

๑๐/๒๕๕๕

**Efficiency and Effectiveness of Managing the Budget Payment According to Primary Care Unit
In Northeast of Thailand**

Preda TaeArak

Utsanee LodKaw

Rojana Worawitarangkul

Panu Odklun.

National health Security Office, Rigion 8 Udon-thani

Boromarajonani College of Nursing, Udon-thani

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness and efficiency of managing the budget payment according to Primary Care Unit in Northeast of Thailand (consisted of NongBuaLamPhu, Nong Khai, Loei, UdonThani, Sakon nakhon and Nakhon Phanom). The samples were selected by stratify sampling from population, consisting of Provincial-level executives of 28 people from 28 district, personnel in the department of primary care 14 people and interviewed 1,138 clients in the area that have been paid the statement in year 2010. A period of time of operation since October 2009 to March 2011 analysis of quantitative data analysis with frequency, percentage, statistics and qualitative data by Content Analysis from the interviews and group discussion.

The results showed that the administration statement to pay according to ability based Northeast Upper effectiveness and efficiency were goals set forth in the strategic level, area, which stipulated 60 per cent by the year 2554 operating results from year 2010 through threshold was 58.54 percent and 82.10 percent in 2011. The development of primary care units to meet the criteria increases the jump from the year 2010 passed 58.54 percent 82.10 percent in 2554 and the highest one of the country and the Inspector, to allocate the payment basis. We developed a self-assessment record of the PCU, It was easy to use and reduce the time to check. For reimbursement more quickly within the specified period.

Key Words: managing the budget payment according to Primary Care Unit, efficiency, effectiveness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2551 ให้มีนโยบายการเงินในการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวเพิ่มเติมให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาศักยภาพผ่านเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้แก่สถานีนอนมัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน และคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยมีมติครั้งที่ 7/2553 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2553 ให้จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2554 ในส่วนของงบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 22.92 บาทต่อประชากร ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านศักยภาพพื้นฐาน ด้านการบริหารจัดการ ด้านระบบบริการ และด้านผลการให้บริการ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำ

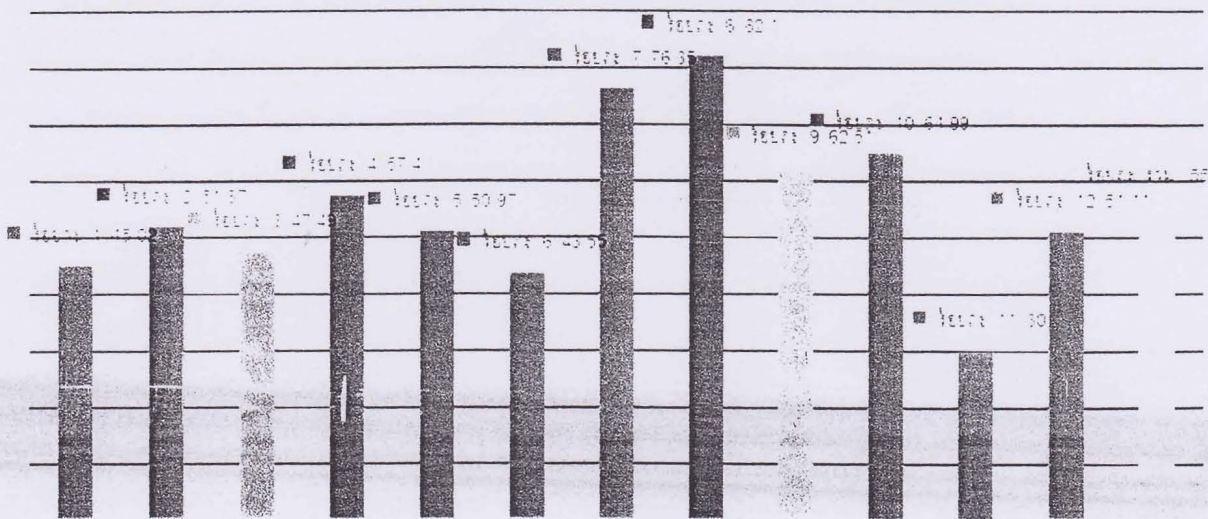
(CUP) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย และกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ และสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น

บ่งชี้ตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว จะเป็นกลไกทางการเงินที่สำคัญต่อการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2553 พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อีสานตอนบน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 58.54 สำหรับในปีงบประมาณ 2554 หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด เป็นร้อยละ 82.10 ซึ่งผลงานดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นถึง การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้ความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกระดับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ อีสานตอนบน 2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์อีสานตอนบน (ประกอบด้วย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย เลย สกลนคร นครพนม)

