

ระบบสุขภาพอำเภอเมืองตาก (Maung tak District Health Systems) เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เขตบริการสุขภาพที่ ๒

ส่วนที่๑ ข้อมูลทั่วไป อำเภอเมืองตาก เป็นอำเภอในจังหวัดตาก

ลักษณะภูมิประเทศ อำเภอเมืองตากมีพื้นที่ทั้งสิ้น ๑,๕๙๙.๓๕๖ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๙๙๙,๕๙๗.๕ ไร่ คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๕ ของเนื้อที่จังหวัด (เนื้อที่จังหวัด ๑๖,๔๐๖,๖๕๐ ตารางกิโลเมตร) สภาพพื้นที่โดยทั่วไปของเมืองตาก ประกอบด้วยป่าไม้ และเทือกเขาสูง มีพื้นที่ราบสำหรับการเกษตรน้อย พื้นที่ที่เป็นภูเขาสูง มีอยู่ประมาณร้อยละ ๖๕ ของพื้นที่ ซึ่งปกคลุมไปด้วยป่าไม้โปร่งและป่าเบญจพรรณ และเป็นพื้นที่ราบลาดเอียงลงทางทิศตะวันออกสู่แม่น้ำปิงและแม่น้ำวัง ทำให้เกิดเป็นพื้นที่ราบแคบๆ ริม ๒ ฝั่งแม่น้ำ

เขตพื้นที่รับผิดชอบ เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองตาก รับผิดชอบพื้นที่นอกเขตเทศบาลเมืองตาก จำนวน ๑๐ ตำบล ๑๐๓ หมู่บ้าน (อบต. ๘ แห่ง และเทศบาลตำบล ๒ แห่ง) ประชากร ในเขตรับผิดชอบ จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของรพ.สต. ๔๓ แห่ง (HOS XP PCU) ณ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖ รวมทั้งสิ้น ๘๒,๖๖๘ คน ชาย ๔๐,๖๒๖ คน หญิง ๔๒,๐๔๒ คน จำนวน ๒๒,๙๘๘ หลังคาเรือน ๒๖,๔๑๔ ครัวเรือน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ที่เป็นหน่วยให้บริการระดับปฐมภูมิจำนวนทั้งหมด ๒๑ แห่ง ศสม. ๒ แห่ง ซึ่งมีการจัดเครือข่ายบริการเชื่อมโยงกับ รพ.ตสม ที่เป็นแม่ข่าย แบ่งเป็น ๓ รูปแบบ

๑. รูปแบบรพ.สต.เดี่ยว จำนวน ๖ รพ.สต
๒. รูปแบบเครือข่ายกลุ่ม จำนวน ๔ กลุ่มจำนวน ๑๕ รพ.สต.
๓. รูปแบบเครือข่ายกลุ่ม จำนวน ๒ ศสม.

วิสัยทัศน์ **องค์กรมีคุณภาพ ภาครัฐมีส่วนร่วม ประชาชนมีสุขภาพ**

เป้าหมายของระบบสุขภาพอำเภอ เป้าหมายของระบบสุขภาพของอำเภอเมืองตาก คือ

๑. สถานะสุขภาพ (health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น หมายถึงสามารถลดโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ มีการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ รวมทั้งมีศักยภาพในการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงได้ในทุกรูปแบบ
๒. ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้ (Self care) หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
๓. ทีมสุขภาพอำเภอเมืองตาก มีความเข้มแข็ง พร้อมรับมือปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

ยุทธศาสตร์

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

กลยุทธ์

๑. พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม
๒. ส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
๓. ส่งเสริมและพัฒนาระบบสารสนเทศ การใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ การเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ
๔. ส่งเสริมการสร้างผลงานนวัตกรรม งานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพประชาชน
๕. พัฒนาระบบติดตาม นิเทศงาน และการประเมินผล

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายสุขภาพ

กลยุทธ์

๑. ส่งเสริมสนับสนุนหุ้นส่วน ภาคี เครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่
๒. พัฒนาศักยภาพภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้หลักการและแนวคิด เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Systems : DHS)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

