติในเรื่อง การจัดการระบบสุขภาพของแต่ละอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) เรียกว่า Six Building Blocks Plus One (ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ, ๒๕๖๖) มีรายละเอียดดังนี้

กระบวนการทำงาน 7 Building Blocks



แผนภูมิที่ ๑ แสดงกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ Six Building Blocks Plus One

๒.๑ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

ภาวะผู้นำองค์กรและระบบธรรมาภิบาล เป็นหัวใจสำคัญในการกำหนดขอบเขตทิศทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายให้สำเร็จ บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี โดยผู้นำกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่ชัดเจน ตรงประเด็น สอดคล้องกับปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากภาคีเครือข่ายมีมากมาย หลากหลายกลุ่มทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่

จึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่ผู้นำต้องให้ความสำคัญและใช้องค์ความรู้ด้านจิตปัญญาศึกษา เพื่อรับฟังปัญหา อุปสรรคของเครือข่ายอย่างลึกซึ้ง และเข้าใจศักยภาพความหลากหลายของเครือข่าย ใช้ทักษะผู้นำเชิงบวกเพื่อ บูรณาการความร่วมมือจากเครือข่ายทุกภาคส่วนบริการให้เกิดการเชื่อมประสานกันในการจัดบริการสุขภาพให้เข้าถึง ประชาชนในพื้นที่ และกำหนดกลไกการดำเนินงานที่เหมาะสมในการกำกับ ติดตาม ควบคุม คุณภาพการดูแล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น ส่งผลให้ระบบสุขภาพเกิดความสมดุลและยั่งยืนของประเทศ

บทบาทในการกำกับ ติดตาม นิเทศ ภาคีเครือข่าย

๑. จัดประชุมที่มระบบสุขภาพและภาคีเครือข่าย ทุก ๔ เดือน เพื่อคืนข้อมูลและติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
๒. ทีมนิเทศระบบสุขภาพร่วมกับคณะกรรมการภาคีเครือข่าย จัดระบบการควบคุมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยการนิเทศน์ที่คลินิก/สถานบริการ ๒ ครั้ง/ปี
๓. ประสานงานและควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผ่านกลุ่มไลน์ “NCDs ระดับพื้นที่เขต”
๔. สุ่มตรวจพื้นที่/เยี่ยมติดตาม โดยทีมระบบสุขภาพระดับพื้นที่เขต เมื่อพบปัญหาข้อร้องเรียน เพื่อรวบรวม ข้อมูลที่มีปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
๕. นิเทศติดตามทุก ๑ เดือน โดยคณะกรรมการภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เขต
๖. ติดตามผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และ Caregiver ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน
๗. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ภาคีเครือข่าย ทุก ๓ เดือน

๒.๒ ระบบบริการ (Service delivery)

งานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ต้องเข้ากับ “บริบท” และ “วัฒนธรรม” ในพื้นที่ และมีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายในการจัดการและให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย ซึ่งรวมถึงงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสุขภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษา ข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการได้ แยกบริการรักษาชั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อน และยังครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งมีการจัดการที่ดี เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผล ด้วย จะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มาของกองทุน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ร่วมกันรับผิดชอบ ปลุกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย ดังนั้น จึงต้องมีกรอบและพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และเท่าเทียมกัน

๒.๓ กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) หมายถึง ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่รวมตัวกันมีบทบาทในการให้บริการครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งบุคลากรที่อยู่ในสังกัดโรงพยาบาล-ศูนย์บริการสาธารณสุขภาครัฐ สังกัดโรงพยาบาล-สังกัดสถานบริการภาคเอกชนและชุมชน เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะ แรงจูงใจ และรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพเต็มเวลาหรือทำงานกึ่งเวลา ทำงานเดียวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม โดยมีจำนวนบุคลากรที่ให้บริการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ มีส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังหมายรวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา เพื่อนบ้าน และสมาชิกในครอบครัว เพื่อร่วมกันให้บริการ และให้การดูแลประชาชนของแต่ละพื้นที่ตามความจำเป็นที่ต้องได้รับการหรือได้รับการดูแล โดยให้บริการและให้การดูแลร่วมกันเป็นทีม ทั้งการให้บริการและการให้การดูแลร่วมกันเป็นทีมภายในสถานบริการ และการให้บริการและการให้การดูแลร่วมกันเป็นทีมที่เชื่อมโยงจากสถานบริการ-สู่บ้าน-และในชุมชน

ความสำคัญของกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เพราะนอกจากจะเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากร ยังเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นแหล่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้งานด้านสุขภาพกว้างขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ดังนั้นบทบาทของกำลังคนด้านสุขภาพ จึงเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น อีกทั้งการใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลจากหลายปัจจัย เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ส่งผลให้อัตราการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสหสวรรค์แห่งการพัฒนา(Millennium Development Goals) จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม เท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๔ ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)

ระบบสารสนเทศการมีระบบสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลที่ครอบคลุม มีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และมีคุณภาพ เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการทำวิจัย เพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่างๆ อาทิเช่น งานให้บริการ กำลังคน และกลไกการคลังด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศยังใช้ติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผน สร้างโจทย์ งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ฯลฯ ในการบริหารระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเจริญได้อย่างยั่งยืนนั้น ผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ฐานข้อมูลที่ใช้ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความพร้อม การเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อันได้แก่ อัตราตายและอัตราการเกิดทุพพลภาพ สุขภาวะ ความพิการ รวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการ อาทิเช่น ขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์จากการรักษาเปรียบเทียบจากวิธีที่ต่างกัน ต้นทุนการดำเนินการ ต้นทุนของการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค เป็นต้น

๒.๕ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการทำงานที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยาวัคซีน และเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา อาจกำหนดเป็นบัญชียาและเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ แสดงขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคา สถานภาพการต่อรองราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาดภายในประเทศ ระเบียบการจัดซื้อ การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต้องเน้นมาตรการ “การใช้ยาอย่างเหมาะสม” เพื่อเป็นการลดอุบัติเหตุการฉีดยา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และฝึกอบรมบุคลากร

๒.๖ การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (Health System Finance)

การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ทุกเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย ดังนั้น กลไกการคลังสุขภาพ จึงมิได้หมายถึงแค่มีเงินที่ใช้ในการดำเนินระบบสุขภาพ เช่น เงินงบประมาณ กองทุนต่าง เช่น สปสช./ สสส. ฯลฯ เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อและระบบการให้บริการด้านสุขภาพโดยทั่วไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products; GDP) และตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือนคือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) ต่อรายได้ทั้งหมด

โดยสรุปการบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง รวมถึงทรัพยากรอื่น เพื่อให้มีความพร้อมในการจัดบริการด้านสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีการใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ มีงบประมาณและทรัพยากรเพียงพอ โดยเป็นการจัดการทั้งในหน่วยงานภาคสาธารณสุข หน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ

๒.๗ ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System)

เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกับทุกภาคส่วนโดยบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยกำหนดเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน

เป้าหมายของระบบระบบสุขภาพชุมชน

๑. เป็นสังคมที่เอื้ออาทร ไม่ทอดทิ้งกัน
๒. ให้การรักษาคนที่เจ็บป่วยเล็กน้อย
๓. มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกคน
๔. ชุมชนสามารถควบคุมโรคที่พบบ่อยได้
๕. ชุมชนมีการสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชน

๑. การทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ working relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance)

๒. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน

๓. การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่มุ่งดูตายต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วยจึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็งเกิดกำลังใจ เป็นความสุขและทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้าขณะเดียวกันผู้รับบริการและประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

๔. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนา โดยวิเคราะห์ส่วนขาดและเติมเต็มตามสภาพปัญหา และความต้องการ

ทั้งของบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

๕. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุม ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (๑A๔C) คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

๓. บทบาทศูนย์บริการสาธารณสุขในการเป็น Area Manager กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

๓.๑ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานระดับปฏิบัติการ ในสังกัดสำนักอนามัย ปัจจุบันมี ๖๙ แห่ง ตั้งกระจายทั่วทุกพื้นที่ ๑,๕๖๘.๗๔ ตารางกิโลเมตร ครอบคลุมเขตการปกครองในกรุงเทพมหานครทั้ง ๕๐ สำนักงานเขต มีหน้าที่ความรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้สุขศึกษาแก่ประชาชน โดยให้บริการทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ

จากการทบทวนรายงานผลการศึกษาของสภากรุงเทพมหานคร (สภากรุงเทพมหานคร, ๒๕๖๓) ซึ่งได้แต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ประกอบด้วย สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร และผู้แทนจากหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลนวมินทร์ บริษัทมิตรไมตรีการแพทย์ จำกัด มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และทนายความ โดยกำหนดกรอบประเด็นการศึกษาประกอบด้วย ความเป็นมาระบบปฐมภูมิ ปรัชญาาระบบปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ด้านปฐมภูมิกระบวนการ และการนำไปสู่ความสำเร็จ โครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิ ระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ การพัฒนาบุคลากร เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และการเตรียมเข้าสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในงานบริการปฐมภูมิ และเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยมีการประชุมหารือร่วมกันและเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม จำนวน ๒๒ ครั้ง ครอบคลุมระยะเวลา ๑๘๐ วัน

ผลการศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญ เพื่อศึกษาวิเคราะห์การดำเนินงาน ด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งการเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อมูลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ซึ่งเป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ โดยมีสาระสำคัญในเรื่องที่ศึกษา เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ สรุปดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยบริการของภาครัฐอย่างเข้มข้นพร้อมทั้งในปี ๒๕๓๕ ได้ประกาศนโยบาย “ทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย ๒๕๓๕-๒๕๔๓” เพื่อเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งเชื่อมโยงกับ อสม. ในการผลักดันยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐานทำให้ “ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ” เชื่อมต่อกับ “ระบบสุขภาพชุมชน” สร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง และสามารถลดปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญและเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยคนไทยเพิ่มสูงขึ้น ทิศทางเชิงนโยบายที่สะท้อนหลักการ (core principles) ที่เป็นเครื่องชี้นำการพัฒนา ประกอบด้วยหลักที่หนึ่ง หลักความครอบคลุมของบริการ (Universal Coverage) ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน และมีประสิทธิภาพได้นั้น คนทั้งหมดต้องเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามความต้องการ และไม่มี

ข้อจำกัดเรื่องความสามารถในการจ่าย หลักที่สอง หลักประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered Care) ระบบบริการสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยการทำให้จุดบริการผสมผสานเชื่อมโยง เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชนแบบไร้รอยต่อ ซึ่งระบบสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นจุดยุทธศาสตร์ในการรองรับการเชื่อมต่อ (platform) ที่สำคัญยิ่ง หลักที่สาม หลักนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policies) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชากร ส่วนใหญ่อยู่นอกภาคบริการสาธารณสุขที่เรียกว่า ปัจจัยกำหนดทางสังคม (social determinants of health) นโยบายและการทำงานของภาคส่วนอื่นๆ เช่น การศึกษา การเมือง ระบบเศรษฐกิจ สังคม ล้วนมีผลต่อสุขภาพของประชาชน การดำเนินนโยบายใดๆ ของรัฐทั้งหมดควรตระหนักถึง ผลกระทบทางสุขภาพในทุกๆ นโยบาย (Health in All Policies) หลักที่สี่ หลักภาวะการนำ (Leadership) ซึ่งเชื่อว่าระบบสุขภาพจะต้องปรับเปลี่ยนไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมได้ ต้องการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการสร้างการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน มีการกำกับทิศทางนโยบายที่เข้มแข็ง รวมถึงฝ่ายปฏิบัติงานและประชาชนเอง ที่ต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ของระบบสุขภาพ ทั้งภาครัฐ (รวมถึงท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน

ความเชื่อมโยงของสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว บริการที่ระดับปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ ที่ควรจะดำเนินงานด้วยเนื้อบริการ ที่มีลักษณะเป็นเวชปฏิบัติครอบครัว/เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นหลัก จึงทำให้มีการใช้คำละกันระหว่างบริการระดับปฐมภูมิกับเวชปฏิบัติครอบครัว แต่ที่มาของคำมีความต่างกัน โดยสรุปว่า บริการระดับปฐมภูมิเป็นการพิจารณาในมุมมองของระดับความซับซ้อนของบริการในระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด ที่บริการนี้ต้องรับผิดชอบดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมทุกกลุ่มวัยทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เป็นหน่วยบริการที่เป็นส่วนเชื่อมต่อยุทธศาสตร์ระหว่างชุมชน กับสถาบันบริการสุขภาพให้แนบสนิทส่งต่อไปรับบริการที่อื่นอย่างเหมาะสม และบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แต่เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการพิจารณาจากมุมมองที่เป็นเนื้อหาของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการ ที่ต้องใช้ศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์หลายด้านรวมทั้งศาสตร์ทางด้านสังคมศาสตร์และจิตวิทยา ในสัดส่วนที่มากกว่าสาขาอื่น ซึ่งทั้งสองค่านี้อาจมีส่วนที่ซ้อนกันและเสริมกันในการดำเนินการจริงที่ต้องพัฒนาไปควบคู่กัน และทั้งหมดนี้ต่างก็ได้รับแนวคิดหรือหลักการสำคัญของสาธารณสุขมูลฐาน หรือกล่าวได้ว่ามีแนวคิด เดียวกันกับสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศอัลมา-อตาโดยองค์การอนามัยโลก

ในปี ๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาเพื่อยกระดับระบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลประชาชนทุกครัวเรือนครอบคลุมทุกพื้นที่ด้วย “ทีมหมอครอบครัว” (Family Care Team) ดูแล ประชาชนทุกครัวเรือน โดยแบ่งกลุ่มประชากรให้คาบรักษา ดูแลถึงบ้าน ประสานงานส่งต่อโดยมีทีมแพทย์ จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษา ซึ่งจากการประเมินนโยบาย พบว่า ผลลัพธ์สุขภาพเกิดกับกลุ่มเป้าหมาย หลักเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยปรากฏรูปแบบ ความเชื่อมโยงการบริการดูแลประชาชนที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลแม่ข่ายและ เชื่อมโยงกับภาคสังคมได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHS)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดและรูปแบบทีมหมอครอบครัว (FCT) ได้รับการพัฒนาต่อยอดเป็น นโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster : PCC) ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ซึ่งเป็นการปรับปรุง รูปแบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ๕ ที่ระบุว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่ เหมาะสม” พร้อม

ทั้งนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัว(Family Medicine)มาเป็นแนวคิดหลักเสริมจากระบบบริการปฐมภูมิเดิมที่ใช้แนวคิด ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีการสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีอยู่เป็นฐานเดิม โดยมีการจัดรูปแบบบริการด้วยหลักเกณฑ์ ๑) มีประชากรรับผิดชอบดูแล ๑๐,๐๐๐ คน หรือ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน (ตามบริบทพื้นที่) ๒) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำ อย่างน้อย ๓ วันทำการ ๓) มีทีมสุขภาพให้บริการหลัก ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๒ คน โดยมีเป้าหมายในการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน รวม ๖,๕๐๐ ทีมภายในระยะเวลา ๑๐ ปี โดยได้ทดลองจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบPCC ในช่วงปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒ รวมทั้งสิ้น ๑,๑๘๐ ทีม แต่ยังคงพบว่ามีรูปแบบบริการของคลินิกหมอครอบครัวบางส่วนยังคง เน้นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (Extended OPD) ซึ่งต้องการพัฒนาบริการที่มุ่งเน้นการให้บริการในลักษณะการดูแลต่อเนื่อง (Continuity Care) ผสมผสาน (Comprehensive) เป็นองค์รวม (Holistic Care) ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวให้เกิดความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม รูปแบบบริการ PCC ถือเป็นรากฐานสำคัญยิ่งของประเทศที่นำไปสู่การผลักดันให้ประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ เพื่อเป็นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความเข้มแข็งให้ครอบคลุม ประชาชนไทยทุกคนภายใน ๑๐ ปี แม้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิจะมีการจัดระบบและดำเนินการครอบคลุม ทั่วประเทศในรูปแบบ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” และ “เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ตาม พระราชบัญญัติฯ แต่การพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิเองก็ยังคงเผชิญกับความท้าทายจากปัญหาสุขภาพจาก การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมที่สำคัญ คือ

๑) การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นแต่คุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความแตกต่างกัน

๒) การผลิตกระจาย และการธำรงรักษาบุคลากรทางด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพยังไม่เพียงพอ

๓) การลงทุนทางสุขภาพกับหน่วยบริการปฐมภูมียังมีอยู่จำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับระบบการแพทย์เชี่ยวชาญ

๔) ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพประชาชนในพื้นที่และสังกัดที่แตกต่างกันยังเป็นระบบแยกส่วน

๕) ความท้าทายของปัญหาสุขภาพประชากรและสังคมที่เป็นความท้าทาย คือ

๕.๑) ความยืนยาวของอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วค่อนข้างมาก

๕.๒) สภาวะความเป็นเมืองที่ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยแออัดสิ่งแวดล้อม โทรมและมลพิษ ภาวะทางสังคมที่แข่งขันเร่งรีบประชาชนมีวิถีชีวิตทางสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและด้อยโภชนาการ ความไม่เสมอภาคในการรับบริการ สุขภาพ ปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง ภาวะสุขภาพจิต อาชญากรรม ความรุนแรง ยาเสพติด และปัญหาโรค ระบาด ฯลฯ

๕.๓) การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยที่ประเทศไทยซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับประชากรวัยอื่นๆ รวมกัน อยู่ในอัตราสูง ทำให้ศักยภาพในการผลิตและหารายได้ของประเทศ ลดต่ำลง ขณะที่ผู้สูงอายุต้องการระบบการดูแลเพิ่มมากขึ้นทั้งการดูแลชีวิตประจำวันภายในครอบครัว การเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจากความเสื่อมถอยของร่างกาย การจัดบริการรองรับการดูแลสุขภาพในระยะยาว ฯลฯ

๕.๔) ภาวะโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น พบว่า ความชุกของโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ เบาหวาน และ ความดันเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าตรวจพบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ๓ แสนคน/ปี ขณะที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองจนสามารถควบคุมภาวะโรคได้เป็นปกติทำได้เพียงร้อยละ ๒๓.๕ ของผู้ป่วยทั้งหมด

๕.๕) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพดี และการจัดการสุขภาพของตนเองให้ลดภาวะเสี่ยงจากการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ดีได้อย่าง เหมาะสม นับเป็นความท้าทายที่หน่วยบริการและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่เขต เมืองที่จะต้องนำมา ออกแบบระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทความท้าทายของสุขภาพประชาชน

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครปี ๒๕๖๓ นั้นคลินิกหมอครอบครัว เป็นการบริการระดับปฐมภูมิที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชน ได้รับมอบหมายพื้นที่และประชาชนในการดูแลที่ชัดเจน ดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์ ครอบครัว (Family medicine) ทำการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผสานทั้ง ๕ มิติสุขภาพ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการดูแลให้เกิดความ ต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health service) การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้องใช้การดูแลหลากหลายมิติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้จนมีสุขภาพดีไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ หรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คงสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้ ควบคุม/ป้องกันไม่ให้เกิด การแพร่กระจายโรคในชุมชน การดูแลลักษณะนี้ต้องอาศัยผู้ให้การดูแลที่มีความพร้อม ทั้งความรู้และทักษะใน การสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค การสร้างสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี

เป้าหมายการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

- ๑) ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
- ๒) ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ๓) ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล
- ๔) การร่วมกันทำงานแบบประชารัฐ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เกณฑ์การจัดตั้ง “คลินิกหมอครอบครัว (PCC)” ๓S ตามแนวทางของกระทรวง สาธารณสุข

๑. SYSTEM

- มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชนประมาณ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน และตามบริบทของพื้นที่

- รูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสะดวกโดยใช้เทคโนโลยี
- ระบบการดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูง
- การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

๒. STAFF

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์
- พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน
- นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข อย่างน้อย ๒ คน

๓. STRUCTURE ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว แนวคิดคลินิกหมอครอบครัวพื้นที่กรุงเทพมหานคร บริการทุกคน บริการทุกกลุ่มวัย ทุกสิทธิการรักษา (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) บริการทุกอย่าง Holistic Integrated Care (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ส่งต่อ ต่อเนื่อง) บริการทุกที่ ทั้งในคลินิกครอบครัวและทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและชุมชน บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี เวลาราชการ/เวลาราชการใช้เทคโนโลยีประสาน/ เชื่อมโยง ข้อมูล เช่น Line-group E-referral

หน่วยบริการในเขตพื้นที่ดำเนินการ PCC ประกอบด้วย

- ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ area manager
- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนเป็น PCC : คลินิกชุมชนอบอุ่น
- หน่วยบริการร่วมให้บริการ : คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม ร้านขายยา คลินิกพยาบาลและ ผดุงครรภ์

เป็นต้น

- หน่วยบริการรับส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่าย PCT ของหน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำ

บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว (PCC)

๑. พื้นที่บริการคลินิกหมอครอบครัว ของหน่วยบริการ ใช้ catchment area ของระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (PPนอก) ที่มีการแบ่งพื้นที่โดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

๒. หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ Area manager คือ หน่วยบริการปฐมภูมิประจำภาครัฐ ที่มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข

๓. หน่วยบริการเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว มีหน้าที่ ดังนี้

ลำดับ	หน่วยบริการเครือข่าย PCC	บทบาท หน้าที่
๑	Area manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข	<p>๑. บริหารจัดการเครือข่ายบริการเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ PCC ได้รับการดูแลสุขภาพทั้งด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและบริการดูแลรักษา</p> <p>๒. จัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ตามรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>๓. นิเทศ กำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการ OP ระดับ ปฐมภูมิ และบริการ P&P</p> <p>๔. ทำงานแบบเครือข่าย ร่วมกับหน่วยบริการทั้งภาครัฐ/เอกชน เพื่อให้บริการ PP เชิงรุกในชุมชน</p> <p>๕. ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p>

ลำดับ	หน่วยบริการเครือข่าย PCC	บทบาท หน้าที่
		<p>๖. ประชุมเครือข่ายหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ/หน่วยบริการร่วม ให้บริการในเขตพื้นที่ที่ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>๗. จัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการระหว่างหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ/หน่วยบริการร่วม ให้บริการในพื้นที่เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการรับบริการของประชาชน</p>
๒	หน่วยบริการปฐมภูมิ : คลินิกชุมชนอบอุ่น	<p>๑. บริการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย ทั้งด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(P&P) และบริการดูแลรักษา (OP)</p> <p>๒. ให้บริการ PP เชิงรุก ในพื้นที่ที่ได้รับการแบ่งประชากรจากศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>๓. ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ PCC ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p>
๓	หน่วยบริการร่วมให้บริการ P&P : ร้านขายยา คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์	ให้บริการ P&P
๔	หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเวชกรรม : คลินิกเวชกรรม	ให้บริการ P&P ให้บริการ OP ตามรายการที่ สปสช. กทม. กำหนด
๕	หน่วยบริการร่วมให้บริการ ทันตกรรม : คลินิกทันตกรรมภาครัฐและเอกชน	ให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน และทันตกรรมรักษา
๖	หน่วยร่วมบริการประเภทอื่นๆ เช่น คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกกายภาพบำบัด	ให้บริการตามรายการที่ สปสช. กทม. กำหนด
๗	โรงพยาบาลรับส่งต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำ	บริการรักษาพยาบาลให้กับหน่วยบริการเครือข่าย โดยเฉพาะบริหารระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
๘	โรงพยาบาลแม่ข่าย Primary care trust	กำกับคุณภาพเครือข่าย PCT และอาจร่วมเป็นทีมกำกับคุณภาพหน่วยบริการเครือข่าย PCC และหน่วยร่วมให้บริการ

โดยสรุปที่ประชุมเห็นควรให้สำนักอนามัยจัดตั้งสำนักงานสาธารณสุขปฐมภูมิกลุ่มเขต และมีสำนักงานปฐมภูมิเขต เพื่อดูแลศูนย์บริการสาธารณสุข และภายใต้ศูนย์บริการสาธารณสุขจะเป็นหน่วยอำนวยการ เรื่องปฐมภูมิในเขต แล้วบางส่วนแปรสภาพเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) โดยยกเลิก บางงานที่ PCU ของเอกชนดำเนินการแล้ว แพทย์ ๑ คน เป็น ๑ PCU ถ้าแพทย์ ๒ คน เป็น ๒ PCU โดยใน ศูนย์บริการสาธารณสุขควรให้มี ๓ PCU คือ แพทย์ ๓ คน พยาบาล ๖ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๑๒ คน หากบุคลากรไม่เพียงพอกรุงเทพมหานครต้องจ้างเพิ่มให้ได้ตามมาตรฐานของสปสข.

สำหรับสำนักการแพทย์ โดยสำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ให้ตั้งศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่ออำนวยการ และประสานกับโรงพยาบาลที่มีคณะแพทยศาสตร์ศึกษาและทำหน้าที่อบรมสหวิชาชีพทั้งหมด

๓.๒ โครงสร้างอัตรากำลัง

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่จะขึ้นทะเบียนมีโครงสร้าง และอัตรากำลัง ดังนี้

๑. ด้านโครงสร้าง

๑.๑ มีอาคาร สถานที่ และ สิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ

๑.๒ สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

๒. ด้านการบริหาร

๒.๑ มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ตามประกาศขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

๒.๒ มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันต่อสัปดาห์ (ถ้ามีการให้บริการนอกเวลาทำการ แจ้งประชาชน)

๒.๓ มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ และข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศฯ

๓. ด้านบุคลากร

๓.๑ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว*อย่างน้อยหนึ่งคน

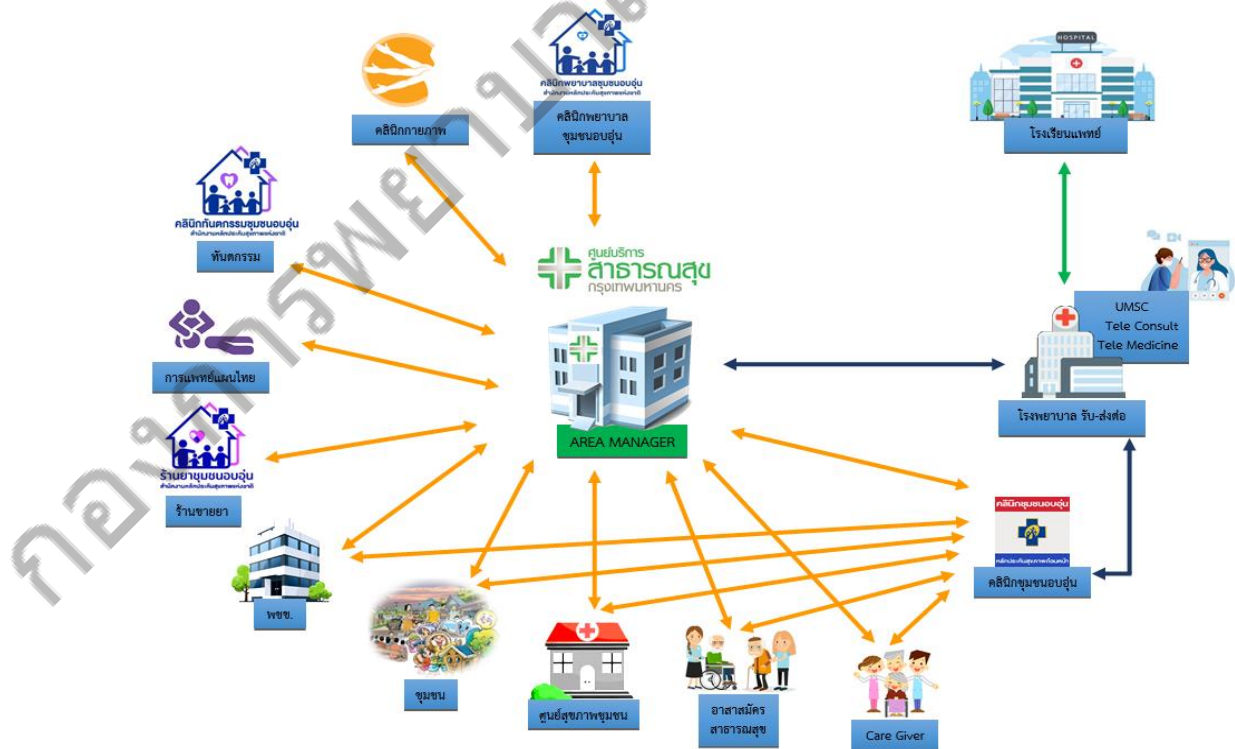
๓.๒ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างน้อยหนึ่งคณะ ประกอบด้วย

(๑) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พยาบาลวิชาชีพ จำนวนสองคนขึ้นไป

(๒) ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข ชุมชน จำนวนสอง คนขึ้นไป

จากข้อเสนอแนะของสภากรุงเทพมหานครดังกล่าวปัจจุบันศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีโครงสร้างที่เหมาะสมตามเกณฑ์ นับเป็นความพร้อมการปรับบทบาท เป็น Area Manager เพื่อทำหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมาย
๒. บริหารจัดการเครือข่ายบริการ
๓. จัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการ
๔. ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
๕. ทำงานแบบเครือข่ายเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในชุมชน
๖. ประชุมเครือข่ายหน่วยบริการ
๗. นิเทศกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการ



แผนภูมิที่ ๒ แสดงระบบการจัดการบริการสาธารณสุขแนวใหม่ของกรุงเทพมหานครโดยศูนย์บริการสาธารณสุข มีบทบาทเป็น Area Manager

๓.๒ ศูนย์บริการสาธารณสุขปรับบทบาทเป็น Area Manager กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร (นายชัชชาติ สิทธิพันธุ์) มีนโยบายด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์ อปสข. ปี ๒๕๖๖-๒๕๖๗ เน้น ๓ เรื่องหลัก คือ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระบบบริการทุติยภูมิ-ตติยภูมิ และการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง ด้วยวิธีการยกระดับให้ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง ๖๙ แห่ง ปรับบทบาทเป็นผู้จัดการพื้นที่อย่างมีศักยภาพ (Efficient Area Manager) สามารถ

โดยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครทั้งหมดมีบทบาทเป็น “Zone Manager” ให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขในทุก ๆ ด้าน ส่วนโรงพยาบาลพี่เลี้ยงทั้งสังกัดโรงเรียนแพทย์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลทหาร และโรงพยาบาลเอกชน มีบทบาทเป็น “Mentor Manager” ดูแลให้คำแนะนำช่วยเหลือศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน และร้านขายยา ฯลฯ มี ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่บ้านไม่สามารถออกมาข้างนอกได้ เข้าถึงการรักษา และข้อมูลในการปฏิบัติตนให้สุขภาพดีได้ และส่วนสุดท้าย “Area Manager” คือศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เส้นเลือดฝอยในระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งโซนสุขภาพออกเป็น ๗ โซนดังนี้

๑. กรุงเทพฯ ตะวันตก

Health Zone Manager : โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

Mentor Manager : โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน, โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศิริศักดิ์

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๘ แห่ง ครอบคลุม เขตทวีวัฒนา ตลิ่งชัน บางแค ภาษีเจริญ หนองแขม บางบอน บางขุนเทียน

๒. กรุงเทพฯ ฝั่งธนบุรี

Health Zone Manager : โรงพยาบาลตากสิน

Mentor Manager : โรงพยาบาลศิริราช

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๗ แห่ง ครอบคลุม เขตบางกอกน้อย บางกอกใหญ่ คลองสาน ธนบุรี จอมทอง

๓. กรุงเทพฯ ใต้

Health Zone Manager : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

Mentor Manager : โรงพยาบาลเลิดสิน (สธ.), โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ร.ร.แพทย์)

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๘ แห่ง ครอบคลุม เขตปทุมวัน สาทร บางรัก วัฒนา คลองเตย พระโขนง ยานนาวา บางคอแหลม ราษฎร์บูรณะทุ่งครุ

๔. กรุงเทพฯ ชั้นใน

Health Zone Manager : โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

Mentor Manager : -

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๗ แห่ง ครอบคลุม เขตบางซื่อ บางพลัด ดุสิต

พระนคร

๕. กรุงเทพฯ กลาง

Health Zone Manager : โรงพยาบาลกลาง

Mentor Manager : โรงพยาบาลรามาธิบดี (รร.แพทย์), โรงพยาบาลราชวิถี (สธ.)