วิธีการศึกษา : เก็บข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล 12 แฟ้ม /18 แฟ้ม ไป check list การตรวจสอบข้อมูล ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม (group discussion) ผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้บริหารระดับจังหวัด 28 คน ระดับอำเภอ 24 คน บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ 14 คน และ สัมภาษณ์ผู้รับบริการในพื้นที่ที่ได้รับงบจ่ายตามเกณฑ์ฯ ในปี 2553 ทุกแห่ง จำนวน 569 แห่ง กระจาย 2 คน รวม 1,38 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนมีนาคม 2554 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา(content analysis) จากการสัมภาษณ์และการเสวนากลุ่ม

ผลการศึกษา

1. ด้านประสิทธิผล พบว่า การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต ซึ่งกำหนดไว้ ร้อยละ 50 ภายในปี 2553 ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 58.54 เป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 60 ภายในปี 2554 ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 82.10 (รูปที่ 1)



จากการศึกษา พบว่า ผลแห่งความสำเร็จดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย มีรูปแบบการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอีสานตอนบน ให้มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ดังนี้

1.1 การพัฒนาตามเกณฑ์ศักยภาพพื้นฐานด้านบุคลากร

1 เขต 8 อุตรธานี สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 10, 11 และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) (NP-Udon Model) ตั้งแต่ปี 2552-2553 ผลิตได้ 865 คน ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 69.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2553

จังหวัด	จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติ : NP	ความครอบคลุม NP ในหน่วยบริการปฐมภูมิ		
		หน่วยบริการปฐมภูมิ	มี NP	ร้อยละ
1.อุตรธานี	281	236	180	76.27
2.สกลนคร	174	189	134	70.90
3.หนองคาย	145	152	122	80.26
4.เลย	133	141	88	62.41
5.สกลนคร	184	189	134	70.90
6.นครพนม	133	141	88	62.41
รวม	907	972	676	69.55

แหล่งข้อมูล : รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2553 สสข. เขต 8 อุตรธานี

1.1.2 การจัดหาบุคลากรสู่หน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้ตามเกณฑ์ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แปล.) กำหนด มีระบบประสานงานโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ช่วยเหลือโรงพยาบาลขนาดเล็ก การจัดการระบบสวัสดิการและค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับทีมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ครบตามเกณฑ์ ในอัตราส่วน 1 : 1,250 ประชากร

1.2 การพัฒนาตามเกณฑ์ศักยภาพระบบบริการ ดำเนินการใน 2 ส่วน ดังนี้

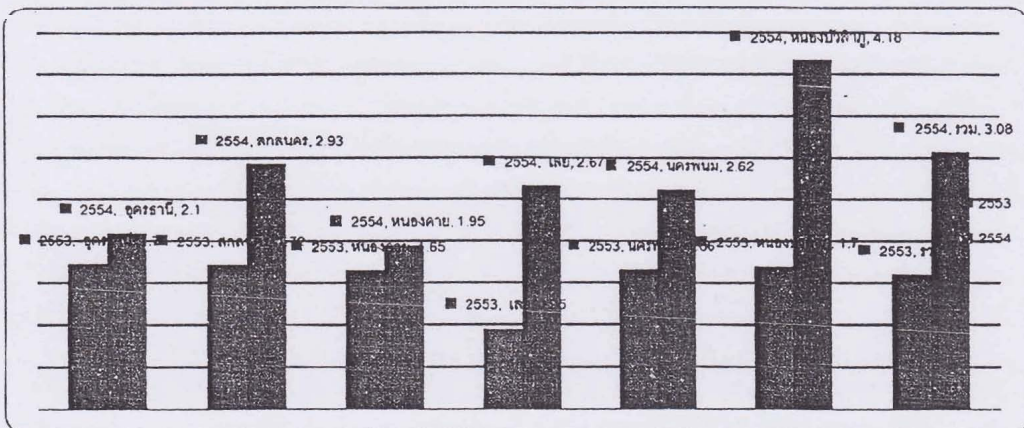
1.2.1 การสร้างระบบแพทย์มีพื้นที่ดูแลรับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน จัดให้มีการประชุมองค์กรแพทย์ระดับจังหวัด เพื่อให้แพทย์มีพื้นที่ดูแล ตลอดจนทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีดูแลนอกพื้นที่สนับสนุนค่าตอบแทน 5,000 บาท/เดือน

