



บทเรียนการบริการสุขภาพ ปฐมภูมิในเขตเมือง

แนวคิดเรื่องการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เริ่มต้นขึ้นในปี 2531 โดยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เหตุผลเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ต่อมาในปี 2545 รัฐบาลได้มีการขับเคลื่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้นเรื่องบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อให้บริการปฐมภูมิอย่างครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศ ทุกพื้นที่จึงได้เริ่มต้นพัฒนางานระบบบริการปฐมภูมิ โดยได้จัดตั้ง “สถานีอนามัย” ซึ่งในเวลาต่อมาถูกเรียกว่า “รพ.สต.” โดยหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าวจะทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอ

ส่วนในเขตเมืองของแต่ละจังหวัด จะมีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีชื่อ “ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง” หรือ “ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง” เพื่อให้บริการผู้ป่วยระดับปฐมภูมิก่อนส่งต่อโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ซับซ้อนเกินกว่าขอบเขตการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

และด้วยบริบทของเขตเมืองที่มีความแตกต่างจากเขตชนบท ทั้งในเรื่องของจำนวนประชากร และลักษณะสังคมที่มีความซับซ้อนและหลากหลายกว่า จึงทำให้การจัดระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองมีบทเรียนที่น่าสนใจ และนี่คือตัวอย่างการจัดบริการปฐมภูมิในเขตเมืองจาก 3 จังหวัดใหญ่ ที่มีบริบทแตกต่างกันไป

แพทย์เพียงพอ การตั้งรับพร้อม แต่ต้องพัฒนาเชิงรุก

ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง จ.พระนครศรีอยุธยา

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็น “ต้นแบบการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ” ที่เริ่มต้นตั้งปี 2531 โดยมีแนวคิดที่ ต้องการแยกส่วนการให้บริการปฐมภูมิออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดความแออัด จึงได้มีการจัดตั้ง “ศูนย์แพทย์ชุมชน” ขึ้น โดยศูนย์แพทย์ชุมชนแห่งแรกในตอนนั้นคือ “ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม”



รูปแบบการให้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม ช่วงแรก มีการทำงานทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ คือมีแพทย์ลงไปทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วย และมีการทดลองจัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน แต่ต่อมามีการปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่โดยการให้พยาบาลทำหน้าที่ตรวจรักษาแทน เนื่องจากแพทย์ได้ย้ายออกไป ทำให้ไม่มีแพทย์มาทำหน้าที่ประจำที่ศูนย์แพทย์ชุมชน

หลังจากนั้น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้มีการทยอยเปิดศูนย์แพทย์ชุมชนอีกหลายแห่ง แต่ก็ยังไม่มีการส่งแพทย์มาอยู่ประจำ ยกเว้นศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีอาคารอยู่ติดรั้วโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่มีแพทย์ประจำในการตรวจรักษาโรคทั่วไป

ต่อมาในปี 2547 ได้มีการออกนโยบายให้แพทย์ลงไปทำงานเชิงรับในแต่ละศูนย์ฯ จำนวนสัปดาห์ละ 1 วัน โดยลงสลับสับเปลี่ยนกันไป แต่การขับเคลื่อนการทำงานเชิงรุกยังไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวเท่าไรนัก

ปี 2550 มีการส่งแพทย์ไปประจำที่ศูนย์แพทย์ชุมชนทุกศูนย์ โดยแพทย์จะลงไปตรวจรักษาที่ศูนย์สัปดาห์ละ 1-2 วัน ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกย้ายออกมารับบริการตรวจรักษาและรับยาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนแทน เมื่อมีศูนย์แพทย์ชุมชนให้บริการตามจุดต่างๆ อย่างทั่วถึง ประชาชนก็เริ่มมารับบริการกันมากขึ้นจนทำให้ลดความแออัดในโรงพยาบาลลงไปได้



ปัจจุบันเขตเมืองพระนครศรีอยุธยามีศูนย์แพทย์ชุมชนทั้งหมด 7 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดตึก ศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร ศูนย์แพทย์สาธารณสุขจังหวัด ศูนย์แพทย์เทศบาลนคร และศูนย์แพทย์ชุมชนวัดกล้วย

จุดแข็งของการบริการปฐมภูมิของที่นี่คือ การมีจำนวนแพทย์ที่เพียงพอต่อการให้บริการ โดยในแต่ละศูนย์ฯ จะมีแพทย์ประจำที่เป็นเจ้าของพื้นที่ คอยให้บริการผู้ป่วยตามกรอบการทำงานในระดับปฐมภูมิ สาเหตุที่ทำให้จำนวนแพทย์ที่นี่มีเพียงพอ เกิดจากการที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีการรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้นทุกปี เพราะมีนักศึกษาแพทย์ฝึกงานกลับมาบรรจุเป็นแพทย์ที่นี่อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถจัดสรรแพทย์ลงไปประจำที่ศูนย์แพทย์ชุมชนต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน ส่งผลให้สามารถสกัดจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้มารักษาในต้นทางปฐมภูมิได้มาก