กลยุทธ์

1. พัฒนามรรฐณะบุคลากรในระบบให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อการจัดบริการด้านสุขภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่
3. สร้างแรงจูงใจในการทำงานให้บุคลากรทุกวิชาชีพ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
4. พัฒนาคูณธรรม จริยธรรม บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพครอบคลุม ๔ มิติ
2. ขยายบริการเชิงรุกอย่างมีคุณภาพ
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคี เครือข่าย พร้อมส่งเสริมพัฒนาองค์กร
4. บริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล

ค่านิยม จิตบริการทำงานเป็นทีม

ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่

๒.๑ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอเมืองตากและเทศบาลเมืองตาก กำหนดพื้นที่และเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันในรูปแบบของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตาก (คปสอ.) รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอเมืองตาก การดำเนินงานในระดับอำเภอ ซึ่งจะทำงานในรูปคณะกรรมการ คปสอ.ภายใต้แนวคิดการ ทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นหลักฐาน(District Health System) มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อหาเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคี ประชาชน โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงาน ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เข้าด้วยกัน ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองตาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนเข้ามาร่วมกันตั้งแต่ จัดทำวิสัยทัศน์ของอำเภอ **“คือเครือข่ายคุณภาพ..ที่มีสุขภาพะ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม.”** วางแผนยุทธศาสตร์ จัดทำแผนปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนคนอำเภอเมืองตากโดยขับเคลื่อนการดำเนินงานไปในทุกตำบลทุกหมู่บ้านพร้อมกัน ซึ่งมีทั้งหมด ๕ รมใหญ่ที่จะดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายในปี ๒๕๖๐ ประกอบด้วย

๑.๑ งานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งจะมีหน้าที่ให้ความรู้ ความเข้าใจและทักษะของแก้ไขปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มทั่วไปที่มีสุขภาพดี ประชาชนที่เริ่มจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชนที่เป็นกลุ่มป่วย

จากสถิติ ๕ อันดับโรคผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๗ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ใน ๑ ใน ๕ อันดับโรคทุกปี ซึ่งมีผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มสูงที่เพิ่มขึ้น

๑.๒ งานอนามัยแม่และเด็กจากสภาพปัญหาสังคมที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่าในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นโดยมีอัตราร้อยละ ๑๘.๔๖, ๑๙.๓๑, ๑๘.๙๑, ๒๑.๔๕ ในปี ๒๕๕๑-๒๕๕๔ ตามลำดับ เป็นชาวไทยพื้นราบ พอๆกับชาวเขา และส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาของการมาฝากครรภ์ล่าช้า และฝากครรภ์ไม่ได้คุณภาพ (Poor ANC)กลุ่มมารดาวัยรุ่นมีปัญหาในการเข้าถึงบริการเนื่องจากยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยในสังคม

๑.๓ ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย ตำบลที่มีความครอบคลุมมากที่สุดและผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ได้แก่ ตำบลหนองบัวเหนือ ตำบลแม่ท้อ และตำบลโป่งแดง เท่ากับร้อยละ ๗๑.๐, ๖.๕ และ ๖๓.๔

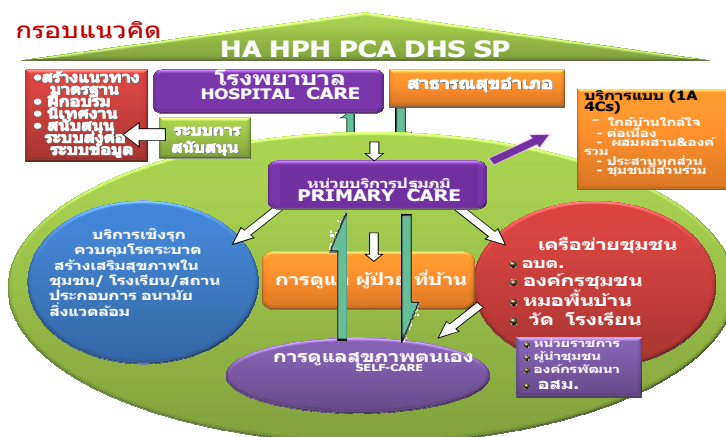
ตามลำดับ และตำบลปามะม่วงมีผลงานต่ำสุดเพียงร้อยละ ๒๗.๕ และมีอีก ๕ ตำบล ที่ผลงานการคัดกรองฯ ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๑.๔ งานการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการผู้ด้อยโอกาสในอำเภอเมืองตาก ซึ่งการดำเนินงานตั้งแต่ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพโดยการทำงานจะเป็นทีมพร้อมกันทั้งเครือข่าย