1.2.2 การพัฒนาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์(GIS) ซึ่งเป็นระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านภูมิศาสตร์ (Geography Information System : GIS) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(รพ.สต.) เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโรคเรื้อรัง แบบใกล้บ้าน ใกล้ใจเพิ่มขึ้น โดยการใส่โปรแกรมคอมพิวเตอร์นำภาพถ่ายทางอากาศของ Google earth และ Point Asia ใส่หมายเลขพิกัดของหลังคาบ้านพร้อมเลขที่บ้านของประชาชนในแต่ละพื้นที่ แล้วนำไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลประชาชนในระบบ 18 แฟ้ม ที่เครื่อง Server ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเป็นคลังข้อมูลทางด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด ซึ่งจะมีข้อมูลพื้นฐานการให้บริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ประกอบด้วย ข้อมูลโรคเรื้อรัง ข้อมูลผู้พิการ และข้อมูล อสม. ที่รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ จากนั้นใช้โปรแกรม Map server จัดการประมวลผลและนำเสนอข้อมูล ก็ได้ระบบ GIS ที่สามารถใช้งานผ่านระบบ Internet ที่ Website ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่อำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ในการศึกษา วิเคราะห์ ค้นหาติดตามดูแลประชาชนได้สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความสูญเสียด้านเวลา และอัตรากำลังคน ในการปรับปรุงแก้ไขฐานข้อมูลประชาชนต่อการรับบริการใน รพ.สต. นอกจากนี้ ยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อใช้ในการ

๑. มคอ. ๑๐๓๐๖
๒. รอนด

และประเมินผลคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมในหน่วย
กแห่งในเขตพื้นที่อีสานตอนบน

1.2.3 การจัดให้บริการเชิงรุกที่บ้าน (home visit & home ward care) โดยบุคลากร
สาธารณสุขเข้าไปให้การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (continuity) ผสมผสานบูรณาการ (integration)
และเป็นองค์รวม(holistic) แก่ประชาชนทั้งที่อยู่ในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและผู้พิการ โดยการ
ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านมี 3 ขั้นตอน คือ 1)การเตรียมความพร้อมทั้งด้านพยาบาล อุปกรณ์ และข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้ทราบ
ปัญหาที่แท้จริงและนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อการดูแลต่อไป 2) ขั้นตอนขณะเยี่ยมเป็นการดำเนินการร่วมกัน
ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข หรือทีมเยี่ยม และครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมในการร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพ และ
3) ขั้นตอนสุดท้ายเป็นการบันทึกข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการติดตามประเมินผลและวางแผนครั้งต่อไป การดูแล
สุขภาพที่บ้าน เป็นลักษณะของการพยาบาลแบบองค์รวม คือสามารถดูแลบุคคลทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงและ
เจ็บป่วยหรือพิการ ในขณะที่บุคคลนั้นได้อยู่กับครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนร่วม จึงสามารถดูแลได้ครอบคลุม
ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและปัญญา หากประเมินแล้วว่าบุคคลที่เจ็บป่วย ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ จะมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลให้สัดส่วนการไปใช้บริการของประชาชนที่หน่วยบริการ
ปฐมภูมิ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2553-2554 คือ ร้อยละ 1.60 เพิ่มขึ้น 3.08
(เกณฑ์ > 0.88) (รูปที่ 2) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีความพึงพอใจต่อบริการทั้งในสถานบริการ และ
การบริการเชิงรุกที่บ้าน อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 82.7)