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ แห่ง ครอบคลุม เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย
สัมพันธวงศ์ พญาไท ราชเทวี ดินแดง ห้วยขวาง

๖. กรุงเทพฯ เหนือ

Health Zone Manager : โรงพยาบาลกลาง

Mentor Manager : โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (ทอ.), โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ (เอกชน)

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖ แห่ง ครอบคลุม เขตดอนเมือง สายไหม
หลักสี่ บางเขน จตุจักร ลาดพร้าว วังทองหลาง

๗. กรุงเทพฯ ตะวันออก

Health Zone Manager : โรงพยาบาลสิรินธร

Mentor Manager : โรงพยาบาลลาดกระบัง, โรงพยาบาลเวชการุณรัศมี โรงพยาบาล
นพรัตนราชธานี (ร.ร. แพทย์)Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๔ แห่ง ครอบคลุม เขตหนองจอก
คลองสามวา มีนบุรี ลาดกระบัง คันนายาว สะพานสูง ประเวศ
บางนา สวนหลวง บางกะปิ บึงกุ่ม

๘. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุปรียา เครือสาร (สุปรียา เครือสาร, ๒๕๖๒) ได้ศึกษาวิจัยการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปากอำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์ตามกรอบแนวคิด ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- ๑) เพิ่มอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากและลดระยะเวลาการรอคอย
- ๒) ลดโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก ๓ ปี และ ๑๒ ปี
- ๓) เพิ่มศักยภาพบริการทันตกรรมเฉพาะทาง
- ๔) เพิ่มประสิทธิภาพระบบสนับสนุนด้านวัสดุและงบประมาณโดยใช้แนวคิด ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพในเรื่องระบบการให้บริการกำลังคนด้านสุขภาพระบบข้อมูลและสารสนเทศเทคโนโลยีทางการแพทย์การเงิน/ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มาบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปากของอำเภอหล่มสักโดยการเก็บข้อมูลในโปรแกรม HospitalOS โปรแกรมบริหารจัดการการเงินการคลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากมีเพิ่มขึ้นโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพครบ๒องค์ประกอบมีแนวโน้มที่ดีขึ้นและผ่านเกณฑ์ในปี ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๖๔ ร้อยละของผู้เข้ารับบริการฟันเทียมและรักษารากฟันที่รอคิวนานเกิน๖เดือนมีแนวโน้มที่ลดลงร้อยละเด็กอายุ ๓ ปีปราศจากฟันผุ ปี ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ ผ่านเกณฑ์กำหนดคิดเป็นร้อยละ ๖๐.๑๙ และ ๖๘.๐๓ ตามลำดับในกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุคิดเป็นร้อยละ ๕๙.๕๔ และ ๖๓.๔๓ ตามลำดับ การเพิ่มศักยภาพบริการทันตกรรมเฉพาะทางของหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

พบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการทันตกรรมประดิษฐ์และทันตกรรมจัดฟันจากโรงพยาบาลใกล้เคียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระบบสนับสนุนด้านวัสดุทันตกรรมและงบประมาณในการจัดทำ

วนิดา สมภุษา และมะลิ สุปัตต (วนิดา สมภุษา และมะลิ สุปัตต, ๒๕๖๕) ได้ศึกษาวิจัยประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ด้วยหลักการ ๖ building blocks จังหวัดศรีสะเกษ ในกลุ่มตัวอย่าง ตัวแทนคณะกรรมการบริหารโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๔๖ คน มีวัตถุประสงค์ ๑. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษภายใต้แนวคิด ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ ๒. เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานภายใต้แนวคิด ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ และเพื่อประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการบริหารจัดการโรคเบาหวานรูปแบบใหม่ ภายใต้แนวคิด ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ ด้วยวิธีการสร้างพลังคณะกรรมการบริหารโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ (NCD Board) และใช้กระบวนการ PAOR ตามกรอบแนวคิดของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis ; & Mc Taggart.๑๙๙๐:๑๑) ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบโดยมีคณะกรรมการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ๓ ด้าน คือ ๑) ด้านการนำและการอภิบาลร้อยละ ๙๑.๐๐ ๒) ด้านระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขร้อยละ ๘๗.๘๐ ๓) ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขร้อยละ ๘๒.๖๐ โอกาสในการพัฒนา ๓ ด้าน คือ ๑) ด้านระบบบริการร้อยละ ๖๕.๐๐ ๒) ด้านกลไกการคลังด้านสุขภาพร้อยละ ๖๔.๘๐ ๓) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ร้อยละ ๖๓.๘๐ ผลลัพธ์พบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๒๘.๘๓ เป็นร้อยละ ๔๐.๒๖ ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๘.๕๑ ลดต้นทุนในการตรวจน้ำตาลสะสม หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงบริการมากขึ้น ประสิทธิภาพในการควบคุม ระดับน้ำตาลดีขึ้น ต้นทุนในการบริการลดลง ความเหลื่อมล้ำในการใช้ยาแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มประสิทธิผลในการจัดการโรคเบาหวาน

บทที่ ๓ วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานในบทบาทผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้มีแนวทางการปฏิบัติงานในบทบาทผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) เป็นมาตรฐานเดียวกัน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารกรุงเทพมหานครด้านสุขภาพ และภายนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๗ คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำแนกเป็น

สังกัดกรุงเทพมหานคร

๑. รองปลัดกรุงเทพมหานคร สรรพการสำนักอนามัย
๒. ผู้อำนวยการสำนักอนามัย
๓. รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย สรรพการกองการพยาบาลสาธารณสุข
๔. ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข
๕. ผู้อำนวยการกองเภสัชกรรม
๖. ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข
๗. ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักอนามัย
๘. ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข
๙. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง
๑๐. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร
๑๑. พยาบาลอาวุโสกลุ่มกรุงเทพใต้

นอกสังกัดกรุงเทพมหานคร

๑. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๒. ตารางที่ ๓.๑ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง	รวม
๑. ผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบดูแลสำนักอนามัย	๑
๒. ผู้บริหารสำนักอนามัย	๒
๓. ผู้อำนวยการกอง/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข	๑๐

กลุ่มตัวอย่าง	รวม
๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์	๒
๕. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	๑
๖. พยาบาลอาวุโส	๑

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

๒.๑ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview guideline) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่คณะผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของกรอบระบบสุขภาพ (Six Building Block Plus One) มาเป็นตัววิเคราะห์ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ไม่มีการชักนำความคิดของผู้ศึกษา รวมถึงการเลือกใช้คำถามที่ชัดเจนเข้าใจง่ายและเป็นที่น่าสนใจตรงกัน

แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สำคัญ คือ

๒.๑ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบทบาทของผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) ตามกรอบแนวคิด ๖+๑ เสาหลักของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (Six Building Block Plus One) จำนวน ๑๕ ข้อ ได้แก่

- ๑) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership & Governance)
- ๒) ระบบบริการสุขภาพ (Service delivery)
- ๓) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)
- ๔) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)
- ๕) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Medical product vaccine & Technologies)
- ๖) การเงินการคลัง และการแบ่งปันทรัพยากร (Health system Finance)
- ๗) ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health system)

ขั้นตอนในการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ ดำเนินการดังนี้

๑. ศึกษาเอกสารและแนวคิด ๖+๑ เสาหลักของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ของที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการเป็นผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อรวบรวมเป็นประเด็นคำถาม

๒. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุม นำมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

๓. ประชุมทีมร่วมกันระดมความคิด รวบรวมคำถามที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ร่วมกันวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ให้ตรงกับบทบาทของกลุ่มตัวอย่าง

๔. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสาธารณสุข จำนวน ๒ ท่าน

๕. ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ ประเด็นคำถามและการใช้ภาษาให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

๒.๒ เครื่องบันทึกเสียง ใช้ในการบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการบันทึกเสียง

๒.๓ สมุดบันทึก ใช้จดบันทึกเพื่อเตือนความจำและการนัดหมาย หรือการวางแผนในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป รวมทั้งในการบันทึกรายละเอียดข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์

๒.๔ ระบบการประชุมทางไกล (ZOOM) สำหรับการสัมภาษณ์ผู้บริหารที่คณะผู้ศึกษาไม่สามารถไปสัมภาษณ์ด้วยตนเองได้

๓. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คณะผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

๓.๑ การนัดหมาย คณะผู้ศึกษานัดหมายการสัมภาษณ์ ตามแผนการเก็บข้อมูลและระยะเวลาที่กำหนดไว้
๓.๒ ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บข้อมูลคณะผู้ศึกษาแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษาระยะสั้นที่จะได้รับจากการนำข้อมูลไปใช้

๓.๓ สัมภาษณ์และบันทึกเสียงกลุ่มตัวอย่าง และสัมภาษณ์ผ่านระบบ ZOOM โดยใช้ระยะเวลาประมาณ ๓๐-๔๕ นาที หลังการสัมภาษณ์ทุกครั้งจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเสียง

๓.๔ จัดเก็บและรวบรวมข้อมูล ข้อมูลจากการบันทึกเสียงจะทำการถอดความแบบคำต่อคำ ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แต่ละราย และแยกตามองค์ประกอบ ๖+๑ ลงใน Google Form เพื่อให้ได้ข้อความถูกต้องที่สุด

๓.๕ คณะผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ค้นหาสำคัญของแต่ละองค์ประกอบของ ๖+๑

๔. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามองค์ประกอบของ ๖+๑ โดยมีขั้นตอนดังนี้

๔.๑ การจัดแฟ้มข้อมูล เป็นการจัดระบบข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลตามกรอบของ Six Building Block Plus One

๔.๒ วิเคราะห์ข้อมูลโดยไม่มีอคติ (Bias) ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา สรุปลงและตีความข้อเท็จจริงตามข้อมูลที่ได้ออกมา เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานของบทบาทการเป็นผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager)

บทที่ ๔

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษาแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นที่ (Area Manager) กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานของศูนย์บริการสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในบทบาทผู้จัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นที่ (Area Manager) และเพื่อเป็นแนวทางการนิเทศ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ผลการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการให้เป็นไปตามเป้าหมายของคณะกรรมการ Area manager โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ Six Building Block Plus One ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview guideline) กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารของสปสข. เขต ๑๓ ผู้บริหารกรุงเทพมหานคร ผู้บริหารโรงพยาบาล สำนักการแพทย์ ผู้บริหารสำนักอนามัย และผู้บริหารของศูนย์บริการสาธารณสุข รวมทั้งหมด ๑๗ ท่าน พร้อมทั้งศึกษาเอกสารหลักฐานการดำเนินงานของ Area manager ที่ผ่านมาแล้วนำมาวิเคราะห์ ซึ่งพบว่าการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง ยังมีความหลากหลายของหน่วยบริการสุขภาพทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพ ความเชื่อมโยงของเครือข่ายหน่วยบริการ ยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะระบบส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วย การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสุขภาพเชิงรุก จากข้อมูลที่ได้จึงนำมาจัดทำแนวทางการดำเนินงานผู้จัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นที่ (Area Manager) กรุงเทพมหานคร ที่พึงประสงค์ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลประชาชน ทั้งกลุ่มปกติ เสี่ยงและป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้มีคุณภาพและมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น ซึ่งรายละเอียดของแต่ละ Block นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

๑. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
๒. ระบบบริการสุขภาพ
๓. กำลังคนด้านสุขภาพ
๔. ระบบสารสนเทศสุขภาพ
๕. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น
๖. การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร
๗. ระบบสุขภาพชุมชน

๑. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

องค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพประกอบไปด้วย การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศ ด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพที่ดีจะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน โดยมีกลไกการคลังที่เข้มแข็ง มีบุคลากรดี มีความพร้อมในจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และมีระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมและใช้เป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ ธรรมชาติของระบบสุขภาพนั้น มีความหลากหลาย มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การตรวจสอบ กำกับ ควบคุมปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จนถึง ผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสุขภาพทั้งหมด จึงเป็นเรื่องยากและท้าทายเป็นอย่างมาก การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของระบบสุขภาพจึงต้องมีการเชื่อมผสาน

องค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งหมด ซึ่งแต่ละประเทศก็มีบริบทที่แตกต่างกันไป คำจำกัดที่ต่างกัน ทำให้ที่มาของตัวชี้วัดแตกต่างกัน เปรียบเทียบผลลัพธ์กันไม่ได้

ซึ่งภาวะผู้นำ/ธรรมาภิบาล มีความสำคัญมาก ผู้นำจำเป็นต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ภาวะผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ให้ระบบสุขภาพของประเทศเกิดความสมดุลและยั่งยืน ระบบบริการสุขภาพ โดยศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย เป็น Area Manager นั้นควรดำเนินการดังนี้

๑. การแต่งตั้งคณะกรรมการการทำงาน Area manager ในการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ คณะกรรมการนี้สามารถดำเนินการต่อไปเพื่อให้มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพได้ ต่อไปนี้คือขั้นตอนที่สามารถนำมาใช้ในการแต่งตั้งคณะกรรมการ:

- กำหนดหน้าที่และคุณสมบัติของคณะกรรมการ Area manager ที่เหมาะสมกับภารกิจและความต้องการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งองค์กรและพิจารณาความเหมาะสมของผู้ที่จะเป็นสมาชิกในคณะกรรมการ

- การเลือกคณะกรรมการดำเนินกระบวนการเลือกคณะกรรมการที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คณะกรรมการควรประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสาธารณสุขและการจัดการทางด้านบริหาร

- กำหนดภารกิจและระยะเวลาการดำเนินงานของคณะกรรมการ Area manager เพื่อให้ความชัดเจนในการดำเนินการและผลลัพธ์ที่คาดหวัง รวมถึงกำหนดเกณฑ์การประเมินผลและสิ่งที่ควรรายงานกลับมายังคณะกรรมการหรือองค์กร

- การสนับสนุนและการติดตามต่อคณะกรรมการในการดำเนินงาน รวมถึงการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการสร้างระบบการรายงานความก้าวหน้า อีกทั้งยังสนับสนุนในการพัฒนาทักษะและความรู้ของสมาชิกในคณะกรรมการ

- การประชุมและการติดตามผล จัดประชุมเป็นระยะๆ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ วิเคราะห์ผลและสร้างแผนการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ระหว่างสมาชิกในคณะกรรมการ

การแต่งตั้งคณะกรรมการ Area manager ในการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจนสำหรับการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ โดยทำให้มีการประสานงานและการทำงานร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| ๑.๑. ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข | ประธานคณะกรรมการ |
| ๑.๒. หัวหน้ากลุ่มงานบริการสุขภาพ | รองประธานคณะกรรมการคนที่ ๑ |
| ๑.๓. หัวหน้าพยาบาล | รองประธานคณะกรรมการคนที่ ๒ |
| ๑.๔. ผู้แทนฝ่ายพัฒนาชุมชนสำนักงานเขต | คณะกรรมการ |
| ๑.๕. ผู้แทนฝ่ายสิ่งแวดล้อมสำนักงานเขต | คณะกรรมการ |

- | | |
|--|-----------------------------|
| ๑.๑. เกสัชกร | คณะทำงาน |
| ๑.๒. ผู้แทนคลินิกเครือข่ายในพื้นที่ | คณะทำงาน |
| ๑.๓. ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| ๑.๔. ผู้แทนภาคีเครือข่าย(กรรมการชุมชน) | คณะทำงาน |
| ๑.๕. ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลลำดับที่ ๒ | คณะทำงาน |
| ๑.๖. ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลลำดับที่ ๑ | คณะทำงานและเลขานุการ |
| ๑.๗. นักสังคมสงเคราะห์ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |

หมายเหตุ ผู้แทนคลินิกเครือข่าย ที่ขึ้นทะเบียนกับ ส.ป.ส.ช. เป็นเครือข่ายปฐมภูมิร่วมให้บริการในพื้นที่ ประกอบด้วยผู้แทนคลินิกอบอุ่น ผู้แทนร้านขายยา ผู้แทนคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ผู้แทนคลินิกกายภาพบำบัด ผู้แทนคลินิกทันตกรรม

๒. การจัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมาย NCDs (Non-Communicable Disease) ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ตามรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยศูนย์บริการสาธารณสุขทำหน้าที่เป็น Area manager จัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่น โรงพยาบาลในพื้นที่ จำนวน ๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน ให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขต ไม่สามารถดูแลข้ามเขตได้ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพเพื่อรับมือกับโรคที่ไม่ติดต่อกัน หรือโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ดำเนินชีวิตของบุคคล เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคเรื้อรัง เป็นต้น

การจัดสรรประชากร NCDs เป็นกระบวนการที่สำคัญในการกำหนดและดำเนินนโยบายสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลรักษาและป้องกันโรค NCDs เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดสรรประชากร NCDs มีหลายขั้นตอนและประสิทธิภาพต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความต้องการของแต่ละประเทศหรือพื้นที่ อาจมีการใช้ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากร การวิเคราะห์สถิติของโรค NCDs, การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของประชากรในการรักษาและการดูแลสุขภาพ เป็นต้น ตัวอย่างของการจัดสรรประชากร NCDs ได้แก่

๒.๑ การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์: ปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมกับการรับมือกับโรค NCDs โดยเพิ่มจำนวนและความพร้อมของโรงพยาบาลที่สามารถรักษาและดูแลผู้ป่วย NCDs ได้ เพิ่มความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังและการควบคุมโรค NCDs เช่น การตรวจคัดกรอง, การบริหารยา

๒.๒ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดำเนินชีวิตที่เป็นสุขภาพและการป้องกันโรค NCDs ผ่านกิจกรรมทางการแพทย์และการแนะนำพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การส่งเสริมการออกกำลังกาย, การสนับสนุนการเลิกบุหรี่และการลดการดื่มแอลกอฮอล์

๒.๓ การเข้าถึงการบริการสุขภาพ: การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs ที่มีความต้องการ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีโรค NCDs และไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลที่เหมาะสม อาจเป็นการเพิ่มจำนวนบริการสุขภาพชุมชน การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ

๓. การประชุมคณะกรรมการ Area manager เพื่อประชุมชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานเป็นขั้นตอนสำคัญในการปรับปรุงและประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง โดยประชุมไตรมาสละ ๑ ครั้ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเยี่ยมเสริมพลังภาคีเครือข่ายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทบาทเป็น coach

ขั้นตอนการประชุมภาคีเครือข่ายหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ/หน่วยบริการ มีดังนี้

๓.๑ กำหนดวัตถุประสงค์ของการประชุม: กำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการประชุม เช่น การพิจารณาแนวทางในการปรับปรุงการให้บริการ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน การวางแผนในการต่อยอดการพัฒนา เป็นต้น

๓.๒ กำหนดวันเวลาและสถานที่: กำหนดวันที่และเวลาที่เหมาะสมให้กับการประชุม เลือกสถานที่ที่สะดวกและเหมาะสมสำหรับการเชื่อมต่อและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ

๓.๓ เตรียมเอกสารและข้อมูลนำเสนอในการประชุม เช่น รายงานผลการดำเนินงาน, ข้อมูลสถิติ, แผนงานการพัฒนา เป็นต้น

๓.๔ นำเสนอและชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน: Area Manager ควรนำเสนอแนวทางการดำเนินงานที่คาดหวัง การปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และกำหนดแผนกระทำที่ชัดเจนให้กับหน่วยบริการ ให้คำแนะนำและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและปรับปรุงงานของหน่วยบริการ

๓.๕ สรุปแผนการดำเนินงาน และข้อสรุปที่ได้รับจากการประชุม ตรวจสอบความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกัน และกำหนดแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนให้กับหน่วยบริการ

๓.๖ การติดตามและการประเมินผล ตรวจสอบผลการดำเนินงานของหน่วยบริการตามแผนที่กำหนด ประเมินผลและปรับปรุงแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

๔. ส่งเสริมพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีขีดความสามารถในการให้บริการสาธารณสุข ตามบทบาทหน้าที่ใน พ.ร.บ. สุขภาพปฐมภูมิ ให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไป

๔.๑ สร้างและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการที่เข้าร่วมภาคีเครือข่าย โดยสนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ สร้างโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาด้านการให้บริการสาธารณสุขร่วมกัน

๔.๒ ส่งเสริมการสร้างแผนพัฒนาภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาและกิจกรรมที่จะให้บริการสาธารณสุขทั้งในระยะสั้น ระยะยาว กำหนดวิธีการวัดและประเมินผลในการพัฒนา

๔.๓ สนับสนุนการฝึกอบรมและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งอาจรวมถึงการจัดอบรมเกี่ยวกับความก้าวหน้าในสายอาชีพ การจัดการ และทักษะการสื่อสาร

๔.๔ สนับสนุนการพัฒนาาระบบสารสนเทศ: สนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุงระบบสารสนเทศภายในภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเก็บรวบรวม การแลกเปลี่ยน และการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข

๔.๕ สนับสนุนการประเมินผลและการปรับปรุง: สนับสนุนการประเมินผลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความสำเร็จในการพัฒนาภาคีเครือข่าย และใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการปรับปรุงแผนการดำเนินงานในอนาคต

๔.๖ สร้างภาคีเครือข่ายที่ยืดหยุ่นและมีการตอบสนอง: สร้างภาคีเครือข่ายที่มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในสถานะที่ต่างกันได้ และสร้างโครงสร้างที่สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชากรและร่วมมือกับส่วนอื่น ๆ ของระบบสาธารณสุข

๕. นิเทศ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ผลงานคุณภาพหน่วยบริการ ปฐมภูมิในเครือข่ายบริการให้เป็นไปตามเป้าหมาย สามารถดำเนินกิจกรรมได้ต่อไป

๕.๑ นิเทศ: ให้แนวปฏิบัติและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนแก่หน่วยบริการในเครือข่าย โดยระบุเป้าหมายและค่านิยมทางองค์กร และสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนดไว้ โดยใช้คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ และคู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCDs Clinic Plus กระทรวงสาธารณสุข นิเทศติดตามภาคีเครือข่าย ปีละ ๑ ครั้ง มีคณะกรรมการนิเทศ ๓ -๕ ท่าน ประกอบด้วย ประธานคณะทำงาน รองประธานคณะทำงาน เลขานุการ และคณะทำงานทีมสหสาขาวิชาชีพ

๕.๒ กำกับ: ให้การสนับสนุนและกำกับดูแลระบบการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในเรื่อง NCDs โดยตรวจสอบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการปฏิบัติตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ และช่วยแก้ไขปัญหาหรือข้อบกพร่องที่พบเพื่อให้บริการดีขึ้น

๕.๓ ติดตาม: ผลการดำเนินงานและการประเมินความสำเร็จของหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุข ตามตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก ในประชาชนที่มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป

ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรอง HbA๑c ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

ตัวชี้วัดที่ ๔ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราผู้ป่วยเบาหวานและหรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

๕.๔ ตรวจสอบ: ระบบการให้บริการสาธารณสุขเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายที่กำหนดไว้ และทำการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาที่พบเพื่อให้บริการสาธารณสุขมีคุณภาพสูงสุด

Plain point

๑. ตัวชี้วัดไม่ได้ลง NCDs ชัดเจนเป็น outcome
๒. เราไม่ได้ศึกษาบทบาทการเป็น area manager อย่างลึกซึ้ง
๓. การจัดบริการไม่ได้ลง outcome การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๔. คลินิกภาคีเครือข่ายขาดทรัพยากร เช่น รถ mobile ตรวจจอประสาทตาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน รดเอกซเรย์ เป็นต้น

ความแตกต่างจากสิ่งที่เป็นอยู่เดิม ดังต่อไปนี้

๑. ปรับเปลี่ยนมุมมองเครือข่ายของพื้นที่โดยให้มองว่าเครือข่ายเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์บริการสาธารณสุข
๒. แบ่งพื้นที่อย่างมีเป้าหมายพร้อมสนับสนุน แบ่งปันทรัพยากรรวม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน รถโมบาย เป็นต้น
๓. การจัดประชุมมีเป้าหมายชัดเจนมี area manager เป็นพี่เลี้ยงรับฟังปัญหาอุปสรรคของเครือข่าย และส่งเสริมศักยภาพเครือข่าย เพื่อให้บริการสุขภาพชุมชนได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น
๔. มองเห็นภาพรวมผลงานบริการให้เข้าถึงประชาชนและครอบคลุมได้โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ช่วยจัดบริการสุขภาพพื้นฐาน
๕. มองเห็นภาพรวมของระบบการกำกับดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข และเครือข่ายในทุกมิติของเสาหลักระบบบริการสุขภาพ และใช้มาตรฐาน ตัวชี้วัดเดียวกันส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการให้บริการ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีและเกิดชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน

๒. ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery)

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและชุมชน

ระบบบริการสุขภาพเป็น ๑ ในองค์ประกอบของระบบสุขภาพ จากกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The Six Building Blocks Plus one of Health Systems) ระบบสุขภาพถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน และมีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายในการจัดการและให้บริการ ครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย ซึ่งรวมถึงงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสุขภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษา มีการประสานการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผลด้วย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

การจัดบริการของภาครัฐในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในหลายทศวรรษที่ผ่านมาเป็นการจัดบริการสุขภาพผ่านหน่วยบริการภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ โดยสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็นระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติภูมิ (tertiary care) การให้บริการแต่ละระดับนั้นมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมโยงกันด้วยระบบการส่งต่อ (referral care) โดยเป็นการจัดการบริการกับปัญหาทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน เช่น การบริการระดับ

ปฐมภูมิ จะเป็นการจัดการบริการกับปัญหาที่พบบ่อย เมื่อเกินขีดความสามารถจึงส่งต่อโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ เพื่อดูแลจัดการปัญหาทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนสูงขึ้น



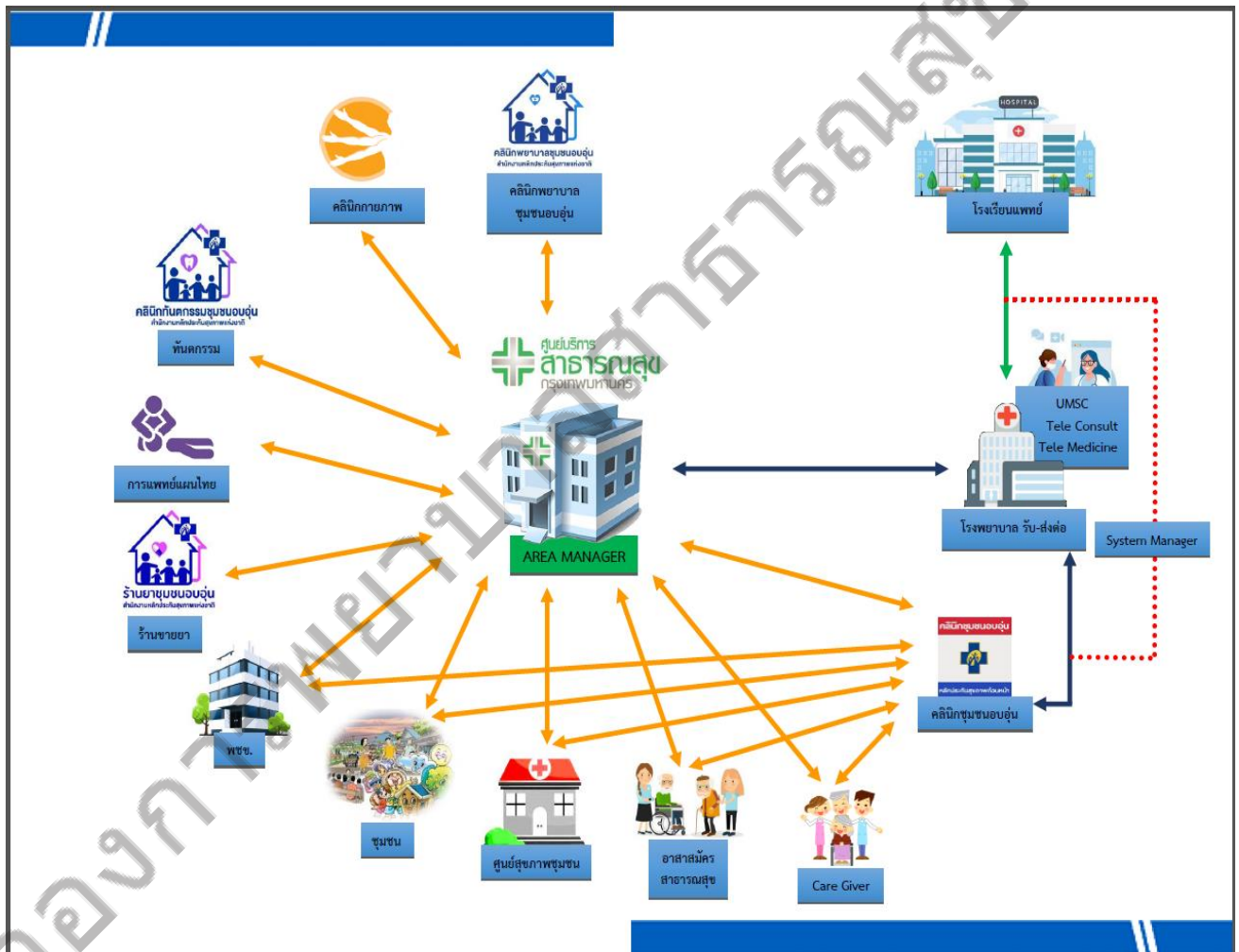
ระบบบริการสุขภาพ โดยศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย เป็น Area Manager