๑.๕ งานอนามัยแม่และเด็กทำให้การคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์(<๒,๕๐๐ กรัม)ลดลง และไม่เกิดเกณฑ์ตัวชี้วัด การฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ และปัญหาหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปียังไม่บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด ถึงแม้ปัญหาดังกล่าว ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

๒.๒ บริบทองค์กร เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองตาก สภาพประชากร แบบกึ่งเมือง ประกอบอาชีพในเรื่องการเกษตร (นาข้าว ไร่ บริการ) มีป่ารอบๆ และมีแนวโน้มการเคลื่อนย้ายประชากร ทำงานนอกพื้นที่ พฤติกรรมที่ไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพดี ทั้งกลุ่มเยาวชน และกลุ่มวัยกลางคน การคมนาคม การเดินทางสะดวก ดันทุนชุมชนเข้มแข็ง มีปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำในชุมชน ประชาชนตื่นตัวต่อการจัดการด้านป่า ด้านการพัฒนาชุมชนยังอยู่ระยะเริ่มต้น จำนวนบุคลากรสุขภาพจำกัด หน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนมาก มีงบประมาณจำกัด แต่ก็เพียงพอ ประเด็น ODOP เลือกปัญหาที่เป็นปัญหาสำคัญในชุมชน ตามยุทธศาสตร์กระทรวงฯ และจากการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่คือ: NCD พิจารณาพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันระหว่างจังหวัด โรงพยาบาล อำเภอ รพ.สต. อบต.และชุมชนคือพัฒนาเครือข่ายขยายผลทั้งอำเภอ เป้าหมายเครือข่ายอำเภอสุขภาพดีด้าน NCD

ส่วนที่ ๓ วิเคราะห์การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมระบบกับแม่ข่ายและเชื่อมกับชุมชนโดยใช้ DHS_PCA มาวิเคราะห์ได้แก่ การบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอเมืองตาก District Health System (DHS) เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ภายใต้กรอบแนวคิด



๓.๑ ระบบการจัดการบริการ การจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองตาก เพื่อการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้มีการจัดการบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ประชาชน/ผู้ป่วยได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน เท่าเทียม และทั่วถึง โดยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทุกภาคส่วน ได้แก่ ระบบการสนับสนุนจากรพ.ตสม.(แม่ข่าย) และร่วมปฏิบัติงานใน รพ.สต. ท้องถิ่น สนับสนุนด้านงบประมาณ และร่วมดำเนินงาน ผลการดำเนินงานจากแนวคิดและแนวทางของระบบสุขภาพอำเภอเมืองตากมีดังนี้

๑. การพัฒนาการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีการดำเนินการ จัดตั้งคณะกรรมการระดับต่างๆ โดยเป็นคำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งในคณะกรรมการแต่ละชุดประกอบด้วยบุคลากรจากทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล องค์กรส่วนท้องถิ่น หัวหน้าส่วนราชการ ตัวแทนจากภาคประชาชน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

๑.๑ ประชุมคณะกรรมการ เพื่อวิเคราะห์ส่วนขาดและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกำหนดเป้าหมายการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด

๑.๒ จัดสรรแพทย์ ทันตแพทย์ เกสัชกรและนักกายภาพบำบัดสนับสนุนงานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ตรวจ

รักษาโรคเบื้องต้นและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แผนงานที่กำหนด รพ.สต.จำนวน ๑๑ แห่ง

๒. การพัฒนาบุคลากรเครือข่าย ส่งพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองตาก ในการประชุมประจำเดือนทุกเดือน จัดประชุมอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยเด็ก, การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดสมอง มะเร็ง, การดูแลผู้ป่วยจิตเวช, งานอุบัติเหตุ เป็นต้น

