

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รอบ ๑ /๒๕๖๖

เขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัด เชียงใหม่

ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นตรวจราชการ : ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ / ตัวชี้วัดที่ ๑๖ : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป้ามากกว่าร้อยละ ๘๐

๑) เป้าหมาย และผลงาน

มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 สะสมจำนวน ๑๑๐ ทีม (ร้อยละ ๖๙.๖๒) จากแผน ๑๐ ปีทั้งหมด ๑๕๘ ทีม

ผลลัพธ์จากกิจกรรม/แผนการแก้ไขปัญหา

อำเภอที่ดำเนินการเต็มพื้นที่ ได้แก่ อำเภอแมริม แม่วาง กัลยาณิวัฒนา ดอยหล่อ พร้าวกะเม็ง ทางดงสารภี เป้าหมายปี ๖๖ มีแผนขึ้นทะเบียนอีก ๒๓ แห่ง โดยสนับสนุนแพทย์ทั่วไปที่กำหนดพื้นที่การดูแล ๓ หมอ (Functional PCU) เข้ารับการอบรมในหลักสูตร Basic Course of Family Medicine for Primary Care เพื่อปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)

๒) สรุปสถานการณ์

จังหวัดเชียงใหม่ มี รพ.สต.ทั้งหมด ๒๖๘ แห่ง มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ สะสมจำนวน ๑๑๐ ทีม (ร้อยละ ๖๙.๖๒) จากแผน ๑๐ ปีทั้งหมด ๑๕๘ ทีม

ในปี ๒๕๖๖ มี สอน. และรพ.สต.ถ่ายโอน สู่อบจ.จำนวน ๖๒ แห่ง (ร้อยละ ๒๓.๑๓ จาก รพ.สต.ทั้งหมด) ขึ้นทะเบียน ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๓๗ แห่ง ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ๒๕ แห่ง และถ่ายโอนสู่อบต./เทศบาลตำบล ๕ แห่งขึ้นทะเบียน ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๓ แห่ง ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ๒ แห่ง

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๓.๑ ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของ อบจ.ในการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.๑

๓.๒ กรอบอัตรากำลังของ รพ.สต.ถ่ายโอนไม่มีแพทย์ และการจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการตาม พรบ.๑ อบจ.ยังไม่สามารถดำเนินการได้ในระยะนี้ ทั้งนี้รพ.สต.ที่มีการถ่ายโอนอาจจะต้องทำแผนการจัดตั้งฯ และประสานงานสสอ./รพ.ในการจัดแผนจัดตั้งในภาพรวมอำเภอ

๓.๓ การโยกย้าย ลาออก ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บวกกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

๓.๔ การให้บริการหลายแห่งเป็นลักษณะ Extended OPD เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีเวลาและโอกาสปฏิบัติงานเวชศาสตร์ครอบครัวน้อย ภาระงานใน รพ.มีมากการดำเนินงานในรูปแบบ Extended OPD

๓.๕ การแก้ไขปัญหา Mental Health: พบในบางชุมชนมีปัญหาซับซ้อนต้องอาศัยการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม

๓.๖ การAuthen ทำให้เพิ่มภาระงานในพื้นที่ + การ E-Claim

๓.๗ อุปกรณ์การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในเบาหวานมีจำกัด เช่น Retina Scan

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ ให้กำหนดเป้าหมาย-วิธีการ-ผลลัพธ์ (Purpose-ProcessPerformance) การดำเนินการของทีมีปฐมภูมิ/การวิเคราะห์ต้นทุนของระดับบริการปฐมภูมิ

๔.๒ พัฒนารูปแบบการทำงาน PCU/NPCU เช่น Telemed / CarePlan NCD/HL

๔.๓ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนเขามามีส่วนรวม เช่น รร.เบาหวานวิทยา, NCDx ของ สพบ.

๔.๔ การขับเคลื่อนชมรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการพัฒนา IndividualizedCare Plan, CPG การดูแลกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๕.๑ การสนับสนุนการดำเนินงานและนโยบายจากผู้บริหารที่ชัดเจน จาก สสจ. และ อบจ.

๕.๒ ทักษะและศักยภาพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการร่วมจัดบริการ และบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ และการเชื่อมโยงบริการกับองค์กรแพทย์ในโรงพยาบาล

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

ผลลัพธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

ผู้รายงาน

นายแพทย์โกคิน ศักรินทร์กุล

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.ลำพูน