- ศูนย์บริการสาธารณสุขทำหน้าที่เป็น Area manager จัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่น โรงพยาบาลในพื้นที่ จำนวน ๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน โดยให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขต ไม่สามารถดูแลข้ามเขตได้

- มีหน่วยร่วมให้บริการ ได้แก่ คลินิกกายภาพ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย ร้านขายยา โดยหน่วยร่วมให้บริการเหล่านี้จะไม่ได้รับการจัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมาย ประชาชนสามารถเข้ามาใช้บริการได้ด้วยตัวเอง

เป้าหมายในการจัดบริการ

เพื่อมอบบริการที่มีคุณภาพ ที่จะสามารถดูแลประชาชนได้เสมือนญาติมิตร ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สามารถดูแลตนเองได้ก่อนเจ็บป่วย รู้จักความเสี่ยงที่ตนมี หากเจ็บป่วยเล็กน้อยก็สามารถดูแลใกล้ๆ บ้าน ไม่ต้องไปลำบากรอคอยควียวานานในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ตติยภูมิ หากเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีอาการที่จำเป็นต้องพึ่งพาการตรวจรักษาแพทย์เฉพาะด้านเกินกว่าศักยภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการให้ได้ ก็สามารถเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ตติยภูมิได้สะดวก ดังนั้นการบริการจึงจำเป็นต้องจัดแบบครบวงจรในชุมชน และเชื่อมโยงให้ถึงโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ด้วยกระบวนการดูแลแบบ "Seamless System" ซึ่งสามารถแสดงการเชื่อมโยงระหว่างส่วนต่างๆ ทั้งในชุมชนต่อเนื่องกับโรงพยาบาลดังกล่าวที่ ๒



ภาพที่ ๒ แสดงการเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการพื้นที่ (Area Manager) ที่จัดการทั้งระบบบริการและข้อมูลในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันและนำไปสู่การทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น จากภาพข้างต้นจะเห็นว่า งานบริการจะมีทั้งเชิงรับและเชิงรุก ในชุมชน (Community based) มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีระบบการรักษา การดูแลต่อเนื่อง และมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมจัดบริการ ซึ่งมีกระบวนการ ดังนี้

๑. กระบวนการให้บริการภายในหน่วยบริการ

โดยให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกหรือการดูแลองค์รวมไว้ในการดูแลทุกจุด อาจมีการนำครอบครัวหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นร่วมบำบัดรักษา, ร่วมเรียนรู้การดูแลตนเอง, ร่วมจัดบริการหรือ การจัดชมรมผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยในการดูแลซึ่งกันและกัน โดยให้นำเอาเครื่องมือของหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในทุกจุด มีการวิเคราะห์ปัญหาแบบรอบด้านเพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยแล้วดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด มีการส่งทีมไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือสร้างกระบวนการชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย

๒. กระบวนการดูแลแบบต่อเนื่องครบวงจร

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและเป็นการแก้ไขปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ ระบบต้องประกอบไปด้วย

- การดูแลที่บ้าน (home health care) ซึ่งมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหลัก
- การเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน (case finding) เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่
- การฟื้นฟูสภาพภายในชุมชน
- การควบคุมป้องกันโรคในชุมชน

๓. การจัดการสุขภาพชุมชน

เป็นลักษณะหนึ่งของบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค สำหรับประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยอาศัยความรู้ทางระบาดวิทยาในการคัดกรองประเมินความเสี่ยงและความเจ็บป่วย จัดแยกประชากรเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน และการดูแลประชากรเป็นกลุ่ม ต้องทำการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ หาปัญหาชุมชนจากนั้นจึงใช้กระบวนการในชุมชนสร้างการสื่อสารสาธารณะซึ่งจะทำให้เกิดความตระหนักขึ้นในชุมชนร่วมมือกันสร้างสุขภาพ เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้น

๔. การดูแลร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้วยเทคโนโลยี

เป็นการดูแลเพื่อให้เกิดการสื่อสารกันโดยใช้เทคโนโลยี เช่น LINE group, Mobile phone หรือ Application เป็นการสร้างช่องทางให้บริการได้สะดวก ซึ่งเครือข่ายที่ร่วมให้บริการ ได้แก่ คลินิกกายภาพ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย ร้านขายยา คลินิกชุมชนอบอุ่น และเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข Care Giver เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

๕. การบูรณาการเชื่อมต่อกับบริการภายในโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ

เป็นการเชื่อมโยงการจัดระบบบริการจากระดับปฐมภูมิ สู่ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ผ่านศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเวชศาสตร์เขตเมือง (Urban Medical Supporting Center: UMSC) ทางระบบออนไลน์ ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพผ่าน Application line official ระบบ telemedicine Teleconsult และนัดหมายเข้ารับบริการตรวจรักษาโรคโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

ตาราง บทบาทของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
๑. คลินิกชุมชนอบอุ่น	<p>ทำกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังนี้</p> <p>๑. ประชาชนที่มีอายุ ๒๕ - ๗๐ ปี ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก โดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย วิกฤตความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว หากตรวจพบกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก ต้องพิจารณาส่งตรวจยืนยันผลเพื่อวินิจฉัยโรคหรือจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนตามสภาพปัญหาและความเสี่ยงของผู้รับบริการ</p> <p>๒. ประเมินภาวะสุขภาพจิต</p> <p>๓. ประเมิน CVD risk</p> <p>๔. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>๕. ประเมินความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>๖. ตรวจสุขภาพช่องปาก</p>	<p>๑. ให้การรักษาโรค โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้</p> <p>- ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรอง HbA๑c</p> <p>- ผู้ป่วยเบาหวานและหรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</p> <p>ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก ร่วมกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนและตัดสินใจในการดูแลรักษาร่วมกัน (Shared care plan)</p> <p>๒. ทีมสุขภาพ ให้คำปรึกษา แนะนำรายคน/กลุ่ม จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระตุ้นการปฏิบัติตน ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้</p>	<p>๑. ติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีปัญหาในการปฏิบัติตน</p> <p>๒. ติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา ในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกใส่สายสวนปัสสาวะ หรือ ทำแผลเรื้อรัง โดยทีมสหวิชาชีพ</p>

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
		<p>๓. กรณีผลการควบคุมโรคไม่ดีขึ้น แพทย์ และทีมสุขภาพต้องประเมินปัญหา/อุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตั้งเป้าหมายและแผนการที่วางไว้และ คอยให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และเชิญครอบครัวมาพูดคุย ปรีกษา ค้นหาปัญหาร่วมกัน (family meeting)</p> <p>๔. ส่งต่อในกรณีที่เกิดขีดความสามารถในการดูแลเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม</p>	
๒. คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	<p>ทำกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังนี้</p> <p>๑. ประชาชนที่มีอายุ ๒๕ - ๗๐ ปี ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก โดยการสัมภาษณ์ และตรวจร่างกาย แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว หากตรวจพบกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก ต้องพิจารณาส่งตรวจยืนยันผลเพื่อวินิจฉัยโรคหรือจัด</p>	<p>๑. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>๒. ทีมสุขภาพ ให้คำปรึกษา แนะนำรายคน/กลุ่ม จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระตุ้นการปฏิบัติตน ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วย และผู้ป่วยโรค</p>	<p>๑. ติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีปัญหาในการปฏิบัติตน</p> <p>๒. เยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการรู้ความสามารถเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา ในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทาง</p>

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
	<p>โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนตามสภาพปัญหาและความเสี่ยงของผู้รับบริการ</p> <p>๒. ประเมินสุขภาพจิต</p> <p>๓. ประเมิน CVD risk</p> <p>๔. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>๕. ประเมินความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์</p>	<p>ความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้</p> <p>๓. กรณีผลการควบคุมโรคไม่ดีขึ้น แพทย์ และทีมสุขภาพต้องประเมินปัญหา/อุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตั้งเป้าหมายและแผนการที่วางไว้และ คอยให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และเชิญครอบครัวมาพูดคุย ปรึกษา ค้นหาปัญหาร่วมกัน (family meeting)</p> <p>๔. ส่งต่อในกรณีที่เกิดขีดความสามารถในการดูแลเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม</p>	<p>จุ่ม ใส่สายสวนปัสสาวะหรือ ทำแผลเรื้อรัง</p>
๓. คลินิกทันตกรรม	<p>๑. คัดกรองภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก แยกเป็นกลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย</p> <p>๒. จำแนกระดับความรุนแรงของโรค โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือทันตแพทย์</p> <p>๓. การสอนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล/กลุ่ม</p>	<p>๑. การรักษาอาการเฉียบพลันและการรักษาเร่งด่วน</p> <p>๒. การรักษา เฉพาะทางและการรักษาอื่นตามความจำเป็น</p> <p>๓. การรักษาเพื่อลดแหล่งสะสมเชื้อโรค</p> <p>๔. จัดระบบการส่งต่อรักษา ฟื้นฟู รับกลับดูแล</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการใส่ฟันเทียม และสามารถเคี้ยวอาหารได้ดี</p>

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
	<p>๔. การตรวจช่องปาก พร้อมการประเมิน และ วางแผนให้บริการ</p> <p>๕. มีแนวปฏิบัติใน การป้องกันและควบคุม โรค ได้แก่</p> <p>๕.๑ โรคเหงือกและหรือ ปริทันต์อักเสบ เน้นการ ควบคุมคราบจุลินทรีย์ การรักษาโรคปริทันต์ ระดับต่างๆ เช่น ขูด หินปูน เกลารากฟัน</p> <p>๕.๒ โรคฟันผุ และหรือ รากฟันผุ เน้นการใช้ ฟลูออไรด์ทุก ๓-๔ เดือน ใช้ฟลูออไรด์เข้มข้นสูง เฉพาะที่จำเป็น</p> <p>๕.๓ โรคของเนื้อเยื่ออ่อน ในช่องปาก</p> <p>๖. ให้คำแนะนำในการ ดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง</p> <p>๖.๑ การให้ความรู้ เกี่ยวกับ สุขภาพช่องปาก เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึง ความจำเป็นที่จะต้อง ได้รับการดูแลช่องปากที่ ถูกต้องเหมาะสม เป็น ระยะ ๆ</p> <p>๖.๒ การดูแลความสะอาด ช่องปากได้ด้วยตนเอง อย่างถูกต้อง</p>		

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
	๖.๓ การปรับพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการบูรณาการร่วมกับการวางแผนการบริโภคลดการบริโภคแอลกอฮอล์ การเลิกบุหรี่เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงร่วมตัว เดียวกัน		
๔. ร้านยาชุมชน อบอุ่น	๑. คัดกรองภาวะสุขภาพ และคัดกรองความเสี่ยง โรคเมตาบอลิก ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยงป่วย ๒. ประเมินสุขภาพจิต ๓. ประเมิน CVD risk ๔. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย ๕. ประเมินความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์	๑. จ่ายยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในรายที่สามารถควบคุมอาการได้ดี ๒. จ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับอุปกรณ์พื้นฐาน ได้แก่ สายสวนปัสสาวะพร้อมถุงปัสสาวะ สายให้อาหารทางจมูก อุปกรณ์ทำแผลปราศจากเชื้อ ๓. ส่งต่อรับการรักษาที่เหมาะสม ตามสิทธิการรักษา	- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับหน่วยบริการอื่น
๕. คลินิก กายภาพบำบัด	๑. คัดกรองภาวะสุขภาพ และคัดกรองความเสี่ยง โรคเมตาบอลิก ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว วัดความดันโลหิตแยกเป็นกลุ่มปกติ เสี่ยงป่วย ๒. การให้ความรู้และคำแนะนำ โดยเน้นเกี่ยวกับการป้องกันอาการบาดเจ็บจาก	๑. การทำกายภาพบำบัด เพื่อลดอาการชามือและเท้าและเพิ่มความแข็งแรงของมือและเท้า ๒. กายภาพบำบัด โดยการนวด เพื่อการรักษา เช่น การลูบตามผิวหนัง กดจุด คลึง เคาะ หรือทุบ ช่วยบรรเทาอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ เพิ่มการ	๑. ฟื้นฟูร่างกายสู่ภาวะปกติ ให้สามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รวมทั้งป้องกันความพิการ ๒. ผู้ที่มีอาการปวด ชา มือและเท้า แขนขาอ่อนแรง ทำกายภาพบำบัด โดยใช้ เครื่องมือ กายภาพบำบัดเพื่อลด

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
	<p>พฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ไม่ถูกต้อง เช่น สอนท่าทางการเดิน การนั่งทำงาน วิธีการยกของหนัก ทำยืดกล้ามเนื้อและทำกายบริหารที่ทำได้เองที่บ้าน รวมถึงการสอนเทคนิคเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการออกกำลังกาย</p> <p>๓. การให้ความรู้และคำแนะนำ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและคงช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสมดุลของร่างกาย และการป้องกันความเสี่ยงจากการหกล้ม รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการทรงตัว</p>	<p>ไหลเวียนของเลือด ระบบน้ำเหลือง และการเคลื่อนไหวของข้อต่อได้เป็นอย่างดี</p>	<p>ปวด เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ชนิดพกพา แผ่นประคบร้อนไฟฟ้า ฝีกการทรงตัว ฝีกการลุกนั่งบนเตียง ฝีกยืน ฝีกเดิน และฝีกฟังก์ชันของแขนขาให้สามารถใช้งานได้ปกติ</p> <p>๓. เครื่องกระตุ้นระบบประสาทด้วยการใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มโรคระบบประสาทและกลุ่มผู้ที่มีอาการ ปวด ชา อ่อนแรง</p>
๖. คลินิกแพทย์แผนไทย	<p>๑. คัดกรองภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยงป่วย</p>	<p>๑. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย</p>	<p>๑. ให้บริการหัตถบำบัดเพื่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ หลัง แขน ขา ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต</p> <p>๒. ให้บริการอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</p> <p>๓. ให้บริการประคบสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</p>

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
๗. ศูนย์บริการ สาธารณสุข	<p>ทำกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังนี้</p> <p>๑. ประชาชนที่มีอายุ ๒๕ - ๗๐ ปี ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก โดยการสัมภาษณ์ และตรวจร่างกาย แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว หากตรวจพบกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก ต้องพิจารณาส่งตรวจยืนยันผลเพื่อวินิจฉัยโรคหรือจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนตามสภาพปัญหาและความเสี่ยงของผู้รับบริการ</p> <p>๒. ประเมินภาวะสุขภาพจิต</p> <p>๓. ประเมิน CVD risk</p> <p>๔. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>๕. ประเมินความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>๖. ตรวจสุขภาพช่องปาก</p>	<p>๑. ให้การรักษาโรค โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้</p> <p>- ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรอง HbA๑c</p> <p>- ผู้ป่วยเบาหวานและหรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</p> <p>ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก ร่วมกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนและตัดสินใจในการดูแลรักษาร่วมกัน (Shared care plan)</p> <p>๒. ทีมสุขภาพ ให้คำปรึกษา แนะนำรายคน/กลุ่ม จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระตุ้นการปฏิบัติตน ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้</p> <p>๓. กรณีผลการควบคุมโรคไม่ดีขึ้น แพทย์ และทีมสุขภาพต้องประเมินปัญหา/อุปสรรคที่อาจทำ</p>	<p>๑. ติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีปัญหาในการปฏิบัติตน</p> <p>๒. ติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา ในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ใส่สายสวนปัสสาวะ หรือทำแผลเรื้อรัง โดยทีมสหวิชาชีพ</p>

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
		<p>ให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตั้งเป้าหมายและแผนการที่วางไว้และ คอยให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และเชิญครอบครัวมาพูดคุย ประเมิน ค้นหาปัญหาร่วมกัน (family meeting)</p> <p>๔. ส่งต่อในกรณีที่เกิดความยากลำบากในการดูแลเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม</p>	
๘. โรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ (System Manager)	-	<p>๑. ให้การรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน โดยแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคใน โรงพยาบาล และมีบริการผ่านระบบ Telemedicine</p> <p>๒. คัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะผิดปกติของหลอดเลือด ที่ขยายวงเพิ่มขึ้นไปที่ส่วนปลายและอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ ตา ไต หัวใจ และสมอง</p> <p>๓. ให้องค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>๑. ให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ เกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ</p>

เครือข่าย	บทบาทหน้าที่		
	การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
		๔. รับปรึกษาปัญหาการ รักษาผู้ป่วยจากหน่วย บริการเครือข่ายผ่านระบบ Teleconsult รับส่งต่อ และให้การวินิจฉัยผู้ป่วย รายใหม่ให้การดูแล	
๙. โรงเรียนแพทย์		๑. ให้การรักษาโรคผู้ป่วย เบาหวาน และความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน โดยแพทย์เชี่ยวชาญ เฉพาะโรค ในกรณีที่ โรงพยาบาลรับ-ส่งต่อไม่ สามารถให้การรักษาได้	๑. ให้การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยกรณีเกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ เกิด ความพิการ หรือทุพพล ภาพ ในกรณีที่ โรงพยาบาลรับ-ส่งต่อไม่ สามารถให้การรักษาได้

สิ่งที่ได้พัฒนา

- เพิ่มการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในร้านยา คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกทันตกรรม
คลินิกแพทย์แผนไทย
- เพิ่มการจ่ายยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในรายที่สามารถควบคุมอาการได้ดีในร้านยา (เดิมยา)

๓. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) หมายถึง ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่รวมตัวกันมีบทบาทในการให้บริการครอบคลุม ๔ มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งบุคลากรที่อยู่ในสังกัดโรงพยาบาล-ศูนย์บริการสาธารณสุขภาครัฐ สังกัดโรงพยาบาล-สังกัดสถานบริการภาคเอกชนและชุมชน เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะ แรงจูงใจ และรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ โดยมีจำนวนบุคลากรที่ให้บริการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ นอกจากนี้ยังหมายรวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา เพื่อนบ้าน และสมาชิกในครอบครัว เพื่อร่วมกันให้บริการ และให้การดูแลประชาชนของแต่ละพื้นที่ตามความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการหรือได้รับการดูแล โดยให้บริการและให้การดูแลร่วมกันเป็นทีม ทั้งการให้บริการและการให้การดูแลร่วมกันเป็นทีมภายในสถานบริการ และการให้บริการและการให้การดูแลร่วมกันเป็นทีมที่เชื่อมโยงจากสถานบริการ-สู่บ้าน-และในชุมชน

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เพราะนอกจากจะเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากร ยังเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นแหล่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้งานด้านสุขภาพกว้างขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ดังนั้นบทบาทของกำลังคนด้านสุขภาพจึงเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น อีกทั้งการใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลจากหลายปัจจัย เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ส่งผลให้อัตราการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสหวรรษแห่งการพัฒนา(Millennium Development Goals) จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม เท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

โครงสร้างอัตรากำลัง

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้องค์ประกอบกำลังคนด้านสุขภาพในคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) หนึ่งทีมดูแลประชาชน ๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน มีพื้นที่ที่รับผิดชอบชัดเจน โดยทีมหมอครอบครัวประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย ๑ คน ทันตแพทย์/ทันตภิบาล เกสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งรวมเป็นคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างน้อย ๑ คณะ ตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงองค์ประกอบด้านบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		สัดส่วน	จำนวน/๑ ทีม	๑ cluster (๓ ทีม)
๑.	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๒.	ทันตแพทย์	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑
๓.	พยาบาลวิชาชีพ	๑ : ๒,๕๐๐	๔	๑๒
๔.	ทันตภิบาล	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๕.	เภสัชกร	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑
๖.	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓
๗.	นักวิชาการสาธารณสุข	๑ : ๒,๕๐๐	๔	๑๒
๘.	นักกายภาพบำบัด	๑ : ๓๐,๐๐๐	-	๑
๙.	แพทย์แผนไทย	๑ : ๑๐,๐๐๐	๑	๓

องค์ประกอบกำลังคนด้านสุขภาพในการดำเนินงานผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
๒. ทันตแพทย์/ทันตภิบาล
๓. พยาบาลวิชาชีพ
 - หัวหน้าพยาบาล
 - ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ลำดับที่ ๑
 - ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ลำดับที่ ๒
 - พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Care Manager)
 - พยาบาลเวชปฏิบัติ
๔. เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม
๕. นักวิชาการสาธารณสุข
๖. นักกายภาพบำบัด
๗. นักจิตวิทยา
๘. นักสังคมสงเคราะห์
๙. แพทย์แผนไทย
๑๐. นักโภชนาการ
๑๑. ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล สำนักงานเขต
๑๒. ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต

บทบาทหน้าที่กำลังคนด้านสุขภาพ

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. เป็นที่ปรึกษา และโค้ชในการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) ๒. เป็นผู้ให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการ ตนเอง	๑. เป็นที่ปรึกษา และโค้ชในการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) ๒. เป็นผู้ให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการ ตนเอง	-	-	-	-	๑. อบรม หลักสูตร ๔ เดือน - หลักสูตร แพทย์เวช ศาสตร์ ครอบครัวเพื่อ สนับสนุนการ พัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ “คลินิกหมอ ครอบครัว” ๒. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๔ วัน - โครงการ อบรมหลักสูตร Basic Medicine for Primary Care
รักษาโรค	๑. ตรวจรักษาโรค ผู้ป่วยเบาหวาน และความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ หรือมี ภาวะแทรกซ้อน โดยแพทย์ เชี่ยวชาญเฉพาะ โรคใน	๑. ตรวจรักษาโรค ในผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง โดย ตรวจรักษา วินิจฉัย บำบัดรักษาโรค และให้ยา โดย ปฏิบัติตาม มาตรฐานการ ประกอบวิชาชีพ	๑. ตรวจรักษาโรค ในผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง โดย ตรวจรักษา วินิจฉัย บำบัดรักษาโรค และให้ยา โดย ปฏิบัติตาม มาตรฐานการ ประกอบวิชาชีพ	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
	โรงพยาบาล และ มีบริการผ่าน ระบบ Telemedicine ๒. คัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากภาวะ ผิดปกติของ หลอดเลือด ที่ ขยายวงเพิ่มขึ้น ไปที่ส่วนปลาย และอวัยวะ อื่น ๆ ได้แก่ ตา ไต หัวใจ และสมอง ๓. ให้องค์ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมใน ผู้ป่วยเบาหวานที่ มีภาวะ แทรก ซ้อน ๔. รับผิดชอบ ปัญหาการรักษา ผู้ป่วยจากหน่วย	๒. คัดกรองและให้ การรักษา ช่วยเหลือเบื้องต้น และภาวะฉุกเฉิน ๒.๑ คัดกรองและ ให้การช่วยเหลือ เบื้องต้นเพื่อ บรรเทาอาการ ป้องกันการลุกลาม ของโรค ๒.๒ ให้การ ช่วยเหลือกรณี ภาวะฉุกเฉิน เพื่อ ช่วยชีวิต และ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน/ ความรุนแรงของ โรค ดังนี้ - ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c - ผู้ป่วยเบาหวาน และหรือผู้ป่วย	๒. คัดกรองและให้ การรักษา ช่วยเหลือเบื้องต้น และภาวะฉุกเฉิน ๒.๑ คัดกรองและ ให้การช่วยเหลือ เบื้องต้นเพื่อ บรรเทาอาการ ป้องกันการลุกลาม ของโรค ๒.๒ ให้การ ช่วยเหลือกรณี ภาวะฉุกเฉิน เพื่อ ช่วยชีวิต และ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน/ ความรุนแรงของ โรค ดังนี้ - ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c - ผู้ป่วยเบาหวาน และหรือผู้ป่วย					Doctor เพื่อ พัฒนาแพทย์ ปฏิบัติงานใน หน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ตาม พระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ๓.การอบรม ระยะสั้น ๕ วัน - โครงการ อบรม Training for Trainer (TOT) ๔. หลักฐาน การต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
	บริการเครือข่าย ผ่านระบบ Teleconsult รับส่งต่อและให้ การวินิจฉัยผู้ป่วย รายใหม่	ความดันโลหิตสูง ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไต เรื้อรัง ๓. จัดบริการตรวจ รักษา - คลินิก NCDs - คลินิกผู้สูงอายุ ครบวงจร ๔. ประเมินความ รุนแรงของโรคและ ความเจ็บป่วย ปัญหา/อุปสรรค ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ สามารถปฏิบัติได้ ตามเป้าหมายและ แผนที่วางไว้ ๕. ให้คำปรึกษา ผู้ป่วยที่มีปัญหา ซับซ้อนในด้าน psychosocial หรือ family problem ที่ผ่าน	ความดันโลหิตสูง ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไต เรื้อรัง ๓. จัดบริการตรวจ รักษา - คลินิก NCDs - คลินิกผู้สูงอายุ ครบวงจร ๔. ประเมินความ รุนแรงของโรคและ ความเจ็บป่วย ปัญหา/อุปสรรค ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ สามารถปฏิบัติได้ ตามเป้าหมายและ แผนที่วางไว้ ๕. ให้คำปรึกษา ผู้ป่วยที่มีปัญหา ซับซ้อนในด้าน psychosocial หรือ family problem ที่ผ่าน					

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		การคัดกรองจาก โรงพยาบาล ๖. วางระบบ/แนว ทางการนัดหมาย ติดตาม การมาตรวจ ตามนัด และส่งต่อ	การคัดกรองจาก โรงพยาบาล ๖. วางระบบ/แนว ทางการนัดหมาย ติดตาม การมาตรวจ ตามนัด และส่งต่อ					
ฟื้นฟูสุขภาพ		๑. เยี่ยมบ้านร่วม กับทีมสุขภาพ ๒. NCDs Support	๑. เยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพ ๒. NCDs Support	-	-	-	-	
ทันตแพทย์/ทันตภิบาล								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. จำแนกระดับ ความรุนแรงของ โรค โดย เจ้า พนักงานทันต สาธารณสุข/ทันต แพทย์ ๒. การสอนการ ดูแลสุขภาพช่อง ปากรายบุคคล/ราย กลุ่ม ๔. การตรวจช่อง ปาก พร้อมการ	๑. จำแนกระดับ ความรุนแรงของ โรค โดย เจ้า พนักงานทันต สาธารณสุข/ทันต แพทย์ ๒. การสอนการ ดูแลสุขภาพช่อง ปากรายบุคคล/ราย กลุ่ม ๔. การตรวจช่อง ปาก พร้อมการ	-	๑. จำแนกระดับ ความรุนแรงของ โรค โดย เจ้า พนักงานทันต สาธารณสุข/ทันต แพทย์ ๒. การสอนการ ดูแลสุขภาพช่อง ปากรายบุคคล/ รายกลุ่ม ๔. การตรวจช่อง ปาก พร้อมการ	-	-	๑. การอบรม หลักสูตรระยะ สั้น ๔ เดือน - โครงการ หลักสูตรทันต สาธารณสุข (ทันตกรรม ครอบครัว) ๒. การอบรม หลักสูตรระยะ สั้น ๕ วัน

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		ประเมิน และ วางแผนให้บริการ ๕. มีแนวปฏิบัติใน การป้องกันและ ควบคุมโรค ได้แก่ ๕.๑ โรคเหียงอกและ หรือปริทันต์อักเสบ เน้นการ ควบคุม คราบจุลินทรีย์ การรักษาโรคปริ ทันต์ระดับต่างๆ เช่น ขูดหินปูน เกลารากฟัน ๕.๒ โรคฟันผุ และ หรือรากฟันผุ เน้น การใช้ฟลูออไรด์ทุก ๓-๔ เดือน ใช้ ฟลูออไรด์เข้มข้นสูง เฉพาะที่จำเป็น ๕.๓ โรคของ เนื้อเยื่ออ่อน ใน ช่องปาก	ประเมิน และ วางแผนให้บริการ ๕. มีแนวปฏิบัติใน การป้องกันและ ควบคุมโรค ได้แก่ ๕.๑ โรคเหียงอกและ หรือปริทันต์อักเสบ เน้นการ ควบคุม คราบจุลินทรีย์ การรักษาโรคปริ ทันต์ระดับต่างๆ เช่น ขูดหินปูน เกลารากฟัน ๕.๒ โรคฟันผุ และ หรือรากฟันผุ เน้น การใช้ฟลูออไรด์ทุก ๓-๔ เดือน ใช้ ฟลูออไรด์เข้มข้นสูง เฉพาะที่จำเป็น ๕.๓ โรคของ เนื้อเยื่ออ่อน ใน ช่องปาก		ประเมิน และ วางแผนให้บริการ ๕. มีแนวปฏิบัติใน การป้องกันและ ควบคุมโรค ได้แก่ ๕.๑ โรคเหียงอก และหรือปริทันต์ อักเสบ เน้นการ ควบคุม คราบจุลินทรีย์ การรักษาโรคปริ ทันต์ระดับต่างๆ เช่น ขูดหินปูน เกลารากฟัน ๕.๒ โรคฟันผุ และ หรือรากฟันผุ เน้น การใช้ฟลูออไรด์ ทุก ๓-๔ เดือน ใช้ ฟลูออไรด์เข้มข้น สูงเฉพาะที่จำเป็น ๕.๓ โรคของ เนื้อเยื่ออ่อน ใน ช่องปาก			- โครงการ พัฒนาทันตภิ บาลเพื่อการ บริการคลินิก หมอครอบครัว ๓. หลักฐาน การต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>๖. ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง</p> <p>๖.๑ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นระยะ ๆ</p> <p>๖.๒ การดูแลความสะอาดช่องปากได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง</p> <p>๖.๓ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการบูรณาการร่วมกับการวางแผนการบริโภค</p>	<p>๖. ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง</p> <p>๖.๑ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นระยะ ๆ</p> <p>๖.๒ การดูแลความสะอาดช่องปากได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง</p> <p>๖.๓ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการบูรณาการร่วมกับการวางแผนการบริโภค</p>		<p>๖. ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง</p> <p>๖.๑ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นระยะ ๆ</p> <p>๖.๒ การดูแลความสะอาดช่องปากได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง</p> <p>๖.๓ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการบูรณาการร่วมกับการวางแผนการบริโภค</p>			