๓. “บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ไร้พรมแดน” โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายการบริการที่ครอบคลุมทุกตำบล คือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่งกลับไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีทีมสุขภาพดูแล และมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจทั้ง ๑๑ รพ.สต.หลัก โดยผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนไม่ต้องเดินทางมารอนานๆที่โรงพยาบาล และสามารถทำกลุ่มการดูแลตนเองในชุมชนได้ เป็นผลให้ประชาชนกลุ่มใหญ่สามารถเข้ารับบริการที่ใกล้บ้าน ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยมีบัญชีเป็นบัญชีเดียวกับโรงพยาบาล

๔. โช้ช้อกลาง....ช่องทางด่วนพิเศษการรักษาและปรึกษาทางไกล ด้วยระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงผ่านดาวเทียม ข้อจำกัดเรื่องจำนวนแพทย์มีน้อยอย่างไรก็เป็นปัญหาในชนบท ถึงแม้ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนเป็นกลุ่มเป้าหมายระดับปฐมภูมิ แต่ก็ยังมีกลุ่มผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีความซับซ้อนในชุมชน ที่ต้องใช้ศักยภาพผู้เชี่ยวชาญในการรักษา ดังนั้น เพื่อแก้ไขข้อจำกัดในเรื่องแพทย์ที่มีไม่เพียงพอ และเพิ่มช่องทางโอกาสในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ รพ.สต.สามารถปรึกษาทางไกลได้หลายเรื่อง โดยเฉพาะการรักษาโรคทั่วไป งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การขอคำปรึกษา การส่งกลับข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการประสานงานเรื่องอื่นๆ และปัจจุบันสามารถปรึกษาแม่ข่ายทาง Line หรือ Facebook (มีกลุ่ม)

๕. บ้าน.....พรมแดนใหม่ของการดูแลสุขภาพ การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านเชื่อมโยงอย่างเป็นเครือข่าย มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กและหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง มีการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. ทีมคุณภาพ “เจ็ดหมวดประจัญบาน” มีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองตาก จัดประชุมคณะทำงานระดับ CUP กำหนดผู้รับผิดชอบ เพื่อหารือเรื่องการพัฒนาหน่วยปฐมภูมิให้ผ่านมาตรฐาน PCA ร่วมประเมินแต่ละหมวด และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนด

๗. ระบบ IC (การบริหารจัดการ และการสนับสนุน แม่ข่ายสนับสนุนลูกข่าย) งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดทำ CPG ถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ให้สอดคล้องตามบริบทของแต่ละพื้นที่ มีการจัดระบบกำกับจัดระเบียบติดเชื้อ โดยแม่ข่ายรพ.ตสม. รับขยะติดเชื้อจาก เครือข่ายมารวบรวมเพื่อส่งต่อทำลายให้ถูกต้อง มีการวางแผนตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องนึ่งปีละ ๒ ครั้ง (๖ เดือน/ครั้ง) และได้ร่วมนิเทศงานพร้อมกับทีมสาธารณสุขอำเภอเป็นประจำทุกปี โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการ ๒ หมวด คือ หมวดการป้องกันแพร่กระจายเชื้อ และหมวดการทำให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อ

๘. ระบบยาและเวชภัณฑ์ หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ตามมาตรฐานตามหลักวิชาการ โดย มีการให้การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาจาก แม่ข่าย มีการนิเทศติดตามการบริหารยาและการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยโดยเภสัชกร ปีละ ๒ ครั้ง มีเภสัชกรออกให้บริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการให้บริการและให้คำแนะนำหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก มีการอบรมให้ความรู้เรื่องยากับเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิปีละ ๒ ครั้ง ได้ร่วมการนิเทศงานร่วมกับทีมสาธารณสุขอำเภอเป็นประจำทุกปี

๙.ระบบ Lab หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย มีบริการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นทางพยาธิวิทยาที่จำเป็น โดยผ่านโปรแกรม LIS และ Hos xp ให้บริการส่งตรวจโดยผู้รับบริการไม่ต้องมาโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยตนเองและสามารถดูผลLab ผ่าน Ilab view มีการนิเทศงานเครือข่ายพร้อมกับทีมงานเวชกรรมสังคมและสาธารณสุขอำเภอเป็นประจำทุกปีเพื่อบริการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้น ซึ่งจะช่วยให้แพทย์และประชาชนผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว และทันเวลา