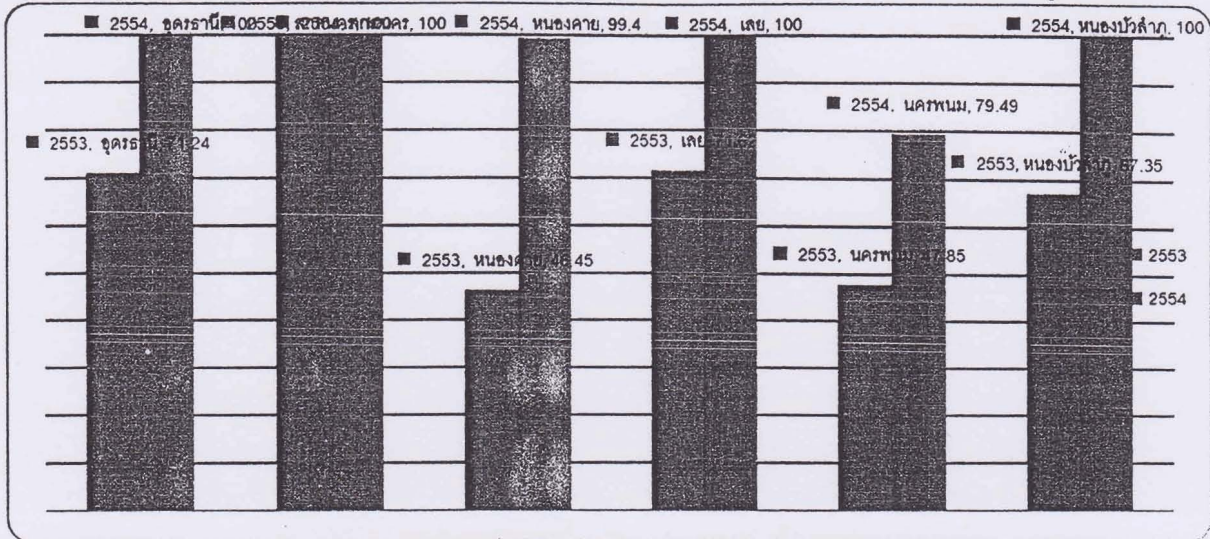
รูปที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการไปใช้บริการของประชาชนที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเทียบกับ
โรงพยาบาลแม่ข่าย ในเขตอีสานตอนบน ปี 2553 – 2554 จำแนกรายจังหวัด

1.3 การพัฒนาตามเกณฑ์ศักยภาพการบริหารจัดการ

1.3.1 การบริหารจัดการงบประมาณแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของ
คณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิจาก 4 ภาคส่วน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมจัดทำแผนที่ทางเดิน
ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของพื้นที่ ส่งผลให้เกิดระบบการสนับสนุนการจัดให้บริการ ของหน่วยบริการ
ปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพในประเด็นที่สำคัญ คือ การจัดการด้านบุคลากร ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี การตรวจ
ทางห้องปฏิบัติการ และระบบคลังเวชภัณฑ์ยา

1.3.2 การพัฒนาศักยภาพด้านโครงสร้างพื้นฐาน ใช้การเร่งรัดการพัฒนาโครงสร้าง
พื้นฐานให้ได้ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยการประเมินตนเอง และวิเคราะห์ส่วนขาด จัดทำ
แผนพัฒนา จังหวัดจัดทีมติดตามเยี่ยมแบบบูรณาการ 1 ครั้ง/ปี ส่งผลหน่วยบริการปฐมภูมิให้ผ่านเกณฑ์การขึ้น

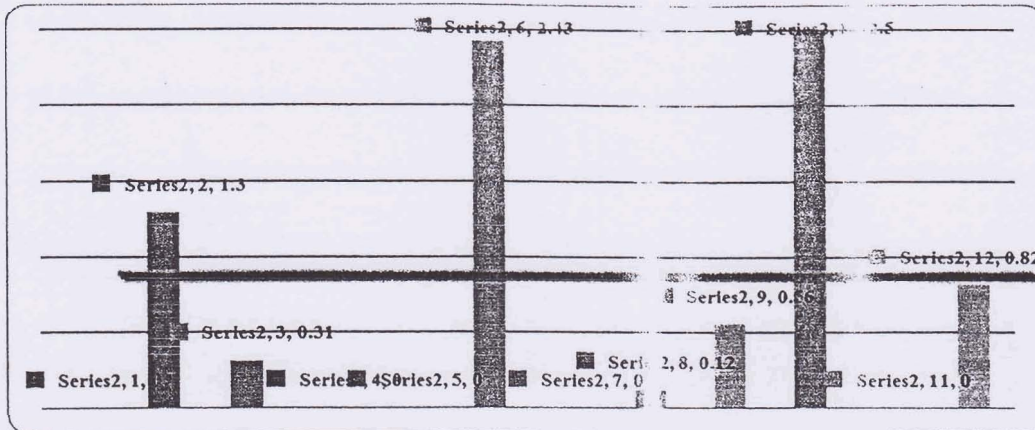
ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นจากปี 2553-2554 คือ ร้อยละ 73.87 เพิ่มขึ้นเป็น 91.15 (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละ ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอีสานตอนบน ปี 2553-2554 จำแนกรายจังหวัด