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		ลดการบริโภค แอลกอฮอล์ การ เลิกบุหรี่เป็นการลด ปัจจัยเสี่ยงร่วมตัว เดียวกัน ๗. แนะนำการพบ ทันตบุคลากร เมื่อ พบปัญหา	ลดการบริโภค แอลกอฮอล์ การ เลิกบุหรี่เป็นการลด ปัจจัยเสี่ยงร่วมตัว เดียวกัน ๗. แนะนำการพบ ทันตบุคลากร เมื่อ พบปัญหา		ลดการบริโภค แอลกอฮอล์ การ เลิกบุหรี่เป็นการ ลดปัจจัยเสี่ยงร่วม ตัวเดียวกัน ๗. แนะนำการพบ ทันตบุคลากร เมื่อ พบปัญหา			
รักษาโรค	๑. การรักษา อาการเฉียบพลัน และการรักษา เรื้อรัง ๒. การรักษา เฉพาะทางและ การรักษาอื่นตาม ความจำเป็น ๓. การรักษาเพื่อ ลดแหล่งสะสม เชื้อโรค ๔. จัดระบบการ ส่งต่อ รักษา ฟื้นฟู รับกลับ ดูแล	๑. ให้คำแนะนำใน การดูแลและ ควบคุมโรคในช่อง ปาก ๒. อุดฟัน ขูด หินปูน ถอนฟัน อย่างง่าย เคลือบ หลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ทำการควบคุม ภาวะฟันผุภายใน ช่องปาก ๓. การปรับ พฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องเพื่อลด	๑. ให้คำแนะนำใน การดูแลและ ควบคุมโรคในช่อง ปาก ๒. อุดฟัน ขูด หินปูน ถอนฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ทำการควบคุม ภาวะฟันผุภายใน ช่องปาก ๓.การรักษาอาการ เฉียบพลันและการ รักษาเรื้อรัง	-	๑. ให้คำแนะนำใน การดูแลและ ควบคุมโรคในช่อง ปาก ๒. อุดฟัน ขูด หินปูน ถอนฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ทำการควบคุม ภาวะฟันผุภายใน ช่องปาก ๓. การรักษา อาการเฉียบพลัน และการรักษา เรื้อรัง	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		ความเสี่ยงเช่น การ ลดความถี่การ บริโภคอาหารหวาน การเลิกสูราและ ยาสูบ ๔. วางระบบ/แนว ทางการนัดหมาย ติดตาม การมา ตรวจตามนัด และ ส่งต่อ	๔. การรักษาเพื่อ ลดแหล่งสะสมเชื้อ โรค ๕. ประสานส่งต่อ เพื่อการรักษาใน โรงพยาบาลกรณี โรคในช่องปาก ซับซ้อน รับกลับ ดูแลต่อเนื่อง		๔. การรักษา เฉพาะทางและการ รักษาอื่นตาม ความจำเป็น ๕. การรักษาเพื่อ ลดแหล่งสะสมเชื้อ โรค ๖. จัดระบบการส่ง ต่อ รักษา ฟันฟู รับกลับดูแล			
ฟื้นฟูสุขภาพ	๑. ผู้ป่วยได้รับ การใส่ฟันเทียม และสามารถเคี้ยว อาหารได้ดี	๑. ติดตามดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ๒. ควบคุมสภาพใน ช่องปาก ไม่ให้เกิด โรคซ้ำ	๑. ผู้ป่วยได้รับการ ใส่ฟันเทียม และ สามารถเคี้ยว อาหารได้ดี ๒. ติดตามดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ๓. ควบคุมสภาพใน ช่องปาก ไม่ให้เกิด โรคซ้ำ	-	๑. ผู้ป่วยได้รับการ ใส่ฟันเทียม และ สามารถเคี้ยว อาหารได้ดี ๒. ติดตามดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ๓. ควบคุมสภาพ ในช่องปาก ไม่ให้ เกิดโรคซ้ำ	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๕. กำหนด เครื่องมือการ ติดตามการ ดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการ พยาบาล ได้แก่ เครื่องมือประเมิน ตนเอง เครื่องมือ วัดและประเมิน คุณภาพบริการ พยาบาล ๖. ชี้แจงทำความเข้าใจกับผูปฏิบัติ ภาคีเครือข่าย หรือ ผู้เกี่ยวข้องในการ ปฏิบัติตาม มาตรฐาน/แนวทาง ปฏิบัติและ เครื่องมือที่กำหนด ๗. สร้างความ พร้อมในการพัฒนา คุณภาพการ	-	-	-	-	-	๑.การอบรม หลักสูตรระยะ สั้น ๔ เดือน - หลักสูตรการ บริหารทางการ พยาบาล ๒.การอบรม เชิงปฏิบัติการ ๔ วัน - โครงการ อบรมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนาภาวะ ผู้นำการ เปลี่ยนแปลงใน ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ ๓.โครงการ พัฒนาบุคลากร ๓ วัน - โครงการ อบรมการ

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>พยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดย ๗.๑ สร้างความตื่นตัว โดยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล</p> <p>๗.๒ สนับสนุนให้มีการประเมินตนเอง</p> <p>๘. พัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองมาวิเคราะห์กำหนดแนวทางการพัฒนาและดำเนินการพัฒนาตามมาตรฐาน</p> <p>๙. ประเมินคุณภาพโดย</p>						<p>พัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยการสื่อสารประชาสัมพันธ์</p> <p>๔. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ๒ วัน</p> <p>- โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๕. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ๑ วัน</p> <p>- โครงการประชุมเชิง</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		๙.๑ มอบหมาย ผู้รับผิดชอบเก็บ รวบรวมข้อมูล ๙.๒ จำแนกข้อมูล ที่ต้องการรวบรวม ๙.๓ กำหนดวิธีการ เก็บข้อมูลและ ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่าง ๙.๔ วิเคราะห์และ ประเมินผล เพื่อ นำไปวางแผน ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาที่เป็น อุปสรรคต่อการ ปรับปรุงคุณภาพ การพยาบาล ๑๐. ปรับปรุง คุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง ดังนี้ ๑๐.๑ แก้ไข ข้อบกพร่องแล ปรับปรุงคุณภาพ						ปฏิบัติการ พัฒนาหลักสูตร เพื่อพัฒนา กำลังคนรองรับ การปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ๖. หลักฐานการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		๑๐.๒ เฝ้าระวัง โดยการนำผลลัพธ์ ที่ได้จากการ ปรับปรุงมาทบทวน และติดตาม คุณภาพการ พยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง ๑๐.๓ นำผลการ พัฒนาคุณภาพการ พยาบาลที่รวบรวม ได้เสนอต่อผู้บริหาร เพื่อติดตามและให้ การสนับสนุนการ พัฒนาคุณภาพการ พยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง						
รักษาโรค	-	๑. จัดให้มีแพทย์ เวชศาสตร์ ครอบครัว และ ทีมสหวิชาชีพดูแล ประชากรที่ รับผิดชอบ	-	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
ฟื้นฟูสุขภาพ	-	๑. ถอดบทเรียน ประเมินผล ค้นหา ปัญหา/อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะ และ หาโอกาสพัฒนา	-	-	-	-	-	
พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลลำดับที่ ๑ (F ๑)								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. กำหนดพื้นที่ และจำนวน ประชากร รับผิดชอบที่ชัดเจน ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒. จัดให้มี คณะทำงาน ประสานงานภายใน เครือข่าย ๓. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวางแผน การ ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้	-	-	-	-	-	๑.การอบรม ระยะสั้น - การฝึกอบรม หลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะ ทางโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ที่ สภาการ พยาบาลให้การ รับรอง ๒.การอบรม หลักสูตรระยะ สั้น ๔ เดือน - หลักสูตรการ บริหารทางการ พยาบาล

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>เหมาะสมอย่างเป็น องค์รวม ในเชิงรุก</p> <p>๔. สื่อสารนโยบาย จากผู้บริหารสู่ ระดับปฏิบัติการ และนำเสนอ ปัญหาในการ ปฏิบัติงานจริงให้ ผู้บริหารรับทราบ เพื่อแก้ปัญหา หรือ ปรับนโยบาย ให้ สอดคล้องกับ สถานการณ์ในพื้นที่</p> <p>๕. บริหารจัดการ การใช้อุปกรณ์และ เวชภัณฑ์ให้ เพียงพอเหมาะสม กับการให้บริการ</p> <p>๖. วางระบบ/ แนวทาง จัดทีม สุขภาพ ประสาน ความร่วมมือ เครือข่าย ผู้นำ</p>						<p>๓. การอบรม เชิงปฏิบัติการ ๔ วัน - โครงการ อบรมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนาภาวะ ผู้นำการ เปลี่ยนแปลงใน ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ ๔. โครงการ พัฒนาบุคลากร ๓ วัน - โครงการ อบรมการ พัฒนาบุคลากร เพื่อสร้าง ความรู้ด้าน สุขภาพภายใต้ ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิด้วย</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>ชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข อาสาสมัคร ครอบครัว Care giver ในการ ดูแลครอบครัวตาม กิจกรรมการสร้าง เสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค</p> <p>๗. จัดระบบในการ ติดตามผู้ป่วย/ ผู้รับบริการที่ขาด นัดเพื่อการดูแล ต่อเนื่อง</p> <p>๘. การจัดประชุม เครือข่าย</p> <p>๙. ฝึกอบรม กำกับ ดูแลและนิเทศงาน พยาบาลและ บุคลากรเชิงรุก</p> <p>๑๐. สร้างความ เข้มแข็งให้ชุมชน โดย สร้างการมี</p>						<p>การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ๕. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๒ วัน - โครงการ ประชุมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบ การบริการใน ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ</p> <p>๖. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๑ วัน - โครงการ ประชุมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนาหลักสูตร เพื่อพัฒนา กำลังคนรองรับ การปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการ</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>ส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดทำแผน สุขภาพของพื้นที่ ได้แก่ ชุมชนจัดการ สุขภาพ ๑๑. พัฒนา ศักยภาพเครือข่าย อาสาสมัคร สาธารณสุข อาสาสมัครครอบครัว Caregiver เพื่อให้สามารถดูแล สุขภาพเบื้องต้นแก่ ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนได้</p>						<p>ปฐมนิเทศและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ๗. หลักฐานการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี</p>
รักษาโรค	-	<p>๑. จัดระบบบริการ เยี่ยมบ้าน ดังนี้ ๑.๑ ดูแลครอบครัว และดูแลผู้ป่วยที่ บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่</p>	-	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>ต้องได้รับการ พยาบาลต่อเนื่อง ตามเกณฑ์ มาตรฐาน ๑.๒ ดูแลรักษาให้ การพยาบาลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่บ้านตาม ความต้องการของ ผู้ป่วยและ ครอบครัว ในแต่ละ ราย ภายใต้ มาตรฐานวิชาชีพให้ ครอบคลุมทั้งด้าน กาย จิตสังคม และ จิตวิญญาณ</p> <p>๑.๓ ประเมิน ปัญหาการวินิจฉัย การจัดการดูแลและ การส่งต่อรวมทั้ง การใช้ยาและ เทคโนโลยีที่ เหมาะสม</p>						

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>๒. วางระบบ/ แนวทาง จัดทีม สุขภาพ ประสาน ความร่วมมือ เครือข่าย ผู้นำ ชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข อาสาสมัคร ครอบครัว Care giver ในการดูแล ครอบครัวตาม กิจกรรมการฟื้นฟู สุขภาพ</p> <p>๓. เป็นผู้แก้ปัญหา เบื้องต้นให้กับทีม เยี่ยมบ้าน</p> <p>๔. ประสานความ ร่วมมือกับทีมสห วิชาชีพ ภาควิ เครือข่ายและชุมชน ร่วมดูแลแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง</p>						

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>(NCDs) ที่ยุ่งยาก ซับซ้อน</p> <p>๕. จัดระบบในการ ติดตามผู้ป่วย/ผู้รับ บริการที่ขาดนัด และควบคุมโรค ไม่ได้ พร้อมกับจัด ระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อให้เข้ารับ การดูแลอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p>๖. เป็นผู้ติดตาม ข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่ สำคัญ</p> <p>๗. สร้างความ เข้มแข็งให้ชุมชน โดยการเสริมสร้าง พลังอำนาจ (Empowerment) ในประชาชนกลุ่ม เสี่ยง และกลุ่มป่วย ด้วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs)</p>						

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
ฟื้นฟูสุขภาพ	-	๑. ประสานหา แหล่งสนับสนุนจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตามปัญหาที่ พบ ๒. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล ๓. จัดระบบ ประสานส่งต่อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) ใน ชุมชนที่ควบคุมโรค ไม่ได้ไปยัง โรงพยาบาลเพื่อ การรักษาต่อเนื่อง	-	-	-	-	-	
พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลลำดับที่ ๒ (F ๒)								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. จัดระบบในการ ตรวจรักษาโรค การ ให้ภูมิคุ้มกันโรค และให้การพยาบาล บรรเทาอาการ และการปฐม	-	-	-	--		๑.การอบรม ระยะสั้น - การฝึกอบรม หลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะ ทางโรคไม่

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>พยาบาล ตามขอบ เขตวิชาชีพการ พยาบาลและการ ผดุงครรภ์</p> <p>๒. วางแผนการ ปฏิบัติงานใน OPD ให้เหมาะสมสอดคล้อง กับกลุ่มผู้ให้ บริการและผู้รับ บริการ</p> <p>๓. จัดบริการ พยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - คลินิก NCDs - คลินิกผู้สูงอายุ ครบวงจร <p>๔. จัดระบบ/ แนวทางบริการให้ คำปรึกษาโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รายบุคคล และรายกลุ่ม</p>						<p>ติดต่อเรื้อรัง ที่ สภากา พยาบาลให้การ รับรอง</p> <p>๒.การอบรม หลักสูตรระยะ สั้น ๔ เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลักสูตรการ บริหารทางการ พยาบาล <p>๓.การอบรม เชิงปฏิบัติการ ๔ วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - โครงการ อบรมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนาภาวะ ผู้นำการ เปลี่ยนแปลงใน ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>๕. จัดระบบ/ แนวทาง การนัด หมายติดตาม การ มาตรวจตามนัด และส่งต่อเพื่อการ รักษา</p> <p>๖. ประสานงานทั้ง ภายในและภาย นอกหน่วยงานเพื่อ การดูแลที่ต่อเนื่อง</p> <p>๗. บริหารจัดการ การใช้อุปกรณ์และ เวชภัณฑ์ให้ เพียงพอเหมาะสม กับการให้บริการ</p> <p>๘. ฝึกอบรม กำกับ ดูแลและนิเทศงาน พยาบาลและ บุคลากรในส่วน OPD</p>						<p>๔. โครงการ พัฒนาบุคลากร ๓ วัน - โครงการ อบรมการ พัฒนาบุคลากร เพื่อสร้าง ความรู้ด้าน สุขภาพภายใต้ ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิด้วย การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์</p> <p>๕. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๒ วัน - โครงการ ประชุมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบ</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>๙. บริหารจัดการ รวมทั้งติดตามการ เบิกจ่ายเงินของ เงินกองทุนหลัก ประกันสุขภาพ</p> <p>๑๐. มอบหมาย ผู้รับผิดชอบในการ ให้ความรู้ เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ เรื่องโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) และ การดูแลสุขภาพแก่ ผู้มารับบริการ</p>						<p>การบริการใน ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ</p> <p>๖. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๑ วัน</p> <p>- โครงการ ประชุมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนาหลักสูตร เพื่อพัฒนา กำลังคนรองรับ การปฏิบัติงาน</p>
รักษาโรค	-	<p>๑. จัดระบบการคัด กรองและให้การ ช่วยเหลือเบื้องต้น และภาวะฉุกเฉิน</p> <p>๑.๑ คัดกรองและ ให้การช่วยเหลือ เบื้องต้นเพื่อ บรรเทาอาการ</p>	-	-	-	-	-	<p>ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ</p> <p>๗. หลักฐาน การต่ออายุใบ ประกอบ</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>ป้องกันการลุกลามของโรค</p> <p>๑.๒ ให้การช่วยเหลือกรณีภาวะฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิต และป้องกันการภาวะแทรกซ้อน/ ความรุนแรงของโรค</p> <p>๒. ดูแลระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>๓. เป็นผู้ติดตามข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ</p> <p>๔. เป็นผู้แก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับทีม OPD</p>						วิชาชีพ ทุก ๕ ปี

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
ฟื้นฟูสุขภาพ	-	๑. เป็นผู้ดูแลระบบ ส่งต่อกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย และการบริหาร จัดการการให้ บริการแบบผู้ป่วย นอก	-	-	-	-	-	
พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี (Nurse Care Manager)								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. สำรวจและ วิเคราะห์ข้อมูล สุขภาพประชาชน เพื่อศึกษาสภาวะ สุขภาพประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ ชอบ จำแนกครอบครัว ตามระดับภาวะ สุขภาพ และความ เจ็บป่วย วิเคราะห์ ปัญหาและวาง แผนการดูแล โดย การจัดทีมสุขภาพ ไปดูแลครอบครัว	๑. สำรวจและ วิเคราะห์ข้อมูล สุขภาพประชาชน เพื่อศึกษาสภาวะ สุขภาพประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ ชอบ จำแนกครอบครัว ตามระดับภาวะ สุขภาพ และความ เจ็บป่วย วิเคราะห์ ปัญหาและวาง แผนการดูแล โดย การจัดทีมสุขภาพ ไปดูแลครอบครัว	-	-	๑. สำรวจและ วิเคราะห์ข้อมูล สุขภาพประชาชน เพื่อศึกษาสภาวะ สุขภาพประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ ชอบ จำแนกครอบครัว ตามระดับภาวะ สุขภาพ และความ เจ็บป่วย วิเคราะห์ ปัญหาและวาง แผนการดูแล โดย การจัดทีมสุขภาพ ไปดูแลครอบครัว	-	๑. การอบรม ระยะสั้น - การฝึกอบรม หลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะ ทางโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ๒. การอบรม หลักสูตร ระยะ สั้น - Nurse Care Manager

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>ตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>๒. สร้างและสนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual help group) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>๓. ให้คำปรึกษา/แนะนำด้านสุขภาพ</p> <p>๔. คัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก หาก</p>	<p>ตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>๒. สร้างและสนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual help group) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>๓. ให้คำปรึกษา/แนะนำด้านสุขภาพ</p> <p>๔. คัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก หาก</p>			<p>ตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>๒. สร้างและสนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual help group) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>๓. ให้คำปรึกษา/แนะนำด้านสุขภาพ</p> <p>๔. คัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก หาก</p>		<p>ที่สภากาชาดให้การรับรอง</p> <p>๓. การอบรมหลักสูตรระยะสั้น ๔ เดือน - หลักสูตรการบริหารทางการแพทย์</p> <p>๔. การอบรมเชิงปฏิบัติการ ๔ วัน - โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๕. โครงการพัฒนาบุคลากร ๓ วัน</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>ตรวจพบกลุ่มเสี่ยง ต้องพิจารณาส่ง ตรวจยืนยันผลเพื่อ วินิจฉัยโรค จัด โครงการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม เสี่ยงในชุมชนตาม สภาพปัญหาและ ความเสี่ยงของ ผู้รับบริการ</p> <p>๕. คัดกรองประวัติ และพฤติกรรมโรค NCDs</p> <p>-ให้คำปรึกษาผ่าน เทคโนโลยี</p> <p>- Empowerment</p> <p>๖. ประเมินภาวะ สุขภาพจิต</p> <p>๗.ประเมิน CVD risk</p> <p>๘.ประเมิน ความเครียด การ สูบบุหรี่ การดื่มสุรา</p>	<p>ตรวจพบกลุ่มเสี่ยง ต้องพิจารณาส่ง ตรวจยืนยันผลเพื่อ วินิจฉัยโรค จัด โครงการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม เสี่ยงในชุมชนตาม สภาพปัญหาและ ความเสี่ยงของ ผู้รับบริการ</p> <p>๕. คัดกรองประวัติ และพฤติกรรมโรค NCDs</p> <p>-ให้คำปรึกษาผ่าน เทคโนโลยี</p> <p>- Empowerment</p> <p>๖. ประเมินภาวะ สุขภาพจิต</p> <p>๗.ประเมิน CVD risk</p> <p>๘.ประเมิน ความเครียด การ สูบบุหรี่ การดื่มสุรา</p>			<p>ตรวจพบกลุ่มเสี่ยง ต้องพิจารณาส่ง ตรวจยืนยันผลเพื่อ วินิจฉัยโรค จัด โครงการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม เสี่ยงในชุมชนตาม สภาพปัญหาและ ความเสี่ยงของ ผู้รับบริการ</p> <p>๕. คัดกรองประวัติ และพฤติกรรมโรค NCDs</p> <p>-ให้คำปรึกษาผ่าน เทคโนโลยี</p> <p>- Empowerment</p> <p>๖.ประเมินภาวะ สุขภาพจิต</p> <p>๗.ประเมิน CVD risk</p> <p>๘.ประเมินความ เครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา</p>		<p>- โครงการ อบรมการ พัฒนาบุคลากร เพื่อสร้างความ รอบรู้ด้าน สุขภาพภายใต้ ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิด้วย การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์</p> <p>๖. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๒ วัน</p> <p>- โครงการ ประชุมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบ การบริการใน ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ</p> <p>๗. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๑ วัน</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		๙. คืบข้อมูล สุขภาพสู่ชุมชน โดยการมีส่วนร่วม ร่วมกับทีมสุขภาพ ชุมชน และ เครือข่าย เพื่อจัด กิจกรรมบริการ สุขภาพ ๑๐. ศึกษา ค้นคว้า วิชาการและ แนวทางใหม่ๆเพื่อ นำมาพัฒนางาน ๑๑. จัดอุปกรณ์ เครื่องมือให้บริการ ตามมาตรฐาน ปลอดภัย และ พร้อมใช้	๙. คืบข้อมูล สุขภาพสู่ชุมชน โดยการมีส่วนร่วม ร่วมกับทีมสุขภาพ ชุมชน และ เครือข่าย เพื่อจัด กิจกรรมบริการ สุขภาพ ๑๐. ศึกษา ค้นคว้า วิชาการและ แนวทางใหม่ๆเพื่อ นำมาพัฒนางาน ๑๑. จัดอุปกรณ์ เครื่องมือให้บริการ ตามมาตรฐาน ปลอดภัย และ พร้อมใช้	-	-	๙. คืบข้อมูลสุขภาพ สู่ชุมชน โดยการมี ส่วนร่วมกับทีม สุขภาพ ชุมชน และเครือข่าย เพื่อ จัดกิจกรรมบริการ สุขภาพ ๑๐. ศึกษา ค้นคว้า วิชาการและ แนวทางใหม่ๆเพื่อ นำมาพัฒนางาน ๑๑. จัดอุปกรณ์ เครื่องมือให้บริการ ตามมาตรฐาน ปลอดภัย และ พร้อมใช้	-	- โครงการ ประชุมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนาหลักสูตร เพื่อพัฒนา กำลังคนรองรับ การปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ๘. หลักฐานการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี
รักษาโรค	- สอน แนะนำ และให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และฝึก ทักษะที่จำเป็นใน การดูแลสุขภาพ	- สอน แนะนำ และ ให้คำปรึกษา ให้ ความรู้ และฝึก ทักษะที่จำเป็นใน การดูแลสุขภาพ	- สอน แนะนำ และ ให้คำปรึกษา ให้ ความรู้ และฝึก ทักษะที่จำเป็นใน การดูแลสุขภาพ	-	-	- สอน แนะนำ และ ให้คำปรึกษา ให้ ความรู้ และฝึก ทักษะที่จำเป็นใน การดูแลสุขภาพ	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
	ตนเอง และ ผู้ป่วยที่บ้าน เช่น	ตนเอง และผู้ป่วยที่ บ้าน - จัดกิจกรรมฟื้นฟู สภาพในกลุ่มผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้สามารถ พึ่งตนเองด้าน สุขภาพได้ ๓. จัดทำทะเบียน จัดกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามระยะ ของโรค ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม รายบุคคล รายกลุ่ม ๔. ให้ภูมิคุ้มกันโรค และสร้างเสริม สุขภาพในผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และ ประเมินผลลัพธ์ ๕. Empowerment	ตนเอง และผู้ป่วยที่ บ้าน - จัดกิจกรรมฟื้นฟู สภาพในกลุ่มผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้สามารถ พึ่งตนเองด้าน สุขภาพได้ ๓. จัดทำทะเบียน จัดกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามระยะ ของโรค ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม รายบุคคล รายกลุ่ม ๔. ให้ภูมิคุ้มกันโรค และสร้างเสริม สุขภาพในผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และ ประเมินผลลัพธ์ ๕. Empowerment			ตนเอง และผู้ป่วยที่ บ้าน - จัดกิจกรรมฟื้นฟู สภาพในกลุ่มผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้สามารถ พึ่งตนเองด้าน สุขภาพได้ ๓. จัดทำทะเบียน จัดกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามระยะ ของโรค ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมราย บุคคล รายกลุ่ม ๔. ให้ภูมิคุ้มกันโรค และสร้างเสริม สุขภาพในผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และ ประเมินผลลัพธ์ ๕. Empowerment		

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>๖. ส่งเสริมความรู้ สอนทักษะที่จำเป็น ในการดูแลตนเอง</p> <p>๗. ประสานทีมสห วิชาชีพ ทีม สนับสนุนทั้งภายใน และภายนอกเพื่อ จัดทำแผนการดูแล ส่งต่อเพื่อเยี่ยม ต่อเนื่องที่บ้าน และ กำกับ ติดตาม ประเมินผล</p> <p>๘. บันทึกและ ติดตามประเมินผล การดูแล</p> <p>๙. วิเคราะห์ผลการ ดูแล เพื่อการปรับ ปรุงและพัฒนา คุณภาพการดูแล ผู้ป่วยและ ครอบครัวอย่าง ต่อเนื่อง</p>	<p>๖. ส่งเสริมความรู้ สอนทักษะที่จำเป็น ในการดูแลตนเอง</p> <p>๗. จัดทำแผนการ ดูแล เพื่อเยี่ยม ต่อเนื่องที่บ้าน และ กำกับ ติดตาม ประเมินผล</p> <p>๘. บันทึกและ ติดตามประเมินผล การดูแล</p> <p>๙. วิเคราะห์ผลการ ดูแล เพื่อการปรับ ปรุงและพัฒนา คุณภาพการดูแล ผู้ป่วยและ ครอบครัว อย่าง ต่อเนื่อง</p>			<p>๖. ส่งเสริมความรู้ สอนทักษะที่จำเป็น ในการดูแลตนเอง</p> <p>๗. จัดทำแผนการ ดูแล เพื่อเยี่ยม ต่อเนื่องที่บ้าน และ กำกับ ติดตาม ประเมินผล</p> <p>๘. บันทึกและ ติดตามประเมินผล การดูแล</p> <p>๙. วิเคราะห์ผลการ ดูแล เพื่อการปรับ ปรุงและพัฒนา คุณภาพการดูแล ผู้ป่วยและ ครอบครัว อย่าง ต่อเนื่อง</p>		

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
ฟื้นฟูสุขภาพ	-	๑.ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ สามารถควบคุม อาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีปัญหาในการ ปฏิบัติตน ๒. ติดตามเยี่ยม กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังและมี การไร้ความ สามารถเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา ในการทำกิจวัตร ประจำวัน ต้องพึ่ง อุปกรณ์ทาง การแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายยาง ให้อาหาร หรือ สายสวนปัสสาวะ	๑.ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ สามารถควบคุม อาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีปัญหาในการ ปฏิบัติตน ๒. ติดตามเยี่ยม กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังและมี การไร้ความ สามารถเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา ในการทำกิจวัตร ประจำวัน ต้องพึ่ง อุปกรณ์ทาง การแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายยาง ให้อาหาร หรือ สายสวนปัสสาวะ	-	-	๑.ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ สามารถควบคุม อาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีปัญหาในการ ปฏิบัติตน ๒. ติดตามเยี่ยม กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังและมี การไร้ความ สามารถเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา ในการทำกิจวัตร ประจำวัน ต้องพึ่ง อุปกรณ์ทาง การแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายยาง ให้อาหาร หรือ สายสวนปัสสาวะ	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		๓. ส่งต่อทีมสหวิชาชีพเพื่อเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านตามปัญหาที่พบ ๔. ติดตาม ดูแล ส่งต่อและรับกลับในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและครอบครัวที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหลังกลับจากโรงพยาบาล ๕. ส่งเสริมความรู้ สอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ๖. Empowerment	๓. ประสานศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อส่งต่อทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายเพื่อเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านตามปัญหาที่พบ ๔. ติดตาม ดูแล ส่งต่อและรับกลับในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและครอบครัวที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหลังกลับจากโรงพยาบาล ๕. ส่งเสริมความรู้ สอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ๖. Empowerment			๓. ประสานศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อส่งต่อทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายเพื่อเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านตามปัญหาที่พบ ๔. ติดตาม ดูแล ส่งต่อและรับกลับในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและครอบครัวที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหลังกลับจากโรงพยาบาล ๕. ส่งเสริมความรู้ สอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ๖. Empowerment		
พยาบาลเวชปฏิบัติ								
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	-	๑. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การ	-	-	-	๑. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การ	-	๑. การอบรมระยะสั้น ๓ วัน - การอบรมฟื้นฟูวิชาการ