๑๐. การจัดการโรคเรื้อรัง

ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่งกลับไปดูแลต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลตำบล มีทีมสุขภาพดูแล และมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจ ๑๑ รพ.สต.หลัก โดยผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนไม่ต้องเดินทางมารอนานๆที่โรงพยาบาล และสามารถทำกลุ่มการดูแลตนเองในชุมชนได้ การกำหนดเป้าหมายในระดับตำบลให้

สามารถดูแลใน ๓ โรคได้ เป็นผลให้ประชาชนกลุ่มใหญ่สามารถเข้ารับบริการที่ใกล้บ้าน ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยมีบัญชียาเป็นบัญชีเดียวกับโรงพยาบาล

๑๑. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และร่วมดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (district health system) ของอำเภอเมืองตาก โดยใช้แนวทางและเชื่อมโยงกับการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และตำบลจัดการสุขภาพ วิสาหกิจชุมชนที่ยั่งยืน การสร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนโดยใช้เครื่องมืออย่างง่าย เช่น ต้นไม้ปัญหา ตึกตาชุมชน ต้นไม้ชุมชน แผนที่ชุมชน เป็นกระบวนการขับเคลื่อน ให้ประชาชนในชุมชนได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน วิเคราะห์ถึงรากเหง้าและผลกระทบของปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหายาอย่างมีส่วนร่วม

ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๕๗

ผลผลิต

๑. ประเด็นปัญหาสุขภาพของอำเภอเมืองตาก คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สาเหตุของปัญหา คือพฤติกรรม การบริโภค

- ๑.๑ โครงการแก้ไขปัญหาระดับอำเภอ “ชุมชนลดเสี่ยงลดโรค” วัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มดี เสี่ยง กลุ่มป่วย มีความรู้ และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เหมาะสม โดยดำเนินการทุกตำบลละ ๑ ชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบ หรือต้นแบบในระดับตำบล และประกวดชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ปี ๒๕๕๖ ตำบลหนองบัวเหนือ อำเภอเมืองตาก ได้รับรางวัลชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค ในระดับจังหวัด
- ๑.๒ โครงการแก้ไขปัญหาระดับชุมชน ในประเด็นเพิ่มเติมและแตกต่างจากระดับอำเภอ เช่น ตำบลวังหิน เรื่อง พลิกฟื้นชีวิต พื้นฟูสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตำบลแม่ท้อ เรื่อง งดเหล้าในงานศพ ตำบลโป่งแดง เรื่อง เปิดโลกสดใส ผู้สูงวัยได้มองเห็น ตำบลวังประจวบ เรื่อง การตรวจสารเคมีในกระแสเลือด ในกลุ่มเกษตรกร ตำบลตลุกกลางทุ่ง เรื่อง โรคกระแจะปากมดลูก เป็นต้น

ผลลัพธ์

๑. ด้านสุขภาพ

- ๑.๑ อัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ปี ๒๕๕๖ ร้อยละ ๐.๔ ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๐.๓
- ๑.๒ อัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๕๖ ร้อยละ ๐.๘ ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๐.๕
- ๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันฯ ได้ดี ปี ๒๕๕๖ ร้อยละ ๗๐.๕ ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๗๔.๐
- ๑.๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี(HbA1c<๗%) ปี ๒๕๕๖ ร้อยละ ๓๒.๔๙ ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๔๘.๓๖
- ๑.๕ สัดส่วนผู้ป่วยDM รักษาที่ รพ.สต. ร้อยละ ๔๘.๕๕ และผู้ป่วย HT ร้อยละ ๖๙.๗๙ (เกณฑ์>๑๐%)
- ๑.๖ โรคไข้เลือดออก อัตราป่วย ปี ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เท่ากับ ๑๒๔.๗๐ ๑๘๕.๔๒ และ ๑๗.๙๑ ต่อแสนฯ ตามลำดับ
- ๑.๗ สัดส่วนผู้ป่วยนอกรับบริการที่รพ.สต.:รพ.แม่ข่าย ปี ๒๕๕๖ เท่ากับ ๔๙.๒ : ๕๐.๘ ปี ๒๕๕๗ เท่ากับ ๔๙.๘ : ๕๐.๒