จุดอ่อนก็คือ การทำงานยังเป็นลักษณะเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ดังนั้นการพัฒนาก้าวต่อไปก็คือ การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สามารถตรวจรักษาคนไข้เรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อทำหน้าที่แทนแพทย์ และให้แพทย์ได้ลงไปทำงานเชิงรุกได้มากขึ้น เช่น การทำงานส่งเสริมป้องกันโรค งานสุขศึกษา งานระบาดวิทยา และงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยสิ่งที่ต้องพัฒนาไปควบคู่กันก็คือ การพัฒนางานด้านวิชาการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการพัฒนาแพทย์ และภาคีเครือข่ายที่มาทำงานร่วมกัน เช่น สสจ.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

พัฒนางานตามกรอบ 7S Model

งานเดินหน้าแต่พยาบาลล่า เพราะขาดแคลน อสม.

ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง จ.อุดรธานี

การพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดอุดรธานี เริ่มต้นขึ้นหลังจากที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่กำหนดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ โดยทางโรงพยาบาลอุดรธานีได้มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 1 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 (ศูนย์จู่หา) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 3 (ศูนย์วัดป่าโนนนิเวศน์) นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิของ เทศบาลนครอีก 4 แห่ง สังกัด โรงพยาบาลกลาโหม 2 แห่ง เพื่อดูแลประชากรในพื้นที่เขตเมือง/เขตเทศบาลนคร จำนวน 140,000 คน มีแนวคิดยึดพื้นที่เป็นฐาน ทุกพื้นที่มีเจ้าภาพ รับผิดชอบในการดูแลบ้าน วัด โรงเรียน หอพัก อาคารพาณิชย์ ส่วนราชการ และเรือนจำ โดยอาศัยหลักการสร้างองค์กรให้ เข้มแข็งก่อน จากนั้นจึงแสวงหาความร่วมมือกับภายนอก เช่น กลุ่มงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เทศบาล อบจ. อำเภอ และ สาธารณสุขอำเภอ เพื่อเข้ามาช่วยเสริมกำลังให้ทีมศูนย์สุขภาพ ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น



ในส่วนของหลักการทำงาน ได้มีการวางกรอบการทำงานที่เรียกว่า “7S Model” เพื่อพัฒนางานของศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมืองให้เข้มแข็ง และก้าวขึ้นสู่มาตรฐาน HA / PCA / คปสอ.ติดดาว / DHS โดยรายละเอียดของ 7S Model มีดังต่อไปนี้

1 Structure

ปรับโครงสร้างตัวอาคาร สร้างใหม่ หรือเช่าอาคาร โดยศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมืองของอุดรมี 3 แบบ คือ เช่าตึกแถว เช่าอาคารที่มีบริเวณ คล้ายกับ รพ.สต. และสร้างใหม่ใน พื้นที่ที่วัดบริจาคมาให้

2 Strategy

ต้องมีการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน วิเคราะห์หับรับทขอพื้นที่ จากนั้น จึงมีการวางแผนการดูแลประชาชน ตั้งแต่ก่อนป่วย/ป่วย/ดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน

3 Service system

จัดระบบบริการตามบทบาท ของ PCU 1A4C และจัด ระบบข้อมูลสารสนเทศ

4 Staff

อัตรากำลังคน 1 : 1,250 มีทีมสหสาขาวิชาชีพ

5 Skill

เจ้าหน้าที่ ที่ทำงานหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พยาบาลต้องเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มีการส่งเสริมให้พยาบาลเรียนหลักสูตร ระยะสั้น 4 เดือนหรือปริญญาโทพยาบาลเวชปฏิบัติ และมี 5 เสือปฐมภูมิ ได้แก่ เสือยุทธศาสตร์ เสือระบาดวิทยา (ป้องกันโรค ควบคุมโรค) เสือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสือให้คำปรึกษา และเสือบพาลเวชปฏิบัติ

6 Style

เน้นการทำงาน เป็นทีม

7 Share value

สร้างคุณค่าของตัวเอง แล้วแชร์คุณค่าซึ่งกันและกัน

อุปสรรคการทำงาน คือความเหนื่อยล้าของทีมพยาบาลครอบครัว เนื่องจากในเขตเมือง อสม.หนึ่งคนต้องดูแล ประชากรประมาณสี่สิบครอบครัว แต่ในพื้นที่ที่ไม่มี อสม. พยาบาลครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ประสานงานเอง ทุกอย่าง นอกจากนี้ยังมีความยากเรื่องการทำงานกับชุมชนที่มีวิถีชีวิตต่างคนต่างอยู่ และชุมชนที่มีความ เปลี่ยนแปลงเรื่องเคลื่อนย้ายประชากรบ่อย อีกทั้งยังมีประชากรแฝงทำให้มีปริมาณประชากรที่ต้องดูแลเป็น จำนวนมาก ในขณะที่ปริมาณของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังเป็นที่ต้องการ