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		พักผ่อน สันทนาการและการผ่อนคลายความเครียด ๒. การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ค้นหาความเสี่ยง ๓. ตรวจคัดกรองสุขภาพ				พักผ่อน สันทนาการและการผ่อนคลายความเครียด ๒.การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ค้นหาความเสี่ยง ๓. ตรวจคัดกรองสุขภาพ		พยาบาลเวชปฏิบัติ ทุก ๕ ปี/ครั้ง ๒.การอบรมเชิงปฏิบัติการ ๔ วัน - โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
รักษาโรค		๑. การวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบื้องต้นในปัญหาสุขภาพ ๒. ดูแลและแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับและผลข้างเคียงของยา ปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับ				๑. การวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบื้องต้นในปัญหาสุขภาพ ๒. ดูแลและแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับและผลข้างเคียงของยา ปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับ		พัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ ปฐมนุญมี ๓.โครงการพัฒนาบุคลากร ๓ วัน - โครงการอบรมการพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความ

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
ฟื้นฟูสุขภาพ	-	๑. ดูแลติดตาม เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง (Home health care) ในผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่มี ปัญหาสุขภาพ ซ้ำซ้อน	-	-	-	๑. ดูแลติดตาม เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง (Home health care) ในผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่มี ปัญหาสุขภาพ ซ้ำซ้อน	-	รอบรู้ด้าน สุขภาพภายใต้ ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิด้วย การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ๔. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๒ วัน - โครงการ ประชุมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบ การบริการใน ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ ๕. ประชุมเชิง ปฏิบัติการ ๑ วัน - โครงการ ประชุมเชิง ปฏิบัติการ พัฒนาหลักสูตร

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
								เพื่อพัฒนา กำลังคนรองรับ การปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ๖. หลักฐานการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี
เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. คຸ້ມครอง ผู้บริโภคร ๒. รณรงค์และเป็น ที่ปรึกษาให้แก่ ชุมชนด้านยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๓. เป็นวิทยากร ร่วมอบรม เผยแพร่ ความรู้เรื่องยา ให้แก่บุคลากร	๑. คຸ້ມครอง ผู้บริโภคร ๒. รณรงค์และเป็น ที่ปรึกษาให้แก่ ชุมชนด้านยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๓. เป็นวิทยากร ร่วมอบรม เผยแพร่ ความรู้เรื่องยา ให้แก่บุคลากร	-	-	-	๑. คຸ້ມครอง ผู้บริโภคร ๒. รณรงค์และ เป็นที่ปรึกษา ให้แก่ชุมชนด้าน ยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ๓. เป็นวิทยากร ร่วมอบรม เผยแพร่ ความรู้	๑.การอบรม ระยะสั้น ๔ เดือน - หลักสูตร เภสัชกรรมปฐม ภูมิ : เภสัช กรรม ครอบครัวและ ชุมชน

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		สาธารณสุข อสส. ๔. ควบคุมแนะนำ การใช้สมุนไพร	สาธารณสุข อสส. ๔. ควบคุมแนะนำ การใช้สมุนไพร				เรื่องยา ให้แก่ บุคลากร สาธารณสุข อสส. ๔. ควบคุม แนะนำการใช้ สมุนไพร	๒. หลักฐานการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี
รักษาโรค	๑. ให้ความรู้และ ให้คำปรึกษาเรื่อง ยากับผู้ป่วยและ ญาติ ๒. ประเมินความ เหมาะสมการสั่ง ใช้ยา และค้นหา ปัญหาที่เกิดขึ้น จากการใช้ยาของ ผู้ป่วย ๓. ติดตาม ประเมินผู้ป่วยที่มี การใช้ยาที่มีผล ต่อระดับน้ำตาล ระดับความดัน โลหิต ไต	๑. ให้ความรู้และให้ คำปรึกษาเรื่องยา กับผู้ป่วยและญาติ ๒. ประเมินความ เหมาะสมการสั่งใช้ ยา และค้นหา ปัญหาที่เกิดขึ้นจาก การใช้ยาของผู้ป่วย ๓. ติดตาม ประเมิน ผู้ป่วยที่มีการใช้ยา ที่มีผลต่อระดับ น้ำตาล ระดับความ ดันโลหิต ไต ๔. การวางแผน ร่วมกันกับผู้ป่วย และญาติในการ	๑. ให้ความรู้และให้ คำปรึกษาเรื่องยา กับผู้ป่วยและญาติ ๒. ประเมินความ เหมาะสมการสั่งใช้ ยา และค้นหา ปัญหาที่เกิดขึ้นจาก การใช้ยาของผู้ป่วย ๓. ติดตาม ประเมิน ผู้ป่วยที่มีการใช้ยา ที่มีผลต่อระดับ น้ำตาล ระดับความ ดันโลหิต ไต ๔. วางแผนร่วมกัน กับผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลแก้ไข ด้านสุขภาพ	-	-	-	๑. ให้ความรู้และ ให้คำปรึกษาเรื่อง ยากับผู้ป่วยและ ญาติ ๒. ค้นหา ปัญหาที่เกิดขึ้น จากการใช้ยาของ ผู้ป่วย ๓. ติดตาม ประเมินผู้ป่วยที่มี การใช้ยาที่มีผล ต่อระดับน้ำตาล ระดับความดัน โลหิต ไต ๔. วางแผน ร่วมกับผู้ป่วยและ	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
	๔. การวางแผน ร่วมกันในการ ดูแลแก้ไขด้าน สุขภาพ ๕. ส่งต่อผู้ป่วย โรคติดต่อไม่ เรื้อรังที่มีปัญหา การใช้ยาให้กับ ภาคีเครือข่ายใน พื้นที่	ดูแลแก้ไขด้าน สุขภาพ ๕. ร่วมกับทีมสห วิชาชีพเยี่ยมผู้ป่วย ที่บ้าน	๕. ร่วมเยี่ยมผู้ป่วย ที่บ้าน				ญาติในการดูแล แก้ไขด้านสุขภาพ ๕. ร่วมเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้าน	
ฟื้นฟูสุขภาพ	๑. แก้ไขปัญหา การใช้ยาที่ เกิดขึ้น	๑. แก้ไขปัญหาการ ใช้ยาที่เกิดขึ้น	๑. แก้ไขปัญหาการ ใช้ยาที่เกิดขึ้น	-	-	-	๑. แก้ไขปัญหา การใช้ยาที่เกิดขึ้น	
นักวิชาการสาธารณสุข								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. สำรวจ และเก็บ ข้อมูล ความเสี่ยงที่ ทำให้เกิดโรค NCDs ในชุมชน เช่น ร้านค้า พฤติกรรมเสี่ยงของ ประชาชน นำมา วิเคราะห์เพื่อ พัฒนาคุณภาพการ	๑. สำรวจ และเก็บ ข้อมูล ความเสี่ยงที่ ทำให้เกิดโรค NCDs ในชุมชน เช่น ร้านค้า พฤติกรรมเสี่ยงของ ประชาชน นำมา วิเคราะห์เพื่อ พัฒนาคุณภาพการ	-	-	-	-	๑. การอบรม ระยะสั้น ๘ วัน - โครงการ อบรมหลักสูตร สมรรถนะนัก สาธารณสุข เพื่อปฏิบัติงาน ในคลินิกหมอ

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>ป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อ และออก แบบบริการสุขภาพ ให้กับกลุ่ม เป้าหมาย (รายบุคคล ราย กลุ่ม และกลุ่ม ประชากร)</p> <p>๒. วางแผน/จัดทำ โครงการแก้ไข ปัญหา/รณรงค์</p> <p>๓. ร่วมกันคิดค้น นวัตกรรม เพื่อ สนับสนุนการ ดำเนินงาน/แก้ไข ปัญหา NCDs ใน พื้นที่</p> <p>๔. การรณรงค์/ สื่อสารเตือนภัย เพื่อสร้างกระแสให้ ประชาชนเกิดการ ตื่นตัวและเกิด ความตระหนัก</p>	<p>ป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อ และออก แบบบริการสุขภาพ ให้กับกลุ่ม เป้าหมาย (รายบุคคล ราย กลุ่ม และกลุ่ม ประชากร)</p> <p>๒. วางแผน/จัดทำ โครงการแก้ไข ปัญหา/รณรงค์</p> <p>๓. ร่วมกันคิดค้น นวัตกรรม เพื่อ สนับสนุนการ ดำเนินงาน/แก้ไข ปัญหา NCDs ใน พื้นที่</p> <p>๔. การรณรงค์/ สื่อสารเตือนภัย เพื่อสร้างกระแสให้ ประชาชนเกิดการ ตื่นตัวและเกิด ความตระหนัก</p>					<p>ครอบครัว โดย วิทยาลัยการ สาธารณสุข ๒.หลักฐานการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		๕. พัฒนาระบบ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๕. พัฒนาระบบ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
รักษาโรค	-	๑. ร่วมปฏิบัติงาน เชิงรุกในชุมชน ๒. รับผิดชอบเยี่ยม บ้านผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคไม่ซับซ้อน	๑. ร่วมปฏิบัติงาน เชิงรุกในชุมชน ๒. รับผิดชอบเยี่ยม บ้านผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคไม่ซับซ้อน	-	-	-	-	
ฟื้นฟูสุขภาพ	-	๑. เพิ่มศักยภาพ เครือข่าย	๑. เพิ่มศักยภาพ เครือข่าย	-	-	-	-	
นักกายภาพบำบัด								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. ส่งเสริมการออก กำลังกายตาม แนวทาง กายภาพบำบัด ๒. ให้ความรู้และ คำแนะนำ โดยเน้น เกี่ยวกับการป้องกัน อาการบาดเจ็บจาก พฤติกรรมใน ชีวิตประจำวันที่ไม่ ถูกต้อง เช่น สอน	-	๑. ส่งเสริมการ ออกกำลังกาย ตามแนวทาง กายภาพบำบัด ๒. ให้ความรู้และ คำแนะนำ โดย เน้นเกี่ยวกับการ ป้องกันอาการ บาดเจ็บจาก พฤติกรรมใน ชีวิตประจำวัน	-	-	-	๑.การอบรม ระยะสั้น -หลักสูตรการ ฝึกพูดและการ ฝึกกลืน ๒.หลักสูตรการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>ท่าทางการเดิน การนั่งทำงาน วิธีการยกของหนัก ทำยืดกล้ามเนื้อและท่ากายบริหารที่ทำได้เองที่บ้าน รวมถึงการสอนเทคนิคเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการออกกำลังกาย</p> <p>๓. การให้ความรู้และคำแนะนำ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและคงช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ การออกกำลังเพื่อเพิ่มความสมดุลของร่างกายและการป้องกันความเสี่ยงจากการหกล้ม รวมทั้งเพิ่ม</p>		<p>ไม่ถูกต้อง เช่น สอนท่าทางการเดิน การนั่งทำงาน วิธีการยกของหนัก ทำยืดกล้ามเนื้อและท่ากายบริหารที่ทำได้เองที่บ้าน รวมถึงการสอนเทคนิคเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการออกกำลังกาย</p> <p>๓. การให้ความรู้และคำแนะนำ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและคงช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ การออกกำลังเพื่อเพิ่มความสมดุล</p>				

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		ความสามารถใน การทรงตัว ๕. การส่งเสริม สุขภาพปรับการกิน เพิ่มกิจกรรมทาง กาย		ของร่างกาย และ การป้องกันความ เสี่ยงจากการหกล้ม รวมทั้งเพิ่ม ความสามารถใน การทรงตัว ๕. การส่งเสริม สุขภาพปรับการ กินเพิ่มกิจกรรม ทางกาย				
รักษาโรค	๑. ให้การดูแล รักษา บำบัดด้วย วิธีทางกายภาพ บำบัด ๒. สอน ฟีก ปฏิบัติทาง กายภาพ	๑. ประเมินความ เสี่ยง ๒. ให้การดูแล บำบัดด้วยวิธีทาง กายภาพบำบัด เช่น - การทำกายภาพ บำบัดเพื่อลด อาการชามือและ เท้าและเพิ่มความ แข็งแรงของมือและ เท้า - กายภาพบำบัด โดยการนวด เพื่อ	-	๑. ประเมินความ เสี่ยง ๒. ให้การดูแล บำบัดด้วยวิธีทาง กายภาพบำบัด เช่น - การทำ กายภาพบำบัด เพื่อลดอาการชา มือและเท้าและ เพิ่มความแข็งแรง ของมือและเท้า	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		<p>การรักษา เช่น การ ลูบตามผิวหนัง กด จุด คลึง เคาะ หรือ ทุบ ช่วยบรรเทา อาการปวดเกร็ง กล้ามเนื้อ เพิ่มการ ไหลเวียนของเลือด ระบบน้ำเหลือง และการเคลื่อนไหว ของข้อต่อ</p> <p>๓. สอน ฝึกปฏิบัติ ทางกายภาพ</p> <p>๔. จัดหา/แนะนำ กายอุปกรณ์กรณี ผู้ป่วยความเสี่ยงสูง</p> <p>๕. ส่งต่อสหสาขา วิชาชีพในรายที่มี ปัญหา</p> <p>๖. เยี่ยมดูแล ต่อเนืองที่บ้าน</p> <p>๗. สอนผู้ป่วย/ญาติ</p>		<p>- กายภาพบำบัด โดยการนวด เพื่อ การรักษา เช่น การลูบตาม ผิวหนัง กดจุด คลึง เคาะ หรือ ทุบ ช่วยบรรเทา อาการปวดเกร็ง กล้ามเนื้อ เพิ่ม การไหลเวียนของ เลือด ระบบ น้ำเหลือง และ การเคลื่อนไหว ของข้อต่อ</p> <p>๓. สอน ฝึก ปฏิบัติทาง กายภาพ</p> <p>๔. จัดหา/แนะนำ กายอุปกรณ์กรณี ผู้ป่วยความเสี่ยงสูง</p> <p>๕. เยี่ยมดูแล ต่อเนืองที่บ้าน</p>				

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
				๖. ประสานส่งต่อ ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในพื้นที่ ในรายที่มีปัญหา ๗.สอนผู้ป่วย/ญาติ				
ฟื้นฟูสุขภาพ	๑. ให้การฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยกรณี เกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือด สมอง โรค หลอดเลือดหัวใจ เกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ ๒.ประสานส่งต่อ ภาคีเครือข่าย กายภาพบำบัดใน พื้นที่	๑. ฟื้นฟูร่างกายสู่ ภาวะปกติ ให้ สามารถดำเนิน กิจวัตรในชีวิต ประจำวัน รวมทั้ง ป้องกันความพิการ - ผู้ที่มีอาการปวด ขามือและเท้า แขน ขาอ่อนแรง ทำ กายภาพบำบัด โดย ใช้ เครื่องมือ กายภาพบำบัดเพื่อ ลดปวด เช่น เครื่อง อัลตราซาวด์ชนิด พกพา แผ่นประคบ ร้อนไฟฟ้า ฝึกรการ ทรงตัว ฝึกรการลุก นั่งบนเตียง ฝึกรยืน	-	๑. รับส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาล/ เครือข่าย ให้บริการ ฟื้นฟูร่างกายสู่ ภาวะปกติ ให้ สามารถดำเนิน กิจวัตรในชีวิต ประจำวัน รวมทั้ง ป้องกันความ พิการ - ผู้ที่มีอาการปวด ขามือและเท้า แขนขาอ่อนแรง ทำกายภาพบำบัด โดยใช้เครื่องมือ กายภาพบำบัด เพื่อลดปวด เช่น	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		ฝึกเดิน และฝึก ฟังก์ชันของแขนขา ให้สามารถใช้งานได้ ปกติ - เครื่องกระตุ้น ระบบประสาทด้วย การใช้คลื่น แม่เหล็กไฟฟ้า สำหรับ ผู้ป่วยใน กลุ่มโรคระบบ ประสาทและกลุ่มผู้ ที่มีอาการ ปวด ชา อ่อนแรง ๒. ประสานส่งต่อ ผู้ป่วยไปยัง เครือข่ายเพื่อการ ติดตามเยี่ยมฟื้นฟู สภาพต่อเนื่อง		เครื่องอัลตรา ซาวด์ชนิดพกพา แผ่นประคบร้อน ไฟฟ้า ฝึกการทรง ตัว ฝึกการลุกนั่ง บนเตียง ฝึกยืน ฝึกเดิน และฝึก ฟังก์ชันของแขน ขาให้สามารถใช้ งานได้ปกติ - เครื่องกระตุ้น ระบบประสาท ด้วยการใช้คลื่น แม่เหล็กไฟฟ้า สำหรับ ผู้ป่วยใน กลุ่มโรคระบบ ประสาทและกลุ่ม ผู้ที่มีอาการ ปวด ชา อ่อนแรง				
นักจิตวิทยา								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. ให้ความรู้ทาง จิตวิทยาและ พฤติกรรมสุขภาพ	-	-	-	-	-	๑.อบรมระยะ สั้น

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		แก่ประชาชนทั้งเชิง รับและเชิงรุก ๒. เฝ้ารอ คัด กรองสุขภาพจิต เบื้องต้นแก่ ประชาชน โดยใช้ แบบประเมิน ๒Q ๓. ประเมิน ความเครียด						- หลักสูตร จิตวิทยาการให้ คำปรึกษา ๒. หลักฐานการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี
รักษา	๑. ให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังที่มี ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้ป่วยที่มี ภาวะเครียด วิตก กังวล ซึมเศร้า ๒. ประสานความ ช่วยเหลือ ตลอดจนการส่ง ต่อเพื่อเข้ารับ บริการยัง โรงพยาบาลจิต เวช หรือส่งกลับ	๑. ให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังที่มีปัญหา สุขภาพจิต เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ๒. ประสานความ ช่วยเหลือตลอดจน การส่งต่อเพื่อเข้า รับบริการรักษา ยัง โรงพยาบาล หรือ ส่งต่อเครือข่ายใน พื้นที่	-	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
	ศูนย์บริการ สาธารณสุข / เครือข่ายในพื้นที่							
ฟื้นฟูสุขภาพ	๑. ให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพด้าน จิตใจแก่ผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อ เรื้อรังที่มีปัญหา ด้านสุขภาพจิต ๒. ส่งต่อภาคี เครือข่ายเพื่อการ ดูแลต่อเนื่อง	๑. ร่วมให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ มีปัญหาด้าน สุขภาพจิต ๒. ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังที่ได้รับ ผลกระทบจาก สถานการณ์ เช่น ภัยพิบัติทาง ธรรมชาติ หรือ เหตุการณ์ไม่สงบ ทางการเมือง	-	-	-	-	-	
แพทย์แผนไทย								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. ส่งเสริมการออก กำลังกายตาม แนวทางแพทย์	-	-	-	-	-	๑.การอบรม ระยะสั้น

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		ทางเลือก เช่น ยืด เหยียด ฤๅษีดัดตน ๒. ส่งเสริมการดูแล สุขภาพเท้า						-หลักสูตรเวช กรรมการ แพทย์แผนไทย ๒.หลักสูตรการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี
รักษาโรค	๑. ให้บริการตรวจ วินิจฉัยโรคด้วย ศาสตร์การแพทย์ แผนไทย	๑. ให้บริการตรวจ วินิจฉัยโรคด้วย ศาสตร์การแพทย์ แผนไทย และให้ การรักษาด้วย ๑) ยาสมุนไพร ๒) สมุนไพรบำบัด ๓) การนวด ๔) การประคบ สมุนไพร ๕) การอบไอน้ำ สมุนไพร ๖) ตรวจคัดกรอง เท้าในผู้ป่วย เบาหวาน ๗) สอนผู้ป่วย/ญาติ	-	-	-	-	-	
ฟื้นฟูสุขภาพ	๑. ให้บริการหัตถ บำบัด เพื่อการ บำบัดรักษา	๑. ให้บริการหัตถ บำบัด เพื่อการ บำบัดรักษา ฟื้นฟู	-	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
	ฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ หลัง แขน ขา ข้อเข่า เสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต ๒. ให้บริการอบ ไอน้ำสมุนไพร เพื่อรักษา-ฟื้นฟู สภาพ ๓. ให้บริการ ประคบสมุนไพร เพื่อรักษา-ฟื้นฟู สภาพ	สภาพ ได้แก่ โรค กล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ หลัง แขน ขา ข้อเข่าเสื่อม อัม พฤกษ์ อัมพาต โดย ๑) การนวด ๒) การประคบ สมุนไพร ๓) การใช้ยา สมุนไพร ๔) การอบไอน้ำ สมุนไพร เพื่อ รักษา-ฟื้นฟูสภาพ ๕) สอนผู้ป่วย/ญาติ						
นักสังคมสงเคราะห์								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. ให้การปรึกษา แนะนำ สนับสนุน ให้กำลังใจ เสริม พลัง ๒. ชมรมผู้สูงอายุ ๓. คัดกรองบุหรี่/ สุรา	-	-	-	-	-	๑.การอบรม ระยะสั้น -หลักสูตร Mental Health and Psychosocial

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
รักษาโรค	๑. จัดหารถส่ง ผู้ป่วยไปรักษา ๒. สนับสนุนการ ช่วยเหลือ ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ๓. ประเมินสภาพ จิต ๔. ส่งเสริม สนับสนุนด้าน พลังใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัว	๑. จัดหารถส่ง ผู้ป่วยไปรักษา ๒. สนับสนุนการ ช่วยเหลือทางด้าน สังคม เศรษฐกิจ ๓. ประเมินสภาพ จิต ๔. ส่งเสริม สนับสนุนด้านพลัง ใจแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว	-	-	-	-	-	support โดย คณะสังคม สงเคราะห์ ศาสตร์ ๒.หลักฐานการ ต่ออายุใบ ประกอบ วิชาชีพ ทุก ๕ ปี
ฟื้นฟูสุขภาพ	๑. สนับสนุนการ ช่วยเหลือ ทางด้านสังคม ๒. ทำบัตรผู้ พิการ ๓. ส่งเสริม สนับสนุน ด้านพลังใจแก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	๑. สนับสนุนการ ช่วยเหลือทางด้าน สังคม ๒. ทำบัตรผู้พิการ ๓. ส่งเสริม สนับสนุน ด้านพลังใจแก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว ๔. แสวงหา เครือข่ายทางสังคม	-	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
	๔. แสวงหา เครือข่ายทาง สังคมเพื่อส่งต่อ ผู้ใช้บริการไปรับ บริการที่เหมาะสม กับสภาพปัญหา ๕. จัดหาอุปกรณ์ ทางการแพทย์ เช่น เตียง เครื่อง ผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม รถเข็น นั่ง Walker ช่วย เดิน ผ้าอ้อม อนามัย	เพื่อส่งต่อ ผู้ใช้บริการไปรับ บริการที่เหมาะสม กับสภาพปัญหา ๕. จัดหาอุปกรณ์ ทางการแพทย์ เช่น เตียง เครื่องผลิต ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม รถเข็น นั่ง Walker ช่วย เดิน ผ้าอ้อม อนามัย						
นักโภชนาการ								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. ประเมินภาวะ โภชนาการ ๒. ให้คำแนะนำ ด้านอาหารและ โภชนาการ	-	-	-	-	-	๑.การอบรม ระยะสั้น

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
รักษาโรค	<p>๑. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย</p> <p>๒. ให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม</p> <p>๓. สอนการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะแทรกซ้อนเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>๔. ร่วมวางแผนแก้ไขภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ</p>	<p>๑. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย</p> <p>๒. ให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม</p> <p>๓. สอนการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะแทรกซ้อนเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>๔. ร่วมวางแผนแก้ไขภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ</p>	-	-	-	-	-	<p>-หลักสูตรโภชนบำบัดและการบริหาร</p> <p>๒.หลักสูตรการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ ทุก ๕ ปี</p>

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
ฟื้นฟูสุขภาพ	๑. คิदनวัตกรรม หรือออกแบบ การจัดเมนู อาหารเฉพาะโรค	๑. คิदनวัตกรรม หรือออกแบบการ จัดเมนูอาหาร เฉพาะโรค	-	-	-	-	-	
ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล สำนักงานเขต								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค		๑. ตรวจสอบ ควบคุมการ สุขาภิบาลอาหาร การสุขาภิบาล สถานที่ การ สุขาภิบาลตลาด สถานที่จำหน่าย อาหาร สะสม อาหาร การ สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และ การประกอบ กิจการที่เป็น อันตรายแก่สุขภาพ ให้ได้มาตรฐานทาง สุขาภิบาลและถูก สุขลักษณะ	-	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต								
ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรค	-	๑. การส่งเสริมการ มีส่วนร่วม ของ ประชาชน ๒. การเสริมสร้าง ศักยภาพของผู้นำ ชุมชน องค์กร ชุมชนและเครือข่าย ชุมชน ๓. การดำเนินการ เกี่ยวกับการแก้ไข ปัญหาเสพติด ๔. การดำเนินการ เกี่ยวกับศูนย์กีฬา และลานกีฬา ๕. การให้บริการ และจัดกิจกรรม นันทนาการ ด้าน ดนตรี กีฬา ห้องสมุด ๖. สนับสนุนและ ประสานการ ดำเนินงานร่วมกับ เครือข่าย	-	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		๗. การสนับสนุน การของบประมาณ ดำเนินการ โครงการ กองทุน หลัก ประกัน สุขภาพระดับ ท้องถิ่น						
รักษาโรค	-	๑. การสงเคราะห์ เช่น การจัดหาค่า รถไปพบแพทย์ ๒. การส่งเสริม อาชีพ การจัดหา แหล่งจำหน่าย ผลิตภัณฑ์ ๓. สนับสนุนและ ประสานการ ดำเนินงานร่วมกับ เครือข่าย	-	-	-	-	-	
ฟื้นฟูสุขภาพ	-	๑. การพัฒนา สภาพแวดล้อมและ ที่อยู่อาศัย ๒. การส่งเสริม อาชีพ การจัดหา	-	-	-	-	-	

สหวิชาชีพ/ บทบาท	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	คลินิกชุมชนอบอุ่น	คลินิก กายภาพบำบัด	คลินิกทันตกรรม	คลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	ร้านยา	การพัฒนา บุคลากร
		แหล่งจำหน่าย ผลผลิต ๓. การสงเคราะห์ ตามสภาพปัญหา ๔. การดำเนินการ เกี่ยวกับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุและคน พิการ ๕. ร่วมเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย						

บทบาทในการกำกับ ติดตาม นิเทศ ภาคีเครือข่าย

๑. ทีมนิเทศระบบสุขภาพร่วมกับคณะกรรมการภาคีเครือข่าย (ประกอบด้วย ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานบริการสุขภาพ หัวหน้าพยาบาล เกสัชกร ผู้แทนจากโรงพยาบาล จำนวน ๓-๕ ท่าน) ควบคุมติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตามมาตรฐานและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนด โดยการนิเทศน์ที่คลินิก/สถานบริการ ๑ ครั้ง/ปี

๒. จัดประชุมทีมระบบสุขภาพและภาคีเครือข่าย ทุก ๔ เดือน เพื่อคืนข้อมูลและติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

๓. ประสานงานและควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผ่านกลุ่มไลน์ “NCDs ระดับพื้นที่เขต”

๔. สุ่มตรวจพื้นที่/เยี่ยมติดตาม โดยทีมระบบสุขภาพระดับพื้นที่เขต เมื่อพบปัญหาข้อร้องเรียน เพื่อบรรณข้อมูลที่มีปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

๕. ติดตามผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และ Caregiver ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๖. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ภาคีเครือข่าย ทุก ๖ เดือน

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย

๑. โรงพยาบาลในระบบรับ-ส่งต่อ ที่มีคณะแพทยศาสตร์ศึกษา ดำเนินการเรื่องการพัฒนาศักยภาพ โดยรับผิดชอบกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขละ ๒ กลุ่มเขต ดำเนินการจัดอบรม โดยมีสำนักอนามัย เป็นผู้ประสานดำเนินการ การทำหลักสูตรกลางร่วมกัน

๑.๑ จัดตั้งศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีหน้าที่ฝึกอบรมแพทย์และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น ทันตแพทย์ เกสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาการสาธารณสุข

๑.๒ จัดทำหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น เพื่อให้แพทย์ทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ เข้ารับการอบรม เพื่อทำหน้าที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๑.๓ จัดอบรมให้กับนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลด้านเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อนำไปทำงานในระดับชุมชนโดยการมีส่วนร่วม

๑.๔ จัดการอบรมสัมมนาเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้แก่เจ้าหน้าที่ในศูนย์บริการทุกแห่ง กรรมการในระดับเขต ผู้แทนภาคประชาชน อนุกรรมการและผู้ปฏิบัติในระดับเขตพื้นที่

๒. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

๒.๑ จัดการอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้กับบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งของศูนย์บริการสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย

๒.๒ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการบุคลากรของหน่วยบริการภาคีเครือข่าย ในด้านการใช้งานระบบสารสนเทศ เพื่อเชื่อมโยงการทำงานและเชื่อมต่อข้อมูลครอบคลุมทุกเครือข่ายบริการ และเพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับสนับสนุนการรักษาพยาบาล และใช้ในการบริหารจัดการ ดังนี้

- โปรแกรมระบบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน (BMA Home Ward Refer)
- ระบบ e-Referral
- ระบบ Telemedicine, Teleconsult

๓. ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในบทบาท Area Manager ดำเนินการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ดังนี้

๓.๑ เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติและให้คำปรึกษาของหน่วยบริการภาคีเครือข่าย ในด้านการใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการทำงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน

- โปรแกรมระบบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน (BMA Home Ward Refer)
- ระบบ e-Referral
- ระบบ Telemedicine, Teleconsult
- การใช้งานผ่านกลุ่มไลน์ “NCDs ระดับพื้นที่เขต”

๓.๒ เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนะนำ และเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ในงานพยาบาลต่อเนืองที่บ้านให้กับภาคีเครือข่าย เช่น การปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านตามมาตรฐานการพยาบาล การลงพื้นที่ชุมชนเพื่อการจัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพ การเยี่ยม Home visit, Home Health Care การวินิจฉัยชุมชน การจัดกิจกรรมโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน การปฏิบัติงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน-โรงเรียน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านรายบุคคลในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