๒. ด้านระบบสุขภาพ

- ๒.๑ ผลการประเมินเครือข่ายคุณภาพบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๕๖ อยู่ในขั้นที่ ๓ (มีเงื่อนไข) ปี ๒๕๕๗ อยู่ในขั้นที่ ๓ และผ่านการประเมินจากทีมประเมินระดับเขต ๒ และให้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ DHS&PCA ในระดับเขตบริการสุขภาพที่ ๒
- ๒.๒ ผลการประเมินเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ บันได ๕ ขั้น ปี ๒๕๕๖ ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ ๓ ปี ๒๕๕๗ ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ ๔
- ๒.๓ ผลการประเมินหมู่บ้านผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปี ๒๕๕๕ -๒๕๕๗ ร้อยละ ๙๕.๒๐ , ๙๕.๒๐ และ ๙๙.๐๔ ตามลำดับ

๒.๔ ผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพ วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน

- ปี ๒๕๕๖ เป้าหมาย ๒ ตำบล ผ่านเกณฑ์ระดับดี ๒ ตำบล
- ปี ๒๕๕๗ เป้าหมายทั้งหมด ๕ ตำบล (ใหม่ ๓ ตำบล ต่อเนื่องจากปี ๒๕๕๖ ๒ ตำบล) ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมาก ๓ ตำบล (ใหม่ ๒ ตำบล เก่า ๑ ตำบล) ระดับ ดี ๒ ตำบล (ใหม่ ๑ ตำบล เก่า ๑ ตำบล)

๒.๕ ผลการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่ ปี ๒๕๕๕ เกรด A จำนวน ๒ แห่ง เกรด B ๔ แห่ง เกรด C ๓ แห่ง และเกรด D ๒ แห่ง ปี ๒๕๕๖ เกรด A จำนวน ๗ แห่ง เกรด B ๔ แห่ง

๓.๑ ด้านงบประมาณ เครือข่ายสุขภาพของอำเภอเมืองตาก มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ได้แก่

- ๓.๑. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุนงบประมาณ ปี ๒๕๕๖ เป็นเงิน ๓,๕๖๐,๑๗๗.๐๐ บาท ปี ๒๕๕๗ เป็นเงิน ๓,๒๐๒,๒๓๗.๐๐ บาท
- ๓.๒ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่ สนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ปี ๒๕๕๖ เป็นเงิน ๔,๑๔๐,๕๕๕.๐๐ ปี ๒๕๕๗ ๗,๔๕๑,๓๑๔.๐๐ บาท

๓.๒ การจัดการบริการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่มีคุณภาพเชื่อมโยงกับชุมชน

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน บริการต่อเนื่อง ด้วยหัวใจแบบไร้รอยต่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอเมืองตาก และปัจจุบันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นต้น เพื่อรองรับกับสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงเครือข่ายบริการทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

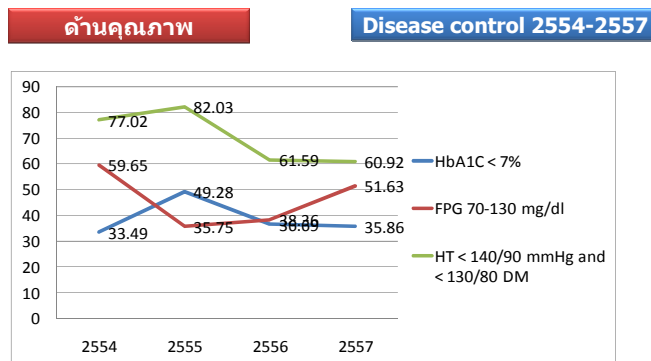
ระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน บริการต่อเนื่อง ด้วยหัวใจแบบไร้รอยต่อ ดำเนินการดังนี้

๑. การกำหนดโครงสร้างองค์กร และทีมงาน : กำหนดโครงสร้างองค์กรระดับเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมือง กำหนดแผนกลยุทธ์การทำงานระดับเครือข่าย โดยทีมงานประกอบด้วย ทีมดำเนินการหลัก ทีมดำเนินการร่วม และทีมเฉพาะสาขา
๒. การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (CPG) เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย
๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาล เครือข่ายบริการ และอสม./จิตอาสา/ผู้ป่วย ครอบครัว/ชุมชน
๔. จัดระบบบริการดูแลต่อเนื่อง ผสมผสาน องค์กรรวม เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
 - ๔.๑ บริการผู้ป่วยนอก Clinic DM , Self Help Group โปรแกรมสุขศึกษากิจกรรม ๔ ฐาน จัดระบบนัด
 - ๔.๒ บริการผู้ป่วยใน ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน(CPG) , มี DM Manager ในการบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน, Discharge Plan การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่อเยี่ยมบ้าน
 - ๔.๓ ศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องและเสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