สร้างบริการที่พึงใจ ท่ามกลาง ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร

ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง จ.บุรีรัมย์

ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้นำแนวคิดการทำงานจากจังหวัดนครราชสีมาที่มีสโลแกนว่า "ดูแลเริ่มแรกทุกเรื่อง ดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน บริการประทับใจทุกวันวาน บริการผสมผสาน ทั้งครอบครัว" มาใช้ในการจัดบริการ โดยในช่วงแรกได้เปิดคลินิกให้บริการภายในโรงพยาบาลในสำนักงานกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยในเขตเทศบาล จนกระทั่งมีการแยกศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองออกมาจัดตั้งนอกเขตโรงพยาบาลในเวลาต่อมา



ส่วนการดำเนินงานในระยะแรก มีการจัดสรรคนจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมไปดำเนินงานในศูนย์ฯ โดยมีแพทย์และพยาบาลทำหน้าที่ตรวจรักษาประจำทุกวันจันทร์ถึงศุกร์

ต่อมาได้มีการทยอยเพิ่มศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจนครบ 3 ศูนย์ฯ เพื่อสนองนโยบาย 1 โรงพยาบาล 3 ศูนย์สุขภาพชุมชน และนำเงินสนับสนุนนโยบายมาใช้ในการซื้ออุปกรณ์การแพทย์เพิ่มเติม เช่น เครื่อง EKG คอมพิวเตอร์ และไนต์บู้ค เป็นต้น

ปัจจุบัน อำเภอเมืองบุรีรัมย์มี 21 รพ.สต. และ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลเมือง โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็น 6 CUP

ในส่วนของ การสนับสนุน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ให้การสนับสนุนงานศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งในด้านงบประมาณ วิชาการ และบุคลากรในการจัดตั้งและพัฒนา โดยจัดแพทย์และพยาบาลออกให้บริการปฐมภูมิหลักเป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีทีมเภสัชกรและทันตแพทย์เข้ามาร่วมกันให้บริการประชาชนอีกด้วย

ที่ผ่านมาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองได้สร้างความพึงพอใจแก่ประชาชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ และมีการเปิดให้บริการในเวลาหลังเลิกงานของประชาชน คือช่วงเวลา 16.00 น.- 20.00 น.

ปัญหาที่พบเจอ คือ มีแพทย์เพียงพอเฉพาะในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ส่วนใน รพ.สต. อัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล และเภสัชกรยังไม่เพียงพอ ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ล้วนเป็นกำลังสำคัญของทีมหมอครอบครัว

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริหารจัดการ พัฒนา กำลังคน และการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากร เพื่อเติมเต็มหมอครอบครัว จะช่วยทำให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ทั้ง 3 พื้นที่ดังกล่าวนี้ เป็นเพียงตัวอย่าง การจัดระบบบริการปฐมภูมิของเขตเมือง เพียงบางส่วน ที่พบทั้งความสำเร็จและอุปสรรค อย่างไรก็ตามการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยทีมหมอครอบครัวในบริบทเขตเมืองยังคงมีความท้าทาย ทั้งเรื่องการจัดการเพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติการ ออกแบบเชื่อมโยง การกระจายจุดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อให้พร้อมต่อการดำเนินงานเชิงรุกที่เข้มข้น รวมทั้งการจัดการที่มอบให้มีความเพียงพอและเหมาะสมต่อการตอบสนองปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งความท้าทายเหล่านี้ยังคงรอคอยให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่รัดกุม เพื่อช่วยให้คนเมืองมีสุขภาพที่ดีมากขึ้นกว่าเดิม

ขอบคุณผู้แทนพื้นที่

- นพ.สุภโชค เวชภัณฑโกศลช รอง ผอ.กลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์ รพ.บุรีรัมย์
- พญ.อากาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.อุดรธานี
- พญ.ตรีธันว์ ศรีวิเชียร แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ รพ.พระนครศรีอยุธยา

อำนวยการผลิตโดย



สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

อาคาร 7 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลลาดขัวญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2591-8567 โทรสาร 0-2591-8567

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.)

เลขที่ 126/749 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี หมู่ 5
ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120
โทรศัพท์ 0-2583-0719 โทรสาร 0-2964-1836
เว็บไซต์ : <http://www.thaiichr.org/>

สนับสนุนโดย