๓.๓ เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ให้กับภาคีเครือข่ายในการบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศและโปรแกรมต่างๆของ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ระบบ BPPDS
- ระบบ e-HHC BKK
- ระบบ OP BKK Claim
- ระบบ NAP
- ระบบ TBCM
- ระบบ e-Referral
- ระบบ PCC Monitoring
- ระบบ Health Survey, Home Visit

๓.๔ สนับสนุนแบบฟอร์มบันทึกรายงานต่างๆ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓.๕ เป็นพี่เลี้ยง ให้การสนับสนุนช่วยเหลือภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานด้านทรัพยากรต่างๆ

๓.๖ จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข Caregiver ๑ ครั้ง/ปี ในเรื่อง

- การส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
- การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ติดบ้าน ติดเตียง เพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน

สิ่งที่ได้พัฒนา

- การสร้างทีมภาคีเครือข่ายในการดูแลระบบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของพื้นที่
 - กำลังคนด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม
 - มีแผนการดูแลครอบคลุมมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และนโยบายที่ชัดเจน
- ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- มีทีมนิเทศระบบสุขภาพภาคีเครือข่าย

๔. ระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Systems)

สารสนเทศสุขภาพ (Health Information) ประกอบด้วยคำสำคัญสองคำ คือ “สารสนเทศ” (Information) โดยสารสนเทศ (Information) หมายถึงสิ่งที่ได้จากการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้มาประมวลผลเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและถูกต้อง ดังนั้นระบบสารสนเทศ (Information System) ระบบเฉพาะเจาะจงชนิดหนึ่ง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มของส่วนประกอบพื้นฐานต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกันในการจัดเก็บ จัดการประมวลผลและเผยแพร่แสดงผลข้อมูลสารสนเทศ และสนับสนุนกลไกของผลสะท้อนกลับ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ส่วนคำว่า “สุขภาพ” ตามคำนิยามในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจรวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ “สุขภาพ” หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ดังนั้นระบบสารสนเทศสุขภาพจึงหมายถึง ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุขที่แสดงสถานะทางสุขภาพของบุคคล ประชากร ชุมชน ตลอดจนศักยภาพในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ การบริหารจัดการ การจัดการบริการสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ โดยสามารถแยกได้เป็น ๕ ประเภท ได้แก่ ข้อมูลด้านประชากร สถานะสุขภาพ กิจกรรมสาธารณสุข ข้อมูลบริหารจัดการและข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุข ซึ่งสารสนเทศมีความสำคัญสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อประโยชน์ในการวางแผน การบริหารงาน การตัดสินใจ และการปฏิบัติงาน

ประเภทของสารสนเทศด้านสุขภาพ

ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่สำคัญ สามารถแบ่งได้เป็น ๒ ระบบหลัก ดังนี้

๑) ระบบข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพ เป็นระบบข้อมูลที่เก็บจากสถานบริการเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ ทั้งที่เป็นลักษณะข้อมูลเฉพาะ เช่นกลุ่มโรค กลุ่มประชากร หรือเป็นข้อมูลจากการให้บริการทั้งหมด สามารถแบ่งได้เป็น

๑.๑ ระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรค

๑.๒ ระบบข้อมูลบริการสุขภาพ ได้แก่ข้อมูลประชากรที่มารับบริการ ข้อมูลให้บริการส่งเสริมป้องกันระดับปฐมภูมิ

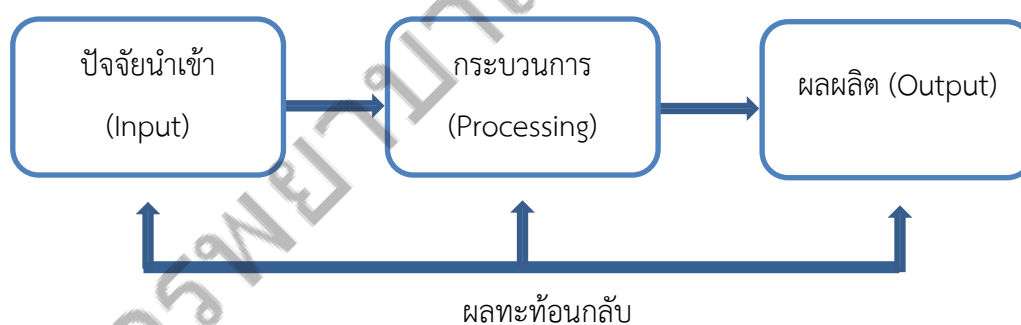
๑.๓ ระบบข้อมูลทรัพยากร ข้อมูลเครื่องมือแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

๒) ระบบข้อมูลระดับประชากร คือ การสำรวจข้อมูลที่สามารถสะท้อนปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงข้อมูลทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

๒.๑ ระบบข้อมูลสำรวจสุขภาพ

๒.๒ ระบบข้อมูลชุมชน รวมถึงข้อมูลสังคม และข้อมูลคุณภาพสิ่งแวดล้อม ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโอกาสทางสังคม

องค์ประกอบระบบสารสนเทศสุขภาพ คือ องค์ประกอบที่มีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือจุดประสงค์เดียวกัน ซึ่งระบบจะต้องประกอบด้วยกลุ่มขององค์ประกอบทำหน้าที่เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการกลไกต่างๆ (Processing) และผลผลิตที่ได้รับ (Output) และต้องมีการสะท้อนกลับ (Feedback) ดังภาพ



ภาพที่ ๑ แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบระบบ

ส่วนที่นำเข้า (Inputs) ได้แก่ การรวบรวมและการจัดเตรียมข้อมูลดิบ ส่วนที่นำเข้านี้ สามารถมีได้หลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการโทรเข้าเพื่อขอข้อมูล ในระบบสอบถามเบอร์โทรศัพท์ ข้อมูลที่ถูกคัดกรอกในแบบสอบถาม การให้บริการของร้านค้าขึ้นอยู่กับส่วนแสดงผลที่ต้องการ ส่วนที่นำเข้านี้ อาจเป็นขบวนการที่ทำด้วยตัวเอง หรือเป็นแบบอัตโนมัติก็ได้ เช่นการอ่านข้อมูลรายชื่อสินค้า โดยใช้เครื่องอ่าน บาร์โค้ดของห้างสรรพสินค้า จัดเป็นส่วนที่นำเข้าแบบอัตโนมัติ

การประมวลผล (Processing) เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงข้อมูล ให้อยู่ในรูปของส่วนแสดงผลที่มีประโยชน์ ตัวอย่างของการประมวลผลได้แก่ การคำนวณ การเปรียบเทียบ การเลือกทางเลือก ในการปฏิบัติงาน และการเก็บข้อมูลไว้ในอนาคต โดยการประมวลผลสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือสามารถใช้คอมพิวเตอร์ เข้ามาช่วยก็ได้

ส่วนที่แสดงผล (Outputs) เกี่ยวข้องกับการผลิตสารสนเทศที่มีประโยชน์มักอยู่ในรูปของเอกสาร หรือรายงานหรืออาจจะเป็นเช็คที่จ่ายให้กับพนักงาน รายงานที่นำเสนอผู้บริหาร และสารสนเทศที่ถูกผลิตออกมาให้กับผู้ถือหุ้นธนาคาร หรือกลุ่มอื่นๆ โดยส่วนแสดงผลของระบบหนึ่งอาจใช้เป็นส่วนที่นำเข้าเพื่อควบคุมระบบหรืออุปกรณ์อื่นๆก็ได้

องค์ประกอบสารสนเทศที่ใช้คอมพิวเตอร์

ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการที่ใช้คอมพิวเตอร์ (Computer-based information systems CBIS) มีองค์ประกอบสำคัญ ๕ ส่วนคือ

๑. ฮาร์ดแวร์ (hardware)
๒. ซอฟต์แวร์ (software)
๓. ฐานข้อมูล (database)
๔. กระบวนการ (procedure)
๕. คน (people)

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบสารสนเทศสุขภาพกับระบบสุขภาพ (Health Systems)

ระบบสารสนเทศสุขภาพเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ (Health systems) ที่เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นแทรกอยู่ใน ๖ องค์ประกอบของระบบสุขภาพ หมายความว่าทุกองค์ประกอบไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านการบริการสุขภาพ องค์ประกอบด้านกำลังคน องค์ประกอบด้านยาเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ องค์ประกอบด้านการเงินการคลัง และองค์ประกอบด้านการบริหารระบบสุขภาพต้องมีและใช้ระบบสารสนเทศในการดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบสารสนเทศสุขภาพจึงเป็นระบบสนับสนุนที่มีความจำเป็นต่อประสิทธิภาพขององค์ประกอบอื่นๆในระบบสุขภาพ ดังนั้นระบบสารสนเทศสุขภาพในทุกระดับไม่ว่าจะเป็นระดับปฏิบัติการ (operation) ระดับการจัดการ (management) หรือระดับการบริหารตัดสินใจระดับสูง (executive) จึงต้องได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพ ถูกต้องเที่ยงตรง ตรงตามความต้องการ และสามารถนำมาใช้ได้อย่างทันเวลา

ความสำคัญของระบบสารสนเทศสุขภาพ

เป้าหมายของระบบสุขภาพก็เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ระบบสารสนเทศสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะสนับสนุนและเพิ่มความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ ทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยมากขึ้น และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพได้ ระบบสารสนเทศสุขภาพที่ดีต้องสามารถตอบสนองความต้องการของการใช้งานได้ทุกระดับ ได้แก่

๑) ตอบสนองความต้องการการใช้งานในระบบบริการสุขภาพ (Health Care Delivery) เช่น คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งด้านคน วัสดุ และเงินเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุข อำนวยความสะดวกและควบคุมกำกับติดตามในกระบวนการให้บริการรักษาพยาบาล

๒) ตอบสนองความต้องการในระบบงานด้านสาธารณสุข (Population and Public Health) เช่น ระบบงานด้านระบาดวิทยา ระบบงานด้านการป้องกันควบคุมโรค

๓) ตอบสนองความต้องการในระบบข้อมูลสำหรับประชาชน (Personal Health)

ระบบสารสนเทศสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพต้องเป็นระบบสารสนเทศที่บูรณาการ (Integrated) และเชื่อมโยงแลกเปลี่ยน (Information exchange) ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูล และระบบงานต่างๆเข้าด้วยกัน

การบูรณาการข้อมูลจะเกิดขึ้นได้ก็เมื่อระบบสารสนเทศต่างระบบกันทำงานร่วมกันได้ (Interoperability) การที่ระบบข้อมูลต่างระบบกันจะทำงานร่วมกันได้ ระบบข้อมูลเหล่านั้นต้องใช้มาตรฐานข้อมูลเดียวกัน ดังรูป



ภาพที่ ๒ แสดงมาตรฐานข้อมูลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของระบบข้อมูลต่างระบบกันทำให้เกิดการบูรณาการและแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงกันได้ของระบบข้อมูลสุขภาพ

ปัจจุบันระบบสารสนเทศสุขภาพที่นำมาใช้ด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น ๔ ระบบ ดังนี้

๑) ระบบที่ใช้ในการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ Electronic Medical Records (EMR) หมายถึง เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ,PHR , e nursing Kardex เป็นต้น

๒) ระบบที่ใช้ในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนและติดตาม ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ Telemedicine หรือ Telehealth ,อุปกรณ์ home monitoring ต่างๆ

๓) ระบบที่ใช้ในการสั่งการรักษา สั่งยาและการบริหารยาแก่ผู้ป่วย

๔) ระบบที่ใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ได้แก่ Clinical Decision Support Systems (CDSS) หมายถึง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งจะมี ระบบซอฟต์แวร์ที่ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

ระบบสารสนเทศสุขภาพสำนักอนามัย

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีระบบสารสนเทศที่นำมาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพ เชื่อมโยงทั้งภายใน ภายนอกและเครือข่ายสุขภาพ ดังนี้

๑. หน่วยงานภายนอก

๑) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ระบบ BPPDS
- ระบบบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Budget)
- ระบบ e-HHC BKK
- ระบบ OP BKK Claim
- ระบบ NAP
- ระบบ TBCM
- ระบบ e-Referral
- ระบบ PCC Monitoring
- ระบบ Health Survey Home Visit
- ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๒) หน่วยงานราชการ

- ระบบเบิกจ่ายตรงข้าราชการ
- ระบบ RIHIS
- ระบบรายงานข้อมูลบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (EIS)
- ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (NTIP)
- ระบบสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด NISPA
- ระบบ GINFO
- ระบบบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม (e-Social Welfare)
- ระบบดูแลและติดตามการใช้สารเสพติดในสถานศึกษา (CATAS)
- ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๒. กรุงเทพมหานคร

- ระบบ MIS
- ระบบ Data Warehouse
- ระบบ Daily Plan/ Digital Plan
- ระบบบันทึกฐานข้อมูลประกอบตัวชี้วัด ๕.๒

๓. สำนักอนามัย มีระบบสารสนเทศระดับศูนย์บริการสาธารณสุขที่ ดังนี้

- ระบบสารสนเทศศูนย์บริการสาธารณสุข (HCIS)
- ระบบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน กรุงเทพมหานคร (BMA Home Ward Refer)
- โปรแกรมส่งต่อเพื่อการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดที่บ้าน (MCH Refer)
- โปรแกรมสุขภาพสำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ (Bangkok Health Application)
- ระบบเอกซเรย์ระบบดิจิทัลของสถานพยาบาล (PACS)
- ระบบบริหารคลังยา กองเภสัชกรรม (Ideo Drug Store)
- ระบบสารสนเทศงานสุขาภิบาลอาหาร
- ระบบ EPINET
- ระบบ LIS
- ระบบรายงานเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค ตามพระราชบัญญัติ

โรคติดต่อ ๒๕๕๘ (BSMS)

โดยมีระบบงานสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ผู้จัดการระดับพื้นที่โรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs area manager) ดังนี้

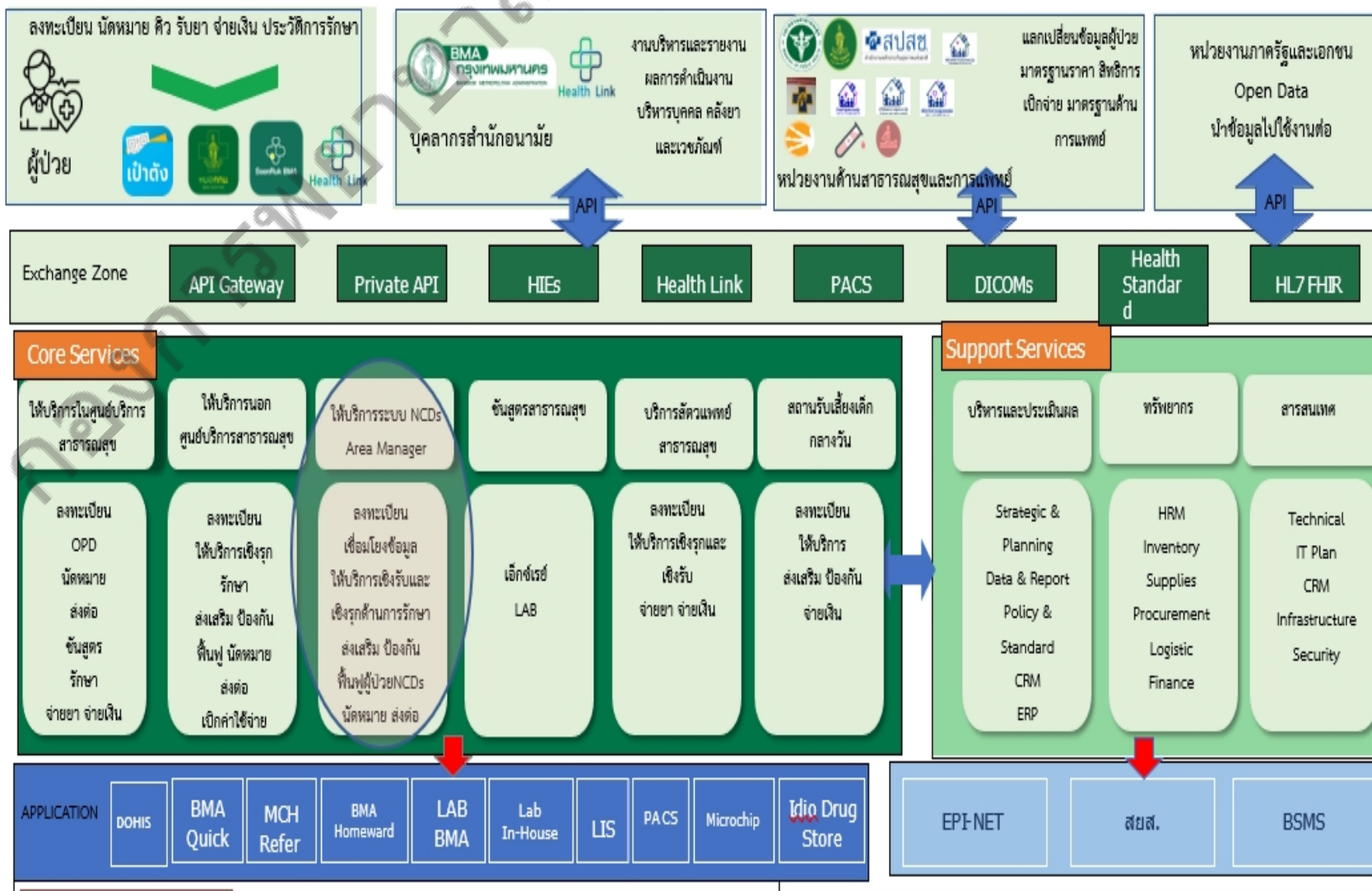
- ระบบสารสนเทศศูนย์บริการสาธารณสุข (HCIS)
- ระบบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน กรุงเทพมหานคร (BMA Home Ward Refer)

ดังนั้นเมื่อมีการเชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ จึงต้องมีการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้มีการเชื่อมโยงการทำงานครอบคลุมทุกเครือข่ายสุขภาพในการรับส่งข้อมูล ทั้งเพื่อการบริหารจัดการระดับพื้นที่ เพื่อการจัดสรรงบประมาณ และเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นไปอย่างครอบคลุมเชื่อมโยงและต่อเนื่อง จึงได้มีการเพิ่มการเชื่อมโยงข้อมูลหน่วยบริการเครือข่ายระบบสุขภาพต่างๆในพื้นที่เข้าในระบบ Health Center Information System (HCIS) ผ่านโปรแกรมระบบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน กรุงเทพมหานคร (BMA Home Ward Refer) ที่เป็นโปรแกรมรับส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนือง ให้สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยที่ศูนย์บริการสาธารณสุขพบเอง และข้อมูลผู้ป่วยที่หน่วยบริการเครือข่ายพบเข้าสู่ระบบเชื่อมโยงการดูแล ส่งข้อมูลย้อนกลับ และสามารถสรุปข้อมูลรายงานเพื่อใช้ติดตามสถานะการดำเนินงานได้ (Dashboard) ทั้งระดับศูนย์บริการสาธารณสุขและระดับสำนักอนามัย

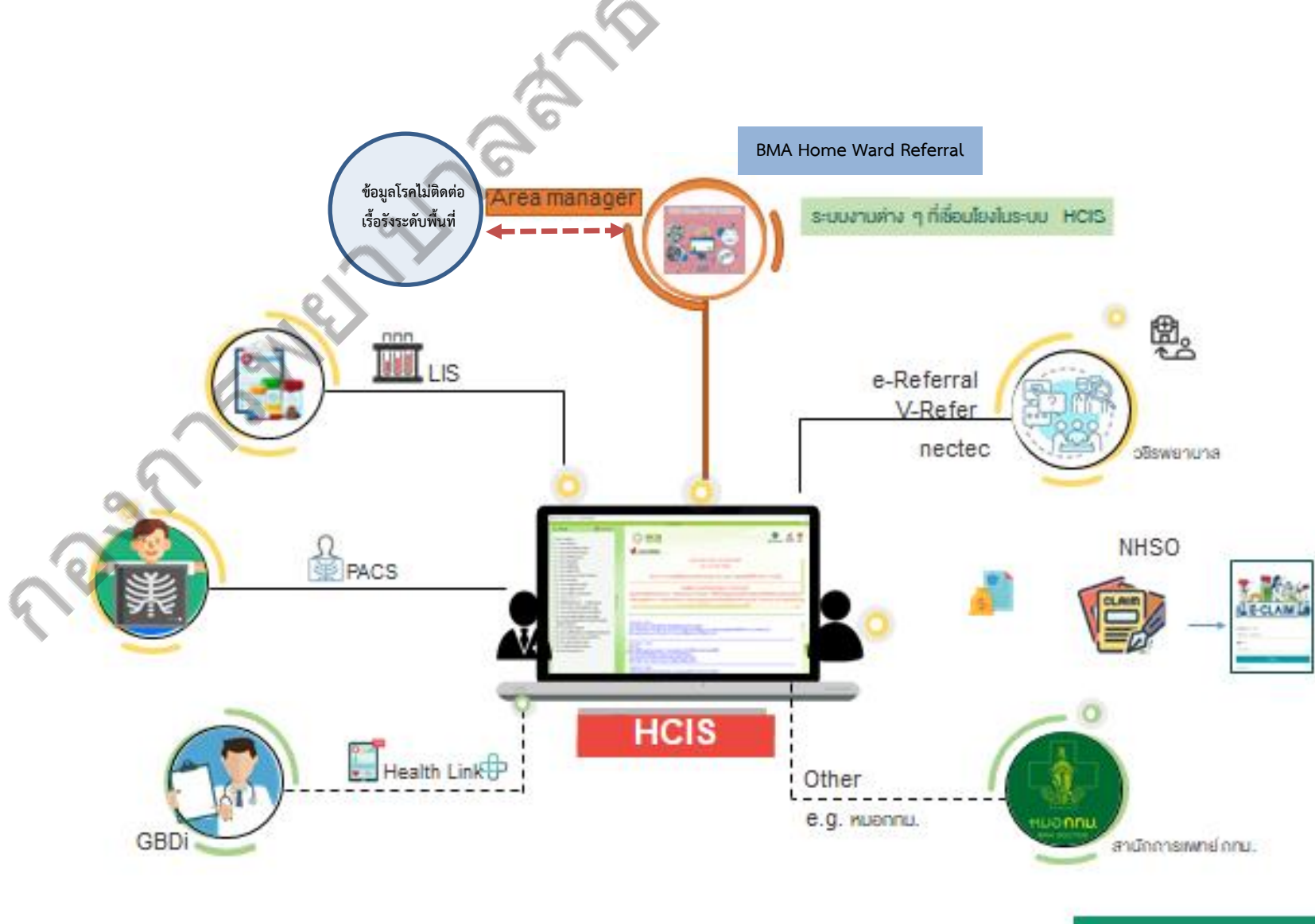
Data Standard และ Data Model



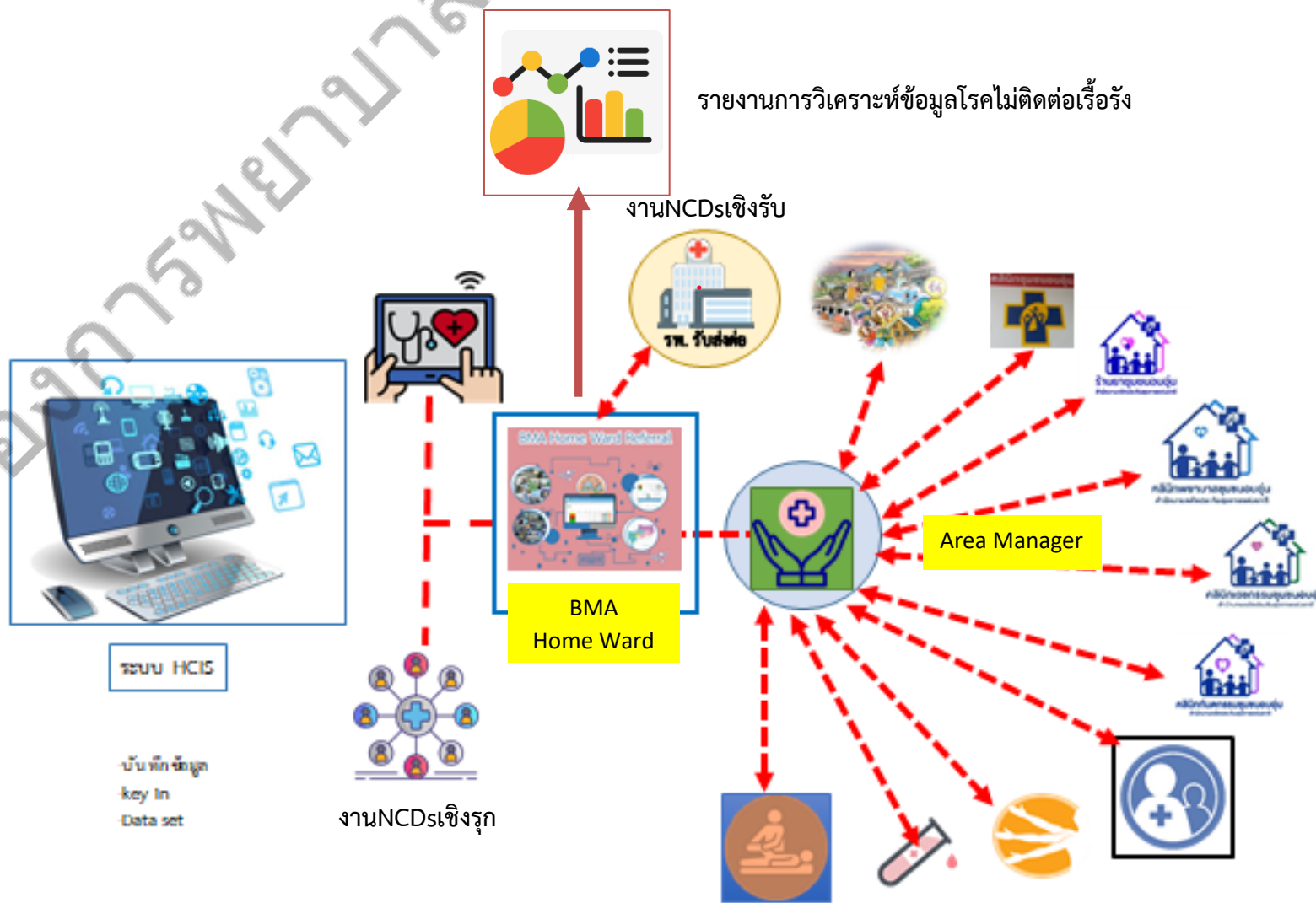
ภาพที่ 3 แสดงรูปแบบของข้อมูลมาตรฐานของระบบสารสนเทศสุขภาพสำนักอนามัย



ภาพที่ 4 แสดงแนวคิดการจัดทำระบบสารสนเทศสุขภาพสำนักงานมัธยม



ภาพที่ 5 แสดงองค์ประกอบของระบบสารสนเทศสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข



ภาพที่ 6 แสดงองค์ประกอบของระบบผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่

ชนิดของข้อมูลในระบบสารสนเทศสุขภาพในระบบเครือข่ายผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่

๑. เพิ่มข้อมูลสุขภาพ
๒. เพิ่มข้อมูลประชากร/ชุมชน
๓. เพิ่มข้อมูลครอบครัว/สุขภาพ
๔. เพิ่มข้อมูลกิจกรรมบริการ
๕. เพิ่มข้อมูลกิจกรรมประเมินประเมินสุขภาพครอบครัว/ดูแลสุขภาพที่บ้าน
๖. เพิ่มข้อมูลระบบรับ-ส่งต่อ

เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Area Manager)

การดูแลประชาชนให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นภายใต้ “ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” หรือ บัตรทอง ความร่วมมือกับหน่วยบริการต่างๆ เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับประชาชนภายใต้ บริการปฐมภูมิ จึงมีการจัดเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นแม่ข่าย และดำเนินการผ่านระบบผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ และเนื่องจากปัญหาสำคัญของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมีการจัดระบบสารสนเทศสำหรับผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Area Manager) เพิ่มเติมลงในระบบสารสนเทศ BMA Home Ward Referral ในการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลประชาชนในพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ตั้งแต่ข้อมูลการสำรวจและข้อมูลสุขภาพประชาชน ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ข้อมูลการรักษาและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำมาวิเคราะห์ และวางแผนในการแก้ไขปัญหาพื้นที่ได้ตามวัตถุประสงค์ โดยมีการดำเนินการด้านสารสนเทศของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพชุมชน ดังนี้

๑. ระบบ Health Center Information System

โดยศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้นำเข้าข้อมูล เพื่อส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูลไปยัง ระบบ BMA Home Ward Referral เพื่อนำเข้าข้อมูล NCDs ระดับพื้นที่ แบ่งเป็น

- ในคลินิก

๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา ภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ

๒) บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- เพื่อส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาต่อโรงพยาบาล

- เพื่อส่งผู้ป่วยรับยาเครือข่ายร้านยาชุมชนอบอุ่น

- ในชุมชน

๑) ข้อมูลที่พ่อกาตัยและสุขภาพครอบครัว

๒) ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัย

๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา

- ๔) ข้อมูลการประเมินภาวะฟัฟฟิง , ๒Q
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๖) คลังอุปกรณ์

๒. ระบบ Health Survey Home Visit

โดยศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น และคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นผู้นำเข้าข้อมูล เพื่อส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูลไปยัง ระบบ BMA Home Ward Referral เพื่อนำเข้าข้อมูล NCDs ระดับพื้นที่ บันทึกข้อมูล ดังนี้

- ๑) ข้อมูลที่พักอาศัยและสุขภาพครอบครัว
- ๒) ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัย
- ๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา
- ๔) ข้อมูลการประเมินภาวะฟัฟฟิง , ๒Q
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓. ระบบ e-HHC BKK

โดยศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น และคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นผู้นำเข้าข้อมูล การเยี่ยมบ้านกลุ่มที่มีเงื่อนไขจำเป็นเพื่อดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูลไปยัง ระบบ BMA Home Ward Referral เพื่อนำเข้าข้อมูล NCDs ระดับพื้นที่ บันทึกข้อมูล ดังนี้

- ๑) ข้อมูลที่พักอาศัย
- ๒) ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิก
- ๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา
- ๔) ข้อมูลการประเมินภาวะฟัฟฟิง , ๒Q
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔. ระบบ BMA Home Ward Referral