- ศูนย์ประสานงานเครือข่าย มี Call Center ประสานส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและระบบช่องทางด่วนสำหรับหน่วยบริการในเครือข่าย รับ-ส่งผู้ป่วย/สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้คำปรึกษาผ่านระบบดาวเทียม (Skype) โดยแพทย์
- จัดระบบบริการเชื่อมโยงเครือข่าย “ขยายบริการสุขภาพเชิงรุกในรพ.สต.”
 - ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยเรื้อรังโดยแพทย์ใน รพ.สต. ๑๑ แห่ง โดยมีทีม แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ กายภาพบำบัด ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ช่วยกันให้บริการ
 - กำหนดรายการยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยปฐมภูมิเป็นบัญชียาเดียวกันกับโรงพยาบาล

- ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ค้นหาผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อน Self Help Group และติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน
 - ๕. ระบบเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานทั้งเครือข่าย
 - ๖. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีศูนย์ข้อมูลประสานเชื่อมโยงข้อมูลโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ
 - ๗. ระบบสุขภาพภาคประชาชน : การเสริมพลังชุมชน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- บูรณาการการมีส่วนร่วมของทิสหวิชาชีพ อสม.และแกนนำในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน อัมพฤกษ์/อัมพาต การจัดตั้งชมรมชมรมเบาหวานแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและชุมชนลดเสี่ยงลดโรค

ผลลัพธ์การดำเนินงาน



แหล่งที่มาของข้อมูล งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 2557

ประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตอำเภอเมือง ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด มีการจัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์การดูแลพิจารณาจากระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) มีการนำข้อมูลมาพัฒนากระบวนการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพในชุมชนในเครือข่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ที่ต่ำกว่า ๗ มีแนวโน้ม ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการขยายผลการคัดกรองตา ไต และทำไปย้งหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายทำให้เพิ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยได้มีการกระจายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลางลงสู่ รพ.สต. โดยกลุ่มเสี่ยงปานกลางจะส่งต่อไป รพ.สต.ที่มีแพทย์ออกตรวจดูแล ซึ่งจากการรายงานของรพ.สต. พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รับบริการที่รพ.สต. ร้อยละ ๗๙

ส่วนที่ ๔ ประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาผลสำเร็จและการขยายงาน การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (district health system) ของอำเภอเมืองตาก ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทางและเชื่อมโยงกับการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) จากการดำเนินงาน District Health System (DHS) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในปี ๒๕๕๖-๒๕๕๗ ที่ผ่านมามีการดำเนินงานตามบันได ๕ ขั้น ของการพัฒนา โดยจากการประเมินผลการดำเนินงานอยู่ในระดับที่ ๔ โดยขั้นตอนเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ของการพัฒนางาน ซึ่งจากการถอดบทเรียนของระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าการมีประเด็นสุขภาพร่วมระดับอำเภอ เป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนา ได้ดีที่สุด และการพัฒนาบริการสุขภาพร่วมกัน นำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงของระบบในที่สุด และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการนี้มีความยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ มากกว่าการสั่งการตามนโยบาย

ประเด็นท้าทาย

- การเปลี่ยนแปลงต่อความเป็นเมือง ประชากรย้ายออก การเปลี่ยนอาชีพ สภาพป่าเสื่อมโทรม
- การรับมือ กับประชากรสูงอายุ วัยกลางคนลดลง ระบบสังคมที่มีสื่อสารเพิ่มขึ้น
- การจัดการกับกรณีแรงงานต่างด้าวที่เพิ่มมากขึ้น
- การร่วมมือกับชุมชน ท้องถิ่น ในการมีบทบาทจัดการสุขภาพเชิงรุก ระยะยาว
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน)ทั้งเครือข่าย จากการคัดกรองพบจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วยรายเก่าขาดนัด ขาดการต่อเนื่องเชื่อมโยงอย่างเป็นเครือข่าย พฤติกรรมไม่เหมาะสม การมารับบริการที่งาน

ผู้ป่วยนอกสถานที่ให้บริการค้ำแคบ แออัด ขาดการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนขาดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต

โอกาสพัฒนา

- ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ยังมีแง่มุมต่างๆ และต้องใช้เวลาในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ที่ทางเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ดังนั้น จึงควรมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายบริการทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์
- โครงสร้าง การจัดการเครือข่าย และการจัดระบบงาน มีการร้อยต่อกันแบบไม่ทางการ สื่อสารกันต่อเนื่อง แต่การจัดระบบที่ชัดเจนอาจจะยังไม่ได้สรุปชัด โครงระบบในการจัดระบบที่เอื้อต่อทิศการพัฒนา มีศักยภาพที่ดีในการพัฒนาต่อเนื่อง ในบางระบบมีการจัดการที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น ได้แก่ ระบบดูแลเบาหวาน ความดันฯ แต่ยังต้องทบทวนในเรื่องการเพิ่มประสิทธิผล และประเด็นการทำงานเชิงรุก ร่วมกับชุมชน ยังมีโอกาสการพัฒนาเพิ่มขึ้น

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

๑. เสริมพลังให้ชุมชนและเครือข่ายมีการกำหนดนโยบายสาธารณะ ด้านการจัดการสุขภาพ มีการประเมินผลเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการขยายผลประเด็นสุขภาพอื่น ให้สามารถเป็นแบบอย่างหรือต้นแบบที่ดี

๒. การพัฒนาบุคลากรให้เชื่อมโยงการดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณ

๓. การขับเคลื่อนการพัฒนาตามกลไก DHS & PCA และ Service plan

๔. พัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ

๕. การสร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนโดยใช้เครื่องมืออย่างง่าย เช่น ต้นไม้ปัญหา ตึกตาชุมชน ต้นไม้ชุมชน แผนที่ชุมชน เป็นกระบวนการขับเคลื่อน ให้ประชาชนในชุมชนได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน วิเคราะห์ถึงรากเหง้าและผลกระทบของปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างมีส่วนร่วม

ส่วนที่ ๕ ผลงานและสิ่งที่ภาคภูมิใจ

๑. ปี ๒๕๕๗ รพ.สต.บ้านคลองขางโพรง ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมืองตาก จ.ตาก ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขต ในการประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต ๒ ประเภท ผลงานวิจัย
๒. ปี ๒๕๕๗ รพ.สต.บ้านปากห้วยไผ่ ตำบลหนองบัวเหนือ อำเภอเมืองได้รับรางวัลรองชนะเลิศระดับเขต ในการประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต ๒ ประเภท นวัตกรรม
๓. ปี ๒๕๕๗ ได้รับรางวัลบุคลากรสาธารณสุขดีเด่น (สาธารณสุขอำเภอ) ระดับเขต ๒
๔. ปี ๒๕๕๗ ได้รับรางวัลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดีเด่นระดับเขต ๒
๕. ปี ๒๕๕๗ ได้รับรางวัลเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHS) ต้นแบบระดับเขต 2

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ๔ ดี

ดี ๑ โครงสร้างดี : มีการจัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายระดับอำเภอ รพ.แม่ข่าย,สสอ. รพ.สต. ชุมชนและท้องถิ่น กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก (Project Manager) และกำหนดบทบาทที่ชัดเจน

ดี ๒ เครือข่ายดี : มีการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยมี Coordinate Manager ผู้ประสานระหว่างภายในและภายนอก บนพื้นฐานสัมพันธ์ภาพที่ดี

ดี ๓ สร้างคนดี มีความรู้ : มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข อสม. จิตอาสา รวมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล เพื่อสร้างแกน นำในชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องตามบริบทของชุมชน

ดี ๔ ระบบดี : จัดระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงทุกมิติ เช่น ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและถึงชุมชน เป็นต้น

ผู้รับผิดชอบ นางสาวสดใส บุญธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม(งานบริการสุขภาพชุมชน)

โทรศัพท์ ๐๕๕-๕๑๗๐๑๘ ,๐๘๑-๕๔๖๗๒๔๐