2. ประสิทธิภาพ พบว่า การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอีสานตอนบน บรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วกว่าที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต ซึ่ง เป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 60 ภายในปี 2554 ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 82.10 อาจกล่าวได้ว่ารวดเร็วกว่าที่กำหนดอย่างน้อย 2 ปี มีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด จากปี 2553 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 58.54 เป็นร้อยละ 82.10 ในปี 2554 และสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ และได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 53.84 เมื่อเปรียบเทียบงบประมาณ ปี 2553 (ปี 2553ได้รับ 103,741,350 บาท, ปี 2554 ได้รับ 159,596,600 บาท) จากการศึกษาพบว่า ผลแห่งความสำเร็จดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี ร่วมกับหน่วยงานภาคเครือข่าย มีรูปแบบการดำเนินการดังนี้

2.1 ด้านการตรวจสอบข้อมูลเพื่อการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์ ได้มีการพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลกลาง(Datacenter) ทำให้ลดข้อผิดพลาดจากการตรวจสอบข้อมูลจากร้อยละ 2.48 ในปี 2553 เหลือร้อยละ 0.12 ในปี 2554 ซึ่งต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยประเทศ (รูปที่ 4) ประหยัดเวลาในการตรวจสอบข้อมูลจากเดิมใช้เวลา 3 วันต่อจังหวัด ลดเหลือ 1 วันต่อจังหวัด สามารถจัดส่งข้อมูลการจัดสรรงบฯ เพื่อเบิกจ่ายได้รวดเร็วภายในระยะเวลาที่กำหนด

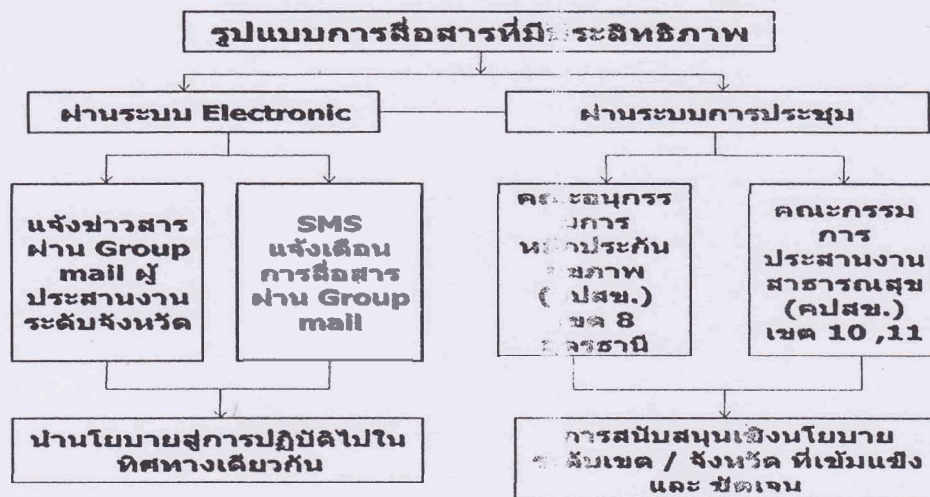


รูปที่ 4 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านไม่การตรวจสอบข้อมูลเพื่อรับการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์ฯ ปี 2554 จำแนกราย สปสช. เขต

2.2 ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ 2 ช่องทาง (แผนภูมิที่ 1) คือ

2.2. ผ่านระบบ electronic โดยการแจ้งข่าวสารผ่าน Group mail ผู้ประสานงาน ระดับจังหวัด แล้ว SMS แจ้งเตือนการสื่อสารผ่าน group mail ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน อย่างถูกต้อง และรวดเร็ว

2.3 ผ่านระบบการประชุม โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ(อปสข.) เขต 8 อุดรธานี และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข (คปสข.) เขต 10, ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการสนับสนุนเชิงนโยบาย ระดับเขต / จังหวัด ที่เข้มแข็ง และ ชัดเจน



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการสื่อสารสู่หน่วยบริการปฐมภูมิโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี

การนำประโยชน์ไปใช้ในงานประจำของหน่วยงาน

จากการศึกษา พบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี และหน่วยงานภาคีเครือข่ายได้นำผลการศึกษางานบางส่วนไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี นำไปใช้เป็นมาตรฐานกระบวนการตรวจสอบข้อมูล การจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน

2. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 10, นำไปใช้ส่งผลให้เกิดการพัฒนานโยบายเพื่อการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิแนวใหม่ “นักสุขภาพครอบครัว (นสค.)” เพื่อให้การดูแลประชากรได้ครอบคลุม, ทำให้เกิดนโยบายการจัดสรร หรือการจ้างนักวิชาการสาธารณสุข หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นเพิ่ม เพื่อให้สามารถดูแลประชากรได้อย่างทั่วถึง

3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี ใช้ในการพัฒนาการจัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) หรือผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) นำไปสู่การสร้างและพัฒนาเครือข่ายพยาบาลเวชปฏิบัติอีสานตอนบนเพื่อการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำไปใช้ในการบริหารจัดการองค์กรแพทย์ระดับจังหวัด ส่งผลต่อความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น มีการสนับสนุนด้านวิชาการ การพัฒนาระบบกำกับ ติดตาม มีคณะกรรมการระดับจังหวัดทำหน้าที่ดูแล หน่วยงานในสังกัดเป็นไปตามเกณฑ์

5. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ นำไปใช้ในการกำหนดและจัดให้มีเครื่องมือ และวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์มีจำนวนเพียงพอและมีความทันสมัยมากขึ้น มีบุคลากรมากขึ้นทั้งที่จ้างเพิ่ม และทำงานเป็นเครือข่าย การบริหารจัดการงบประมาณที่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพการจัดให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก ภายใต้ยุทธศาสตร์ “สร้างนำซ่อม”

บทเรียนที่ได้รับ

การใช้ช่องทางการสื่อสาร ผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับเขต (คปสข.) เพื่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่ชัดเจน และการสนับสนุนการประสานงานแนวราบ ทำให้เกิดพลังความร่วมมือทางความคิด ส่งผลต่อพัฒนากระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นกลไกที่สำคัญนำไปสู่ความสำเร็จ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การมีนโยบายที่ชัดเจน กำหนดแผนยุทธศาสตร์เหมาะสม เป็นไปได้ มีลักษณะผสมผสาน และบูรณาการกับงานอื่นๆ หน่วยงานอื่นๆ โดยยึดสุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญ ทำให้ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ระดมสรรพกำลังในทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน

กระบวนการพัฒนาเชิงนโยบายทุกระดับ ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน ด้านศักยภาพพื้นฐาน ด้านการบริหารจัดการ และด้านระบบบริการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย ส่งผลความพึงพอใจต่อบริการทั้งในสถานบริการ และการบริการเชิงรุกที่บ้าน (home visit & home ward care) อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 82.7) อาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมและเพียงพอเพียงอย่างเดียว ไม่อาจส่งผลการต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้ หากแต่ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของ stakeholder ทุกระดับ ที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). คู่มือการบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554

เล่มที่ 1; 2553 หน้า 210

อุษณีย์ หลอดเนตร. (2554.) บทสรุปสำหรับผู้บริหาร “การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ ปี 2554 สปสช. เขต 8 อุตรธานี

อุษณีย์ หลอดเนตร. (2553). รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปี 2553 ส.ป.ส.ช.เขต 8

อุดรธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2553). รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (GIS) และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (เบทาวัน ความดันโลหิต) ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร.พ.สต.) เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 10, 11

ปีงบประมาณ 2553.

อุษณีย์ หลอดเนตร. (2554). รายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (On Top payment) ปี 2554 ส.ป.ส.ช.เขต 8 อุดรธานี วันที่ 10 มกราคม 2554; 2554.

อุษณีย์ หลอดเนตร. (2554). รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปี 2554 ส.ป.ส.ช.เขต 8

อุดรธานี.

รังสรรค์ ศรีภรรยา. (2554). ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำเนาการไปขอรับบริการของประชาชนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2554

กรุงเทพฯ. Laboratory Test ในภาวะไตเรื้อรัง Renal Function. เวชศาสตร์ร่วมสมัย : 2545 หน้า 318 - 337.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (ออนไลน์) <http://www.nephrothai.org/index.asp>.

สรวิชัย จันทรังสิกุล. "การศึกษารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย". วิชาการแพทย์ 6.7. ปีที่ 24 ฉบับที่ 4

(ตุลาคม-ธันวาคม 2553): 561-569.

Consensus statement on management of early CKD. [online]. 2007. Available from: URL :

Renal Association website Mar 8, 2007. <http://www.renal.org/CKDguide/consensus.htm>.

National Kidney Foundation, Inc. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease:

Evaluation, Classification, and Stratification. [online]. 2002. Available from: URL:

http://www.kidney.org/professionals/kdopqi/guidelines_ckd/toc.htm.