๔.๑ คลินิกชุมชนอบอุ่น

- ในคลินิก

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา ภาวะฟัฟฟิง พฤติกรรมสุขภาพ
- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึกกิจกรรมดูแลกลุ่มผู้เสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome)
- ๔) บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๕) บันทึกการรับ- ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ในชุมชน

- ๑) ข้อมูลที่พักอาศัยและสุขภาพครอบครัว
- ๒) ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัย

- ๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา
- ๔) ข้อมูลการประเมินภาวะฟังกืง , ๒Q
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔.๒ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

- ในคลินิก

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา ภาวะฟังกืง พฤติกรรมสุขภาพ
- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึกกิจกรรมดูแลกลุ่มผู้เสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome)
- ๔) บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ในชุมชน

- ๑) ข้อมูลที่พักอาศัยและสุขภาพครอบครัว
- ๒) ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัย
- ๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา
- ๔) ข้อมูลการประเมินภาวะฟังกืง , ๒Q
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔.๓ คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา ภาวะฟังกืง พฤติกรรมสุขภาพ
- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๔) บันทึกการรับบริการทันตกรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔.๔ ร้านยาชุมชนอบอุ่น

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา ภาวะฟังกืง พฤติกรรมสุขภาพ
- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึก refill ยา
- ๔) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๕) บันทึกการจ่ายยาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔.๕ คลินิกกายภาพบำบัด

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา ภาวะฟังกืง พฤติกรรมสุขภาพ

- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึกกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๔) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔.๖ คลินิกการแพทย์แผนไทย

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา
ภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ
- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยแพทย์แผนไทย
- ๔) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๕. Application หมอใกล้บ้าน

๕.๑ อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เชี่ยวชาญ ด้าน NCDs

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา
ภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ
- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๔) บันทึกความต้องการสิ่งสนับสนุน/กายอุปกรณ์ ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๕.๒ ผู้ดูแล(Care Giver)

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา
ภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ
- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๔) บันทึกความต้องการสิ่งสนับสนุน/กายอุปกรณ์ ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นอกจากนี้ App หมอใกล้บ้าน ยังเปิดให้ประชาชนผู้สนใจโหลดใช้บริการได้ โดยเป็นหน่วยสนับสนุนบริการ สอบถามปัญหาสุขภาพ อาการเจ็บป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนมากยิ่งขึ้น

๖. System Manager เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย NCDs จากโรงพยาบาลสู่ Area Manager โดย

- ๑) บันทึกข้อมูลทั่วไป เลขประจำตัวประชาชน ประวัติการรักษาพยาบาล การรับยา
ภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพ
- ๒) บันทึกกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกเป็น กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย
- ๓) บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ๔) บันทึกความต้องการสิ่งสนับสนุน/กายอุปกรณ์ ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ
- ๕) บันทึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นอกจากนี้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล ยังสามารถรับคำปรึกษา กับ Area Manager โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รับคำปรึกษา Telemedicine ผ่านระบบ Health Center Information System – SoonRuk BMA, อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล รับคำปรึกษาผ่าน Telemedicine, Telenursing ผ่านระบบ App หมอใกล้บ้าน และสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านได้โดย ศูนย์บริการสาธารณสุข รับคำปรึกษา Teleconsult กับแพทย์เฉพาะทางผ่านระบบ Health Center Information System

จากการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลสุขภาพประชาชนของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ทั่วทั้ง กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบสารสนเทศดังกล่าว นำสู่ข้อมูล Big Data NCDs โดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จะมีข้อมูลสุขภาพประชาชนที่พ้ออาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ได้รับบริการทางสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และรักษาผู้ป่วย NCDs ทั้งหมด ศูนย์บริการสาธารณสุขโดยบทบาทผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Area Manager) จะได้รับข้อมูลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ นำสู่การพัฒนางานสาธารณสุขโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล ไปใช้ในการบริหารงาน การตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ประชาชนร่วมกับเครือข่าย และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับประชาชน พร้อมติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนการจัดบริการ กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายการดูแล เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

BMA Home Ward Referral
กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เพิ่มเมนู

Area manager

ภายใต้เมนูประกอบด้วย 3 ปุ่ม 1.
สํารวจข้อมูลสุขภาพ/2.คัดกรอง/
กับ3.ปุ่ม เยี่ยมบ้าน

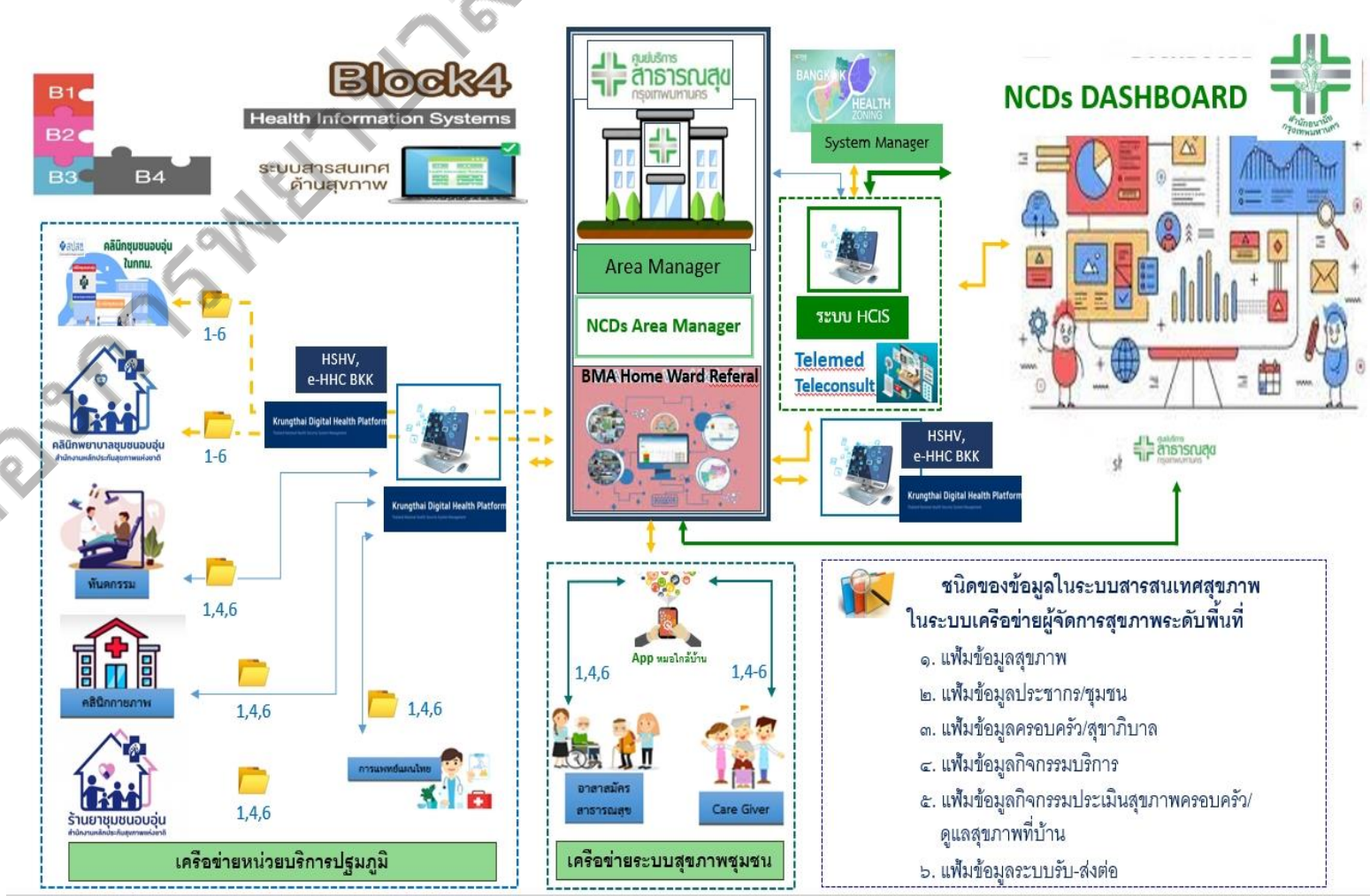
ค้นหา:

ลำดับ	กลุ่มผู้ป่วย/สถานะ	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ส่งไปที่ ศูนย์ฯ/คลินิก	วันที่รับ Case	กลุ่มผู้ป่วย	จัดการข้อมูล
ไม่พบข้อมูล...							

แสดง 0 to 0 of 0 ข้อมูล ย้อนกลับ | ถัดไป

หมายเหตุ

ภาพที่ 7 แสดงระบบ BMA Home Ward Referral: NCD Area Manager



ภาพที่ 8 แสดงการทำงานของระบบข้อมูลต่างระบบ บูรณาการและแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงกันของระบบข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ BMA Home Ward Referral: NCD Area Manager

การเข้าถึงข้อมูลเครือข่าย

การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล เป็นการบริหารจัดการความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ โดยกำหนดสิทธิของผู้ใช้งานแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เป็นสร้างข้อมูล, บ่อนข้อมูล, แก้ไขข้อมูล ผู้ใช้งานที่ต้องการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของหน่วยงานจะต้องขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร และได้รับการพิจารณาอนุญาตจากผู้ดูแลระบบ มีการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลตามลำดับกำหนดชื่อผู้ใช้งาน (User name) และรหัสผ่าน (Password) เพื่อใช้ในการตรวจสอบตัวตนจริงของผู้ใช้ข้อมูลแต่ละชั้นข้อมูล

ข้อมูลการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ผ่านระบบ BMA Home Ward Referral ที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศ ทั้งจากระบบ Health Center Information System, App หมอใกล้บ้าน และ System Manager กรุงเทพมหานครจะมีข้อมูล Big Data NCDs โดยมีลำดับการเข้าถึงข้อมูล ดังนี้

๑. สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร - ผ่านระบบ Health Center Information System จะมีข้อมูลสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานครทั้งหมด ที่ Mapping กับบ้านที่พักอาศัย พร้อมข้อมูลการสำรวจและข้อมูลสุขภาพประชาชน ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ข้อมูลการรักษาและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒. ศูนย์บริการสาธารณสุขโดยบทบาทผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Area Manager) - ผ่านระบบ BMA Home Ward Referral จะได้รับข้อมูลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ Mapping กับบ้านที่พักอาศัย พร้อมข้อมูลการสำรวจและข้อมูลสุขภาพประชาชน ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ข้อมูลการรักษาและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อการวางแผนการจัดกิจกรรมบริการที่เหมาะสม

๓. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ - ผ่านระบบ BMA Home Ward Referral โดย

- คลินิกชุมชนอบอุ่น จะได้รับข้อมูลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ Mapping กับ บ้านที่พักอาศัย พร้อมข้อมูลการสำรวจและข้อมูลสุขภาพประชาชน ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ข้อมูลการรักษาและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อการวางแผนการจัดกิจกรรมบริการที่เหมาะสม

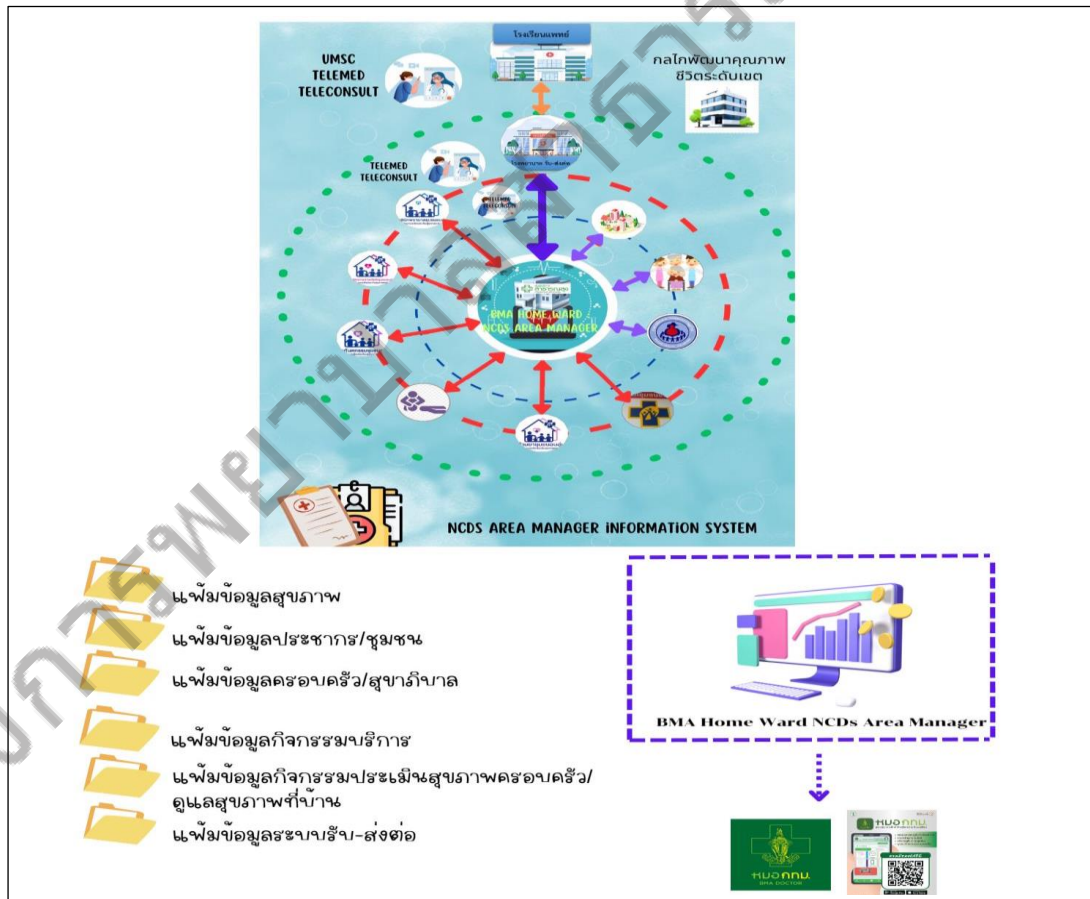
- คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น ร้านยาชุมชนอบอุ่น คลินิกกายภาพ จะได้รับข้อมูลสุขภาพผู้รับบริการที่เครือข่ายลงระบบฯ ข้อมูลไว้

๔. อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรุงเทพมหานครและผู้ดูแล - ผ่าน App หมอใกล้บ้าน

- อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรุงเทพมหานคร ได้รับข้อมูล สุขภาพประชาชนในพื้นที่ชุมชนรับผิดชอบ Mapping กับบ้านที่พักอาศัย พร้อมข้อมูลการสำรวจและข้อมูลสุขภาพประชาชน ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ข้อมูลการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ผู้ดูแล ได้รับข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่ดูแล ข้อมูลการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๕. ประชาชนที่ได้รับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรุงเทพมหานครและผู้ดูแล - ผ่าน App หมอ กทม. ได้รับข้อมูลการรักษาพยาบาล การคัดกรองภาวะสุขภาพ



ภาพที่ ๙ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล

๕. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Medical Products, Vaccines & Technologies)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่จำเป็น มีความปลอดภัย มีคุณภาพ และคุ้มค่ากับราคา โดยผลที่เกิดจากการบริหารจัดการได้ดี คือ การเข้าถึงและความครอบคลุม (Access & Coverage) คุณภาพและความปลอดภัย (Quality & Safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ ๔ ด้าน คือ สุขภาพดีขึ้น (Improved health) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน (Social & Financial risk protection) และการเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved efficiency) ดังนั้น WHO จึงได้กำหนดกรอบการทำงาน ที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา

อาจกำหนดเป็นบัญชียาและเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ แสดงขั้นตอนและวิธีการ กำหนดราคา สถานภาพการต่อราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาด ภายในประเทศ ระเบียบการจัดซื้อ การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น ระบบสุขภาพที่ เข้มแข็งต้องเน้นมาตรการ “การใช้ยาอย่างเหมาะสม” เพื่อเป็นการลดอุบัติเหตุการเสียชีวิต ยา เพิ่มความปลอดภัยของ ผู้ป่วย และฝึกอบรมบุคลากร

จากความหมายดังกล่าว ในฐานะที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็น Area Manager จึงต้องมีบทบาทเป็น ศูนย์กลางในการเป็นแหล่งทรัพยากรที่สามารถกระจายให้ลูกข่ายได้ใช้ร่วมกัน และเป็นหน่วยประสานงานเพื่อให้ ผู้ป่วยเข้าถึงการได้รับยา วัคซีน และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ดังนี้

๑. สปสช. เป็นผู้กำหนดบัญชียาและเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ กำหนด ขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคา สถานภาพการต่อราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ ระเบียบการจัดซื้อ การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็น Area Manager มีคณะกรรมการพิจารณานำเข้ายา เวชภัณฑ์โดยกองเภสัชกรรม สนอ. เพื่อจัดสรรให้ศูนย์บริการ สาธารณสุข ให้การรักษาพยาบาล และให้บริการวัคซีนป้องกันโรคในผู้ป่วย NCDs ซึ่งรายการยาเป็นไปตาม มาตรฐาน สปสช.

๒. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๙ แห่ง ซึ่งเป็น Area Manager มีคลังกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย NCDs ไว้สำหรับให้คลินิกชุมชนอบอุ่น, ร้านยา, คลินิกพยาบาลชุมชน อบอุ่นคลินิกกายภาพบำบัด และประชาชนในพื้นที่ สามารถยืมอุปกรณ์ดังกล่าวได้

๓. คลินิกชุมชนอบอุ่นบริหารจัดการเรื่องยา และวัคซีนสำหรับผู้ป่วย NCDs โดยเป็นไปตามมาตรฐานการ รักษาพยาบาลของ สปสช. และมีการจัดสรรเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับ อุปกรณ์พื้นฐาน ได้แก่ สายสวนปัสสาวะพร้อมถุงปัสสาวะ สายให้อาหารทางจมูก อุปกรณ์ทำแผลปราศจากเชื้อ ซึ่ง ไม่รวมกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ เช่น รถเข็น ไม้เท้า วอร์คเกอร์ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งมีระบบยืมอุปกรณ์เหล่านี้จาก Area Manager และหาก Area Manager มีไม่เพียงพอจะมีส่งต่อให้โรงพยาบาลที่เป็น System Manager

๔. ร้านยา NCDs

๔.๑ กรณีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วย NCDs มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย NCDs ที่ควบคุมโรคได้/ อากาศคังที่จาก Area Manager เพื่อรับยาต่อเนื่อง(เดิมยา) และวัคซีนสำหรับผู้ป่วย NCDs ซึ่งมีการจ่ายยาตาม มาตรฐาน สปสช. และมีการจัดสรรเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับอุปกรณ์ พื้นฐาน ได้แก่ สายสวนปัสสาวะพร้อมถุงปัสสาวะ สายให้อาหารทางจมูก อุปกรณ์ทำแผลปราศจากเชื้อ ซึ่งไม่รวม กายอุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ เช่น รถเข็น ไม้เท้า วอร์คเกอร์ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งมีระบบยืมอุปกรณ์เหล่านี้จาก Area Manager และหาก Area Manager มีไม่เพียงพอจะมีส่งต่อให้โรงพยาบาลที่เป็น System Manager ในกรณีที่ผู้ป่วย NCDs ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ร้านยาที่ เข้าร่วมโครงการฯ ดำเนินการส่งต่อให้ Area Manager ดูแล จนกระทั่งผู้ป่วยควบคุมโรคได้/อากาศคังที่แล้ว จึงส่งกลับให้ร้านยา

๔.๒ หลังจากพบแพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมารับยา สามารถไปรับยากับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการฯ ตามแผนการรักษา โดยผ่านระบบ BMA Homeward Referral ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๕. คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วย NCDs มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย NCDs เพื่อรับวัคซีนสำหรับผู้ป่วย NCDs ตามมาตรฐาน สปสช. และมีการจัดสรรเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับอุปกรณ์พื้นฐาน ได้แก่ สายสวนปัสสาวะพร้อมถุงปัสสาวะ สายให้อาหารทางจมูก อุปกรณ์ทำแผลปราศจากเชื้อ ซึ่งไม่รวมกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ เช่น รถเข็น ไม้เท้า วอล์คเกอร์ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งมีระบบยืมอุปกรณ์เหล่านี้จาก Area Manager และหาก Area Manager มีไม่เพียงพอจะส่งต่อให้โรงพยาบาลที่เป็น System Manager

๖. เพื่อให้ผู้ป่วย NCDs ในพื้นที่ได้รับยาอย่างครอบคลุม ให้มีระบบการยืมยาในสถานพยาบาลที่อยู่ในระนาบเดียวกัน ในกรณีที่ต้องยืมยาจากศูนย์บริการสาธารณสุข ที่เป็น Area Manager ระบบการยืมยาให้อยู่ภายใต้กฎระเบียบข้อบังคับของกรุงเทพมหานคร

๗. คลินิกกายภาพบำบัดที่เข้าร่วมโครงการฯ มีการจัดสรรกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ ได้แก่ รถเข็น ไม้เท้า หากไม่เพียงพอจะมีระบบยืมอุปกรณ์เหล่านี้จาก Area Manager และหาก Area Manager มีไม่เพียงพอจะส่งต่อให้โรงพยาบาลที่เป็น System Manager

๘. เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของการเข้าถึงยาในการรักษาโรค NCDs และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ สปสช. ในฐานะ Area Manager ดำเนินการตรวจสอบ/ควบคุม ให้ยามีคุณภาพใกล้เคียงกัน หรือประสิทธิภาพการรักษาอยู่ในระดับเดียวกัน โดยทีมเภสัชกรจาก Area Manager นิเทศกำกับ/ติดตาม ๒ ครั้งต่อปี ตามแผนการนิเทศเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ สปสช. กำหนด และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย NCDs ว่าสามารถรับการรักษา รับยา วัคซีน และอุปกรณ์ทางการแพทย์กับลูกข่ายทุกแห่งได้ในมาตรฐานเดียวกัน

๙. การเชื่อมโยงข้อมูลจะต้องอยู่ในฐานข้อมูลเดียวกัน คือในระบบ HCIS ทั้ง สปสช. คลินิกอบอุ่น และร้านยา โดย Area Manager สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เพื่อให้เห็นภาพรวมว่าผู้ป่วยได้รับยา วัคซีน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างครบถ้วน และเป็นการป้องกันการได้รับยาซ้ำซ้อน หรือป้องกันการมีปฏิกิริยาต่อกันของยาบางชนิด (Drug Interaction)

๑๐. ในกรณีที่ผู้ป่วย NCDs มีความจำเป็นต้องได้รับการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางให้ใช้ระบบ HCIS, Teleconsult, Telemedicine ที่เชื่อมโยงกันได้จากโรงพยาบาล สปสช. คลินิกอบอุ่น และร้านยา เป็นแบบ Two Way Communication

๑๑. ในกรณีที่ผู้ป่วย NCDs มีภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องได้รับยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกินศักยภาพของ สปสช. ส่งต่อเข้าระบบ E-Refer ให้กับโรงพยาบาลที่เป็น System Manager

การเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์

ปรับปรุงระบบ Health Map ให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อรับยาต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้าน ร้านยาเพื่อรับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา คลินิกกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูร่างกายรวมทั้งกายอุปกรณ์ที่จำเป็น คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเพื่อให้การพยาบาลตามแผนการรักษา คลินิกทันตกรรมเพื่อสุขภาพ ฟันและช่องปากสำหรับผู้ป่วย NCDs เครื่อง AED เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย NCDs ไว้ให้สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ เป็นการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของ Area Manager สามารถเข้าถึงง่ายและมีความครอบคลุม (Access & Coverage) มีคุณภาพและความปลอดภัย (Quality & Safety) และ Area Manager สามารถเชื่อมโยง/ส่งต่อความต้องการของผู้ป่วยที่เกินศักยภาพ เช่น ยาเฉพาะโรค อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการตรวจพิเศษเฉพาะทาง เป็นต้น โดยมีโรงพยาบาลที่เป็น System Manager ในพื้นที่ตาม Zoning ที่กำหนดไว้ครอบคลุม กทม. มีทั้งหมด ๗ Zone ดังนี้

๑. กรุงเทพฯ ตะวันตก

Health Zone Manager : โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

Mentor Manager : โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน, โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๘ แห่ง ครอบคลุม เขตทวีวัฒนา ตลิ่งชัน บางแค

ภาษีเจริญ หนองแขม บางบอน บางขุนเทียน

๒. กรุงเทพฯ ฝั่งธนบุรี

Health Zone Manager : โรงพยาบาลตากสิน

Mentor Manager : โรงพยาบาลศิริราช

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๗ แห่ง ครอบคลุม เขตบางกอกน้อย บางกอกใหญ่

คลองสาน ธนบุรี จอมทอง

๓. กรุงเทพฯ ใต้

Health Zone Manager : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

Mentor Manager : โรงพยาบาลเลิดสิน (สธ.), โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (รร.แพทย์)

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๘ แห่ง ครอบคลุม เขตปทุมวัน สาทร บางรัก วัฒนา

คลองเตย พระโขนง ยานนาวา บางคอแหลม ราษฎร์บูรณะ ทุ่งครุ

๔. กรุงเทพฯ ชั้นใน

Health Zone Manager : โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

Mentor Manager : -

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๗ แห่ง ครอบคลุม เขตบางซื่อ บางพลัด ดุสิตพระนคร

๕. กรุงเทพฯ กลาง

Health Zone Manager : โรงพยาบาลกลาง

Mentor Manager : โรงพยาบาลรามารบตี (ร.ร.แพทย์), โรงพยาบาลราชวิถี (สธ.)

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ แห่ง ครอบคลุม เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์
พญาไท ราชเทวี ดินแดง ห้วยขวาง

๖. กรุงเทพฯ เหนือ

Health Zone Manager : โรงพยาบาลกลาง

Mentor Manager : โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (ทอ.), โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ (เอกชน)

Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖ แห่ง ครอบคลุม เขตดอนเมือง สายไหม หลักสี่
บางเขน จตุจักร ลาดพร้าว วังทองหลาง

๗. กรุงเทพฯ ตะวันออก

Health Zone Manager : โรงพยาบาลสิรินธร

Mentor Manager : โรงพยาบาลลาดกระบัง, โรงพยาบาลเวชการุณรัศมี, โรงพยาบาลนพรัตน์
นราชนาณี (ร.ร. แพทย์)Area Manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๔ แห่ง ครอบคลุม เขตหนองจอก คลองสามวา
มีนบุรี ลาดกระบัง ดินนายาว สะพานสูง ประเวศ บางนา สวนหลวง บางกะปิ บึงกุ่ม

ตารางเปรียบเทียบ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

เรื่อง	ปัจจุบัน	แนวทางการพัฒนา
๑. ความเชื่อมโยง	- ยังไม่มีความเชื่อมโยงกัน	- เชื่อมโยงข้อมูล โดยใช้ฐานข้อมูลเดียวกันด้วยระบบ HCIS ใช้ข้อมูลร่วมกันแบบบูรณาการ
๒. มาตรฐานรายการยา	- มีกำหนดในระดับนโยบาย แต่ Area Manager ยังไม่สามารถควบคุมกำกับ ติดตามให้เป็นไปตามมาตรฐานได้	- ทีมเภสัชกรนิเทศ ติดตาม กำกับ เรื่อง มาตรฐานยา ๒ ครั้งต่อปี ตามแผนการนิเทศของ Area Manager
๓. การยืมยา	- มีระบบยืมยาในเครือข่ายคลินิก	- ระบบการยืมยาจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นไปตามกฎระเบียบของกรุงเทพมหานคร
๔. ร้านยา	- มีร้านยา ให้บริการประชาชนสิทธิ UC ที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๑๖ อาการ ซึ่งไม่มีบริการรับยาสำหรับผู้ป่วย NCDs	- เพิ่มศักยภาพร้านยา NCDs - มีระบบ Refill ยา NCDs ที่ร้านยา - มีระบบรับยาที่ร้านยา ในกรณีที่ไม่สามารถรับยาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขได้

เรื่อง	ปัจจุบัน	แนวทางการพัฒนา
๕. คลังอุปกรณ์	- ยังไม่มีความเชื่อมโยงกัน	- ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางในการเป็นคลังอุปกรณ์ที่สามารถกระจายให้ลูกข่ายได้ใช้ร่วมกัน
๖. ระบบ Teleconsult Telemedicine E-Refer	- เชื่อมโยงกันเฉพาะโรงพยาบาลกับศูนย์บริการสาธารณสุข	- มีระบบเชื่อมโยงกัน System Manager กับศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น ร้านยา คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และคลินิกกายภาพบำบัด แบบ Two Way Communication
๗. Health Map	- ยังไม่มีระบบ Health Map ภายใน Area Manager	- มีระบบ Health Map ภายใน Area Manager และครอบคลุมพื้นที่ทั่ว กทม.

๖. การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (Health System Finance)

ความหมาย

เป็นการบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง รวมถึงทรัพยากรอื่น เพื่อให้มีความพร้อมในการจัดบริการด้านสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีการใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ มีงบประมาณ และทรัพยากรเพียงพอ โดยเป็นการจัดการทั้งในหน่วยงานภาคสาธารณสุข หน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ

ความสำคัญ

๑. เป็นการบริหารจัดการด้านการเงินและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินระบบสุขภาพ เช่น เงินงบประมาณ กองทุนต่าง เช่น สปสช./ สสส. ฯลฯ
๒. ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชน

องค์ประกอบ/ขอบเขต

๑. งบประมาณสนับสนุน
 - ๑) งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ๒) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด
 - ๓) กองทุน Long Term Care (การดูแลด้านสาธารณสุขแบบระยะยาว)
 - ๔) กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
 - ๕) การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์ คุณภาพผลงานบริการ
๒. บทบาทหน้าที่ของ Area Manager
๓. ข้อเสนอแนะ

๑. งบประมาณสนับสนุน

๑) งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นงบประมาณสนับสนุนการคัดกรอง/ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษา รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแนวทางการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี ๒๕๖๖ เขตกรุงเทพมหานคร

ลำดับ	รายการ	อัตรา ชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชย ค่าบริการ
๑	บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต		
	๑.๑ อายุ ๑๕-๓๔ ปี บริการ วัดBP BMI ประเมินความเครียดและ ซึมเศร้า บุหรี่และสารเสพติด และการให้คำปรึกษาแนะนำ	๑๐๐	๑ ครั้งต่อปี
	๑.๒ อายุ ๓๕-๕๔ ปี บริการ วัดBP BMI ประเมินความเครียดและ ซึมเศร้า บุหรี่และสารเสพติด ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวาน และเจาะเลือดปลายนิ้ว ประเมินความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการให้คำปรึกษาแนะนำ	๑๕๐	๑ ครั้งต่อปี
	๑.๓ ค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ วัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) เฉพาะกลุ่มเสี่ยงจากข้อ ๑.๒	๔๐	๑ ครั้งต่อปี
	๑.๔ อายุ ๓๕-๗๐ ปี บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ส่งตรวจ Total Cholesterol หรือ HDL (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษา โรคไขมัน ผิดปกติ)	๑๖๐	๑ ครั้งต่อ ๕ ปี
๒	บริการคัดกรองความเสี่ยงและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ		
	๒.๑ คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	๑๐๐	๑ ครั้งต่อปี
	๒.๒ ตรวจคัดกรองสุขภาพที่จำเป็น	๓๐๐	
	๒.๓ บริการโดยคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร	๒๐๐	
	๒.๔ บริการโดยคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	๒๐๐	

ลำดับ	รายการ	อัตรา ชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชย ค่าบริการ
๓	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชน		
	๓.๑ ให้บริการที่บ้าน/ชุมชน ในประชากรกลุ่มเสี่ยง	๑๕๐	๑ ครั้งต่อปี
	๓.๒ ให้บริการที่บ้าน/ชุมชน ในประชากรกลุ่มที่มีความจำเป็นโดย ทีมสหวิชาชีพ	๕๐๐	

๑.๑ บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
๑. กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ ๑๕ - ๗๐ ปี
๒. ขอบเขตบริการ	<p>๑. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ ๑๕-๓๔ ปี ให้บริการครบทุกกิจกรรม ดังนี้</p> <p>๑.๑ ประเมินดัชนีมวลกาย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง) และรอบเอว</p> <p>๑.๒ ตรวจวัดความดันโลหิต</p> <p>๑.๓ คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเสพยาเสพติด</p> <p>๑.๔ ประเมินภาวะเครียด-ซึมเศร้า</p> <p>๑.๕ ให้คำปรึกษาและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล หากเป็นกลุ่มเสี่ยงให้ประสานส่งต่อหรือนัดพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยสั่งการรักษา หรือแนะนำรับบริการตามสิทธิ</p> <p>๒. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ ๓๕-๕๙ ปี ให้บริการครบทุกกิจกรรม ดังนี้</p>

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราค่าบริการ
	<p>๒.๑ ประเมินดัชนีมวลกาย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว)</p> <p>๒.๒ ตรวจวัดความดันโลหิต</p> <p>๒.๓ คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพยาเสพติด</p> <p>๒.๔ ประเมินภาวะเครียด-ซึมเศร้า</p> <p>๒.๕ ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และหรือเจาะเลือดปลายนิ้ว ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง เพื่อตรวจระดับน้ำตาล (FCG)</p> <p>๒.๖ ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>๒.๗ ให้คำปรึกษาและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล หากเป็นกลุ่มเสี่ยงให้ประสานส่งต่อหรือนัดพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยสั่งการรักษา หรือแนะนำรับบริการตามสิทธิ</p> <p>๓. บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) เฉพาะกลุ่มเสี่ยง จากการประเมิน</p> <p>ความเสี่ยงตามข้อ ๒.๕ หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงตามประกาศฯ(ภาวะอ้วนBMI>=๒๕ มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือกำลังกินยาควบคุมความดันโลหิต มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือกำลังกินยาลดไขมันในเลือด มีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหารหรือการตรวจน้ำตาลในเลือด ๒ ชม.หลังกินกลูโคส ๗๕ gm ประวัติเป็นDM ขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนัก แรกคลอด>๔kgs) ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน</p>
๒. ขอบเขตบริการ (ต่อ)	๔. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ ๓๕-๗๐ ปี - เจาะเลือดส่งตรวจ Total Cholesterol หรือ HDL (ยกเว้นรายที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันผิดปกติ)

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราค่าบริการ
๓. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรอง และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต
๔. เงื่อนไขและอัตราค่าบริการ	<p>๑. ค่าบริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ ๑๕-๓๔ ปี จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>๒. ค่าบริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิตอายุ ๓๕-๕๙ ปี จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>๓. ค่าบริการเจาะเลือดตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) จ่าย ในอัตรา ๔๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>๔. ค่าบริการเจาะเลือดส่งตรวจ Total Cholesterol หรือ HDL จ่ายในอัตรา ๑๖๐ บาทต่อครั้งทุก ๕ปี</p>
๕. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน
๖. เกณฑ์ในการตรวจสอบ	<p>การให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายและตรวจสอบพบหลักฐาน</p> <p>๑. ให้บริการตามกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานฯ กำหนด</p> <p>๒. พบหลักฐานการให้บริการครบทุกกิจกรรมตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข</p> <p>๓. กรณี FPG CBC Total Cholesterol หรือ HDL ต้องมีใบรายงานผลที่เป็น official report จากห้องปฏิบัติการ</p>

๑.๒ บริการคัดกรองความเสี่ยงและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราค่าบริการ
๑. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
๒. ขอบเขตบริการ	<p>๑. คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และให้ความรู้และคำแนะนำ และส่งต่อกรณีพบความเสี่ยง (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด) : ใช้แบบประเมินความเสี่ยง Metabolic</p> <p>๒. บริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเน้นประชากรที่รับผิดชอบ และให้บริการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลตามรายการ ดังนี้</p> <p>๒.๑ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยแพทย์</p> <p>๒.๒ ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (โดยผู้ประเมินต้องผ่านการอบรมด้านผู้สูงอายุ) โดยมีรายการประเมิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ตามแบบ ประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL ๒. ประเมินสายตา ตรวจวัดสายตา (Visual Acuity Test) ๓. ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม ๔. ประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุนด้วย OSTA index ๕. ประเมินสมรรถภาพสมอง ด้วย Mini cog และแบบทดสอบ TMSE ๖. ประเมินภาวะโภชนาการ ด้วย Mini Nutritional Assessment; MNA® ๗. คัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) ๘. คัดกรองภาวะหกล้ม TUGT ๙. การประเมินการได้ยิน ๑๐. ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ <p>๒.๓ ส่งต่อกรณีต้องเข้ารับการวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อรับการรักษา</p>

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราค่าบริการ
	<p>๓. บริการโดยคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร ของหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด โดยให้บริการเพิ่มเติมจากข้อ ๒ ดังนี้</p> <p>๓.๑ บริการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า ๘Q ๙Q</p> <p>๓.๒ ประเมินภาวะสมองเสื่อม MOCA และสอนการฝึกการทำงานของสมอง</p> <p>๓.๓ ส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ ได้แก่ – ให้ความรู้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การทานยา</p> <p>๓.๔ ส่งต่อกรณีต้องเข้ารับการวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อรับการรักษา หรือส่งต่อสู่ระบบดูแลระยะยาว long term care</p> <p>๔. บริการโดยคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยให้บริการเพิ่มเติมจากข้อ ๓ ดังนี้</p> <p>๔.๑ ตรวจสอบสุขภาพทั่วไปและตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักซ้ำ</p> <p>๔.๒ สอนให้ความรู้ด้านการบริหารร่างกาย และกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ</p> <p>๔.๓ ติดตามประเมินผลเพื่อให้คำแนะนำและปรับพฤติกรรมสุขอนามัยโดยสร้างให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมด้วย</p> <p>๔.๔ ติดตามและประเมินผล การเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย</p>
๓. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการคัดกรองความเสี่ยงและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุได้
๔. เงื่อนไขและอัตราค่าบริการ	<p>๑. ค่าบริการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>๒. ค่าบริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>๓. ค่าบริการโดยคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร เหม่าจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p> <p>๔. ค่าบริการโดยคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เหม่าจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี</p>

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราค่าบริการ
๕. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com เป็นรายเดือน
๖. เกณฑ์ในการตรวจสอบ	การให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายและตรวจสอบพบหลักฐาน ๑. ผู้รับบริการอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๒. พบหลักฐานการให้บริการครบทุกกิจกรรมตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการนำส่งเบิกชดเชย

๑.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชน

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราค่าบริการ
๑. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
๒. ขอบเขตบริการ	๑. ให้บริการดูแลสุขภาพบุคคลและครอบครัวแบบองค์รวมที่บ้าน/ชุมชน โดยสหวิชาชีพ ครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้บุคคลและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพตนเอง รวมถึงการส่งเสริม สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพและแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่เหมาะสม ในกลุ่ม ประชากรที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ ๒. ประเมินสภาวะสุขภาพ ความเสี่ยง ประเมินการได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่จำเป็นตามกลุ่มวัย และปัญหาสุขภาพบุคคล ๓. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายและระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล เช่น บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น การรักษา การลงทะเบียนระบบ Long Term Care
๒. ขอบเขตบริการ (ต่อ)	๔. จัดทำแผนและลงเยี่ยมรายบุคคล/ครอบครัวที่บ้าน รวมถึงมีการติดตาม ประเมินผล การบริการเยี่ยมบ้าน
๓. หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชนได้

รายการ	ขอบเขตบริการและเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
๔. เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ	ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้าน/ชุมชน ดังนี้ ๑. เยี่ยมบ้าน/ชุมชน ในประชากรกลุ่มเสี่ยง จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อเดือนต่อคน และไม่เกิน ๑๐ ครั้งต่อคนต่อปี ๒. เยี่ยมบ้านกลุ่มที่มีความจำเป็นโดยทีมสหวิชาชีพ จ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาท ต่อครั้งต่อ เดือนต่อคน และไม่เกิน ๑๐ ครั้งต่อคนต่อปี
๕. วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย	บันทึกผลงานและประมวผลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม HSV On web และ eHHC ควบคู่ กับ New Authen หรือตามที่สำนักงานฯกำหนด เป็นรายเดือน
๖. เกณฑ์ในการตรวจสอบ	๑. กลุ่มเป้าหมายเป็นไปตามแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย ๒. หลักฐานการให้บริการ ตามรายการบริการและจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

กิจกรรมพื้นฐานในการให้บริการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมเยี่ยมบ้านกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง พิจารณาตามกลุ่มอายุและกลุ่มเป้าหมายพิเศษ

กลุ่มเป้าหมาย	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ
วัยรุ่น อายุ ๑๕-๒๐ ปี	๑. ประเมินสุขภาพร่างกายตามความเสี่ยง ๒. ประเมินสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า ๓. ประเมินครอบครัวและสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น ความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของครอบครัว ๔. สอนสาดิตการสร้างเสริมสุขภาพตามความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ/โรค ๕. ให้ความรู้/คำปรึกษาตามสภาพปัญหา ๖. ติดตามสภาวะสุขภาพและประเมินการดูแลสุขภาพซ้ำ ๗. ให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาที่พบ

กลุ่มเป้าหมาย	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ
กลุ่มวัยทำงาน ๒๑ - ๕๙ ปี	๑. ประเมินสุขภาพ ร่างกายและจิตใจตามความเสี่ยง ๒. ให้ความรู้และให้คำปรึกษาและจัดการความเสี่ยง สอนสาธิตการสร้างเสริมสุขภาพตามความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ/โรค ๓. ให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๔. ติดตามสภาวะสุขภาพและประเมินการดูแลสุขภาพซ้ำ
กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๑. ประเมินสุขภาพ ร่างกายและจิตใจตามความเสี่ยง ๒. ประเมินและให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหาการกระทำรุนแรง ๓. ให้ความรู้คำแนะนำและสอนสาธิตการสร้างเสริมสุขภาพตามความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ/โรค ๔. ให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๕. ติดตามสภาวะสุขภาพและประเมินการดูแลสุขภาพซ้ำ ๖. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมในการป้องกันอุบัติเหตุและสนับสนุนการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule)

เงื่อนไขการการชดเชย

๑. ให้บริการกิจกรรมและเงื่อนไขเป็นไปตามแนวทางบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 ฝั่งประมาณ ๒๕๖๖
๒. มีระบบพิสูจน์ตัวตนก่อนเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยวิธี Dip Ship โดยบัตร Smart card หรือ QR Code ใน application เป้าตังค์ ทุกครั้งก่อนให้บริการหรือตามที่กำหนด
๓. บันทึกข้อมูลเพื่อขอเบิกชดเชยตามการให้บริการจริง ในระบบสารสนเทศ/โปรแกรม และช่วงเวลาที่กำหนด
๔. กิจกรรมที่มีการกำหนดใช้แบบประเมิน/แบบคัดกรอง/แบบบันทึกผลการตรวจและอื่นๆ หน่วยบริการต้องให้บริการตามที่สำนักงานฯ กำหนดหรือเทียบเท่าได้

วิธีการเบิกและการบริหารการจ่าย

บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป้าตั้ง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB <https://www.healthplatform.krungthai.com> เป็นรายเดือน

๒) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด สนับสนุนส่งเสริมระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตสำหรับผู้ป่วย NCDs (โรคหลอดเลือดสมอง) ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน

แนวทางการบริหารการจ่ายชดเชยทางการเงินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง IMC

ประเด็น	แนวทาง
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>๑. บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางประกอบด้วย</p> <p>๑.๑ บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน</p> <p>๑.๒ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (ผู้ป่วยนอกและในชุมชน)</p> <p>๑.๓ บริการฝังเข็มหรือบริการการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง</p> <p>๒. กำหนดบริการ ๔ กลุ่มโรค</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury)</p> <p>๒.๓ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)</p> <p>๒.๔ กระดูกข้อสะโพกหัก (fragility fracture hip)</p> <p>๓. นักกายภาพให้บริการไม่เกิน ๘ รายต่อวันในแต่ละรายไม่น้อยกว่า ๔๕ นาที</p>
ผู้มีสิทธิ	ปัจจุบัน เฉพาะสิทธิ UC (ส่วนสิทธิอื่นๆปรก.)
แหล่งงบประมาณ	งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
คุณสมบัติหน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกายภาพบำบัดกับสปสช

ประเด็น	แนวทาง		
อัตราขาดเคย	จ่ายขาดเคยใน ๓ กิจกรรมดังนี้		
	ประเภทกิจกรรม	อัตราจ่ายขาดเคย	จำนวนครั้งให้บริการ
	กายภาพบำบัด	๔๕๐	ไม่เกิน ๒๐ ครั้ง
	กิจกรรมบำบัด	๔๕๐	รวมบริการกิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูดไม่เกิน ๑๐ ครั้ง(เฉพาะในรพ.)
	แก้ไขการพูด	๔๕๐	
การให้บริการในชุมชนกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการในหน่วย บริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง			
การส่งข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e Claim		

๓) กองทุน Long Term Care (การดูแลด้านสาธารณสุขแบบระยะยาว)

เป็นการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยต้องมีองค์ประกอบครบ ๓ C ดังต่อไปนี้

๑. Care Manager
๒. Care Plan
๓. Caregiver

เกณฑ์การชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

ประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกินหรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทาง สมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่ มีภาวะสับสนทาง สมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหา การกินหรือการ ขับถ่าย หรือมี อาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ในระยะท้ายของ ชีวิต
๑. ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)	ประเมินและวางแผนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ/หรือ case manager ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ/หรือ case manager ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ/หรือ case manager ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ/หรือ case manager ๑ ครั้ง/ปี
๒. ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว)	ให้บริการอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง	ให้บริการอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง	ให้บริการอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง	ให้บริการอย่างน้อยเดือนละ ๒ ครั้ง
๓. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน โดย caregiver หรือ เครือข่ายสุขภาพ	อย่างน้อยเดือนละ ๒ ครั้ง	อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง
๔. จัดหา/สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ชุดดูดเสมหะ

ประเภทและ ขอบเขตบริการด้าน สาธารณสุข	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกินหรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทาง สมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่ มีภาวะสับสนทาง สมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหา การกินหรือการ ขับถ่าย หรือมี อาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ในระยะท้ายของ ชีวิต
๕. ประเมินผลการ ดูแลและปรับ แผนการให้บริการ	อย่างน้อย ๖ เดือน/ ครั้ง	อย่างน้อย ๓ เดือน/ ครั้ง	อย่างน้อย ๓ เดือน/ ครั้ง	อย่างน้อย ๑ เดือน/ ครั้ง
๖. อัตราการชดเชย ค่าบริการ	ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท/คน/ปี	๓,๐๐๐-๖,๐๐๐ บาท/คน/ปี	๔,๐๐๐-๘,๐๐๐ บาท/คน/ปี	๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ บาท/คน/ปี

๔. กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น หรือสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง/ป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น มารดาหลังตั้งครรภ์ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในพื้นที่

หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฯในการจัดบริการสาธารณสุข	
หน่วยงานสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ	องค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
สามารถขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฯได้ ๔ มิติ ๑. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ๒. ป้องกันโรค ๓. ฟื้นฟูสมรรถภาพ ๔. รักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก	สามารถขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฯได้ ๒ มิติ ๑. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ๒. การป้องกันโรค

๕) การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์ คุณภาพผลงานบริการ

เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากงบบริการทางแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เพื่อจัดบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการให้บริการตามมาตรฐาน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ยังคงเน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นเบาหวาน ซึ่งจะช่วยเหลือไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน
๓. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการจัดการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบ Chronic Care Model: CCM การบริหารจัดการโดยใช้กลไกคณะ กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) และระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary care cluster) รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อัตราการจ่ายชดเชย งบบริการจ่ายตามคุณภาพฯ ๙ บาท/ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๖ ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ
๑.	อัตราการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก ในประชาชนที่มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป
๒.	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรอง HbA๑c ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
๓.	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
๔.	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
๕.	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ
๖.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานและหรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

บทบาทหน้าที่ของ Area Manager

๑. ให้คำแนะนำการจัดหางบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงาน เช่น งบประมาณจาก สปสช. การสนับสนุนจากหน่วยงานเอกชนหรือองค์กรอื่นๆ รวมถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์
๒. ควบคุมการดำเนินงานสาธารณสุขให้ได้ตามเกณฑ์การขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนต่างๆ
๓. การประสานภาคีเครือข่าย/หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการขอสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

๑. มีงบประมาณสนับสนุนร้านยาในชุมชนในการเป็นหน่วยให้บริการคัดกรองสุขภาพและประเมินปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้นได้มากขึ้น
๒. มีคุณภาพตามผลลัพธ์บริการ เพื่อกระตุ้นการจัดบริการที่มีคุณภาพ เพิ่มการเข้าถึง
๓. สปสช. มีงบประมาณสนับสนุนการจัดอบรมหลักสูตร Area Manager (พัฒนาคณ)

๗. ระบบสุขภาพชุมชน

ระบบสุขภาพชุมชน เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน

เป้าหมายของระบบระบบสุขภาพชุมชน

๑. เป็นสังคมที่เอื้ออาทร ไม่ทอดทิ้งกัน
๒. ให้การรักษาคนที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีศักยภาพพอที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
๓. มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกคน สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น
๔. ชุมชนสามารถควบคุมโรคที่พบบ่อยได้
๕. ชุมชนมีการสร้างเสริมสุขภาพ
๖. เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพลังในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชน

หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชน

๑. การทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับ working relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance)

๒. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในพื้นที่ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน

๓. การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่ทิ้งดูตายต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วยจึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็งเกิดกำลังใจ เป็นความสุขและทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้า ขณะเดียวกันผู้รับบริการและประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

๔. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนา โดยวิเคราะห์ส่วนขาดและเติมเต็มตามสภาพปัญหา และความต้องการทั้งของบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

๕. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุม ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (๑A๔C) คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

บทบาทของการเป็นผู้จัดการพื้นที่ Area Manager ของศูนย์บริการสาธารณสุข

บทบาทของการเป็นผู้จัดการพื้นที่ Area Manager ของศูนย์บริการสาธารณสุข ทำหน้าที่อำนวยความสะดวก และประสานงานในระบบสุขภาพชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างราบรื่น โดยบทบาทของผู้จัดการพื้นที่ ดังกล่าวอาจจะเป็นบุคลากรที่อยู่ในหน่วยบริการหน่วยใดๆของศูนย์ฯก็ได้ขึ้นอยู่กับพิจารณาตามความเหมาะสม และให้เป็นการมอบหมายหน้าที่โดยคณะกรรมการบริหารระดับเขต (พช.) โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑. เป็นผู้ประสานนโยบาย มีหน้าที่สำคัญคือการสื่อสารนโยบายจากผู้บริหารสู่ระดับปฏิบัติการ และนำเสนอปัญหาในการปฏิบัติงานจริงให้ผู้บริหารรับทราบ เพื่อแก้ปัญหา หรือปรับนโยบาย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ ดังนั้นผู้ประสานงานจึงต้องเป็นผู้ที่เกาะติด ความเปลี่ยนแปลงของ นโยบาย และมองเห็นความสอดคล้องของนโยบายจากส่วนกลาง และปัญหาสุขภาพจริงในพื้นที่ได้

๒. เป็นผู้ติดตามข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และความคืบหน้าของ แผนงานต่างๆ รวมถึงการรายงานให้ผู้บริหารทราบด้วย

๓. เป็นผู้แก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับทีม ในกรณีเป็นปัญหาที่เกิดไม่บ่อยอาจเป็นการแก้ปัญหา เฉพาะหน้า เป็นครั้งๆ ไป แต่อาจจะต้องพิจารณาปรับในเชิงระบบ หากเป็นปัญหาที่เกิดซ้ำๆ หลายครั้ง ดังนั้น ผู้ประสานงาน ต้องเป็นผู้เข้าใจระบบต่างๆ ทั้งในระดับเขตและเครือข่ายในชุมชนเป็นอย่างดี

๔. เป็นผู้ประสานทีมสหวิชาชีพตั้งแต่ทีมของตติยภูมิ ทุตติยภูมิ ปฐมภูมิ เพื่อให้ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสห วิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง ประสานงานหน่วยงานต่างๆ นอกกระบบสาธารณสุขด้วย อีกทั้งยังต้อง กำหนดวิธีการสื่อสารระหว่าง สหสาขา มิเช่นนั้นจะเกิดการดูแลคนไข้ในลักษณะต่างคนต่างทำ อาจสร้างความ สับสนแก่ผู้ป่วยและญาติได้ และก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในทีมสหวิชาชีพได้

นอกจากนี้บทบาทของผู้จัดการพื้นที่ Area Manager ในระบบสุขภาพชุมชนจะต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการเริ่มตั้งแต่การคิดหามาตรการการนำทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาปรับใช้ การประสานงาน ความร่วมมือต่างๆ จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ของกับการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลอย่าง เหมาะสม อีกทั้งต้อง รับผิดชอบในการไกล่เกลี่ยทางการแพทย์และร่วมมือกับผู้ให้บริการอื่นๆ ในระบบการดูแล ร่วมกันภายในชุมชน ร่วมกับการนำแนวคิดรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังมาใช้ในการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพเขต

บทบาทของ Area Manager ในการจัดการเครือข่ายในระบบสุขภาพชุมชน			
เครือข่าย	การป้องกันโรคและการส่งเสริม สุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับเขต (พชข.)	๑. ร่วมกำหนดนโยบายการส่งเสริม สุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) เป็นนโยบายระดับ เขต ๒. ร่วมกำหนดนโยบายส่งเสริม สุขภาพดยการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น จัดสถานที่ออกกำลังกาย มี ตลาดในการจัดให้ขายอาหารสุขภาพ ๓. ประสานขอสนับสนุนเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือรถ รับ-ส่งผู้ป่วย	-	ประสานขอสนับสนุน การจัดหาสถานที่ สำหรับการจัดตั้งศูนย์ และระบบการดูแล ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ในชุมชน โดย งบประมาณกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับเขต

บทบาทของ Area Manager ในการจัดการเครือข่ายในระบบสุขภาพชุมชน			
เครือข่าย	การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
	๔. ร่วมเสริมสร้างศักยภาพผู้นำชุมชน/ประสานกับชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นให้ประชาชนในพื้นที่		
อาสาสมัครสาธารณสุข	๑. กำหนดให้อสส. มีบทบาทในการช่วยสำรวจข้อมูลผู้ป่วย/ประชาชน	กำหนดแนวทางเพื่อให้ อสส. สามารถใช้ในการให้คำแนะนำเรื่องการ	๑. กำหนดให้อสส. มีบทบาทในการเฝ้า
กรุงเทพมหานคร (อสส.)	<p>กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และจัดทำฐานข้อมูลในชุมชน</p> <p>๒. กำหนดให้อสส. มีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหาและจัดทำโครงการเพื่อดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ทั้งที่เป็น การปรับพฤติกรรมลดเสี่ยง และการดูแลรักษาในกลุ่มต่างๆ เพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต</p> <p>๓. กำหนดให้อสส. มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เช่น คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๔. กำหนดให้อสส. มีบทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำกับประชาชนในด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	รับประสานยารักษาโรคเรื้อรังได้ถูกต้อง	<p>ระวัง และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>๒. กำหนดบทบาท อสส.ในการร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน</p> <p>๓. พัฒนาให้อสส.มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่นสามารถทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>

บทบาทของ Area Manager ในการจัดการเครือข่ายในระบบสุขภาพชุมชน			
เครือข่าย	การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสุขภาพ
	เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ๕. มีแนวทางให้กับอสส. ในการส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออาการเจ็บป่วย ทรุดลง ๖. กำหนดบทบาทให้ อสส. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่		
ศูนย์สุขภาพชุมชน	๑.จัดให้มีการประเมินภาวะสุขภาพ ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ๒.จัดให้มีการประเมินสุขภาพจิต ๓.จัดให้มีการประเมิน CVD Risk ๔.จัดให้มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินความเครียด เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์	-	ประสานพื้นที่เพื่อจัดตั้งศูนย์และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ในชุมชน
Care Giver	๑. กำหนดบทบาทให้ Cg ช่วยดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นรายบุคคล ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ๒. พัฒนาศักยภาพให้ Cg สามารถสังเกตพฤติกรรมและการ	กำหนดบทบาทและแนวทางให้ Cg เพื่อให้สามารถดูแลให้ผู้ป่วยรับประทายตามแพทย์สั่งการรักษาและทราบภาวะแทรกซ้อนจากยา	๑. พัฒนา Cg ให้มีศักยภาพในการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ๒. พัฒนาศักยภาพ Cg ให้สามารถทำกายภาพบำบัดตาม

บทบาทของ Area Manager ในการจัดการเครือข่ายในระบบสุขภาพชุมชน			
เครือข่าย	การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ
	เปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วย ได้ถูกต้อง ๓. มีแนวทางให้กับส่งต่อผู้ป่วยได้ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน การเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้น		แผนการดูแล เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
คณะกรรมการชุมชน	๑. จัดทีมสาธารณสุขเพื่อช่วยเป็นที่เล็งจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมแก้ไขปัญหาด้วยแนวทางของชุมชนเอง ๒. จัดทีมสาธารณสุขเพื่อช่วยเป็นที่เล็งจัดการแก้ไขปัญหาโดยเสนอโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต		ประสานทีมคณะกรรมการชุมชน เพื่อจัดหาสถานที่สำหรับการจัดตั้งศูนย์และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ในชุมชน โดยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต

ผลที่ได้รับจากการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

๑. เกิดการนำระบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ในพื้นที่ไปใช้ทั้งในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง และเชิงนโยบายของระบบสุขภาพชุมชน เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขตให้กับการจัดกิจกรรมของกลุ่มต่างๆในชุมชน อย่างทั่วถึงมากขึ้น และผลักดันให้เกิดโครงการพัฒนาการส่งเสริมและป้องกันในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนสุขภาวะของชุมชนต่อไป

๒. เกิดการจัดตั้งศูนย์และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ในชุมชนที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วย ๔ กลุ่มโรค คือ Stroke, Spinal cord injury, Traumatic brain injury และ Fracture

บรรณานุกรม

- ลลิตยา กองคำ. (๒๕๖๕). กรุงเทพฯสุขภาพดีเชื่อมั่นสำนักงานแพทย์. ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖. สืบค้นเมื่อ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖. จาก <https://webportal.bangkok.go.th/msdbangkok/page/sub/๒๒๙๒๔/>
- วชิรวิทย์ เลิศบำรุงชัย. Bangkok Health Zoning พลิกโฉมระบบสุขภาพ กทม. ณ วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๐๒๓. สืบค้นเมื่อ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จาก <https://theactive.net/read/bangkok-health-zoning/>
- วนิดา สมภูงา และมะลิ สุปัตต. (๒๕๖๕, มกราคม - เมษายน). ประสิทธิภาพการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยหลักการ ๖ building blocks จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ*, ๑๕(๑), ๑๔๒ - ๑๕๕.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพของประเทศไทย ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*. ๒๕๖๒; ๒๘(๒): บทบรรณาธิการ
- ศิริเกษม ศิริลักษณ์. การจัดการความรู้ระบบสุขภาพอำเภอพึงประสงค์ โดยใช้หลักการ Six Building Blocks Plus One. ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๓ สืบค้นเมื่อ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖. จาก <https://med.nu.ac.th/home>DHS/ebooks/files/DHS-KnowledgeManagement.pdf>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๒). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒*. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/๘๒๙๗>.
- สุปรียา เครือสาร.(๒๕๖๐,กรกฎาคม - ธันวาคม). การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่มารับบริการคลินิกทันตกรรมเด็กอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารทันตภิบาล*, ๒๘(๒), ๔๕ - ๕๗.
- สภากรุงเทพมหานคร , คณะกรรมการวิสามัญศึกษารูปแบบระบบสุขภาพปทุมภูมิในกรุงเทพมหานคร. รายงานผลการศึกษารูปแบบระบบสุขภาพปทุมภูมิในกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จาก https://bmc.go.th/wp-content/uploads/๒๐๒๐/๐๖/๕๓_๒๕๖๓.pdf
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๐*. (พิมพ์ครั้งที่ ๓). ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย.