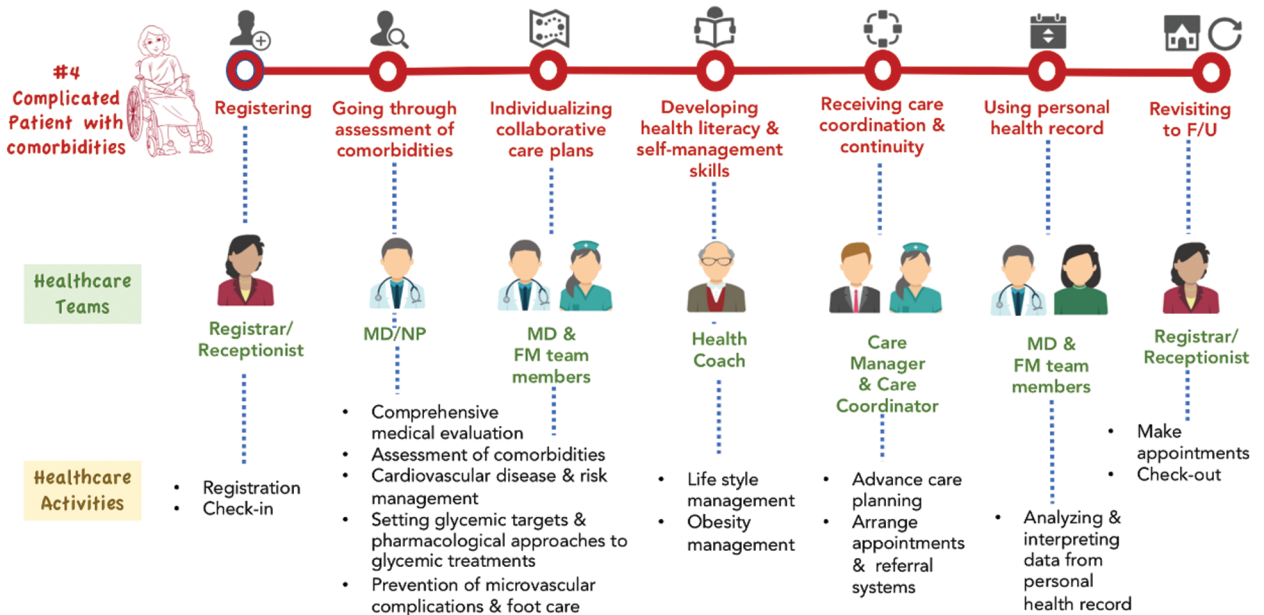




แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)

ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

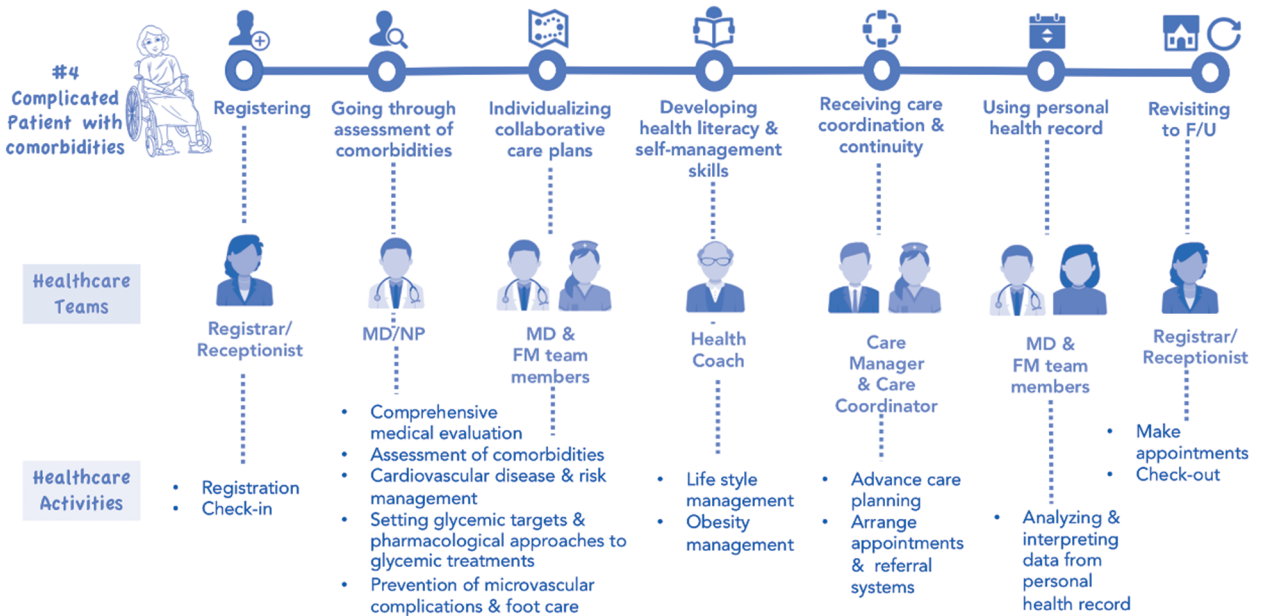


กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ



แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)

ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ



- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

ISBN : 978-616-11-4241-4

ที่ปรึกษา :

- | | |
|---------------------------------|---|
| นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์) |
| นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค | ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข |
| นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ | ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ |
| นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | ผู้อำนวยการสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย |

บรรณาธิการ :

- แพทย์หญิงดวงดาว ศรียากุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์บวรศม ลีระพันธ์
นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข

ผู้ช่วยบรรณาธิการ :

- นางสมสินี เกษมศิลป์
นายอเสข แก้วกันหา

ผู้เรียบเรียง :

- แพทย์หญิงดวงดาว ศรียากุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์บวรศม ลีระพันธ์
แพทย์หญิงศิรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา
นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล
แพทย์หญิงสาวิตรี ตันเจริญ
ดร.ชัยณรงค์ สังข์จำง

ภาพปก :

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์บวรศม ลีระพันธ์

จัดพิมพ์โดย : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

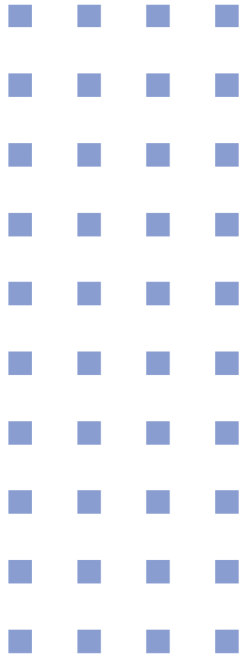
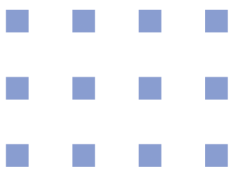
ปีที่พิมพ์ : กุมภาพันธ์ 2563

พิมพ์ที่ : บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด

53/1 หมู่ 7 ถนนสวนหลวงร่วมใจ ตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน

จังหวัดสมุทรสาคร 74110

โทรศัพท์ 0 2813 7378 โทรสาร 0 2813 7378



Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care





- ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

เนื่องจากคู่มือฉบับนี้นำเสนอแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพ (health services guideline) ไม่ใช่แนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) ดังนั้นการตัดสินใจด้านคลินิกจะยังคงอ้างอิงมาตรฐานการรักษาล่าสุดที่เป็นสากลอยู่เสมอ แต่คู่มือฉบับนี้ต้องการนำเสนอมุมมองใหม่ในการสร้างนวัตกรรมการจัดการเชิงระบบของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อทำงานจัดการสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร ซึ่งจะส่งผลให้สถานะสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น คุณภาพและประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับในกระบวนการดูแลสุขภาพดีขึ้น และควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพต่อหัวประชากรได้ ดังนั้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้ จะช่วยส่งเสริมกระบวนการพัฒนาของคลินิกหมอครอบครัว และช่วยขยายผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพในครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง

บรรณาธิการ
กันยายน 2562

กิตติกรรมประกาศ

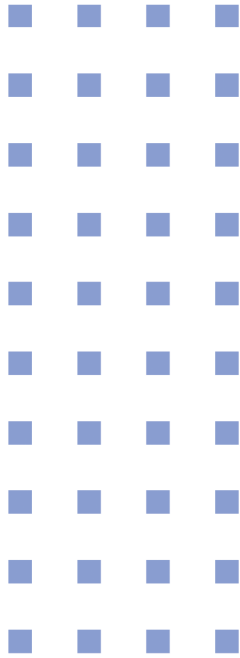
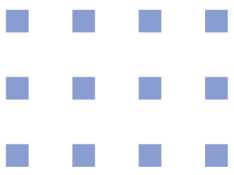
คู่มือฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษาเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆ โดยมีที่มาจากชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (An Implementation research program on development of Integrated People-centered Primary Care System (IPCPCS) in Thailand) ซึ่งเป็นโครงการที่จัดขึ้นเพื่อรองรับแผนการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

งานนี้ได้ดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ซึ่งใช้งบประมาณสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยมีหัวหน้าโครงการวิจัย คือ ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และผู้ช่วยโครงการวิจัย คือ ศ.นพ.ไพฑูริย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้การสนับสนุน ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ด้วยดีตลอดมา มีรายนามดังต่อไปนี้

1. ศ.นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล
2. นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
3. นายแพทย์โสภณ เมฆธน
4. นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ
5. นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์
6. นายแพทย์พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์
7. นายแพทย์จักรกริช โง้วศิริ
8. รศ.ดร.นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
9. ดร.นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

นอกเหนือจากรายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่โครงการวิจัยซึ่งจัดได้ว่าเป็นผู้ที่มีความวิริยะ อุตสาหะ พุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจและกำลังความคิดในการพัฒนางานในพื้นที่ของตนเอง จนกระทั่งได้ผลลัพธ์ที่ดี คณะผู้จัดทำจึงขอกราบขอบพระคุณทุกสถาบันและทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาเป็นอย่างสูง

คณะผู้จัดทำ
ตุลาคม 2562



Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care



สารบัญ

	หน้า
1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.1 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	3
1.2 กระบวนการพัฒนาคู่มือ	5
1.3 ขอบเขตและแนวทางการใช้คู่มือ	7
1.4 คำนิยามที่เกี่ยวข้อง	8
2 แบบประเมินตนเองของคลินิกหมอครอบครัวเรื่องความก้าวหน้าในการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	11
2.1 วัตถุประสงค์ของการประเมินตนเอง	13
2.2 วิธีการใช้แบบประเมินตนเอง	14
2.3 แบบประเมินตนเองเรื่องความก้าวหน้าในการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของคลินิกหมอครอบครัว	14
2.4 การแปลผลคะแนนประเมินตนเอง	21
3 ขั้นตอนการออกแบบกระบวนการในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	23
3.1 ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาระบบผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและพัฒนากลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว	26
3.2 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการลงทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม	28
3.3 ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	30
3.4 ขั้นตอนที่ 4 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	33
4 เครื่องมือการจัดการเชิงระบบสำหรับการพัฒนาระบบการหลักของคลินิกหมอครอบครัว	37
4.1 ทะเบียนผู้ป่วย (registry) และกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment process)	41
4.2 การประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratification) และแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)	42



สารบัญ

หน้า

4.3	แผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย (shared care plan) และระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support)	52
4.4	แนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลรักษาต่อเนื่อง (protocol for continuity of care)	59
4.5	แนวทางปฏิบัติเพื่อประสานงานการดูแลรักษาผู้ป่วย (protocol for coordination of care)	60
5	กรณีศึกษาการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวในประเทศไทยเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	63
5.1	คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร	65
5.2	คลินิกหมอครอบครัวยางนึ่ง โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่	69
5.3	คลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์	70
5.4	คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	74
5.5	คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี	76
5.6	คลินิกหมอครอบครัวบางไผ่ อำเภอมือง จังหวัดนนทบุรี	78
5.7	ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	79
6	แนวคิดพื้นฐานที่ใช้ในการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	83
6.1	แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติปฐมภูมิ	85
6.2	แนวคิดต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง	89
6.3	แนวคิดระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อและการแบ่งระดับของบริการสุขภาพ	93
6.4	แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ	98
6.5	แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า	100
6.6	แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก	104
7	ภาคผนวก ก แผนผังเชิงสาเหตุของการพัฒนาเวชปฏิบัติปฐมภูมิในประเทศไทย	117
8	ภาคผนวก ข รายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อการนำนโยบายคลินิกหมอครอบครัวไปสู่การปฏิบัติ	118
9	ดัชนี	121



สารบัญญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1-1 ตัวอย่างข้อมูลความคาดหวังของประชาชนที่ถูกนำมาใช้เพื่อพิจารณาในการพัฒนา คำแนะนำสำหรับการออกแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง	6
ภาพที่ 3-1 ขั้นตอนการออกแบบกระบวนการในคลินิกหออครอบครัวหรือ “บันได 4 ชั้น” เพื่อจัด บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	26
ภาพที่ 4-1 เครื่องมือการจัดการเชิงระบบสำหรับแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	40
ภาพที่ 4-2 ตัวอย่างแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping) แบ่งเส้นทางเดิน ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็น 4 เส้นทางตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratifi- cation)	44
ภาพที่ 4-3 แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ (health services guideline for population at risk)	49
ภาพที่ 4-4 แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยไม่ซับซ้อน (health services guideline for uncomplicated patients)	50
ภาพที่ 4-5 แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยซับซ้อน (health services guideline for complicated patients)	51
ภาพที่ 4-6 ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบสั้นเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีม หออครอบครัวและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	56
ภาพที่ 4-7 ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบยาวเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีม หออครอบครัวและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	57
ภาพที่ 4-8 ตัวอย่างแบบฟอร์มเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีม หออครอบครัวและผู้ป่วยเบาหวาน	58
ภาพที่ 5-1 ขั้นตอนการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ของคลินิกหออครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร	66
ภาพที่ 5-2 การใช้สตีกเกอร์แสดงชื่อและเบอร์โทรศัพท์และทีมหออครอบครัวที่เป็นผู้รับผิดชอบ ของคลินิกหออครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร	67
ภาพที่ 5-3 นวัตกรรมการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี “จุด check-in สุขภาพ” ของคลินิก หออครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร	68



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 5-4	กระบวนการเพื่อทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของคลินิก หมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร	68
ภาพที่ 5-5	การวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วยและ การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการใช้ Cloud-based Individual Shared Care Plan (CISCP) ของคลินิกหมอครอบครัวยางนึ่ง	70
ภาพที่ 5-6	เครื่องมือติดตามผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา	72
ภาพที่ 5-7	เครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา	73
ภาพที่ 5-8	เครื่องมือของคลินิกหมอครอบครัวที่ได้รับการออกแบบเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมใน การวางแผนดูแลรักษาสุขภาพของตนเองของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลน้ำพอง	74
ภาพที่ 5-9	ตัวอย่างการออกแบบเครื่องมือเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษา สุขภาพของตนเองของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลน้ำพอง	75
ภาพที่ 5-10	กิจกรรมเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีมผ่านการ วางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย และระบบ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลท่าม่วง	77
ภาพที่ 5-11	การประยุกต์ใช้หลักการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ “เสา 8 ต้น” ของคลินิกหมอ ครอบครัวบางไผ่	79
ภาพที่ 5-12	ภาพรวมของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมีผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอวารินชำราบ	80
ภาพที่ 5-13	การปรับโครงสร้างและความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมี ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอวารินชำราบ	81
ภาพที่ 6-1	ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและผลลัพธ์ ด้านผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ	90
ภาพที่ 6-2	ความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพแต่ละระดับและการสาธารณสุขมูลฐาน	94
ภาพที่ 6-3	กรอบแนวคิดเรื่องหน้าที่ของเวชปฏิบัติปฐมภูมิในระบบบริบาลสุขภาพแบบบูรณาการ	99
ภาพที่ 6-4	ขั้นตอนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า	102
ภาพที่ 6-5	กรอบแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	105

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 4-1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีสุขภาพดี (healthy population) ตามแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)	45
ตาราง 4-2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ (population at risk) ตามแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)	46
ตาราง 4-3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยไม่ซับซ้อน (patients without complications) ตามแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)	47
ตาราง 4-4 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อน (patients with complications) ตามแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)	48



รายนามผู้เรียบเรียง

ดวงดาว ศรียากุล	พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนารูปแบบบริการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และรองหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
บวรศม ลีระพันธ์	พ.บ., S.M. (Health Policy and Management), Ph.D. (Health Services Research, Policy and Administration), อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน (สาธารณสุข), อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ศรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา	พ.บ., M.P.H.M, ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว เลขาธิการสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเวชกรรมสังคม และบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น
สันติ ลาภเบญจกุล	พ.บ., วท.ม. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน), อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้ากลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าม่วง
สาวิตรี ต้นเจริญ	พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว รองหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช
ชัยณรงค์ สังข์จำง	ส.บ., ศศ.ด. (พัฒนาสังคม) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

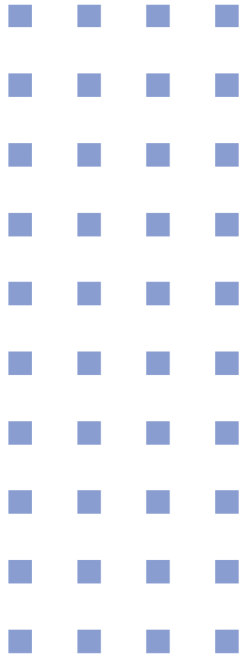
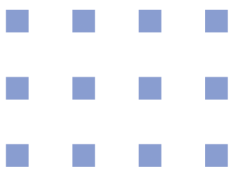




1

ที่มาและความสำคัญ





Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care



1

ที่มาและความสำคัญ

ดวงดาว ศรียากุล
สันติ ลาภเบญจกุล

1.1 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

สถานการณ์ด้านสุขภาพในประเทศไทยมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาคเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่ทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลต่อสถานการณ์สุขภาพของประชาชน ดังสะท้อนในข้อมูลการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557(1) ซึ่งพบว่า ความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 และ 24.7 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับปี 2552 มีความชุกเพียงร้อยละ 6.9 และ 21.4 สำหรับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามลำดับ ทั้งนี้หากคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 3 แสน และ 6 แสนคนตามลำดับ รวมถึงศึกษาด้านพฤติกรรมของประชาชนไทย มีพฤติกรรมกิน อาหารหวาน ไขมันสูง เพิ่มขึ้นมาก โดยใน พ.ศ. 2554 คนไทยบริโภคน้ำตาลทรายเพิ่มมากขึ้นถึง 3 เท่าจาก พ.ศ. 2526 ซึ่งมีปริมาณ 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี เป็น 36.6 กิโลกรัม/คน/ปีใน พ.ศ. 2554 และใน พ.ศ. 2551 พบว่าร้อยละ 96.2 ของคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปบริโภคอาหารประเภททอด โดยส่วนใหญ่บริโภคเฉลี่ย 5 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือ อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ บริโภคโดยเฉลี่ย 3 วันต่อสัปดาห์ พบว่าคนไทย ออกกำลังกายอย่างเพียงพอมีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 26.1 ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าใน พ.ศ. 2554 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 31.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.4 และมีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในเพศหญิง ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากบริบทสังคมที่เปลี่ยนไปดังกล่าว World Health Report 2008 เสนอว่าจำเป็นต้องปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิใน 4 ประเด็นหลัก(2) ได้แก่

- 1) การปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ระบบสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) เพื่อมุ่งสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ
- 2) การปฏิรูประบบการจัดบริการสุขภาพไปสู่ระบบที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered health services) เพื่อจัดบริการสุขภาพให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและความคาดหวังของประชาชน
- 3) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและมาตรการสาธารณสุขและการออกนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

4) การปฏิรูปโครงสร้างการอภิบาลระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในภาคส่วนต่างๆ

จากข้อเสนอของ World Health Report 2008 จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการจัดบริการสุขภาพที่ยืดประชาชนเป็นศูนย์กลางเป็นคำตอบที่สำคัญของการยกระดับบริการสุขภาพ และสถานะสุขภาพของประชาชน และตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดจากพัฒนาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั่วโลกในยุคค.ศ. 1920 – 1960 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางเป็นหลัก จนขาดการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล(3)

ในปี พ.ศ. 2557 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อดูแลประชากรทุกครัวเรือนครอบคลุมทุกพื้นที่ด้วย “ทีมหมอครอบครัว” (family care team: FCT) ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชากรทุกครัวเรือน โดยแบ่งหมู่บ้านให้บุคลากรสาธารณสุขแต่ละคนดูแล ให้คำปรึกษา ดูแลถึงบ้าน ประสานงานส่งต่อโดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา โดยตั้งเป้าหมายในปี 2558 จะมีทีมหมอครอบครัว เป็นผู้ดูแลสุขภาพประจำตัว โดยแต่ละทีมจะมีเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เป็นผู้ดูแล และมีแพทย์จาก รพช. ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ซึ่งจากการติดตามประเมินการดำเนินนโยบายนี้พบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มหลัก คือ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ยังมีช่องว่างให้พัฒนาอีกมาก แต่สิ่งที่ปรากฏชัดเจนจากนโยบายนี้ คือ มีกระบวนการที่เชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิกับการให้บริการในโรงพยาบาล รวมถึงการเกิดขึ้นของทีมสหวิชาชีพและภาคส่วนอื่น ในการให้บริการเชิงรุกในชุมชน(4) ซึ่งเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในการเป็นจุดเชื่อมซึ่งก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ของระบบสุขภาพชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพทั้งหมด

ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้เป้าหมาย “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ “primary care cluster (PCC)” ซึ่งเป็นการต่อยอดจากนโยบายทีมหมอครอบครัว และมีการร่าง “ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2560-2569)” ซึ่งตั้งเป้าหมายคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วทั้งประเทศ โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ 6,500 คน ภายใน 10 ปีข้างหน้า(5)

ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 หมวด ๗ กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลสุขภาพประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม(6) ทำให้เกิดแผนปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิขึ้น โดยเนื้อหาของแผนปฏิรูปฯ ฉบับดังกล่าวได้กำหนดให้ใช้คลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบหลัก (main platform) ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปข้างหน้า โดยมีหลักการสำคัญ นำจุดแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนา และทำการเพิ่มสมรรถนะให้กับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมุ่งเน้นให้ดูแลสุขภาพประชาชนเป็นศูนย์กลางให้เกิดประสิทธิผล รวมถึงบูรณาการระบบบริการสุขภาพในระดับต่างๆ

การดำเนินนโยบายตามแนวทางที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญจึงจำเป็นต้องมีสร้างระบบการบริหารจัดการสนับสนุนบริการสุขภาพให้เอื้อกับการดูแล “คน” มากกว่าดูแลตาม “งาน” และทำให้ประชาชนรู้เท่าทันสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจนสามารถดูแลตนเองได้อย่างดี มีการปรับรูปแบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า (value-based care: VBC) นำเทคโนโลยีเข้ามาเพิ่มประสิทธิภาพ ลดภาระงาน ทำให้การบริหารจัดการทรัพยากรเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล จัดการกับประเด็นการวัดและประเมินผลให้ตรงกับทิศทางของเป้าหมาย

ระยะยาวของการปฏิรูปในการทำให้บริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถส่งผลต่อ การลดภาระโรค (burden of disease) พร้อมไปกับการเพิ่มสุขภาวะ (well-being) และพัฒนาคุณภาพชีวิต (quality of care) เป็นการลงทุนเพื่อพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะที่คุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนต่อจำนวนประชากร (cost per capita) หรือมีเป้าหมายในการพัฒนาระบบสุขภาพใน 3 ด้านพร้อมกัน (the triple aim)(7) ได้แก่ การพัฒนากระบวนการดูแลรักษา การพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และการลดต้นทุนในการจัดบริการสุขภาพ ดังนั้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 เป็นการแสดงความคาดหวังต่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยที่จะทำให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความทัดเทียมกับระบบรักษาเฉพาะทางในโรงพยาบาล เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้ยั่งยืนต่อไป

นอกเหนือจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิดังกล่าวแล้ว ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ยังกำหนดในบทเฉพาะกาลไว้ใน มาตรา 55 ว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด” ดังนั้นการปฏิรูปจึงได้ผนวกเอาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และการสื่อสารสุขภาพ ให้เป็นหนึ่งในประเด็นที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในฐานะที่เป็นพื้นที่ปฏิบัติการอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด โดยเน้นหนักในกลุ่มโรคที่เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมเป็นสาเหตุสำคัญ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเพื่อให้การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจนสามารถทำให้เห็นผลลัพธ์เชิงคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม รวมไปถึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาว จำเป็นต้องมีการการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อปรับกระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบใหม่ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่บูรณาการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องจนครบวงจรความเจ็บป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายและแตกต่างกันตามสถานะสุขภาพและความรุนแรงของโรค โดยมีการพัฒนาอยู่บนพื้นฐานแนวคิดและทฤษฎีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

1.2 กระบวนการพัฒนาคู่มือ

กระบวนการพัฒนาคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้ มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคลินิกหมอครอบครัวนำร่องจำนวน 50 แห่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ทดลองปรับกระบวนการทำงานเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในปีงบประมาณ 2562 (รายละเอียดในภาคผนวก) เนื้อหาในหนังสือคู่มือฯ เล่มนี้ จึงเป็นผลการทำงานร่วมกับระหว่างผู้กำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ และผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว

กระบวนการพัฒนาคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้ในขั้นตอนเริ่มต้นมีการประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงระบบ (systems thinking) เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาในกระบวนการทำงานภายในระบบสุขภาพปฐมภูมิในรูปแบบเดิม เพื่อระบุนัยของปัญหาที่อาจทำให้เกิดอุปสรรคในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบดั้งเดิม (รายละเอียดในภาคผนวก) และเพื่อตั้ง

โดยสรุป คณะทำงานฯ มีลำดับขั้นตอนในการดำเนินการพัฒนาคู่มือ ดังต่อไปนี้

1) จัดการประชุมคณะทำงานเพื่อกำหนดโครงสร้างเนื้อหา แนวทางการจัดบริการสุขภาพในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 1 ครั้ง จากการเรียนรู้ความคิดเห็นคาดหวังของประชาชน เป็นจุดตั้งต้นในการดูแลโดยใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) เป็นการพลิกมิติของรูปแบบบริการที่มีกระบวนการจากบุคลากรผู้ให้บริการเป็นหลักไปเป็นการใช้มุมมองของผู้ป่วยหรือประชาชนมานำการจัดบริการ ช่วยให้ทั้งประชาชนและผู้ให้บริการเกิดประสบการณ์ใหม่ๆ ร่วมกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จึงได้นำไปเขียนเป็น People journey in People-centered care แสดงได้ดังภาพต่อไปนี้

2) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการวางแผนแบบปรึกษาหารือเพื่อประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงระบบและกระบวนการคิดเชิงออกแบบเพื่อพัฒนานวัตกรรมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวด้วยแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมจำนวน 3 ครั้ง และจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวนาร่อง ในระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ทั้ง 3 ครั้ง (รายละเอียดของผู้เข้าร่วมโครงการฯ แสดงในภาคผนวก)

3) เรียบเรียงเนื้อหาโดยคณะทำงาน และปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยทีมบรรณาธิการและคณะที่ปรึกษาก่อนการจัดพิมพ์

1.3 ขอบเขตและแนวทางการใช้คู่มือ

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อมุ่งเน้นให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางการพยาบาลในรูปแบบ “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ “เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” รวมทั้งเป็นแนวทางเพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพในระดับอื่นสามารถทำงานร่วมกับคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดอื่นๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะการจัดบริการสุขภาพของหน่วยงานได้

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้ มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทคลินิกหมอครอบครัว โดยใช้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในการนำร่องทดลองปรับกระบวนการดูแลรักษาในคลินิกหมอครอบครัวให้เป็นระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อนำประสบการณ์ในการปรับกระบวนการทำงานดังกล่าวไปขยายผลในการจัดสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวต่อไป

เนื่องจากแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้อยู่ในระหว่างกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงยังไม่แนะนำให้ใช้แนวทางหรือข้อแนะนำในหนังสือคู่มือฉบับนี้ไปใช้ในการประเมินผลเชิงตัดสิน (summative evaluation) แต่สามารถใช้แนวทางหรือข้อแนะนำในคู่มือฉบับนี้เป็นแนวทางในการประเมินผลเพื่อการพัฒนา (formative evaluation) รวมทั้ง

- ■ ■ ■ ■
- ■ ■ ■ ■
- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

การประเมินตนเอง (self-assessment) เรื่องความก้าวหน้าในการพัฒนากระบวนการทำงานของคลินิกหมอครอบครัวโดยทีมหมอครอบครัวเอง

เนื่องจากกระบวนการพัฒนาคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคลินิกหมอครอบครัวนำร่องที่ได้ทดลองปรับกระบวนการทำงานเพื่อดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปีงบประมาณ 2562 คณะทำงานฯ ยินดีรับฟังข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้คู่มือฉบับนี้ในการปรับกระบวนการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อนำประเด็นที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติมดังกล่าวมาพัฒนาเนื้อหาเป็นคู่มือฉบับปรับปรุงแก้ไขต่อไป

1.4 คำนิยามที่เกี่ยวข้อง

การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)(8) หมายถึง แนวคิดในการจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นบนพื้นฐานของวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เป็นที่ยอมรับทั้งด้านวิทยาศาสตร์และด้านสังคม ซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ภายในชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีต้นทุนที่ชุมชนและประเทศสามารถจัดสรรทรัพยากรให้ได้ มีกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพได้ด้วยตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศซึ่งทำหน้าที่สำคัญเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพของประเทศและช่วยให้ควบคุมต้นทุนของการจัดบริการสุขภาพของประเทศได้ สามารถนำบริการสุขภาพไปใกล้กับบริบทซึ่งประชาชนใช้ชีวิตและทำงาน และเป็นองค์ประกอบแรกที่สำคัญของการจัดการบริหารสุขภาพ

เวชปฏิบัติปฐมภูมิ (primary care)(9,10) หมายถึง การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่สามารถเข้าถึงได้โดยนักเวชปฏิบัติ (clinicians) ที่มีความรับผิดชอบต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ของบุคคล การพัฒนาความเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนาสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย และการทำงานในบริบทจำเพาะของครอบครัวและชุมชน

การบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated care)(11,12) หมายถึง แนวคิดในการจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างความเชื่อมโยงภายในระบบบริหารสุขภาพ ทั้งการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute care) การดูแลรักษาในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (primary care) และระบบบริการด้านสังคมอื่นๆ เช่น การดูแลรักษาในระยะยาว (long-term care) ระบบการศึกษา ระบบการสร้างอาชีพ ระบบที่อยู่อาศัย เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ความพึงพอใจของผู้ป่วย และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

การดูแลสุขภาพสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)(13) หมายถึง แนวคิดในการจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยในแต่ละครั้งของการตรวจรักษา (visit-oriented care) หรือมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง (episode-oriented care) โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการโรคของผู้ป่วยโดยพิจารณาโรคร่วมของผู้ป่วย

(comorbidity) เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และมุ่งเน้นการจัดการกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยในระยะยาว

การดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นตัวบุคคล (person-focused care)(13) หมายถึง แนวคิดในการจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพในระยะยาว (interrelationships over time) มุ่งเน้นการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลโดยพิจารณาถึงปัญหาของชีวิตซึ่งมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตและสภาวะสุขภาพ พิจารณาความเจ็บป่วยแต่ละครั้งเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิต (episodes as part of life-course experiences with health) โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการโรคและโรคร่วมของแต่ละบุคคลร่วมกัน (multimorbidity) และมุ่งเน้นทั้งการจัดการกับการดำเนินโรคและการจัดการประสบการณ์ของบุคคลเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพไปพร้อมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร และคณะ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. นนทบุรี; 2559. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>
2. World Health Organization. The World Health Report 2008 - primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
3. Peart WS. Death of the Professor of Medicine. Lancet . 1970 Feb;295(7643):401–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673670915291>
4. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. รายงานการติดตามประเมินผลนโยบายที่มหมอครบครัน . นนทบุรี; 2559. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/6982>
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิรองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 (พ.ศ. 2560-2569). นนทบุรี; 2560.
6. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. 2560.
7. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. Health Affairs. 2008.
8. International Conference on Primary Health Care. The Declaration of Alma-Ata. Vol. 2012. World Health Organization; 1978. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
9. (No Title) . Primary Care: America’s Health in a New Era. 1996. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25121221>



- ■ ■ ■
- ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

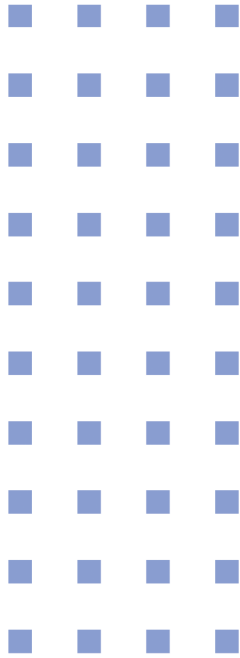
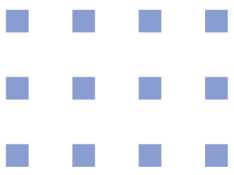
10. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? *Can J Public Heal.* 2006;97.
11. Leutz WN. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q.* 1999;
12. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013;13. Available from: <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
13. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *Perm J.* 2011; 15(2):63–9.



2

แบบประเมินตนเองของคลินิกหมอรอบครัว
เรื่องความก้าวหน้าในการจัดบริการสุขภาพ
แบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง





Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care



2

แบบประเมินตนเองของคลินิกหมอครอบครัว เรื่องความก้าวหน้าในการจัดบริการสุขภาพ แบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

บวรศม ลีระพันธ์

แบบประเมินตนเองชุดนี้ได้รับการปรับปรุงจาก “แบบประเมินตนเองของคลินิกหมอครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (Patient-centered Medical Home Assessment: PCMH-A)(1) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเองที่ได้รับการพัฒนาโดย The MacColl Center for Health Care Innovation at the Group Health Research Institute and Qualis Health for the Safety Net Medical Home Initiative และได้รับการทดสอบการใช้งานแล้วในการประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวของประเทศสหรัฐอเมริกา(2) มุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถประเมินความก้าวหน้าในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงานระดับเวชปฏิบัติครอบครัวได้ด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่ช่วยชี้แนะแนวทางการพัฒนาและออกแบบกระบวนการของคลินิกหมอครอบครัวแต่ละแห่งให้สามารถทำงานบูรณาการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องจนครบวงจรการดูแลความเจ็บป่วย โดยได้รับการปรับให้สั้นกระชับและเหมาะสมกับการประยุกต์ใช้ในการประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางในบริบทประเทศไทย

2.1 วัตถุประสงค์ของการประเมินตนเอง

แบบประเมินตนเองเรื่องความก้าวหน้าในการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้ ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวแต่ละแห่งมีความเข้าใจในขั้นตอนหรือกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงในองค์กรเพื่อจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตระหนักถึงความก้าวหน้าของหน่วยงานในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานจากรูปแบบเดิมมาเป็นการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อทำงานในรูปแบบใหม่ที่มุ่งเน้นการบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดวงจรการดูแลรักษา แบบประเมินตนเองฉบับนี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวสามารถระบุปัญหาหรือโอกาสในการพัฒนากระบวนการทำงานในหน่วยงานได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินซ้ำได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม สามารถใช้เป็นเครื่องมือชี้แนะการวางแผนทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในทีมหมอครอบครัวเพื่อพลิกโฉมการจัดเวชปฏิบัติครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

with patient-centered interactions) และคำถามส่วนที่ 4 สะท้อนกระบวนการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (enhanced access and care coordination) ซึ่งเป็นเป้าหมายสุดท้ายสำคัญของกระบวนการพัฒนาคลินิกหออครอบครัวให้เป็นระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ด้วยการทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของกระบวนการทำงานในปัจจุบันของคลินิกหออครอบครัวในความรับผิดชอบของท่าน

คำถามส่วนที่ 1 : กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพในคลินิกหออครอบครัว	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยบางส่วน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ผู้บริหารของคลินิกหออครอบครัวทำงานเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของทีมดูแลสุขภาพ มีการวางแผนกลยุทธ์ร่วมกับทีมดูแลสุขภาพเพื่อมุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพของกระบวนการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการมุ่งทำกิจกรรมตามนโยบายเร่งด่วนในระยะสั้น			
2. แพทย์มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในทีมดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ มุ่งเน้นการทำงานเพื่อปรับปรุงประสบการณ์ของผู้ป่วยและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก			
3. กระบวนการพัฒนาบุคลากรภายในคลินิกหออครอบครัวมุ่งเน้นการฝึกอบรมและการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานในกระบวนการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มากกว่าการทำงานตามเพียงตำแหน่งงานหรือวุฒิการศึกษาของสมาชิกภายในทีมแต่ละคน			
4. กระบวนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกทุกคนในทีม มีการจัดทรัพยากรสนับสนุนให้ทำงานพัฒนาคุณภาพร่วมกัน โดยไม่มีการระบุเป็นเพียงหน้าที่ความรับผิดชอบของคนใดคนหนึ่ง			
5. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในคลินิกหออครอบครัววางบนแนวทางสากลที่ได้รับการยอมรับและมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง			

คำถามส่วนที่ 1 : กระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพในคลินิกหออครอบครัว	ไม่ เห็นด้วย	เห็นด้วย บางส่วน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. มีการวัดผลลัพธ์การทำงานของคลินิกครอบครัวครอบคลุมทุกด้าน ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ประสบการณ์ของผู้ป่วย รวมทั้งการรับฟังเสียงสะท้อนปัญหาในการทำงานจากสมาชิกทีมหออครอบครัว			
7. สมาชิกทุกคนในทีมดูแลสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ผลักดันกระบวนการพัฒนาคุณภาพในคลินิกครอบครัว กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานไม่ใช่เพียงงานของกรรมการส่วนกลางของหน่วยงาน			
8. มีการใช้วาระเวียนอิเล็กทรอนิกส์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นประจำเพื่อใช้ข้อมูลสนับสนุนการวางแผนจัดการสุขภาพในระดับกลุ่มประชากรและการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย			
คะแนนรวม (คะแนนเต็ม 8 คะแนน)			

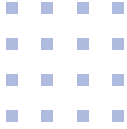
คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ด้วยการทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของกระบวนการทำงานในปัจจุบันของคลินิกหออครอบครัวในความรับผิดชอบของท่าน

คำถามส่วนที่ 2 : กระบวนการพัฒนาการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหออครอบครัวทั้งทีม	ไม่ เห็นด้วย	เห็นด้วย บางส่วน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการมอบหมายให้อยู่ในความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมหออครอบครัว มีการนัดพบผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีประเมินจำนวนผู้ป่วยที่อยู่รับผิดชอบและจำนวนการนัดตรวจรักษาเพื่อไม่ให้เกิดภาวะภาระงานที่มากเกินไป			
2. มีการขึ้นทะเบียนประชากรในความรับผิดชอบของทีมหออครอบครัว (registry) และสร้างฐานข้อมูลของกลุ่มประชากรในความรับผิดชอบครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและทุกกลุ่มความเสี่ยง และทีมหออครอบครัวสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลนี้ได้เพื่อใช้วางแผนจัดการการดูแลสุขภาพระดับกลุ่มประชากร			
3. มีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยทุกคนที่ขึ้นทะเบียนไว้ (risk stratification) และมีการวางแผนการจัดทีมดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มความเสี่ยง เพื่อใช้วางแผนการดูแลรักษา ก่อนการตรวจรักษา (pre-visit plan) และหลังการตรวจรักษา (post-visit plan) รวมทั้งใช้วางแผนการออกติดตามผู้ป่วยนอกหน่วยบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มเมื่อมีความจำเป็น			

คำถามส่วนที่ 2 : กระบวนการพัฒนาการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม	ไม่ เห็นด้วย	เห็นด้วย บางส่วน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4. มีการจัดทำรายงานผลการทำงานทั้งในด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสะท้อนผลการทำงานของทีมหมอครอบครัว มีความโปร่งใสในการจัดทำรายงาน สามารถเปิดเผยรายงานต่อผู้ป่วยและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้			
5. ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้ตรวจรักษากับสมาชิกในทีมหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนไว้และได้รับการจัดลำดับความสำคัญในการนัดตรวจก่อนผู้ป่วยรายอื่นที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจรักษากับทีมหมอครอบครัวของตนเองอย่างสม่ำเสมอมากกว่าได้รับการตรวจรักษากับผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ที่ผู้ป่วยไม่ได้ลงทะเบียนไว้			
6. สมาชิกทีมหมอครอบครัวซึ่งไม่ใช่แพทย์สามารถดำเนินกิจกรรมทางคลินิกที่สำคัญบางอย่างซึ่งมีความเหมาะสมกับคุณวุฒิและความสามารถที่มีอยู่			
7. มีการประเมินความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในทีมหมอครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ มีกระบวนการทำให้มั่นใจว่าสมาชิกในทีมหมอครอบครัวได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับบทบาทและความรับผิดชอบภายในทีม มีการพัฒนาทักษะเพื่อที่จะสามารถทำงานข้ามสาขาวิชาชีพได้เมื่อมีความจำเป็น			
คะแนนรวม (คะแนนเต็ม 7 คะแนน)			

คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ด้วยการทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของกระบวนการทำงานในปัจจุบันของคลินิกหมอครอบครัวในความรับผิดชอบของท่าน

คำถามส่วนที่ 3 : กระบวนการออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการออกแบบกระบวนการทำงาน	ไม่ เห็นด้วย	เห็นด้วย บางส่วน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. มีแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) ในการป้องกันโรคและการดูแลรักษาโรคเรื้อรังที่พร้อมใช้อยู่ที่คลินิกหมอครอบครัวสามารถนำแนวทางเวชปฏิบัติมาประยุกต์ใช้สร้างแผนการดูแลคนไข้แต่ละบุคคลในเวลาที่ต้องการได้			

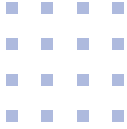


คำถามส่วนที่ 3 : กระบวนการออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการออกแบบกระบวนการทำงาน		ไม่ เห็นด้วย	เห็นด้วย บางส่วน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
2.	มีการดูแลรักษาทั้งปัญหาเฉียบพลันและปัญหาที่ได้รับการวางแผนการดูแลไว้แล้วล่วงหน้าในการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง (planned visit) และสมาชิกแต่ละคนในทีมคลินิกหมอบรรณคร้อมีส่วนร่วมในการจัดการดำเนินงานตามแผนการดูแลรักษาเหล่านั้น			
3.	การวางแผนการดูแลรักษาได้รับการพัฒนาความร่วมมือของสมาชิกในทีมหมอบรรณคร้อม ครอบคลุมการวางแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management) มีการตั้งเป้าหมายการจัดการทางคลินิก และมีการบันทึกเป้าหมายดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกจุดภายในคลินิกหมอบรรณคร้อม			
4.	มีการจัดการกระบวนการดูแลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบ โดยผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทำหน้าที่ดังกล่าวไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่ขั้นตอนใดของระบบบริการสุขภาพก็ตาม			
5.	มีการวัดและติดตามผลลัพธ์การทำงานด้านสุขภาพจิตในระดับกลุ่มประชากร (เช่น ผลการรักษาโรคซึมเศร้า) มีการทบทวนผลลัพธ์การทำงานด้านสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ และมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ดังกล่าว			
6.	มีการประเมินค่านิยมส่วนตัวของผู้ป่วย (patient preference) อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวางแผนการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างจำเพาะ			
7.	มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับสมาชิกในทีมหมอบรรณคร้อมอย่างเป็นระบบ และสมาชิกในทีมหมอบรรณคร้อมได้รับการฝึกอบรมเทคนิคในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย (shared decision)			
8.	ผู้ป่วยได้รับการสื่อสารทั้งที่เป็นคำบอกเล่าและเป็นตัวหนังสือเพื่อสร้างความเข้าใจในตัวโรค และเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีการใช้ล่ามแปลภาษาเมื่อมีความจำเป็น หรือมีการจ้างสมาชิกในทีมหมอบรรณคร้อมที่พูดภาษาของผู้ป่วยได้เพื่อทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับทราบสิ่งที่ต้องกลับไปปฏิบัติบ้านเพื่อดูแลรักษาตนเอง			

คำถามส่วนที่ 3 : กระบวนการออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการออกแบบกระบวนการทำงาน		ไม่ เห็นด้วย	เห็นด้วย บางส่วน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9.	สมาชิกทีมหมอครอบครัวได้รับการฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support) การเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วย (patient empowerment) และเทคนิควิธีการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย			
10.	ทีมหมอครอบครัวใช้หลักการการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างสม่ำเสมอและสามารถวัดผลลัพธ์ของระบบการดูแลรักษาดังกล่าวได้ที่ระดับกลุ่มประชากร			
11.	ทีมหมอครอบครัวได้รับข้อมูลสะท้อนจากผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่พบในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้เหล่านั้นมาพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ			
คะแนนรวม (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)				

คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ด้วยการทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของกระบวนการทำงานในปัจจุบันของคลินิกหมอครอบครัวในความรับผิดชอบของท่าน

คำถามส่วนที่ 4 : กระบวนการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง		ไม่ เห็นด้วย	เห็นด้วย บางส่วน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	คลินิกหมอครอบครัวมีระบบนัดที่ยืดหยุ่น สามารถจัดการเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเหมาะสมกับลักษณะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน มีการนัดติดตามตรวจรักษาเพื่อติดตามผล และสามารถนัดให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ให้บริการสุขภาพหลายคนในการนัดแต่ละครั้งได้			
2.	ในเวลาทำการของคลินิกหมอครอบครัว ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับคลินิกหมอครอบครัวสามารถติดต่อสมาชิกในทีมหมอครอบครัวได้อย่างทันท่วงที ผ่านโทรศัพท์ อีเมล หรือระบบอื่นๆ ที่จัดไว้			
3.	หลังเวลาทำการของคลินิกหมอครอบครัว ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับคลินิกหมอครอบครัวสามารถติดต่อสมาชิกในทีมหมอครอบครัว โดยเลือกใช้โทรศัพท์ อีเมล หรือระบบอื่นๆ ที่จัดไว้ หรือติดต่อโดยตรงกับผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งสามารถติดต่อสมาชิกในทีมหมอครอบครัวได้			



- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

คำถามส่วนที่ 4 : กระบวนการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย และบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง		ไม่ เห็นด้วย	เห็นด้วย บางส่วน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4.	ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิการรักษาหรือหลักประกันสุขภาพ (ด้านการเงิน) ที่จะสามารถเข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกหมอครอบครัวได้			
5.	ทีมหมอครอบครัวสามารถติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรมภายในเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อปรึกษาปัญหาของ ผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยได้			
6.	ทีมหมอครอบครัวสามารถติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในเครือข่าย บริการสุขภาพเพื่อปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยได้			
7.	ผู้ป่วยซึ่งมีความต้องการการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือมีความต้องการ ทรัพยากรสำหรับการดูแลรักษาภายในชุมชน สามารถได้รับการ ส่งต่อไปยังองค์กรในเครือข่าย โดยมีการสื่อสารล่วงหน้าที่ทันเวลา และมีการติดตามผลหลังการส่งต่อนั้น			
8.	ทีมหมอครอบครัวสามารถติดตามไปดูแลและประสานงานการ วางแผนดูแลสุขภาพเมื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับคลินิกหมอ ครอบครัวเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือแผนก ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายในเวลา 2-3 วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล			
9.	คลินิกหมอครอบครัวสามารถช่วยติดต่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงทรัพยากร ที่มีอยู่ภายในชุมชนซึ่งจะช่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านการ ประสานงานกับหน่วยงานด้านการบริการสังคม โดยมีสมาชิกในทีม หมอครอบครัวรับผิดชอบผลงานดังกล่าวโดยเฉพาะ			
10.	คลินิกหมอครอบครัวมีการสื่อสารผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ การสื่อสารแผนการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยรับทราบอย่างเป็นระบบ และ ใช้การสื่อสารในช่องทางซึ่งผู้ป่วยมีความสะดวก			
คะแนนรวม (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)				

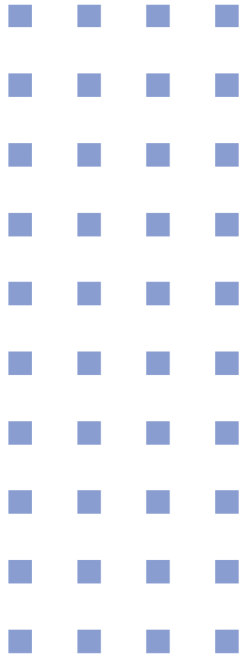
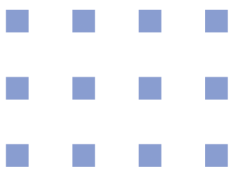
2.4 การแปลผลคะแนนประเมินตนเอง

แบบประเมินตนเองเรื่องความก้าวหน้าในการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของคลินิกหมอครอบครัวประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ชุด รวมทั้งหมด 16 คำถาม เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบภายในคลินิกหมอครอบครัวทั้ง 4 กระบวนการหลัก กรณีเห็นด้วยว่าทีมหมอครอบครัวมีการทำงานได้ตามเกณฑ์ได้คะแนนเท่ากับ 1 กรณีเห็นด้วยว่าทีมหมอครอบครัวมีการทำงานได้ตามเกณฑ์ในบางส่วนได้คะแนนเท่ากับ 0.5 และกรณีไม่มีการทำงานตามเกณฑ์ได้คะแนนเท่ากับ 0 และสามารถแปลผลการประเมินตนเองได้ดังนี้

- คะแนนรวม 0-10 คะแนน หมายถึง กระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับการเตรียมความพร้อม
- คะแนนรวม 11-20 คะแนน หมายถึง กระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของคลินิกหมอครอบครัวมีความก้าวหน้าในระดับต้น
- คะแนนรวม 21-28 คะแนน หมายถึง กระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของคลินิกหมอครอบครัวมีความก้าวหน้าในระดับกลาง
- คะแนนรวม 29-36 คะแนน หมายถึง กระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของคลินิกหมอครอบครัวมีความก้าวหน้าในระดับสูง

เอกสารอ้างอิง

1. The MacColl Center for Health Care Innovation. The Patient-Centered Medical Home Assessment (PCMH-A) version 4. 2014. p. 16. Available from: <http://www.safetynetmedicalhome.org/resources-tools/assessment>
2. Wagner EH, Coleman K, Reid RJ, Phillips K, Abrams MK, Sugarman JR. The changes involved in patient-centered medical home transformation. *Prim Care*. 2012 Jun 1;39(2):241–59. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095454312000164>
3. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):166–71. Available from: <http://www.annfammed.org/content/12/2/166.abstract>



Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care

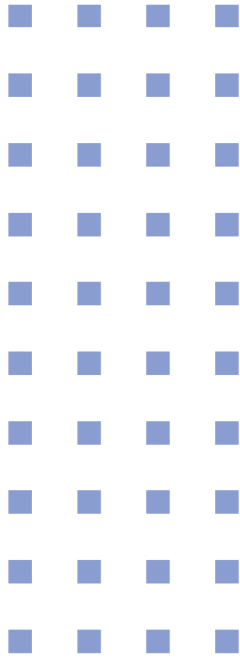
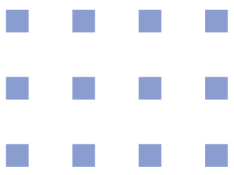




3

ขั้นตอนการออกแบบกระบวนการในคลินิก
หมอครอบครัวเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ
แบบบูรณาการ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง





Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care



3

ขั้นตอนการออกแบบกระบวนการในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

บวรศม ลีระพันธ์

การออกแบบกระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความแตกต่างกันไปสำหรับคลินิกหมอครอบครัวแต่ละแห่ง และแนวทางการเริ่มต้นพัฒนาขึ้นอยู่กับพื้นฐานในการทำงานที่มีอยู่เดิมของทีมหมอครอบครัวแต่ละทีม อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแนวคิดพื้นฐานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางทั้งหมดแล้ว ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวสามารถวางแผนเส้นทางของการออกแบบกระบวนการในคลินิกหมอครอบครัวเป็นขั้นตอน โดยเลือกเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอน และพัฒนาต่อยอดเมื่อมีความพร้อมในขั้นตอนเบื้องต้นตามลำดับขั้นของกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ(1,2)

คำแนะนำเพื่อการออกแบบกระบวนการทำงานในรูปแบบใหม่สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการดำเนินงานใน 4 ขั้นตอนหลัก เปรียบเสมือน “บันได 4 ขั้น” ของการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังแสดงในภาพที่ 1 ได้แก่

- 1) ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว (leadership and quality improvement strategies)
- 2) ขั้นตอนที่ 2 การสร้างระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม (empanelment and engagement with team-based healing relationships)
- 3) ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการออกแบบกระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว (redesigned evidence-based care with patient-centered interactions)
- 4) ขั้นตอนที่ 4 การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและการบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (enhanced access and care coordination)



ขั้นตอนในการออกแบบกระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวในรูปแบบใหม่เพื่อสะท้อนแนวคิดพื้นฐานที่ใช้ในการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและพัฒนากลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว

การพัฒนาภาวะผู้นำ (Leadership) ของทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการออกแบบกระบวนการเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางเป็นกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ เกี่ยวข้องกับการปรับวัฒนธรรมในการทำงานที่อาจจะแตกต่างไปจากเดิม และอาจจำเป็นต้องมีการปรับบทบาทและปรับกระบวนการทำงานประจำของสมาชิกทีมหมอครอบครัวแต่ละคน ภาวะผู้นำที่ดีและการพัฒนากลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสมจะเอื้อต่อการพลิกโฉม (transformation)

กระบวนการทำงานภายในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการจัดการเชิงกลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของกระบวนการทำงานในระยะยาว (quality improvement strategies) ซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงการทำงานตามนโยบายหรือการจัดการโครงการระยะสั้นที่มีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดชัดเจนเท่านั้น

ดังนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและผู้นำในระดับอาวุโสเพื่อทำงานร่วมกับสมาชิกทีมหมอครอบครัวในกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบนี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืนในขั้นตอนต่อไป มีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพในคลินิกหมอครอบครัว ดังต่อไปนี้

1) ริเริ่มการสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมหมอครอบครัวทุกคนเพื่อสร้างความตกลงร่วมกันเรื่องการพัฒนากระบวนการทำงานในระยะยาว มีการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงานเป็นการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งเป็นผู้นำตามธรรมชาติในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยควรมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในทีมดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการปรับปรุงประสบการณ์ของผู้ป่วยและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก

2) จัดหาทรัพยากรจำเป็นต่อการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบของคลินิกหมอครอบครัว สนับสนุนการทดลองทำงานในรูปแบบใหม่ๆ และมีการประเมินผลการทำงานในรูปแบบใหม่นั้นเป็นระยะ รวมทั้งจัดเวลาในการพูดคุยประชุมเพื่อวางแผนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

3) จัดการให้ทีมผู้ให้บริการสุขภาพมีเวลานอกเหนือจากการทำงานปกติ (protected time) เพื่อใช้วางแผนและออกแบบระบบบริการสุขภาพแบบใหม่

4) คัดเลือกและฝึกอบรมบุคลากรใหม่ที่เข้ามาทำงานภายในทีมหมอครอบครัวทั้งแบบเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ให้มีทักษะและค่านิยมในการทำงานสอดคล้องกับการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่จำกัดการจ้างงานเพื่อการทำงานตามเพียงตำแหน่งงานหรือวุฒิการศึกษาของสมาชิกภายในทีมแต่ละคนเท่านั้น

5) เลือกใช้รูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ได้รับการยอมรับ

6) พัฒนาตัววัดและติดตามผลลัพธ์และประเมินผลการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ วัดผลลัพธ์การทำงานของคลินิกหมอครอบครัวครอบคลุมทุกด้าน ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ประสบการณ์ของผู้ป่วย สื่อสารให้สมาชิกทุกคนในทีมหมอครอบครัวเข้าใจตรงกัน รวมทั้งการรับฟังเสียงสะท้อนปัญหาในการทำงานจากสมาชิกทีมหมอครอบครัวเพื่อตั้งเป้าหมายในการพัฒนาผลลัพธ์ในการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

7) สื่อสารและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพ

8) เลือกใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคุณภาพในคลินิกหมอครอบครัว มีการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นประจำเพื่อใช้ข้อมูลสนับสนุนการวางแผนจัดการสุขภาพในระดับกลุ่มประชากรและการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

ตัวอย่างเครื่องมือการจัดการเชิงระบบที่จะช่วยให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว ได้แก่ กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยเฉพาะกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับคลินิกหมอครอบครัว ตัวอย่างเช่น

- กระบวนการประเมินและรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health systems accreditation: DHSA)
- กระบวนการประเมินเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (provincial network accreditation) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

3.2 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการลงทะเลเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม

กระบวนการพัฒนาการลงทะเลเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment process) และการสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม (engagement with team-based healing relationships) เป็นพื้นฐานของการจัดการความสัมพันธ์ระยะยาวระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัว เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพที่มากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาพบผู้ให้บริการสุขภาพที่คลินิกหมอครอบครัวในแต่ละครั้ง มีการใช้ยาหรือการดูแลสุขภาพตามที่แพทย์แนะนำมากขึ้น สามารถระบุปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจของทั้งผู้รับบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง และทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมลดลง(3) และมีหลักฐานวิจัยจำนวนมากพบว่าการที่ผู้ป่วยได้พบผู้ให้บริการสุขภาพคนเดิมหรือทีมเดิมอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (continuity of relationship) มีความต่อเนื่องของการจัดการด้านสุขภาพ (continuity of management) และมีความต่อเนื่องของสารสนเทศสุขภาพ (continuity of clinical information) จะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มากขึ้น มีการป้องกันโรคที่ดีขึ้น และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(4,5)

การเชื่อมโยงผู้ป่วยแต่ละคนกับทีมผู้ให้บริการสุขภาพเริ่มต้นด้วยการตรวจสอบประวัติในอดีตของผู้ป่วย รวมทั้งประวัติการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการบางคนอยู่แล้ว แต่ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีประวัติการใช้บริการสุขภาพที่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่เป็นประจำ ดังนั้น การมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความรับผิดชอบของสมาชิกทีมหมอครอบครัวจึงควรเริ่มต้นจากการพูดคุยอภิปรายกันภายในทีมผู้ให้บริการสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนบทบาทผู้ให้บริการสุขภาพหลักของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างสม่ำเสมอ กระบวนการดังกล่าวจึงเป็นการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก ไม่ใช่เพียงใช้ทะเบียนข้อมูลด้านการประกันสุขภาพเท่านั้น และการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกนี้จะมีความสำคัญเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง (vulnerable populations) ซึ่งอาจมีความลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพและจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจากทีมหมอครอบครัว

กระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกนี้จำเป็นต้องพิจารณาภาระงานของทีมดูแลสุขภาพให้สมดุลระหว่างจำนวนผู้ป่วยและภาระงานของทีมหมอครอบครัว มีการศึกษาวิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเปลี่ยนทีมดูแลสุขภาพ ความพึงพอใจจะไม่ลดลงถ้ามีระบบการจัดการและการส่งต่อที่ดี รวมทั้งมีการออกแบบระบบสารสนเทศสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่เหมาะสม ข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้ทีมหมอครอบครัวสามารถระบุผู้ป่วยและเข้าถึงผู้ป่วยที่ยังมีความต้องการสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health needs) ตัวอย่างเช่น มีการทบทวนทะเบียนผู้ป่วยและพบผู้ป่วยเบาหวานซึ่งยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือผู้ป่วยเบาหวานซึ่งไม่ได้รับการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทีมหมอครอบครัวก็สามารถนัดผู้ป่วยรายนั้นมาพบทีมหมอครอบครัวโดยการวางแผนล่วงหน้าได้ (planned visits) นอกจากนี้ การมีทะเบียนผู้ป่วยยังช่วยให้สามารถวัดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ และมีการประเมินผลงานของทีมผู้ให้บริการสุขภาพในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม การทำงานเป็นทีมในการร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยอาจจะไม่ใช่ธรรมชาติของแพทย์ทุกคน จำเป็นต้องมีการฝึกฝนและตั้งใจปรับกระบวนการให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายในการทำงานเป็นทีมดังกล่าวเพื่อให้เกิดการทำงานที่ใช้ความรู้ความสามารถสูงสุดในแต่ละวิชาชีพเท่าที่ไปประกอบวิชาชีพอนุญาตของสมาชิกในทีมแต่ละคนอนุญาต (practice at the top of the license) อาจมีการสร้างนวัตกรรมในเวชปฏิบัติที่สามารถทำให้สมาชิกในทีมช่วยดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เช่น ให้ผู้ช่วยพยาบาลสามารถวัดอาการสำคัญ ช่วยทบทวนทะเบียนผู้ป่วยและติดต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อให้มาเข้ารับบริการสุขภาพ หรือเสนอให้มีบริการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยรายนั้น

ดังนั้น มีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดกระบวนการลงทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม ดังต่อไปนี้

1) สร้างทะเบียนประชากรในความรับผิดชอบของทีมหมอครอบครัว (registry) และสร้างฐานข้อมูลของกลุ่มประชากรในความรับผิดชอบให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและทุกกลุ่มความเสี่ยง เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลนี้ได้เพื่อใช้วางแผนจัดการการดูแลสุขภาพระดับกลุ่มประชากรได้

2) มอบหมายผู้ป่วยแต่ละคนที่ขึ้นทะเบียนไว้ให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละคน และสื่อสารการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบนั้นกับทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสัมพันธ์ดังกล่าวจากทั้งสองฝ่าย

3) ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยทุกคนที่ขึ้นทะเบียนไว้ (risk stratification) และมีการวางแผนการจัดทีมดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มความเสี่ยง เพื่อใช้วางแผนการดูแลรักษาก่อนการตรวจรักษา (pre-visit plan) และหลังการตรวจรักษา (post-visit plan) รวมทั้งใช้วางแผนการออกติดตามผู้ป่วยนอกหน่วยบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มเมื่อมีความจำเป็น

4) ทบทวนและปรับปรุงการมอบหมายผู้ป่วยแต่ละรายให้กับทีมคลินิกหมอครอบครัวให้บริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการประเมินจำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบและจำนวนการนัดตรวจรักษาเพื่อไม่ให้เกิดภาวะภาระงานที่มากเกินไป

5) เชื่อมโยงผู้ป่วยให้รู้จักกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม เพื่อให้ผู้ป่วยและทีมหมอครอบครัวได้รู้จักกันในฐานะที่เป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพสุขภาพอย่างแท้จริง

เข้ารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือมีความต้องการได้รับการรักษาจำเพาะ ดังนั้น การจัดให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการวางแผนล่วงหน้า (planned care) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ทีมหมอครอบครัวสามารถจัดบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น โดยมีการระบุบริการสุขภาพดังกล่าวก่อนที่ผู้ป่วยจะมาพบทีมหมอครอบครัวในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ การจัดให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการวางแผนล่วงหน้าอาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยร้องขอให้มีการจัดบริการสุขภาพดังกล่าว หากระบบข้อมูลสารสนเทศของคลินิกหมอครอบครัวเอื้อต่อการเก็บข้อมูลและการแจ้งเตือนทีมผู้ให้บริการสุขภาพก็จะช่วยให้เกิดการเตรียมทรัพยากรให้เกิดบริการสุขภาพที่ร้องขอได้สะดวกมากขึ้น การกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติที่ฝังอยู่ในเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์สามารถเพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการจัดบริการสุขภาพแบบอิงหลักฐานได้มากยิ่งขึ้น

นอกจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพแล้ว คุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยทั่วไปยังขึ้นอยู่กับการตอบสนองของทีมบริการสุขภาพต่อความต้องการสุขภาพที่สอดคล้องกับคุณค่าหรือค่านิยมและความคาดหวังของผู้ป่วย การตัดสินใจทางคลินิกที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วยโดยเฉพาะการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและการยอมรับการรักษาของผู้ป่วย(7) ทั้งนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากอาจจะไม่เข้าใจสิ่งที่สมาชิกทีมหมอครอบครัวให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ(8) ดังนั้น การจัดให้มีล่ามที่พูดภาษาเดียวกันกับผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและใช้วิธีสอนการดูแลสุขภาพหรือการให้สุขศึกษาโดยการถามให้ผู้ป่วยพูดสรุป (closing the loop) หรือสอนกลับ (teach back) ว่าได้รับการร้องขอให้ทำอะไรหรือได้รับการแนะนำอะไรบ้าง อาจเป็นวิธีการที่เหมาะสมเพื่อสร้างความเข้าใจในบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับข้อแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย(9)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีหลายปัญหาสุขภาพเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการจัดการทางคลินิกเพิ่มเติมอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปในระบบสุขภาพนอกระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น มีการศึกษาพบว่าการจัดการผู้ป่วยเฉพาะราย (case management) โดยการกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ผู้จัดการสุขภาพเฉพาะรายช่วยเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อน ทั้งนี้ ความสามารถของผู้ป่วยที่จะจัดการดูแลตัวเองด้านสุขภาพ (self-management) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ทีมหมอครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้นโดยการร่วมกันตั้งเป้าหมายการจัดการตัวเอง มีการระบุและการแก้ไขปัญหาในการนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งร่วมกัน และร่วมกันพัฒนาแผนปฏิบัติการที่มีความเป็นไปได้จริง รวมถึงการพัฒนาบทบาทใหม่ในทีมหมอครอบครัว เช่น โค้ชสุขภาพ (health coach) ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิอาจมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการจัดการสุขภาพด้วยตัวเองได้(10)

ดังนั้น มีข้อแนะนำสำหรับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม ดังต่อไปนี้

- 1) จัดให้มีการดูแลรักษาทั้งปัญหาเฉียบพลันและปัญหาที่ได้รับการวางแผนการดูแลไว้แล้วล่วงหน้า ในการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง (planned care) และสมาชิกแต่ละคนในทีมคลินิกหมอครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการดำเนินงานตามแผนการดูแลรักษาล่วงหน้านั้น รวมทั้งสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยปรับปรุงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาให้ทันสมัยเพื่อวางแผนการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะมาพบทีมหมอครอบครัวในแต่ละครั้ง

3.4 ขั้นตอนที่ 4 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย (enhanced access) และบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (care coordination) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความสำคัญมากในการออกแบบกระบวนการในคลินิกหออกรับเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากการสร้างระบบให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็นด้านสุขภาพในเวลาที่ต้องการได้ รับบริการสุขภาพนั้นๆ เป็นคุณสมบัติของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูง ในทางกลับกัน หากไม่สามารถกำจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งข้อจำกัดอื่นๆ ในการนัดหมายเพื่อเข้ารับ การตรวจรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วยที่เร่งด่วน (urgent care) หรือมีความต้องการในการรับบริการสุขภาพ หลังเวลาทำการ (after-hours care) อาจส่งผลให้เกิดความหนาแน่นในโรงพยาบาล การใช้ห้องฉุกเฉิน ที่ไม่จำเป็นและการเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้(11)

นอกจากนั้น ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูงควรช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะ ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สามารถได้รับการบริการสุขภาพและบริการด้านสังคมที่เกี่ยวข้องจากผู้ให้บริการ สุขภาพหรือหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น อุปสรรคต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดการสื่อสาร ที่ผิดพลาดระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานต่างๆ จะเป็นข้อจำกัดทำให้ประสิทธิผลในการรับบริการ สุขภาพน้อยลง และอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ขึ้นได้ เช่น เกิดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น ได้รับการ ทำหัตถการที่ซ้ำซ้อน หรือมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการขาดการติดตามการรักษาที่เหมาะสม(12,13)

ดังนั้น มีข้อเสนอแนะสำหรับการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแล รักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. สร้างระบบนัดที่ยืดหยุ่น สามารถจัดการเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเหมาะสมกับลักษณะ ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน มีการนัดติดตามตรวจรักษาเพื่อติดตามผล และสามารถนัดให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ให้ บริการสุขภาพหลายคนในการนัดแต่ละครั้งได้ รวมทั้งมีช่องทางการสื่อสารผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสื่อสารแผนการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยรับทราบอย่างเป็นระบบ และใช้การสื่อสารในช่องทางซึ่งผู้ป่วย มีความสะดวก
2. จัดให้ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับคลินิกหออกรับสามารถติดต่อสมาชิกในทีมหออกรับได้ อย่างทันท่วงที ผ่านโทรศัพท์ อีเมล หรือระบบอื่นๆ ที่จัดไว้ในเวลาทำการของคลินิกหออกรับ หรือติดต่อ โดยตรงกับผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งสามารถติดต่อสมาชิกในทีมหออกรับได้หลังเวลาทำการของคลินิก หออกรับ
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องสิทธิการรักษาหรือหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิ การรักษาหรือหลักประกันสุขภาพที่สามารถเข้ารับการรักษาในคลินิกหออกรับ หรือสถานพยาบาล ที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจรักษาต่อได้
4. พัฒนาช่องทางการสื่อสารให้ทีมหออกรับสามารถติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรมภายในเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยได้ รวมทั้ง เมื่อผู้ป่วยมี

ความต้องการการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือมีความต้องการทรัพยากรสำหรับการดูแลรักษาภายในชุมชน ทีมหมอครอบครัวสามารถส่งต่อไปยังองค์กรในเครือข่าย โดยมีการสื่อสารล่วงหน้าทั้งที่ทันเวลา และมีการติดตามผลหลังการส่งต่อนั้น

5. บูรณาการบริการสุขภาพจิตและคลินิกเฉพาะทางอื่นๆ ผ่านกลไกการจัดระบบส่งต่อ (referral systems) หรือการจัดบริการทางคลินิกหลายประเภทในสถานที่เดียวกัน (co-location)

6. พัฒนาระบบติดตาม ดูแล และประสานงานการวางแผนดูแลสุขภาพเมื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับคลินิกหมอครอบครัวเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายในเวลา 2-3 วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

7. พัฒนาระบบสื่อสารกับชุมชน เพื่อติดต่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในชุมชนซึ่งจะช่วยให้การดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านการประสานงานกับหน่วยงานด้านการบริการสังคม โดยมีสมาชิกในทีมหมอครอบครัวรับผิดชอบผลงานดังกล่าวโดยเฉพาะ

ตัวอย่างเครื่องมือการจัดการเชิงระบบที่ช่วยให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถบรรลุเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- ระบบนัดผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา (appointment systems)
- ช่องทางติดต่อทีมหมอครอบครัวหลังเวลาทำการ (after-hours communication channels)
- ช่องทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญของทีมหมอครอบครัว (consultation channels) และระบบส่งต่อผู้ป่วย (referral systems)

- ระบบติดตามดูแลและประสานงานเพื่อวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพเมื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับคลินิกหมอครอบครัวเข้ารับการรักษาที่อื่น (tracking and supporting systems for patients obtaining health services outside the practice)

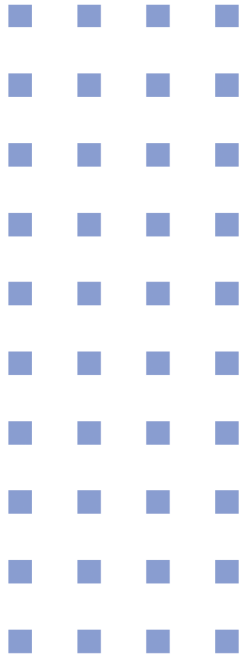
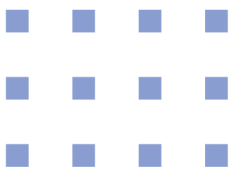
- ระบบสื่อสารกับชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในชุมชนซึ่งจะช่วยให้การดูแลสุขภาพของตนเอง (community resources)

สรุป

คำแนะนำสำหรับการออกแบบกระบวนการทำงานในรูปแบบใหม่สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัวข้างต้น จะช่วยให้ทีมหมอครอบครัวสามารถพลิกโฉมกระบวนการทำงานเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบไปด้วยการดำเนินงานใน 4 ขั้นตอนหลักซึ่งเปรียบเสมือน “บันได 4 ขั้น” ของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวสามารถวางแผนเส้นทางของการออกแบบกระบวนการในคลินิกหมอครอบครัวเป็นขั้นตอนตามแนวทางดังกล่าว โดยเลือกเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอน และพัฒนาต่อยอดเมื่อมีความพร้อมในขั้นตอนเบื้องต้นตามลำดับขั้นของการสร้างการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Wagner EH, Coleman K, Reid RJ, Phillips K, Abrams MK, Sugarman JR. The changes involved in patient-centered medical home transformation. *Prim Care*. 2012 Jun 1;39(2):241–59. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095454312000164>
2. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):166–71. Available from: <http://www.annfammed.org/content/12/2/166.abstract>
3. Starfield B. *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press; 1992. 280 p.
4. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458–65. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/282/15/1458>
5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *Br Med J*. 2003;(327):1219.
6. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001. 360 p.
7. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Strange KC. Why the Nation needs a policy push on patient-centred care. *Health Aff*. 2010;29(8):1489–95.
8. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2):175–84.
9. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163(1):83–90.
10. Bennett HD, Coleman EA, Parry C, Bodenheimer T, Chen EH. Health coaching for patients with chronic illness. *Fam Pract Manag*. 2010;17(5):24–9.
11. Bindman AB, Vranizan K, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Lurie N, et al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. *JAMA J Am Med Assoc*. 1995;274(4):305–11.
12. O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient experiences with coordination of care: The benefit of continuity and primary care physician as referral source. *J Gen Intern Med*. 2009;24(2):170–7.
13. Bodenheimer T. Coordinating care: A major (unreimbursed) task of primary care. *Ann Intern Med*. 2007;147(10):730–1.



Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care

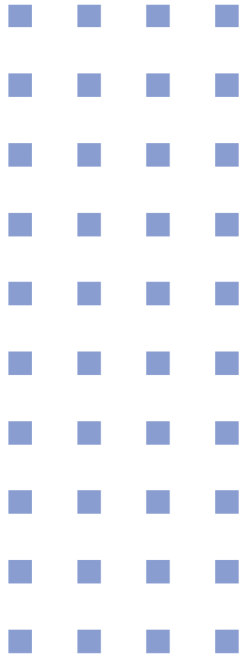
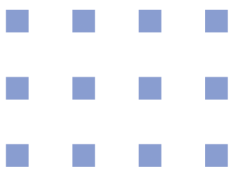




4

เครื่องมือการจัดการเชิงระบบสำหรับการพัฒนา
กระบวนการหลักของคลินิกหมอบรรอบครัว





Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care



4

เครื่องมือการจัดการเชิงระบบสำหรับการพัฒนา กระบวนการหลักของคลินิกหมอครอบครัว

ดวงดาว ศรียากุล

สันติ ลาภเบญจกุล

ศิริินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

สาวิตร์ ต้นเจริญ

บวรศม ลีระพันธ์

เนื่องจากการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมินั้น ไม่ใช่เพียงการดำเนินโครงการตามนโยบายระยะสั้น แต่เป็นการพัฒนาคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวระยะยาวอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อพลิกโฉมกระบวนการทำงานภายในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวควรเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสม ทั้งเครื่องมือด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเครื่องมือด้านการจัดการเชิงระบบเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในแต่ละขั้นตอน ดังแสดงไว้ในภาพที่ 4-1

ในบทนี้จะได้ยกตัวอย่างเครื่องมือการจัดการเชิงระบบที่สำคัญบางเครื่องมือ ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วย (registry) กระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment) การประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratification) และแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping) แผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย (shared care plan) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support) แนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลรักษาต่อเนื่อง (protocol for continuity of care) และแนวทางปฏิบัติเพื่อประสานงานการดูแลรักษาผู้ป่วย (protocol for coordination of care) เพื่อแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างเป้าหมายในการทำงานในแต่ละขั้นตอน และการประยุกต์ใช้เครื่องมือการจัดการเชิงระบบเพื่อการออกแบบกระบวนการทำงานในรูปแบบใหม่สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว ดังมีรายละเอียดดังนี้

#4 เชื่อมโยงระหว่าง สถานพยาบาล

เครื่องมือ: ระบบนัดผู้ป่วย (appointment systems), ช่องทางติดต่อ
หลังเวลาทำการ (after-hours communication channels), ระบบส่งต่อ
ช่องทางบริการผู้เชี่ยวชาญ (consultation channels), ระบบส่งต่อ
การรักษาที่อื่น (tracking and supporting systems), ทรัพยากร
ภายในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพ (community resources)

#3 เปลี่ยนโฉมรูปแบบ การจัดทีม

เครื่องมือ: แผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping),
การจัดการรายกรณี (case management),
ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management supports),
ระบบแจ้งเตือนและระบบช่วยตัดสินใจทางคลินิก
(clinical decision support systems and point-of-care reminders),
แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย (assessment of health literacy)

#2 ปรับรูปแบบ ความสัมพันธ์

เครื่องมือ: ทะเบียนผู้ป่วย (registry), กระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment),
ระบบสารสนเทศเพื่อสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วย (panel data),
การประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratification),
แผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping),
แผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย (shared care plan)

#1 วางพื้นฐาน สำหรับการปฏิรูป

เครื่องมือ: กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(Healthcare Quality Improvement Process)

ภาพที่ 4-1 เครื่องมือการจัดการเชิงระบบสำหรับแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิแบบบูรณาการ
โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4.1 ทะเบียนผู้ป่วย (registry) และกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment process)

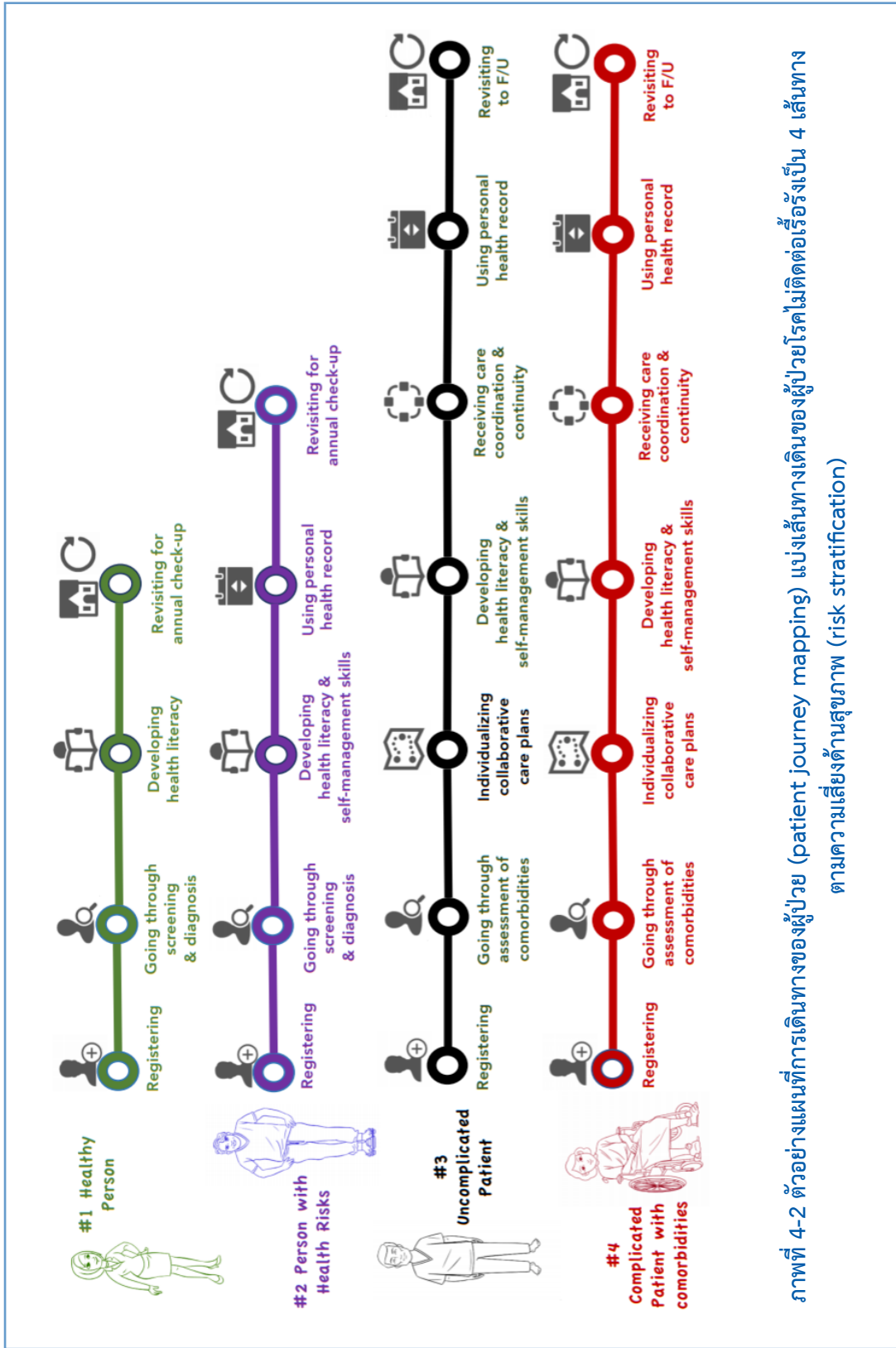
วัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือ : การสร้างทะเบียนผู้ป่วย (registry) และกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment process) เป็นกระบวนการที่ทีมหมอครอบครัวควรกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวสามารถระบุกลุ่มประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองได้อย่างถูกต้อง และทันสมัยเมื่อพิจารณาถึงประชากรที่เกิดใหม่ ประชากรที่เสียชีวิต รวมถึงประชากรที่ย้ายออกหรือย้ายเข้ามาอยู่ในความรับผิดชอบของทีมหมอครอบครัวในแต่ละช่วงเวลา ฐานข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน จะช่วยให้สมาชิกในทีมหมอครอบครัวสามารถวางแผนการส่งมอบบริการสุขภาพให้แก่กลุ่มประชากรที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเหมาะสม กระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกจึงควรเป็นกระบวนการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่การยึดผู้ให้บริการสุขภาพเป็นศูนย์กลางในการสร้างทะเบียนผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงการใช้ทะเบียนซึ่งเป็นรายชื่อประชากรตามทะเบียนบ้านหรือตามสิทธิประกันสุขภาพเท่านั้น แต่มุ่งเน้นการสร้างรายชื่อของกลุ่มประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบเพื่อนำไปใช้ทำความรู้จักหรือใช้ริเริ่มการสื่อสารสองทาง (two-way communication) ระหว่างทีมหมอครอบครัวและประชากรที่รับผิดชอบ

ดังนั้น กระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกจึงเป็นเครื่องมือเพื่อเริ่มต้นการทำงานสร้างความผูกพัน (engagement) ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับกลุ่มประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของทีมหมอครอบครัว และการทบทวนทะเบียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ทีมหมอครอบครัวมีรายชื่อกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบที่เป็นปัจจุบันโดยไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง และสามารถใช้อุปกรณ์ในทะเบียนผู้ป่วยเป็นฐานประชากรในการประเมินผลสมรรถภาพการทำงานของทีมหมอครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาได้ ทั้งการทำหน้าที่ในด้าน first-contact accessibility, continuity, comprehensiveness และ coordination

วิธีการใช้เครื่องมือ : การสร้างทะเบียนผู้ป่วยและกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกประกอบด้วยการทำงานใน 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ระบุกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ (to identify targeted populations) เช่น ระบุกลุ่มประชากรที่ทีมหมอครอบครัวแต่ละทีมหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแต่ละหน่วยรับผิดชอบ ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล (ไม่ใช่เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น) และประยุกต์ใช้วิธีการจัดการข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อพัฒนาข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยหรือประชาชนในความรับผิดชอบ เช่น ชื่อ อายุ วันเกิด โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล เป็นต้น

2. มอบหมายประชากรแต่ละคนให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละคน (to assign population) เช่น แบ่งทีมหมอครอบครัวและมอบหมายกลุ่มประชากรกลุ่มย่อยให้อยู่ในความรับผิดชอบของสมาชิกทีมหมอครอบครัวแต่ละคน อาจพิจารณาการมอบหมายความรับผิดชอบโดยแบ่งประชากรเป็นกลุ่มย่อยตามพื้นที่ หรือกลุ่มย่อยแบ่งตามสิทธิการรักษาพยาบาล หรืออาจพิจารณาให้ประชาชนในความรับผิดชอบเลือกผู้ให้บริการสุขภาพประจำตัวตามความสมัครใจ และมีการสรุปผลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันว่าสมาชิกของทีมหมอครอบครัวคนใดบ้างที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพหลักของประชาชนแต่ละคน และอาจเริ่มต้นด้วยกระบวนการลงทะเบียนเพื่อทำความรู้จักกันและกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและประชาชนในความรับผิดชอบ เป็นต้น




ภาพที่ 4-2 ตัวอย่างแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping) แบ่งเส้นทางเดินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็น 4 เส้นทาง ตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratification)


ตาราง 4-1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีสุขภาพดี (healthy population) ตามแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)

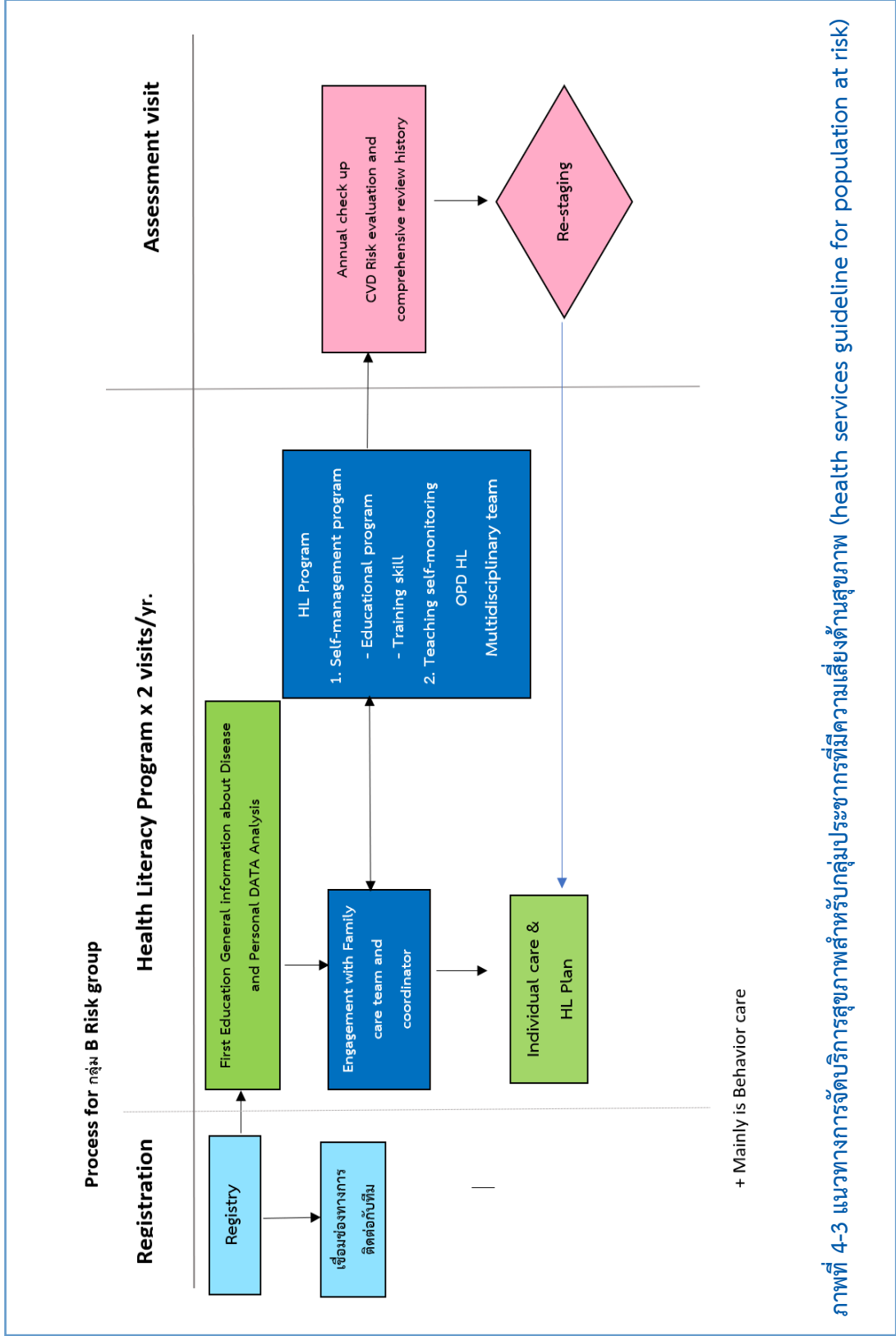
กลุ่มผู้ป่วย	เส้นทางของผู้ป่วย (patient journey)
กลุ่มปกติ	<p style="text-align: center;"> Registering Going through screening & diagnosis Developing health literacy Revisiting for annual check-up </p>
	<p>1) ขึ้นทะเบียนกลุ่มปกติ</p> <p>2) เข้ารับประเมินปัญหาสุขภาพต่อไปนี้ : THAI DM RISK SCORE, CVD RISK SCORE, BP</p> <p>3) ร่วมวางแผนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคล (health literacy assessment and self-management individual plan) โดยแผนของกลุ่มนี้ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> a. หากอ้วน ทำแผนลดน้ำหนัก b. แผนการปรับพฤติกรรมเสี่ยง c. มีส่วนในการวางแผนและเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพ <p>4) รับการนัดหมายตรวจประจำปี</p>

ตาราง 4-2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ (population at risk) ตามแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)

กลุ่มผู้ป่วย	เส้นทางของผู้ป่วย (patient journey)
กลุ่มเสี่ยง	<div style="text-align: center;">  <p>Registering Going through screening & diagnosis Developing health literacy & self-management skills Using personal health record Revisiting for annual check-up</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 1) ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง 2) เข้ารับประเมินปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ : THAI DM RISK SCORE, CVD RISK SCORE, BP, DTX 3) ร่วมวางแผนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคล (health literacy assessment and self-management Individual plan) โดยแผนของกลุ่มนี้ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> a. แผนการปรับพฤติกรรมเสี่ยง b. แผนลดน้ำหนัก เพิ่มสมรรถนะร่างกาย c. มีส่วนในการวางแผนและเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพ (ให้ผู้รับบริการสุขภาพทำเอง ตัดสินใจเอง โดยบุคลากรในทีมหมอครอบครัวเป็นผู้ให้ความรู้ข้อมูลและช่วยแนะนำการปรับพฤติกรรมเสี่ยง) 4) รับการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพประจำตัว 5) รับการนัดหมายตรวจประจำปี

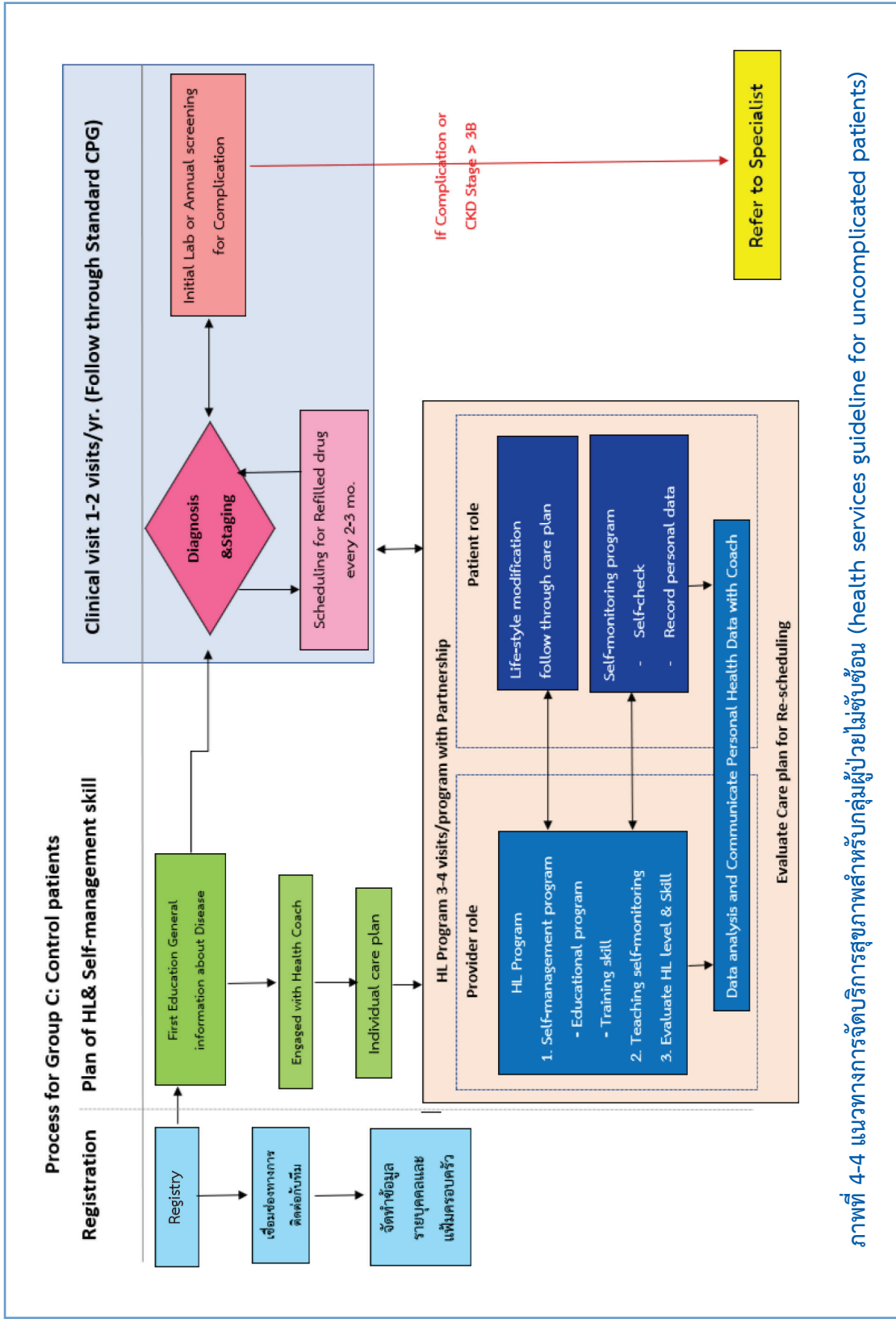
ตาราง 4-3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยไม่ซับซ้อน (patients without complications) ตามแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)

กลุ่มผู้ป่วย	เส้นทางของผู้ป่วย (patient journey)
กลุ่มผู้ป่วยไม่ซับซ้อน	<div style="text-align: center;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> 1) ขึ้นทะเบียนในทะเบียนกลุ่มผู้ป่วยไม่ซับซ้อน 2) เข้ารับประเมินปัญหาสุขภาพต่อไปนี้ : THAI DM RISK SCORE, CVD RISK SCORE, BP 3) ร่วมวางแผนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคล (health literacy assessment and self-management individual plan) สรุปปัญหาหรือการวินิจฉัยโรค และแนวทางการจัดการกับปัญหา (diagnosis) ที่พบตามแนวทางเวชปฏิบัติ 4) วางแผนการดูแลรักษารายบุคคล (Individual care plan) อิงตามแนวทางเวชปฏิบัติโรค NCDs โดยแผนของกลุ่มนี้ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> a. การวางแผนการรักษา b. การวางแผนสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความเสี่ยง (Health literacy and self-management Individual plan) c. การวางแผนการดำรงชีวิตประจำวันกับโรคเรื้อรัง d. มีส่วนในการวางแผนและเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพ (ให้ผู้รับบริการสุขภาพทำเองตัดสินใจเอง โดยบุคลากรในทีมหมอครอบครัวเป็นผู้ให้ความรู้ข้อมูลและช่วยแนะนำการปรับพฤติกรรมเสี่ยง) 5) ทำความรู้จักกับสมาชิกในทีมหมอครอบครัวที่ได้รับมอบหมายให้เป็น care coordinator และ health coach ที่จะทำหน้าที่ประสานงานและดูแลติดตาม patient journey ได้อย่างต่อเนื่อง 6) รับการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพประจำตัวคืนให้กับประชาชน 7) ร่วมออกแบบ self-monitoring tools เพื่อเชื่อมโยงกับทีมสุขภาพประจำตัว 8) ใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น ระบบการขอยาเพิ่มเมื่อยาเดิมหมด (drug refill) 9) นัดหมายพบทีมสุขภาพตามแผน

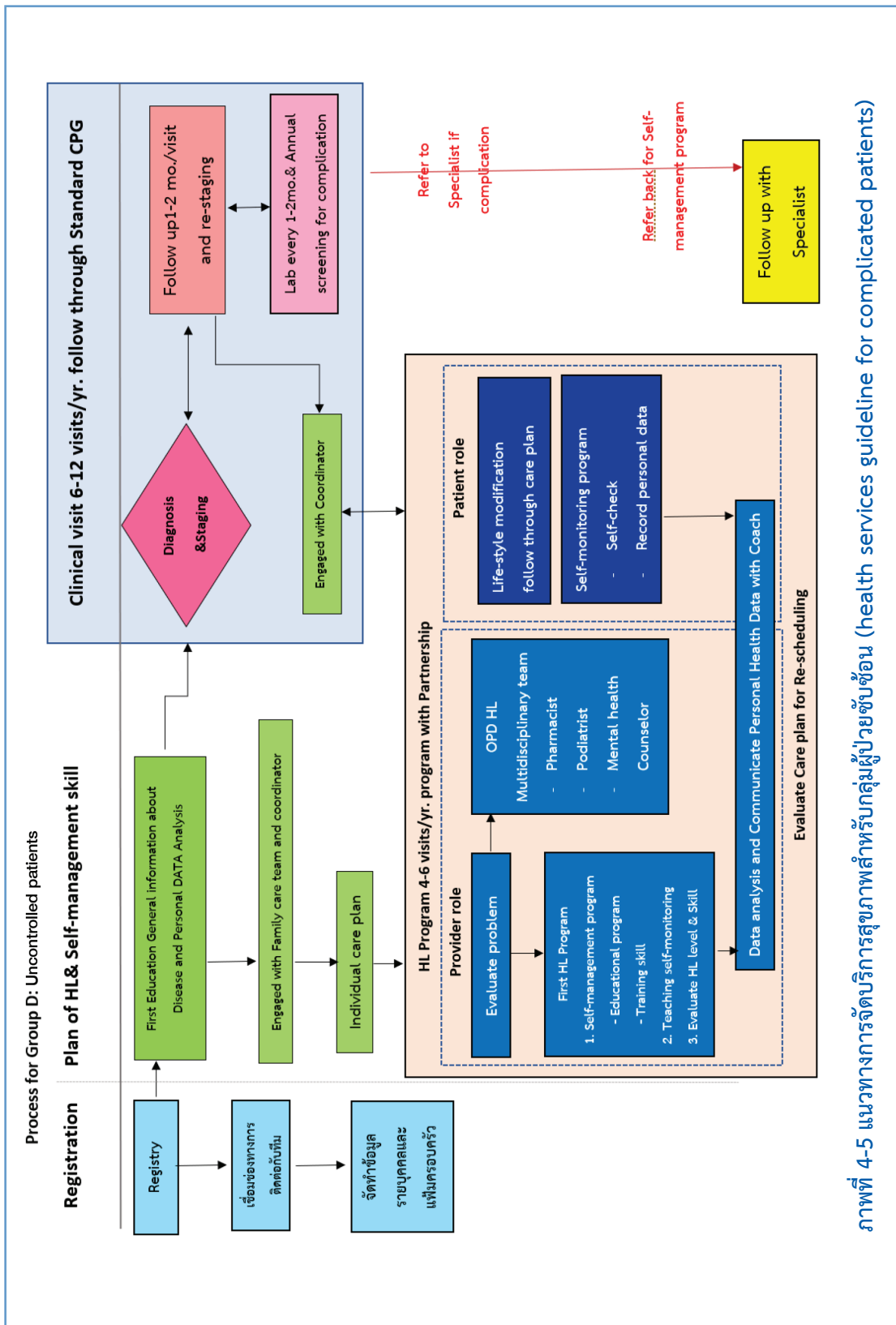


ภาพที่ 4-3 แนวทางการจัดการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ (health services guideline for population at risk)

- แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)



ภาพที่ 4-4 แนวทางการจัดการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยไม่ซับซ้อน (health services guideline for uncomplicated patients)



ภาพที่ 4-5 แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยซับซ้อน (health services guideline for complicated patients)

4.3 แผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย (shared care plan) และระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support)

วัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือ : การวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย (shared care plan)(5-7) เป็นเครื่องมือบันทึกประเด็นสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการออกแบบกระบวนการสื่อสารระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย มุ่งเน้นการผสมผสานการดูแลรักษาโดยทีมหมอครอบครัวทั้งทีมแทนที่จะสนใจเพียงแผนการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น ให้โอกาสผู้ป่วยที่จะพัฒนาและต่อรองแผนการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เน้นความโปร่งใสของการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพและการสร้างความร่วมมือระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ในระยะยาวระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผูกพันในกระบวนการดูแลรักษา ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีความเข้าใจในมุมมองด้านสุขภาพ รวมทั้งค่านิยมส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

การวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วยช่วยสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย (shared decision-making)(8,9) และเป็นส่วนหนึ่งของระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support) ซึ่งครอบคลุมการวางแผนกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข การสนับสนุนการจัดการตนเองจึงเป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย เช่น บทบาทของตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา รวมทั้งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญมากในการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับผู้ป่วย จากความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพเป็น “หุ้นส่วน” (partner) ในการดูแลรักษาสุขภาพ และเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม (engagement with team-based healing relationships)

มาตรการด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือการให้สุขศึกษา (health education) ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่อไป องค์ความรู้ที่ควรให้สุขศึกษา ได้แก่ การอธิบายเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินของโรค ทางเลือกในการรักษา วิธีการผสมผสานการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเข้าในวิถีชีวิตประจำวัน วิธีการผสมผสานการเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมเข้าในวิถีชีวิตประจำวัน การใช้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพด้านการรักษาอย่างสูงสุด การเฝ้าติดตามผลลัพธ์และการแปลผลที่เกิดจากการตัดสินใจด้านการจัดการตนเอง รวมทั้งการป้องกัน การเฝ้าระวัง และการรักษาภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การให้สุขศึกษาแต่เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น การให้สุขศึกษาในคลินิกหมอครอบครัวจึงควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ที่เป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย

วิธีการใช้เครื่องมือ : การวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย และการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยการทำงานใน 7 ขั้นตอน(10) ได้แก่

1. กำหนดปัญหาในมุมมองของผู้ป่วย (to constructing a problem definition) เช่น การริเริ่มพูดคุยให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วย โดยเริ่มที่ปัญหาของผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์พบปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต วิธีการนี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ควรระบุปัญหาอย่างจำเพาะและชัดเจน เช่น การกำหนดปัญหา “กินของขบเคี้ยวมากเกินไป” จำเพาะและชัดเจนมากกว่า “ไม่ควบคุมอาหาร” หรือการกำหนดปัญหา “กินของขบเคี้ยวหลังอาหารมื้อเย็นเป็นประจำ” ย่อมจำเพาะและชัดเจนมากกว่า “กินของขบเคี้ยวมากเกินไป” การกำหนดปัญหาจึงเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยและทีมหมอครอบครัวควรคิดและพิจารณาร่วมกันโดยพิจารณาว่าผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอยู่แล้ว ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง และกำหนดปัญหาได้ด้วยตนเอง

2. ตั้งเป้าหมายร่วมกัน (to collaboratively set goals) ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาก้าวแรกของการมุ่งสู่การดูแลตนเอง โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม การตั้งเป้าหมายที่ดีควรมี 1) ความจำเพาะ (specific) กำหนดเป็นการกระทำที่เป็นรูปธรรม เช่น ไม่กินของขบเคี้ยวหลังอาหารมื้อเย็น ไม่ใช่เพียงนามธรรม เช่น กินอาหารเพื่อสุขภาพ 2) ความสามารถในการวัดผลได้ (measurable) สามารถบอกได้ว่ามากแค่ไหน บ่อยแค่ไหน เช่น เดินนาน 1 ชม. จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ 3) มุ่งเน้นการกระทำ (action-based) คือตั้งเป้าหมายที่เป็นการกระทำ เช่น การออกกำลังกาย มากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ลดน้ำหนัก 4) มีความเป็นไปได้จริง แต่ก็ยังมีความน่าท้าทาย (realistic) ไม่ยากเกินไปจนทำให้หมดกำลังใจ แต่ก็ไม่ง่ายเกินไปจนไม่รู้สึกรักภูมิใจเมื่อทำสำเร็จ และ 5) มีการกำหนดระยะเวลาบรรลุเป้าหมายชัดเจน (time-limited) เช่น บรรลุเป้าหมายภายใน 4 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน เป็นต้น

3. ร่วมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (to collaboratively solve problems) ได้แก่ การปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อตัดสินใจว่าจะแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยด้วยวิธีการอย่างไรจึงจะบรรลุเป้าหมายเหล่านั้นได้ และระบุอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงและค้นหาข้อเท็จจริงว่าทำไมอุปสรรคเหล่านั้นจึงยังคงขัดขวางการบรรลุความสำเร็จอยู่และขัดขวางอย่างไร เพื่อจะได้หากกลยุทธ์ที่จะจัดการกับอุปสรรคได้ ด้านความรู้ความเข้าใจ เช่น พิจารณาอุปสรรคที่เกิดจากความเชื่อว่าการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ อุปสรรคด้านความรู้สึก เช่น การไม่มั่นใจในตนเอง อุปสรรคด้านเครือข่ายสังคม เช่น ขาดการสนับสนุน อุปสรรคด้านทรัพยากร เช่น ไม่มีเวลาหรือเงินหรืออุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ไม่มีสถานที่หรืออุปกรณ์เครื่องมือออกกำลังกาย เป็นต้น หลังจากทำความเข้าใจอุปสรรคของการแก้ไขปัญหาแล้วจึงร่วมกันพัฒนากลยุทธ์เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ทั้งกลยุทธ์เชิงรุก ได้แก่ การพยายามขจัดอุปสรรคล่วงหน้าตั้งแต่อุปสรรคยังไม่เกิดขึ้น และกลยุทธ์เชิงรับที่จะกระทำเมื่ออุปสรรคเกิดขึ้นจริง โดยผู้ป่วยควรมีกลยุทธ์ที่จำเพาะกับอุปสรรคในแต่ละด้านที่เห็นว่าสำคัญ หากผู้ป่วยเคยประสบความสำเร็จมาก่อนหน้านี้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ก็ควรส่งเสริมความสำเร็จนี้ให้ต่อเนื่อง จะเป็นการเพิ่มโอกาสความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

ตัวอย่างข้อมูลที่อาจถูกบันทึกไว้ในแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย เช่น

- ประวัติการได้รับสุขศึกษาของผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย (patient education about diseases or conditions)
- ข้อมูลเรื่องการรักษาและการจัดการตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วย (treatments and self-management)
- บทบาทของสมาชิกในทีมหมอครอบครัวของผู้ป่วย และเป้าหมายในการดูแลรักษาเป็นทีม (team roles and goals)
- บทบาทของโค้ชด้านสุขภาพหรือการให้คำปรึกษา (counseling or coaching) รวมถึงการได้รับการสัมภาษณ์แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (motivational interviewing)
- บริบทในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งค่านิยมส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว (patient's preference and value)
- เป้าหมายและแผนดำเนินการของผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาวเพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง (the patient's short-term and long-term health goals and the action plan for achieving them)

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ชักชวนให้ผู้ป่วยอภิปรายแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย แสดงในภาพที่ 4-6 และภาพที่ 4-7

ชื่อ

วันเดือนปีเกิด

การวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย

ทางเลือกในการเข้าถึงทีมหมอครอบครัวที่เลือก : ติดต่อสมาชิกทีมหมอครอบครัวด้วยโทรศัพท์ 081-xxx-xxxx

ข้อมูลสำหรับการวางแผนการดูแลรักษาและการประสานงานการดูแลรักษา

1. ข้าพเจ้าต้องการการส่งตัว ในกรณี....
2. ข้าพเจ้าต้องการติดต่อผู้จัดการรายกรณี (care manager) ทางโทรศัพท์ 089-xxx-xxxx ในกรณี....

สมาชิกในทีมหมอครอบครัวของข้าพเจ้า

1. นพ. ก.
2. พว. ข.
3. ภญ. ค.
- 4.

การวินิจฉัยโรค :

เป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง (เป้าหมายของผู้ป่วย) :

เป้าหมายในการป้องกันโรคหรือการรักษาโรคเรื้อรัง (เป้าหมายทางการแพทย์) :

ภาพที่ 4-6 ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบสั้นเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกัน ระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(ที่มา: ดัดแปลงจาก Bare Bones Care Plan by Family Medical Group NE(11). Access from:
http://www.pccpi.org/sites/default/files/resources/Shared%20Care%20Plans_0.pdf)

My name:	Birthdate:	Updated date:
Phone: (days) (eves/wknds)	Email address:	
Insurance Company:		
Emergency contact and phone:		

I want the person working with me to know ...

I have challenges with: Transportation Vision Hearing Mobility English as a second language (ESL) Other

Comments:

I have issues with Diet: YES NO Comments:

My Religion/Spirituality impacts my health care: YES NO Comments:

Advanced Directives

Healthcare Advance Directives YES NO Comments:

Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) YES NO Comments:

Power of Attorney (Financial / Healthcare) YES NO Comments:

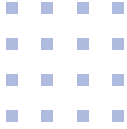
I live: alone partner/spouse Extended family Other:

I learn best by: Reading Being talked to Being shown how Listening to tapes Seeing pictures or video

I have access to the Internet: YES NO

Next appointment	Name	Office Phone	On-Call Number	Role
				Primary Care Doctor
I authorize that my personal health record to be shared with my care team listed above:				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Others with whom I agree to view my plan include:				

ภาพที่ 4-7 ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบยาวเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 (ที่มา: My Shared Care Plan by Pursuing Perfection Project in Whatcom County(11).
 Access from: http://www.pccci.org/sites/default/files/resources/Shared%20Care%20Plans_0.pdf)



- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)



ภาพที่ 4-8 ตัวอย่างแบบฟอร์มเพื่อการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมสหเวชศาสตร์และผู้ป่วยเบาหวาน

(ที่มา: <https://talkdm.wordpress.com/about-the-talkdm-study/shared-care-plan/>)



4.4 แนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลรักษาต่อเนื่อง (protocol for continuity of care)

วัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือ : การพัฒนาแนวทางปฏิบัติของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อจัดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (protocol for continuity of care) เป็นหัวใจสำคัญในการทำให้เกิดการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คลินิกหมอครอบครัวที่มีกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้พบทีมผู้ให้บริการสุขภาพประจำตัวเป็นประจำและทำให้เกิดการยอมรับว่าการได้พบทีมสุขภาพที่รู้จักและไว้ใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ (12) การดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพช่วยลดการนอนโรงพยาบาล (13) ช่วยลดจำนวนครั้งของการไปห้องฉุกเฉินได้ 27% (5) และช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลได้ (14)

วิธีการใช้เครื่องมือ : การพัฒนาและประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลรักษาต่อเนื่องประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อสร้างกระบวนการดูแลรักษาต่อเนื่องใน 4 ด้าน (15) ได้แก่

1. สร้างความต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัว (interpersonal continuity) ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย มีการจัดระบบให้ผู้ป่วยได้พบผู้ให้บริการสุขภาพหลักคนเดิมเมื่อผู้ป่วยมารับบริการสุขภาพที่คลินิกหมอครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับพฤติกรรม ความเชื่อ และบริบทของครอบครัว

2. สร้างความต่อเนื่องในการให้บริการสุขภาพโดยทีมผู้ให้บริการสุขภาพที่เดิมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (longitudinal continuity) ได้แก่ การวางแผนการดูแลหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ดูแลและติดตามโดยทีมสุขภาพในทุกระดับของการดูแล การพัฒนาระบบเชื่อมโยงและระบบส่งต่อระหว่างทีมสุขภาพ การกำหนดบทบาทสมาชิกในทีมหมอครอบครัวให้เป็นผู้นำทางหรือผู้กำหนดทิศทางวางแผนการดูแลรักษาเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน (care navigator or community connector) และเชื่อมโยงเครือข่ายสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย (informal caregiver or social network)

3. สร้างความต่อเนื่องของระบบบริหารจัดการ ได้แก่ การดูแลประสานงานเพื่อการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพต่างหน่วยงาน การทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพ การประเมินความเสี่ยงในแต่ละบุคคล การดูแลติดตามและป้องกันในปัญหาที่ต้องติดตามระยะยาว และการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพจากหลายหน่วยงาน

4. สร้างความต่อเนื่องของข้อมูลสุขภาพ (informational continuity) ได้แก่ การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ จนทำให้ผู้ป่วยสามารถแจ้งความต้องการด้านสุขภาพแก่ผู้ให้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อให้แน่ใจว่าทีมดูแลสุขภาพมีข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน มีระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลที่เชื่อมโยงกัน รวมทั้งมีมาตรฐานหรือแนวทางทางคลินิกที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละบริบท

4.5 แนวทางปฏิบัติเพื่อประสานงานการดูแลรักษาผู้ป่วย (protocol for coordination of care)

วัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือ : การพัฒนาแนวทางปฏิบัติของคลินิกหออกรักษาผู้ป่วยเพื่อประสานงานระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (protocol for coordination of care) เป็นหัวใจสำคัญในการทำให้เกิดการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และช่วยทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนและทุกหน่วยงานที่อยู่ในกระบวนการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยคนเดียวกันได้รับรู้เป้าหมายและวางแผนทำงานแบบเน้นคุณค่าเพื่อร่วมกันสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยตามแนวคิดเรื่องบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า (value-based care: VBC) คลินิกหออกรักษาที่มีระบบประสานงานในการดูแลสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการจัดบริการสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรสุขภาพ เช่น การประสานงานเพื่อการดูแลที่บ้านของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพในภาพรวมได้(13)

วิธีการใช้เครื่องมือ : การพัฒนาและประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อจัดระบบประสานงานระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนาแบบประสานงานใน 3 ด้าน(14) ได้แก่

1. ประสานงานกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วย (sequential coordination) ได้แก่ การส่งมอบความรับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีมดูแลสุขภาพต่างหน่วยงาน การวางแผนหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (discharge planning) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการถ่ายโอนข้อมูลและการแบ่งปันการดูแลระหว่างหน่วยงาน การวางลำดับการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ การแบ่งปันและการทำงานร่วมกันเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจากช่องทางใดช่องทางหนึ่ง เช่น ทีมหออกรักษาสามารถติดตามไปดูแลและประสานงานการวางแผนดูแลสุขภาพเมื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับคลินิกหออกรักษาเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ภายในเวลา 2-3 วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพัฒนาระบบหรือแนวทางในการส่งต่อจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังผู้เชี่ยวชาญ การขยายบริการเชิงรุก และการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

2. ประสานงานกระบวนการการดูแลผู้ป่วยแบบคู่ขนาน (parallel coordination) ได้แก่ การประสานงานโดยการทำงานร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพต่างหน่วยงานโดยรับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกัน ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การมอบหมายให้มีสมาชิกในทีมหออกรักษาทำหน้าที่ผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยและผู้นำทางในระบบสุขภาพให้ผู้ป่วย (case managers or system navigators) การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐานให้เป็นแนวทางเดียวกัน การวางแผนการดูแลรายบุคคล การส่งเสริมการดูแลตนเอง และการขอการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญหรือจัดการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง

3. ประสานงานกระบวนการทำงานร่วมกันในลักษณะที่มีอิทธิพลต่อกันในทางอ้อมและพัฒนาปัจจัยเอื้อในเชิงระบบ (indirect influence and system enablers for co-ordination) ได้แก่ การทำงานประสานงานผ่านเครื่องมือการจัดการหรือระบบค่าตอบแทน รวมทั้งการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนและข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น การกำหนดข้อตกลงเรื่องภาระรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน (accountability agreements)

หรือการกำหนดแนวทางในการดูแลและประสานงานในการดูแลผู้ป่วย (care pathways and protocols) การประสานงานทั้งด้านการฝึกอบรมและการศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพ การพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพงาน การประเมินผลคุณภาพของระบบประสานงาน และ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมที่ช่วยสนับสนุนการประสานในการดูแลรักษา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Christiansen E, Hampton MDC, Sullivan M. Patient empanelment: A strategy to improve continuity and quality of patient care. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2016;28(8):423–8.
2. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med [Internet].* 2014;12(2):166–71. Available from: <http://www.annfammed.org/content/12/2/166.abstract>
3. Layton A, Moss F, Morgan G. Mapping out the patient’s journey: Experiences of developing pathways of care. *Qual Heal Care.* 1998;7 Suppl:S30-6.
4. Trebble TM, Hansi N, Hydes T, Smith MA, Baker M. Practice pointer: Process mapping the patient journey: An introduction. *BMJ.* 2010;341(c4078).
5. Academy AHRQ. Develop a Shared Care Plan [Internet]. Available from: <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbook/develop-shared-care-plan>
6. Bodenheimer T, Handley MA. Goal-setting for behavior change in primary care: An exploration and status report. *Patient Educ Couns.* 2009;76(2):174–80.
7. Sada YH, Street RL, Singh H, Shada RE, Naik AD. Primary care and communication in shared cancer care: A qualitative study. *Am J Manag Care.* 2011;17(4):259–65.
8. Saba GW, Wong ST, Schillinger D, Fernandez A, Somkin CP, Wilson CC, et al. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann Fam Med.* 2006;4(1):54–62.
9. Hargraves I, LeBlanc A, Shah ND, Montori VM. Shared decision making: The need for patient-clinician conversation, not just information. *Health Aff.* 2016;35(4):627–9.
10. วิโรจน์ เจียมจรัสศรี. กรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในคลินิกสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร.* 2556;57(3):270–91.
11. Patient centered primary care institute. Examples of Shared Care Plans [Internet]. Available from: www.pccpi.org/LearnmoreatPrimaryCareHome.oregon.gov/LearnmoreatQ-corp.org
12. Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman GK. Interpersonal continuity of care: A cross-sectional survey of primary care patients’ preferences and their experiences. *Br J Gen Pract.* 2007;57(537):283–90.



- ■ ■ ■
- ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

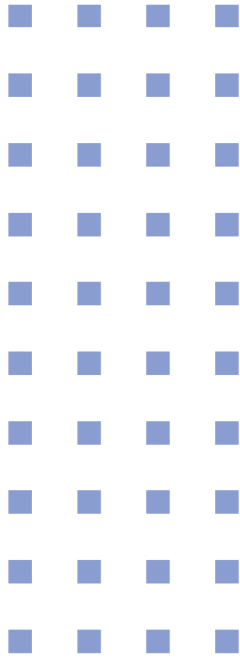
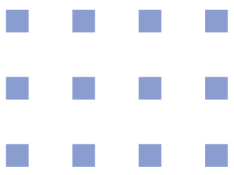
13. Eric De Jonge K, Jamshed N, Gildden D, Kubisiak J, Bruce SR, Taler G. Effects of home-based primary care on Medicare costs in high-risk elders. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(10): 1825–31.
14. Ovretveit J. Does improving quality save money? A review of the evidence of which improvements to quality reduce costs to healthcare service providers. London: Health Fountaion; 2009.
15. Deeny S, Gardner T, Al-Zaidy S, Barker I, Steventon A. Briefing: Reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice. The Health Foundation. 2017.



5

กรณีศึกษาการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว
ในประเทศไทยเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ
แบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูง





Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care



5

กรณีศึกษาการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว ในประเทศไทยเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ดวงดาว ศรียากุล
สันติ ลากเบญจกุล
ชัยณรงค์ สังข์จ่าง

5.1 คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร

คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร (ทีมศรีมาลา ทีมสระหลวง และทีมวัดท่าหลวง) ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ได้เข้าร่วมเรียนรู้แนวทางการจัดบริการสุขภาพโดยใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และได้นำหลักการไปใช้ในการพัฒนากระบวนการทำงานในพื้นที่รับผิดชอบ ทีมงานของคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองเครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร ได้วิเคราะห์ศักยภาพความพร้อมด้านต่างๆ และได้นำหลักแนวคิดเรื่อง “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” (Understanding-Accessibility-Development) มาปฏิบัติ จัดแผนการทำงานแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังแสดงในภาพที่ 5-1 เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (integrated, people-centered primary care) ทำให้เกิดกระบวนการการดูแลที่ตรงปัญหา ตรงคน และได้ประสิทธิผลเต็มที่

คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร เริ่มต้นการทำงานจากการสร้างทะเบียนผู้ป่วย (registry) ที่เป็นมากกว่าการสร้างระบบลงทะเบียนปกติ โดยใช้ปรัชญาสำคัญ คือ การลงทะเบียนเชิงรุก เพื่อสร้างความรู้จักและศรัทธาของพี่น้องประชาชนในพื้นที่ที่มีต่อหมอประจำตัว ดังนั้น คลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองเครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตรจึงได้สร้างเครื่องมือเพื่อการลงทะเบียนที่บ่งชี้ว่า “ใครเป็นหมอของคุณ” โดยการใช้สติ๊กเกอร์ (sticker) แสดงชื่อและเบอร์โทรศัพท์และทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด ดังแสดงในภาพที่ 5-2



ภาพที่ 5-1 ขั้นตอนการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
ของคลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร

ผลจากการใช้สตีกเกอร์แสดงชื่อและเบอร์โทรศัพท์และทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้รับผิดชอบได้รับเสียงตอบรับจากประชาชนเป็นอย่างดี แสดงให้เห็นถึงการรับรู้และการยอมรับการมีหมอประจำตัวมากขึ้น ผู้รับบริการสุขภาพให้ข้อมูลในเชิงบวก เช่น

- “รู้สึกอุ่นใจ...เวลาฉุกเฉินบางทีจำเบอร์ไม่ได้”
- “ดีนะ...จะได้รู้ว่าถ้ามีปัญหา จะไปปรึกษาใคร..ที่ไหน”
- “ดีใจ..หมอดูดีไว้ใกล้ ๆ เที่ยงนอน จะได้เห็น ดูได้ง่าย (ผู้ป่วยติดเตียง)”
- “มีเบอร์ฉุกเฉินด้วย มีประโยชน์มาก ๆ ฉันทิ้งบ้านคนเดียว”



ภาพที่ 5-2 การใช้สติ๊กเกอร์แสดงชื่อและเบอร์โทรศัพท์และทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร

เมื่อทำความรู้จักผู้คนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองแล้ว คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร ได้ทำการประเมินความเสี่ยงของคนที่ได้ลงทะเบียนไปพร้อม ๆ กับนำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มาจัดทำทำการประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratification) แยกกลุ่มตามสถานะของคน เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อจัดบริการเฉพาะสำหรับกลุ่มแต่ละกลุ่ม ทีมงานได้คิดถึงการส่งผ่านการดูแลสุขภาพไปให้เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของประชาชนหรือชุมชน จึงได้สร้างนวัตกรรมการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีขึ้นมา เรียกว่า “จุด check-in สุขภาพ” ดังแสดงในภาพที่ 5-3 โดยใช้บ้าน อสม. 5 หลัง เดิมศักยภาพทั้งความรู้และเครื่องมือ เพื่อเป็นจุดวัดความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว มีการสร้างระบบนัดหมายคนไข้ไปตรวจที่จุด check-in สุขภาพ โดยไม่ต้องเข้าไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง (ทีมศรีมาลา ทีมสระหลวง และทีมวัดท่าหลวง) ซึ่งเป็นการลดภาระงานและสร้างประสบการณ์ใหม่ให้ประชาชน ผู้ป่วยและชุมชนรู้จักการดูแลตนเอง หลักการสำคัญคือ การเสริมศักยภาพให้ประชาชนเกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self-care) ต่อไป

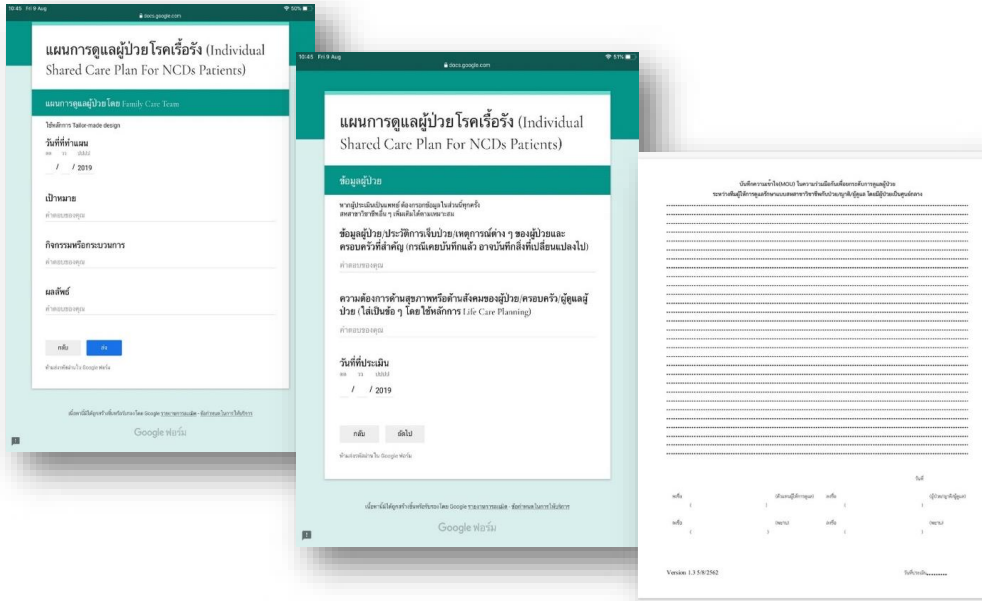
คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตร ได้สร้างกระบวนการเพื่อทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในกลุ่มผู้ป่วยที่คุมโรคไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน โดยการต่อยอดและพัฒนากระบวนการเดิม เช่น การต่อยอดโครงการ “CKD care model” เดิม และพัฒนามาเป็น “CKD School” ซึ่งมีการดูแลทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้และโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ที่เป็นผลพวงของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอีกด้วย มีการทำกิจกรรมทุก ๆ เช้าวันจันทร์ ก่อนพบแพทย์ โดยเนื้อหาสำคัญเป็นการทำความเข้าใจเรื่องโรคต่าง ๆ และผลเสียที่ตามมาจากการคุมโรคไม่ได้ ซึ่งเป็นการให้สุขศึกษา (health education) ที่เข้มข้นให้กับประชาชน

บทเรียนจากคลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพิจิตรนี้ แสดงให้เห็น การนำเอา health services guideline ไปปรับใช้กับทีมงานในบริบทพื้นที่ตนเอง โดยการวางแผนเป็นขั้นตอน และการสร้างเครื่องมือในการพัฒนาระบบการทำงาน (systems tools) ได้แก่ “จุด check-in สุขภาพ” สำหรับระบบการดูแลตนเอง, การใช้สติกเกอร์แสดงชื่อและเบอร์โทรศัพท์และทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้รับผิดชอบในการสร้างระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม และการพัฒนากระบวนการเดิมที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.2 คลินิกหมอครอบครัวยางน้ำโรง โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

คลินิกหมอครอบครัวยางน้ำโรง ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (integrated, people-centered primary care) ประยุกต์ใช้แนวคิด “life-care planning” และแนวคิดการจัดการบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (value-based health care: VBHC) เกิดเป็น “Cloud-based Individual Shared Care Plan” (CISCP) ดังแสดงในภาพที่ 5-5 ซึ่งทำให้ทีมหมอครอบครัวสามารถทำงานผ่าน platform ของ Google form service ทำให้ทุกสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทกับผู้ป่วย ร่วมกันตั้งเป้าหมายการทำงานแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โดยสามารถนำข้อมูลความต้องการหรือความปรารถนาของผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล ที่อิงกับองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ถูกต้อง มากรอกเติมลงใน CISCP นี้ มีการสังเคราะห์วิเคราะห์และหมวดข้อมูลในแต่ละแผนย่อย ๆ เกิดเป็น CISCP หลักของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งจะนำไปสู่การทำข้อตกลงร่วมมือกันด้านสุขภาพของผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวหรือ MOU ได้ต่อไป

- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)



ภาพที่ 5-5 การวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย และการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการใช้ Cloud-based Individual Shared Care Plan (CISCP) ของคลินิกหมอครอบครัวยางน่อง

5.3 คลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

คลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา อยู่ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ได้มีการนำเอารูปแบบระบบ การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (integrated, people-centered primary care) ไปใช้ โดยเริ่มจากการจัดทำกรประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratification) และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อทำการขึ้นทะเบียนโดยตั้งวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ทีมงานได้เลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผลการควบคุมน้ำตาลไม่ดี หรือ HbA1C >8% จำนวน 100 คน ทีมงานได้ออกไปพบปะกับผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือด้านเวชศาสตร์ครอบครัวดังแสดง ในภาพที่ 5-6 และภาพที่ 5-7

ผลลัพธ์ของการดำเนินการเบื้องต้นพบว่า

1. สำหรับตัวผู้ป่วย ได้สร้างการรู้จัก พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจ นำไปสู่การลงมือ ทำแผนการดูแลตนเอง หรือ “individual care plan” ในผู้ป่วย 100 คนนี้พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 30% ที่มี

ปัญหาเรื่องความร่วมมือหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมดูแลสุขภาพ (compliance) โดยเฉพาะการใช้ยา และประมาณ 20% เป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน (complications) แล้ว และมีถึง 50% ที่เป็นปัญหาจากพฤติกรรมซึ่งสามารถปรับปรุงได้ จึงได้ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการใช้ Individual plan ผลลัพธ์จากการดูแล มีดังนี้

- ยังไม่ครบกำหนดตรวจประเมินซ้ำ 9.57%
- HbA1C ลดลง 54.25%
- HbA1C เพิ่มขึ้น 23.40%
- HbA1C เท่าเดิม 12.78%

2. สำหรับครอบครัว สามารถทำการประเมินสถานะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และสร้างสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และค้นพบสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนทั้งครอบครัว ภาพรวมของการประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มป่วยทั้ง 100 คน เป็นดังนี้

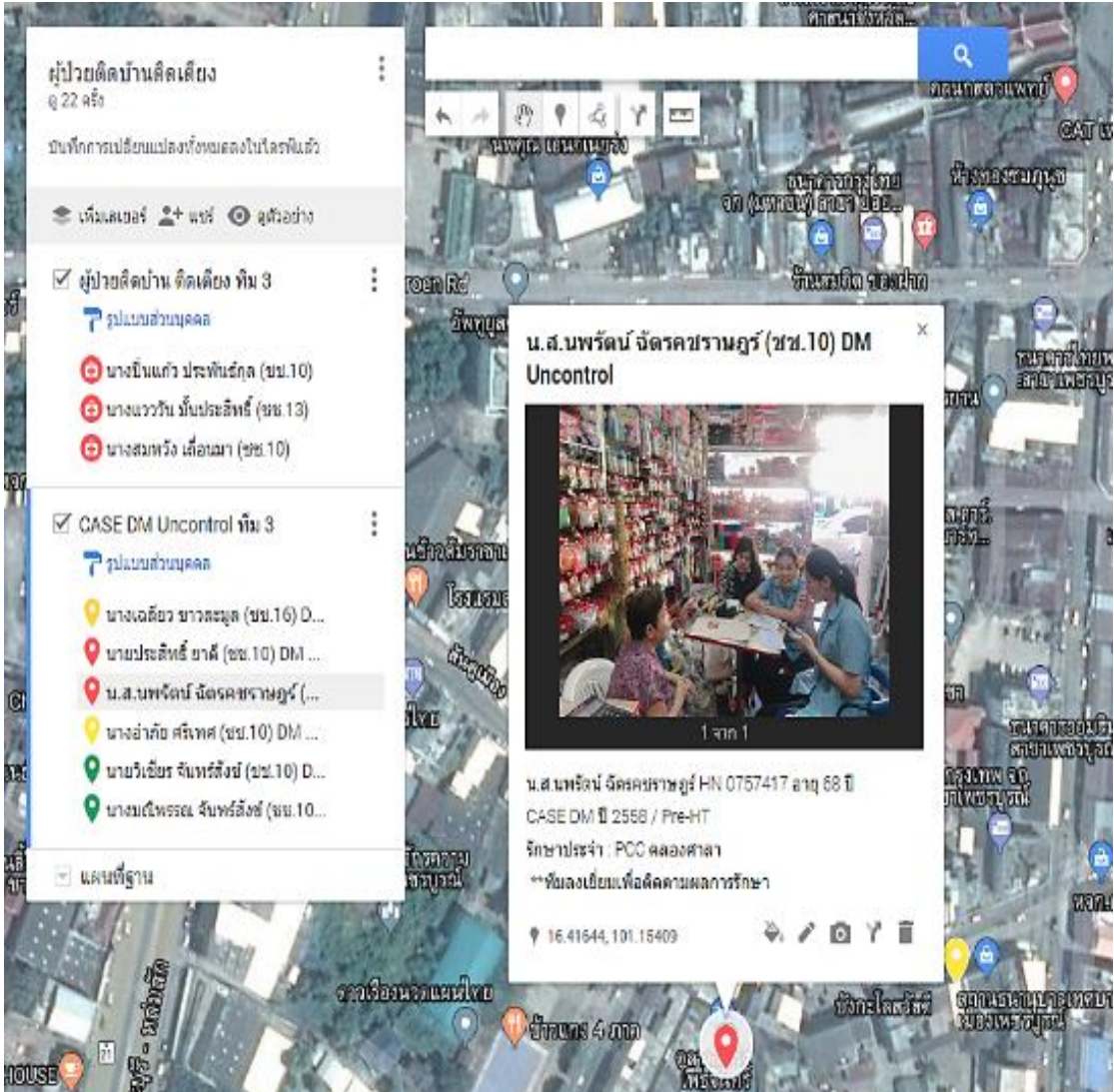
- พบว่าสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 30 คน
- พบคนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 16 คน เป็น Pre-HT 15 คน และ Pre-DM 1 คน
- พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 3 คน เป็น DM 2 คน และ HT 1 คน

ในจำนวนผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนใหม่ทั้งหมดนี้ จำนวน 49 คน ทีมหมอครอบครัวได้สร้างสัมพันธ์ภาพและให้การดูแลตามความเหมาะสมทั้งส่งวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษา ครอบคลุมทั้งผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ Pre-HT และ Pre-DM รวมทั้งผู้ป่วยได้ทำ Care plan และติดตามต่อเนื่อง (ผลลัพธ์ยังอยู่ในช่วงติดตาม)

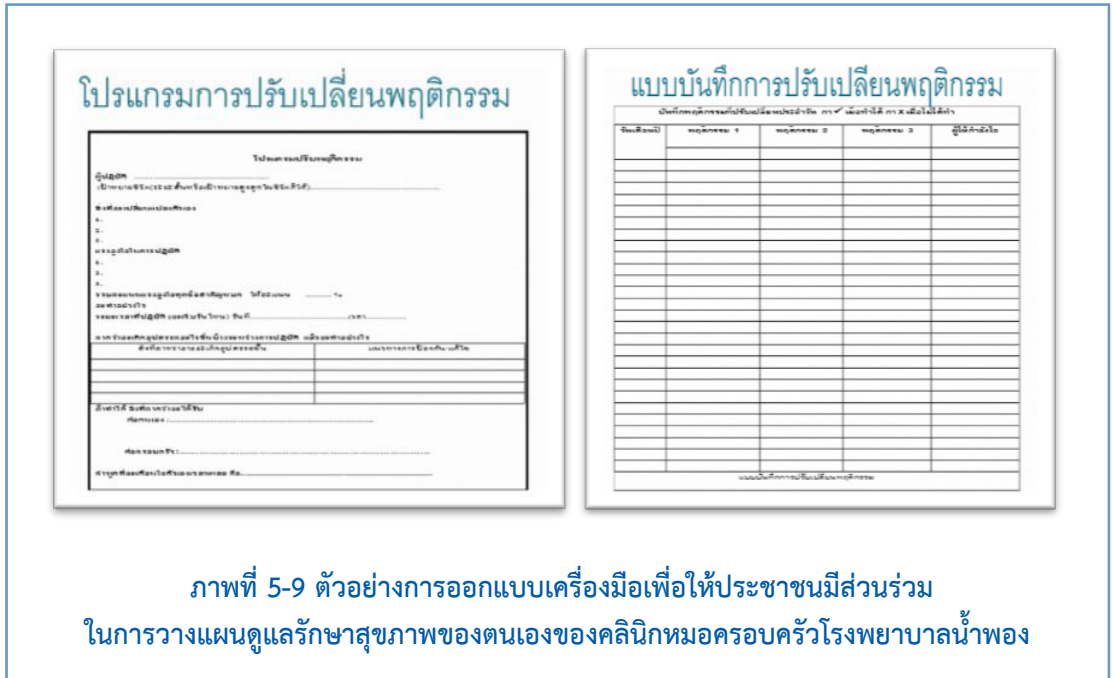
นอกเหนือจากการดูแลครอบครัว หรือ “family care” ดังกล่าว ทีมงานของคลินิกหมอครอบครัว คลองศาลายังได้เดินหน้าปรับระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โดยสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี ใช้ชื่อว่า “คลินิกติดตาม” ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ คือ ผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี จะได้เข้าสู่ช่องทางพิเศษ ไม่ต้องมาเข้าคิวรอรับยาแบบปกติ มีการนัดตรวจติดตามลดลง และจะมีพยาบาลประจำตัวทำการตรวจให้เป็นพิเศษ เพียงแค่วัดความดันโลหิตหรือเจาะน้ำตาลในเลือดมาตามระยะที่กำหนด รวมถึงมีระบบประกันการตรวจสุขภาพและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีให้ตามมาตรฐาน ซึ่งผู้ป่วยที่มีความสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีมักจะเลือกเข้าสู่ระบบนี้ ในระบบนี้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ามาพบแพทย์ทุกครั้ง แต่ได้จัดระบบการติดตามมารักษาโดยการโทรนัดหมาย ทำให้สามารถควบคุมจำนวนคนที่เข้ามาใช้บริการได้ และจัดระบบงานประจำวันได้ง่ายขึ้น เป็นการลดภาระงานประจำวันได้พร้อมกับสร้างการดูแลตนเอง และสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพให้กับผู้ป่วย

ทีมงานของคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา เรียนรู้ว่า การดำเนินตาม care model นี้ เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง ไม่ได้ทำทีละกระบวนการแยกขาดจากกัน ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดี อาศัยการดูแลสุขภาพเป็นแกนในการสร้างความผูกพัน (engagement) แล้วเรียนรู้ซึ่งกันและกัน บทเรียนที่เรารู้ได้ คือ เพียงแค่จัดระบบงานใหม่ ทำให้มีเวลาออกไปทำงานใหม่ที่มีประสิทธิภาพ (effective) มากขึ้น

- แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)



ภาพที่ 5-6 เครื่องมือติดตามผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของคลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา



ภาพที่ 5-9 ตัวอย่างการออกแบบเครื่องมือเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพของตนเองของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลน้ำพอง

ทีมงานของคลินิกหมอครอบครัว รพ. น้ำพองได้ทำการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือเพื่อการดำเนินการและเลือกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และพัฒนาเครื่องมือสำหรับระบบการทำงานใหม่ ได้แก่ กราฟชีวิต, แบบซักประวัติเพื่อค้นหาสาเหตุ และแบบบันทึกการปรับพฤติกรรม ดังภาพที่ 5-8 และภาพที่ 5-9 โดยทีมได้ออกแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทั้งการตัดสินใจและลงมือบันทึกด้วยตนเอง (เฉพาะผู้ป่วยรายที่อ่านออกเขียนได้)

นอกจากนั้น ทีมงานของคลินิกหมอครอบครัว รพ.น้ำพอง ได้นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้าไปใช้ในคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งได้ปรับการบริการจากเดิม เป็นทำการคัดแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่ม แบ่งกลุ่มเป็น สีแดง สีเหลือง สีเขียว ตามระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูง พร้อมกับให้ผู้ป่วยรับทราบสีของตนเองแล้วจัดให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งได้พัฒนากระบวนการอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การซักประวัติเชิงลึก, การมอบให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ (goal setting) ด้วยตนเอง การติดตามผล จะมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนพฤติกรรมของตนเองและเรียนรู้ที่จะลดระดับน้ำตาลด้วยตนเอง นำผลของระดับน้ำตาลไปใส่ลงในกราฟ ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความหมายของระดับน้ำตาลของตนเอง

ผลลัพธ์ของกระบวนการ ที่เก็บข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 16 คน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ได้ผลดังนี้

- ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 7 คน (ร้อยละ 44) สาเหตุจากการลดกาแฟ น้ำหวาน เปลี่ยนการกินข้าวเหนียวเป็นข้าวสวย ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น
- ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 9 คน (ร้อยละ 56) สาเหตุจากการลืมหินยา กินแตงโม กินขนมหวาน

บทเรียนที่ทีมคลินิกหออโรคอรรค์ รพ. น้ำพองได้จากการจัดกระบวนการนี้ ได้แก่

- การให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการค้นหาสาเหตุที่แท้จริง, การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง, การทบทวนพฤติกรรมตนเอง ล้วนแต่เป็นกิจกรรมที่สร้างให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์ในมุมมองของตนเอง
- การสร้างเครื่องมือ จะต้องสร้างสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจง่าย ต้องให้ชัดเจนกับผู้ป่วย เช่น การใช้สี, การเขียนกราฟที่มีการแปลความหมายให้กับผู้ป่วย
- การสร้างระบบการมีส่วนร่วมในการตรวจรักษาในคลินิก โดยการทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์ตนเอง สร้างการเรียนรู้และเลือกวิถีทางด้วยตนเอง

5.5 คลินิกหออโรคอรรค์โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

ทีมหออโรคอรรค์ รพ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี ปรับระบบบริการสุขภาพ โดยเริ่มต้นจากการแบ่งผู้รับบริการสุขภาพเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) risk group (Pre-DM, Pre-HT), 2) uncomplicated, controlled patients และ 3) complicated, uncontrolled patients

หลังจากแบ่งผู้รับบริการสุขภาพเป็น 3 กลุ่มแล้ว ทีมคลินิกหออโรคอรรค์ รพ.ท่าม่วง จึงจัดระบบดูแลเป็นกระบวนการ โดยจัดกระบวนการดูแลรักษาแบบใหม่ให้กับกลุ่มที่ 2 และ 3 โดยในกลุ่มที่ 2 ได้จัดระบบดูแลรักษาขั้นใหม่ เน้นให้ผู้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากขึ้น ได้เชิญผู้ป่วยมารวมกลุ่มเพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าระบบใหม่ ซึ่งไม่ต้องเสียเวลารอคอยก่อนเข้าพบแพทย์ โดยจะต้องทำการตรวจวัดความดันโลหิตหรือตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองก่อนมาพบแพทย์ มีการประกันเวลาการพบแพทย์ อย่างน้อย 6 นาที จัดทำ individualized care plan เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักการดูแลตนเองและการตั้งเป้าหมายอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ให้ทำการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองและญาติ ลดการนัดหมายมายังโรงพยาบาล ผลการหารือทำให้ทราบว่า มีผู้ที่ต้องการเข้าร่วมระบบใหม่ ทีมหออโรคอรรค์จึงได้ทำข้อตกลงร่วมและจัดระบบการตรวจด้วยตนเอง และพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่มีความสามารถในการจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตด้วยการซื้อหา มาไว้เอง ไม่ต้องเป็นภาระแก่โรงพยาบาล

ส่วนกลุ่มที่ 3 คือ complicated cases มีการนัดพบทีมสหวิชาชีพเพื่อทำแผน และเข้าร่วมกิจกรรมในการเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งกำหนดโปรแกรมไว้ ดังนี้

- ครั้งที่ 1 เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหารายบุคคล กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่ถึงเป้าหมาย การเสริมพลัง (empowerment) และการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหออโรคอรรค์และผู้ป่วย (shared care plan) ดังแสดงในภาพที่ 5-10
- ครั้งที่ 2 – 5 เน้นการทบทวนเป้าหมาย วิธีการเดินสู่เป้าหมาย อุปสรรคปัญหา การเสริมพลังให้ผู้ผู้ป่วย (empowerment) และการวางแผนครั้งต่อไป

การจัดกระบวนการดังกล่าวเป็นการจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้รับบริการตรงปัญหาของตนเอง ไม่ใช่ทุกคนต้องไปพบแพทย์ในทุกครั้งเสมอไป มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ก็ควรพบกับนักจัดการพฤติกรรม ถ้ามีปัญหาด้านคลินิกก็ควรพบแพทย์ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับยา ก็ควรพบเภสัชกร



ภาพที่ 5-10 กิจกรรมเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม ผ่านการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย และระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยของคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลท่าม่วง



5.7 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีการปรับระบบงานเพื่อเชื่อมโยงคลินิกหมอครอบครัวหรือระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปสู่โรงพยาบาลใหญ่ในระดับตติยภูมิผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบดิจิทัล หรือ “smart healthcare solution” โดยทีมหมอครอบครัวของอำเภอวารินชำราบได้ทำการพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบบูรณาการ ปรับจาก “การทำทีละงาน” ปรับเป็น “การดูแลคนทั้งคน”

ภาพรวมของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (integrated, people-centered primary care) ของอำเภอวารินชำราบสามารถแสดงได้ดังแผนภาพที่ 5-12 ซึ่งแบ่งประเด็นในการพัฒนาเป็น 5 ด้าน ได้แก่

- Health services program and health care coordination (“Integrated Practice Collaboration”)
- Human resource development for primary care
- Financing for primary care
- Information technology and digital health information (hospital-to-primary care unit electronic medical record and home-based digital platform services)
- Public health services

- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

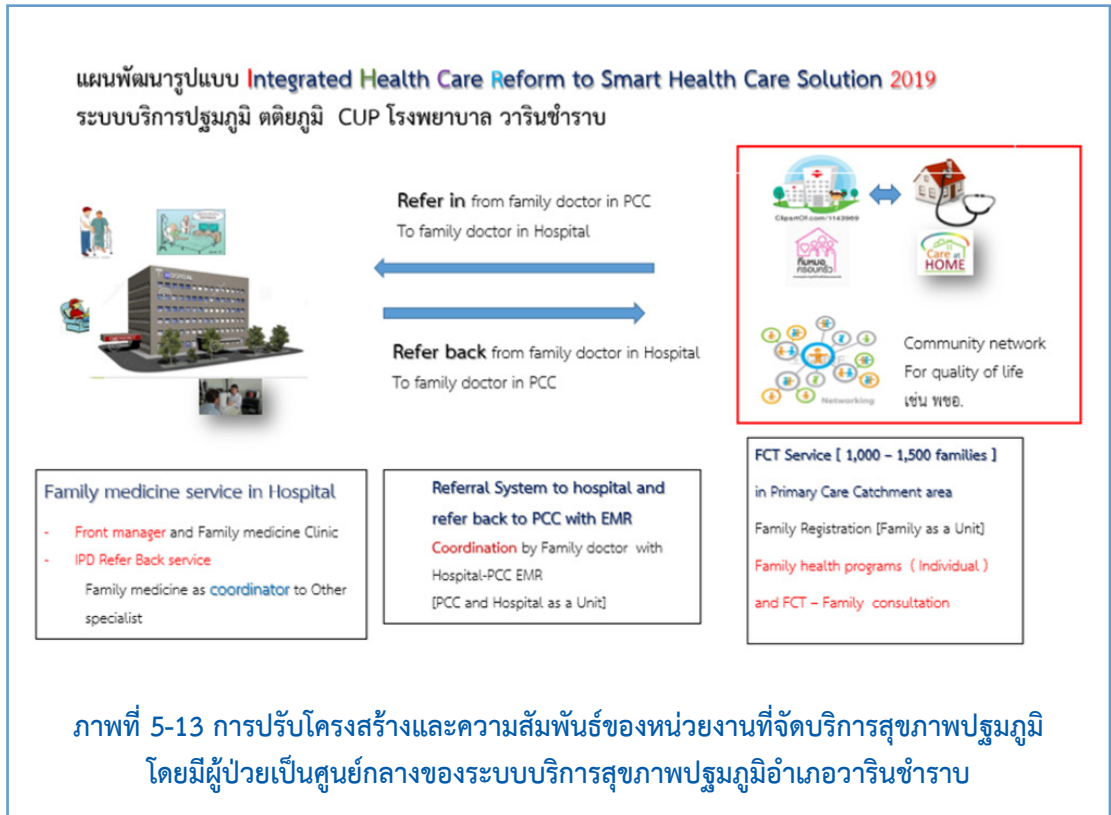


ภาพที่ 5-12 ภาพรวมของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอวารินชำราบ

ในการพัฒนาทั้ง 5 ประเด็นข้างต้นของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอวารินชำราบ ทีมหมอครอบครัวได้เริ่มต้นพัฒนาเป็นขั้นตอน ดังนี้

1) ปรับโครงสร้างบริการระหว่างบริการระดับตติยภูมิ, ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ให้เชื่อมต่อกัน เป็นการบูรณาการในระดับปฏิบัติการ หรือ “integrated practice” โดยอาศัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เชื่อมโยง หรือทำหน้าที่เป็น coordinator ระหว่างกระบวนการดูแลรักษาของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ ดังแสดงในภาพที่ 5-12

- Refer in to family physician (FP) or general practitioner (GP) in hospital for coordination with other specialists
- Refer back to primary care unit from hospital by FP coordination
- Family medicine consultation to other specialists



2) ทำการขึ้นทะเบียนประชาชน และมอบโปรแกรมสุขภาพรายครอบครัวและรายบุคคล เรียกว่า “family registration” ซึ่งมีกระบวนการสำคัญ คือ การออกไปในชุมชนเพื่อพบปะครอบครัว และดำเนินการสร้างความรู้จักกัน สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยอาศัยการประเมินสถานะสุขภาพของคนในครอบครัว ประกอบด้วย การประเมินใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

- ขึ้นทะเบียนประชาชนรายครอบครัว (family registry) และประเมินสถานะสุขภาพทุกคนในบ้าน (family health assessment)

- บริการโปรแกรมสุขภาพรายบุคคล ในครอบครัว (individual health care programs) จำนวน 9 รายการ ได้แก่ maternal and child health program, non-communicable disease program, communicable disease program, geriatric services, rehabilitation for handicap, outpatient services, emergency care services, occupational and environmental health services และการคุ้มครองผู้บริโภคและภัยสุขภาพประจำถิ่น

- การประเมินและแบ่งกลุ่มประชาชนตามความเสี่ยงสุขภาพออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โรคที่มีภาวะแทรกซ้อน ตาม health services guideline

- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

- การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในบริบทคลินิกหออครอบครัว (consultation of family care team-family setting) สร้างการติดต่อสื่อสารกับประชาชนในความรับผิดชอบอย่างเป็นระบบ โดยใช้ digital tele-platform เช่น telemedicine consultation ซึ่งเป็นการวางระบบการให้คำปรึกษาระหว่างทีมกับครอบครัวและผู้ดูแลครอบครัวหรืออาสาสมัครครอบครัว (อสค.)

3) จัดบริการสุขภาพที่จำเพาะกับกลุ่มประชากรที่ผ่านการประเมินสถานะสุขภาพแล้ว โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้จัดการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ตรงตามปัญหาที่ตนเองเป็นมากที่สุด

สรุป

การดำเนินการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (integrated, people-centered primary care) ในพื้นที่นำร่องที่ได้ยกมาเป็นตัวอย่างข้างต้น ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจักระบบการดูแลรักษา ส่งผลให้ทั้งประชาชนผู้รับบริการสุขภาพได้รับประสบการณ์ที่ดี และได้มอบบทเรียนจำนวนมากให้กับผู้ปฏิบัติงาน สิ่งที่สามารถสรุปได้ตรงกันในทุกพื้นที่คือ การทำงานในรูปแบบใหม่นี้อาจใช้การจัดกิจกรรมเดิม แต่มีการปรับเปลี่ยนวิธีคิด ทักษะคิด วิธีการมอง ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหออครอบครัวได้เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาด้วยวิธีการคิดนอกกรอบ เรียนรู้การสร้างการมีส่วนร่วม มีมุมมองที่ใช้บริบทของผู้ป่วยและประชาชนมากขึ้น ออกจากกรอบคิดเดิมเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการทำงานใหม่ ไม่ต้องยึดติดกิจกรรมแต่มุ่งไปให้ถึงเป้าหมาย หากใช้วิธีเดิมก็จะได้ผลลัพธ์แบบเดิม ดังนั้น หากต้องการผลลัพธ์แบบใหม่ก็ควรทดลองใช้วิธีการทำงานแบบใหม่

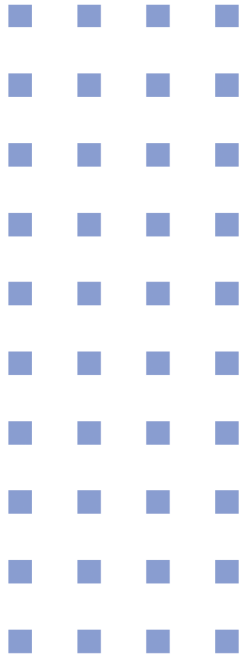
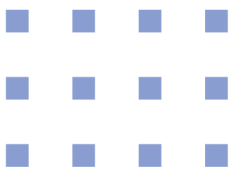
ผลลัพธ์ของการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ พบว่าคลินิกหออครอบครัวในหลายพื้นที่เริ่มมีแนวคิดใหม่ สร้างวิธีการหรือเครื่องมือใหม่มาใช้ในการทำงานในแต่ละกระบวนการสามารถมีหลากหลายเครื่องมือขึ้นกับความถนัดและบริบทของตนเอง การจักระบบงานใหม่นี้ทำให้ผู้ป่วยหรือประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ไขปัญหามากขึ้น ได้ใช้ศักยภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งตรงตามภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มุ่งสร้างการดูแลตนเอง (self-care) ให้เกิดขึ้นจริง ดังนั้น การสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องเป็นการสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสบการณ์ที่ตอบสนองตรงกับเรื่องราวหรือปัญหาของตนเองให้มากที่สุด รับผิดชอบเจ้าของปัญหาสุขภาพของตนเองให้มากที่สุด บทเรียนจากการทำงานในพื้นที่หลายแห่งสามารถพิสูจน์ได้ในช่วงเวลาสั้น ๆ ว่า การจักระบบบริการสุขภาพในรูปแบบใหม่นี้ สามารถสร้างงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้นได้จริง อย่างไรก็ตาม การปรับระบบการจัดบริการสุขภาพไม่ใช่เรื่องง่าย แต่เป็นสิ่งที่ทำได้ และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือ “mindset” ของทีมหออครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สุด



6

แนวคิดพื้นฐานที่ใช้ในการออกแบบนวัตกรรม
เชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ
แบบบูรณาการ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง





Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care



6

แนวคิดพื้นฐานที่ใช้ในการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

บวรศม ลีระพันธ์

การออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว มีเป้าหมายเพื่อปรับกระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบใหม่ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่บูรณาการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องจนครบวงจรการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายและแตกต่างกันไปตามสถานะสุขภาพและความรุนแรงของโรค การออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบจึงควรวางอยู่บนพื้นฐานแนวคิดและทฤษฎีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติปฐมภูมิ แนวคิดต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง แนวคิดระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อและการแบ่งระดับของบริการสุขภาพ แนวคิดการจักระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ แนวคิดการจัดการบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า และแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก

การทำความเข้าใจทฤษฎีและแนวคิดพื้นฐานที่ใช้ในการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบของคลินิกหมอครอบครัวดังกล่าวจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมากขึ้นในการประยุกต์ใช้คำแนะนำในหนังสือคู่มือเล่มนี้ให้เหมาะสมในแต่ละบริบท รวมทั้งสามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปต่อยอดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ด้วยตนเองต่อไป

6.1 แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติปฐมภูมิ

การพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ในสาขาวิชา “เวชศาสตร์ครอบครัว” (family medicine) เพื่อพัฒนา “เวชปฏิบัติครอบครัว” (family practice) ในบริบทระบบสุขภาพของประเทศไทย กระบวนการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวมีพื้นฐานวางอยู่บนแนวคิดและทฤษฎีด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่สำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ “แนวคิดเวชปฏิบัติปฐมภูมิ” (primary care) “แนวคิดเวชปฏิบัติที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (patient-centered medicine) และ “แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” (holistic care) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ยึดหยุ่นตามบริบทของผู้รับบริการสุขภาพแต่ละคน แต่ไม่ใช่ตามใจแบบไร้หลักการ
- ช่วยให้เกิดการดูแลที่เชื่อมโยงและบูรณาการกับทุกระดับ
- สร้างระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำหน้าที่เป็นเข็มทิศหรือผู้นำทางให้แก่ผู้รับ

บริการสุขภาพ

การพัฒนาเวชปฏิบัติที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ยังมีความสัมพันธ์กับอีกแนวคิดที่มีความคล้ายคลึงกันและเกี่ยวข้องกันคือ “แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นตัวบุคคล” (person-focused care)(7) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาระบบที่เกื้อหนุนกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพที่เน้นความเป็นมนุษย์ และมีความหมายกว้างขวางมากกว่าการพิจารณาผู้รับบริการสุขภาพเป็นเพียงผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมุ่งเน้นการทำความเข้าใจวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลให้เป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น สามารถวางแผนการดูแลรักษาที่สะท้อนวิถีชีวิตของผู้รับบริการสุขภาพมากขึ้น มุ่งเน้นการทำงานเพื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของแต่ละบุคคล โดยพิจารณาถึงปัญหาของชีวิตซึ่งมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิต การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ความจำเป็นที่ต้องแก้ไขปัญหาที่สำคัญในชีวิตเป็นลำดับแรก ให้ความสนใจและประเมินเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยไม่เพียงแค่อันตรายสุขภาพจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จนสามารถร่วมกันกำหนดปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้องด้วยตัวผู้ป่วยเอง (patient-defined problems) ดังนั้น หากประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นตัวบุคคลแล้ว ผู้ให้บริการสุขภาพจะไม่ได้ทำหน้าที่เพียงรวบรวมวิธีการดูแลรักษาตามรายโรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเข้าไว้ด้วยกัน แต่ทำหน้าที่บูรณาการให้การดูแลรักษาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการสุขภาพด้วย

การนำแนวคิดการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นตัวบุคคลไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติจำเป็นต้องพิจารณาถึงการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพในลักษณะความเป็นหุ้นส่วนอย่างแท้จริง และมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือในการจัดกระบวนการให้บริการสุขภาพที่เอื้อต่อการทำงานในลักษณะดังกล่าว(8) ตัวอย่างเช่น มีการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกัน (shared care plan) หรือมีการประยุกต์ใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support systems) เป็นต้น

จากประเด็นทั้งหมดที่ได้อภิปรายมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนาเวชปฏิบัติที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางวางอยู่บนหลักการสำคัญคือ การทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย “โรค” (disease) ซึ่งมีคำจำกัดความหรือคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ “ความเจ็บป่วย” (illness)(9,10) ซึ่งได้แก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยหรือความทุกข์ที่ผลักดันให้ผู้ป่วยแสวงหาบริการด้านสุขภาพจากแพทย์และวิชาชีพสุขภาพ ดังนั้น การจัดการกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จึงไม่ควรมุ่งเน้นเพียงแต่การรักษาโรคแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากสาเหตุที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพ (healthcare seeking behaviors) มักไม่ได้เกิดจากปัญหาที่ตัวโรคแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นผลมาจากความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยในรูปแบบอื่นด้วย(11-13) ดังนั้น ในเวชปฏิบัติที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องมีทักษะในการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องมีทักษะในการประเมินความทุกข์และการจัดการกับความทุกข์ของผู้ป่วยที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วย ทั้งนี้ ความทุกข์จากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท(10,14) ได้แก่

1) การดูแลสุขภาพระดับบุคคล (patient-oriented care) ครอบคลุมทุกมิติของการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การคัดกรองและการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล

2) การดูแลสุขภาพระดับครอบครัว (family-oriented care) ครอบคลุมการทำความเข้าใจระบบครอบครัว (family system) ซึ่งมีโครงสร้างและองค์ประกอบแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว เช่น บทบาทของสมาชิกภายในครอบครัวและลำดับความสำคัญของสมาชิกที่แตกต่างกัน และมีกระบวนการภายในครอบครัว (family process) ที่แตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาที่ผ่านมา เช่น มีปัญหาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามสมาชิกในครอบครัวที่เติบโตขึ้นตามวัย ดังนั้น การทำความเข้าใจระบบครอบครัวและกระบวนการในครอบครัวจะช่วยวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมดูแลสุขภาพได้รอบด้านมากขึ้น สามารถพิจารณาครอบครัวเป็นหน่วยของการดูแลรักษาแทนที่จะพิจารณาเพียงผู้ป่วยแต่ละคน

3) การดูแลสุขภาพระดับชุมชน (community-oriented care) ครอบคลุมการทำเวชปฏิบัติในชุมชนหรือการทำเวชปฏิบัติในบริบทที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพเฉพาะของแต่ละชุมชน มีกระบวนการทำงานเพื่อจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ และทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มประชากรที่รับผิดชอบได้

6.2 แนวคิดต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง

การพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหออครอบครัวเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อจัดกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง และต้องการบริการสุขภาพในลักษณะที่แตกต่างจากการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน จำเป็นต้องเน้นการใช้หลักการสำคัญบางประการเพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ได้แก่ การเสริมพลัง (empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้ จำเป็นต้องปฏิรูปกระบวนการส่งมอบบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย (healthcare delivery reforms) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบอื่นๆ ของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบใหม่ เช่น การปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพ และการปรับปรุงระบบการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นต้น

แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานที่การออกแบบกระบวนการทำงานในคลินิกหออครอบครัวที่สำคัญคือ “ต้นแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง” (Chronic Care Model)(19–21) ซึ่งเป็นแนวทางการจัดการระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพที่ส่งผลถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ดังแสดงไว้ในภาพที่ 6-1 โดยมีแนวทางการประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในการดำเนินงานเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ(22) ดังนี้



1) การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support)

กระบวนการทำงานเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างพลังและเตรียมตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ในระยะยาว รวมทั้งสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วย (self-care) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีจะนำไปสู่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตัวเอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคน้อยลง มีอาการที่รุนแรงน้อยลง รวมทั้งลดภาวะพิการได้

ตัวอย่างกระบวนการทำงานเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น

- การจัดการบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค
- การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว
- การแนะนำกลยุทธ์ในการใช้ชีวิตอยู่กับโรคในระยะยาว

– การทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่อย่างเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ (mutual decision-making) เพื่อเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามบริบทจำเพาะของผู้ป่วยหรือตามความต้องการส่วนตัวของผู้ป่วย (patient preference) แต่ยังคงคล้อยแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้เวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (evidence-based medicine)

2) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support)

การจัดระบบสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลทางคลินิกที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตัวอย่างการจัดบริการสุขภาพเพื่อทำให้เกิดระบบสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (clinical decision support system: CDSS) โดยการนำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกราย ผ่านการประยุกต์ใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น

– ระบบแจ้งเตือนแพทย์ (alerts) เมื่อมีการจ่ายยาที่อาจมีปฏิกิริยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับอยู่แล้ว

– ระบบแจ้งเตือนในวาระเบี่ยงเมื่อมีกระบวนการทำงานหรือการตัดสินใจทางคลินิกที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน

– ระบบแจ้งเตือนเมื่อมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ไม่เหมาะสมตามบริบทจำเพาะของผู้ป่วยหรือตามความต้องการส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น การแจ้งไม่ให้แพทย์หรือทีมดูแลสุขภาพช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation: CPR) ในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้แสดงความประสงค์ไม่ขอรับการกู้ฟื้นคืนชีพไว้แล้ว

จะเห็นได้ว่าการฝึกอบรมหรือการพัฒนาทักษะของผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อทำให้สมาชิกทุกคนในทีมดูแลสุขภาพมีความคุ้นเคยกับกระบวนการทำงานทางคลินิกซึ่งใช้ระบบสนับสนุนการตัดสินใจดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งมีความสำคัญในกระบวนการที่เปิดให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางคลินิกร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ

3) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (clinical information systems)

การจัดระบบสารสนเทศทางคลินิกมีเป้าหมายเพื่อช่วยนำข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระดับกลุ่มประชากรมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตัวอย่างการจัดระบบสารสนเทศทางคลินิก เช่น

– การวางแผนเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วย (proactive or advanced care plan) เพื่อระบุตัวผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อหรือไม่ได้รับการบริการสุขภาพตามกำหนด

– การจัดทำทะเบียนผู้ป่วย (patient registry) เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถใช้ข้อมูลในทะเบียนดังกล่าวในการวางแผนการพบผู้ป่วยในแต่ละครั้งได้ล่วงหน้า

นอกจากนั้น ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพยังสามารถใช้ระบบสารสนเทศทางคลินิกเพื่อรายงานสมรรถภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการรายงานผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลับไปยังผู้ให้บริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของการจัดบริการสุขภาพได้ ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการจัดระบบสารสนเทศและการจัดระบบช่วยการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

4) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ (delivery system design)

การออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าการจัดกระบวนการให้บริการสุขภาพจะนำไปสู่การให้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตัวอย่างการออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น

- การวางแผนในการนัดพบผู้ป่วยตามความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น พื้นฐานความรู้ และวัฒนธรรมในท้องถิ่นของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างแบบแผนให้มีการวางแผนนัดผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- การออกแบบให้ผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งไม่ใช่ นักเวชปฏิบัติ (non-clinicians) สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และเหมาะสมกับความรู้และทักษะที่มีของผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละประเภท
- การออกแบบให้มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อจัดบริการพิเศษผ่านโครงการจัดการดูแลเฉพาะ (care management programs) การออกแบบให้มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติล่าสุด มีการสร้างระบบเตือน ระบบให้ข้อมูลย้อนกลับ และการใช้คำสั่งการรักษาหรือกฎที่วางไว้ประจำในการดูแลผู้ป่วย (standing order) เพื่อให้การตัดสินใจทางคลินิกเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน
- การออกแบบให้ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ สามารถให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือผู้ให้บริการหลักซึ่งเป็นเจ้าของไข้ได้อย่างสะดวกและเหมาะสม
- การออกแบบให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถทำงานซึ่งมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้มากขึ้น โดยไม่จำกัดการทำงานอยู่แต่กระบวนการการรักษาโรคเท่านั้น

5) นโยบายและการจัดองค์กรสุขภาพ (organization of health care)

การพัฒนานโยบายและการจัดองค์กรสำหรับหน่วยบริการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อสร้างวัฒนธรรมในการทำงานและการสร้างกลไกในการทำงานของทีมผู้ให้บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการทำให้เกิดความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย และการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง สามารถทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพในรูปแบบการทำงานที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ตัวอย่างการพัฒนานโยบายขององค์กรที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น

- ผู้นำในระดับต่างๆ ของระบบสุขภาพ หรือผู้นำขององค์กรที่จัดบริการสุขภาพควรให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆ ที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม
- การพัฒนานโยบายขององค์กรให้มีกลไกสร้างแรงจูงใจด้านต่างๆ ให้บุคลากรในองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

6) นโยบายและทรัพยากรชุมชน (community resource and policy)

การแสวงหาและการจัดการทรัพยากรสุขภาพในชุมชนมีความสำคัญในบทบาทให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง และมีเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังเข้าถึงบริการที่จำเป็นในชุมชนของตนเองได้ ตัวอย่างทรัพยากรชุมชนซึ่งมีความสำคัญ โดยเฉพาะความสำคัญในบทบาทสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น

– การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพและองค์กรภาครัฐที่ให้บริการสวัสดิการสังคมด้านอื่นๆ ให้แก่ชุมชน เช่น การร่วมมือกับโรงเรียนเพื่อจัดกิจกรรมในชั้นเรียนเพื่อให้ความรู้เรื่องโภชนาการ หรือการจัดชั้นเรียนการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อช่วยสร้างโอกาสในการเข้าถึงของผู้สูงอายุและสามารถสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

– การสร้างพันธมิตรในการทำงานระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ องค์กรธุรกิจภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาภาคเอกชน เพื่อทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับกลุ่มประชากร

การศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ในต่างประเทศพบว่าการทำงานตามแนวคิดต้นแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังสามารถนำไปสู่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิผลและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีว่าการดูแลในรูปแบบดั้งเดิม(24) นอกจากนี้มีการศึกษาเชิงประจักษ์ในประเทศไทยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการได้รับการดูแลรักษาโดยทีมหมอครอบครัวที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อมุ่งพัฒนาหลายทักษะที่จำเป็นต่อการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้จำเพาะกับบริบท (systems interventions) และดีกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งได้รับการรักษาจากทีมหมอครอบครัวที่ผ่านการฝึกอบรมทักษะแบบแยกส่วนหรือการฝึกอบรมที่ไม่เน้นการปรับระบบการทำงานให้จำเพาะกับบริบทของผู้ป่วย(25)

6.3 แนวคิดระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อและการแบ่งระดับของบริการสุขภาพ

ในระบบสุขภาพของประเทศซึ่งมีการจัดบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีการบูรณาการการจัดบริการสุขภาพระหว่างหน่วยงาน มักจะมีการจัดระดับหรือลำดับขั้นของการจัดสรรทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพเพื่อแบ่งกันทำหน้าที่ในแต่ละระดับให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ(26,27) ดังนั้น เราอาจพิจารณาการจัดแบ่งบริการสุขภาพออกเป็น “ระดับของบริการสุขภาพ” (level of health services) ได้แก่ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care level) บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (secondary care level) และบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (tertiary care level)

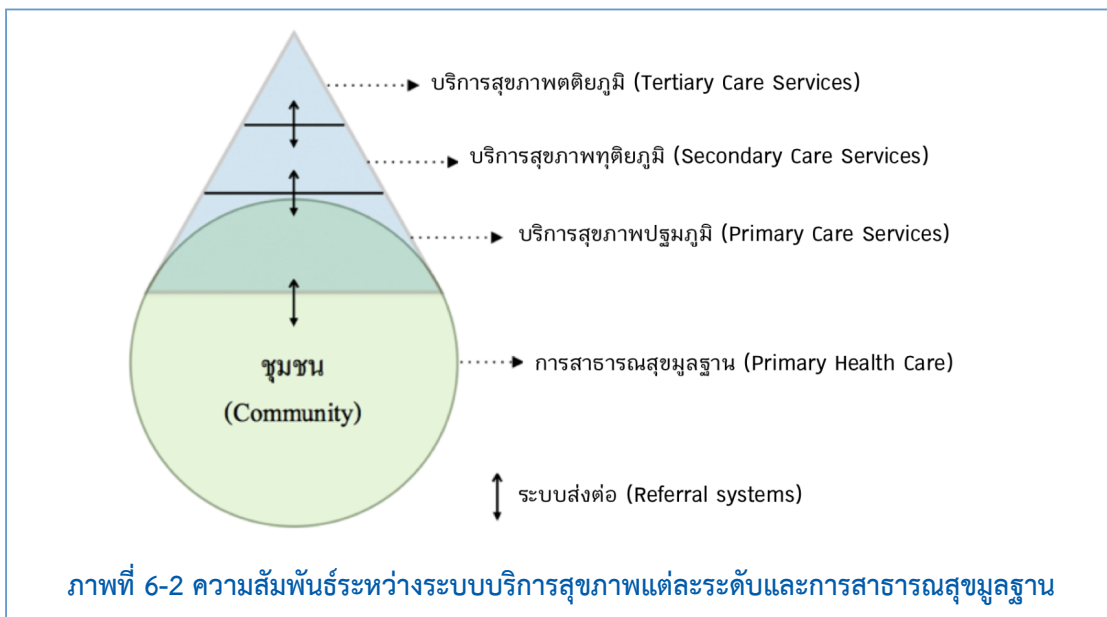
แนวคิดการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็นระดับมีความเกี่ยวข้องกับวิธีการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพในแต่ละประเทศ เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีระดับความซับซ้อนแตกต่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น ในหลายประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐ (national health service) มักมีการจัดระดับของบริการสุขภาพเพื่อต้องการให้มีการใช้ยาและเทคโนโลยีทางสุขภาพเพียงจำนวนน้อย หรือมีการใช้เฉพาะเทคโนโลยีระดับพื้นฐานสำหรับจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนในบริการสุขภาพระดับต้น และให้มีการใช้เทคโนโลยีสุขภาพขั้นสูงในจำนวนมากขึ้นสำหรับจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้นในบริการสุขภาพระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับการจัดบริการสุขภาพแต่ละประเภท รวมไปถึงการผลิตและจัดสรรทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพในองค์กรที่ให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรบุคคล ลดการสูญเสียทรัพยากรสุขภาพจากการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มากเกินไป (overuse) หรือการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่น้อยเกินไป (underuse)

อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีความถี่ที่แน่นอนตายตัวในการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็น 3 ระดับดังกล่าว แต่โดยทั่วไปพบว่าเป็นการแบ่งระดับบริการสุขภาพตามการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไข ซึ่งอาจพิจารณาจากการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อย (common problems) หรือปัญหาที่พบบ่อยยาก (rare problems) โดยมีรายละเอียดของแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการแบ่งการบริการสุขภาพเป็นระดับปฐมภูมิ (primary care) ระดับทุติยภูมิ (secondary care) และระดับตติยภูมิ (tertiary care) รวมทั้งความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพในแต่ละระดับเพื่อพัฒนาเป็นระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (seamless care) ดังนี้

1) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care services)

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการจัดการบริการสุขภาพระดับพื้นฐานสำหรับดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนที่พบบ่อยในประเทศนั้นๆ ดังนั้น บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงควรมีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยสะดวก และครอบคลุมถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีการใช้ยาและเทคโนโลยีทางสุขภาพในระดับที่เหมาะสม ซึ่งมักจะเป็นเทคโนโลยีระดับพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนมากนัก ตัวอย่างขององค์กรที่จัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย เช่น

- หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงสถานีอนามัย (สอ.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster: PCC)
- ศูนย์บริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัยของกรุงเทพมหานคร
- ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือศูนย์การแพทย์ชุมชนในสังกัดเทศบาล
- คลินิกแพทย์และคลินิกผดุงครรภ์ในภาคเอกชน
- ร้านขายยาภาคเอกชนในชุมชน



การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุข ตามแนวคิด “การสาธารณสุขมูลฐาน” (primary health care: PHC)(28) ซึ่งครอบคลุมถึงไม่เพียงแต่การดูแลรักษาโรคโดยวิชาชีพสุขภาพ แต่ยังมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะที่จะเป็นสำหรับประชาชนที่จะใช้ดูแลสุขภาพของตนเอง (self-care) ไม่ว่าจะเป็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาโรคที่พบบ่อย และการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น ดังนั้นแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานจึงมีขอบเขตกว้างขวางกว่าแนวคิดเรื่องระดับของระบบบริการสุขภาพตามทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพโดยผู้ให้บริการสุขภาพเท่านั้น แนวคิดด้านการสาธารณสุขมูลฐานพัฒนามาจากประสบการณ์ในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มุ่งเน้นการพัฒนาให้ประชาชนควรมีสติและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมในการร่วมกันวางแผนและดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งในลักษณะบุคคลและในลักษณะกลุ่มคนหรือชุมชน และพิจารณาว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน โดยที่บทบาทของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่ได้ดำรงอยู่ในทุกสังคมมาแต่โบราณแต่กลับถูกละเลยมาในระยะหลังที่ความรู้ทางการแพทย์เจริญมากขึ้น ส่วนภาครัฐมีหน้าที่ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยการจัดมาตรการทางสุขภาพและทางสังคมอย่างเพียงพอ โดยนัยดังกล่าวจึงถือว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความเป็นธรรมในสังคมอีกด้วย

ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพที่จัดโดยผู้ให้บริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน (self-care) ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดเรื่องการแบ่งระดับของระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขมูลฐานแสดงไว้ในภาพที่ 6-2

2) บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (secondary care services)

การจัดบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หมายถึงการจัดบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนและต้องการทรัพยากรมากกว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งแม้ว่าจะมีผู้ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิไว้อย่างหลากหลายแต่ไม่มีข้อยุติที่ตรงกัน โดยทั่วไปมักจะรวมถึงการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล (hospital care) ที่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษาในลักษณะผู้ป่วยใน (inpatient) แต่ไม่รวมการจัดบริการสุขภาพในลักษณะผู้ป่วยนอก (ambulatory care) ตัวอย่างขององค์กรที่จัดการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในประเทศไทย เช่น

- โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลประจำค่ายทหารของกระทรวงกลาโหม
- โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กและขนาดกลาง

3) บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (tertiary care services)

การจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ หมายถึงการจัดบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนและต้องการทรัพยากรหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในชั้นสูง ใช้ปริมาณทรัพยากรสุขภาพมากกว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับตติยภูมิไว้อย่างหลากหลาย แต่ไม่มีข้อยุติที่ตรงกันเช่นกัน โดยทั่วไปมักหมายถึง การบริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะการดูแลรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน โรคที่มีความซับซ้อนและให้การวินิจฉัยโรคได้ยาก มักเป็น

บริการสุขภาพที่จัดโดยผู้ให้บริการสุขภาพผู้เชี่ยวชาญที่มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมสำหรับบริการเฉพาะทาง ตัวอย่างขององค์กรที่จัดการบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในประเทศไทย ได้แก่

- โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย
- โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่รับดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง

ในประเทศไทยระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายและมีการแบ่งระดับของบริการสุขภาพอย่างชัดเจน ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพภาครัฐของกระทรวงสาธารณสุขและของกระทรวงกลาโหม ซึ่งมีการแบ่งโรงพยาบาลออกเป็นระดับ ตามขนาดจำนวนเตียงและทรัพยากรสุขภาพด้านอื่น ๆ ในขณะที่โรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ เช่น เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนอาจไม่ได้มีการแบ่งระดับของโรงพยาบาลในเครือข่ายออกเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ชัดเจน ในระบบบริการสุขภาพของหลายประเทศก็อาจไม่มีการแบ่งเกณฑ์การแบ่งระดับระหว่างโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ชัดเจน แต่รวมเรียกรับการบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิว่า “การบริการสุขภาพในโรงพยาบาล” (hospital care)(29)

4) ระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อ (seamless care)

การแบ่งระบบบริหารสุขภาพออกเป็นหลายระดับนั้นมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อมุ่งเน้นการจัดการสรรทรัพยากรสุขภาพในแต่ละระดับ ทำให้การจัดบริการสุขภาพในแต่ละระดับสามารถตั้งเป้าหมายเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนแตกต่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดแบ่งระดับของบริการสุขภาพลักษณะนี้จึงมีความเหมาะสมหากเป็นการจัดแบ่งระดับภายในองค์กรเดียวกัน หรืออยู่ในระบบบริหารจัดการแบบเดียวกัน หรือแม้แต่เป็นระบบบริการสุขภาพต่างหน่วยงานแต่มีระบบการบริหารจัดการร่วมกัน โดยทั่วไปมักมีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างระดับของบริการสุขภาพด้วยระบบส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ดังแสดงไว้ในภาพที่ 6-2

อย่างไรก็ตาม การแบ่งประเภทของระบบบริการสุขภาพออกเป็นระดับปฐมภูมิ ระดับตติยภูมิ และระดับตติยภูมิตามการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพที่ได้อภิปรายมาข้างต้นยังคงมีข้อจำกัด อาจไม่สามารถแยกขอบเขตการแบ่งระดับบริการสุขภาพได้อย่างชัดเจนหรือยังมีความทับซ้อนกัน ทั้งนี้ เนื่องจากการแบ่งระดับดังกล่าวเป็นการแบ่งระดับบริการเชิงโครงสร้าง (structural classification) ซึ่งพิจารณาปริมาณและคุณภาพของทรัพยากรสุขภาพในแต่ละระดับเป็นหลัก ไม่ได้มุ่งเน้นการพิจารณาหน้าที่ (functional classification) ของแต่ละระดับบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่งอาจมีการจัดหน่วยงานย่อยหรือมีการจัดกระบวนการทำงานบางอย่างเพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพหลักที่ดูแลปัญหาสุขภาพทั่วไปของประชาชน รวมทั้งทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ให้บริการสุขภาพในหน่วยงานอื่น หากพิจารณาจากหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพจากมุมมองของผู้ป่วยหรือประชาชนผู้ใช้บริการสุขภาพเป็นหลัก การจัดบริการสุขภาพดังกล่าวเป็นการจัดบริการสุขภาพระดับพื้นฐานสำหรับดูแลปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย ครอบคลุมถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยสะดวก หากพิจารณาจากมุมมองดังกล่าวก็อาจพิจารณาได้ว่าเป็นหน่วยงานดังกล่าวของโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเช่นกัน

นอกจากความไม่ชัดเจนในการจัดแบ่งขอบเขตของระบบบริการสุขภาพในเชิงโครงสร้างแล้ว การจัดประเภทของบริการสุขภาพตามระดับของทรัพยากรสุขภาพมักมุ่งเน้นการจัดทรัพยากรสุขภาพสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคระยะเฉียบพลัน (acute care) ทำให้การออกแบบการจัดบริการสุขภาพโดยแบ่งเป็นระดับของทรัพยากรสุขภาพในลักษณะดังกล่าวอาจจะไม่ครอบคลุมหรือยังไม่บูรณาการเชื่อมโยงการจัดการบริการสุขภาพอีกหลายลักษณะที่มุ่งทำหน้าที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยในระยะอื่น หรือการแบ่งระดับไม่ครอบคลุมการจัดการบริการสุขภาพที่มุ่งทำหน้าที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรจำเพาะ เช่น

- หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นสถานพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (emergency care) เช่น แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล (emergency department: ED) รวมถึงการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) เช่น รถพยาบาล (ambulance)
- หน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาระยะเปลี่ยนผ่าน (intermediate care) เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation center)
- หน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาระยะยาว (long-term care) เช่น สถานดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (nursing home) หรือสถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน (home care)

ดังนั้น หากใช้มุมมองของประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการออกแบบระบบบริการสุขภาพ โดยไม่ยึดติดเพียงการจัดระดับหรือลำดับขั้นของการจัดการทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ เราจะพิจารณาเห็นข้อจำกัดของการพัฒนาที่แยกส่วนตามการแบ่งประเภทของระบบบริการสุขภาพออกเป็นระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิตามการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพตามที่ได้อภิปรายมาข้างต้น และพิจารณาเห็นความจำเป็นในการพัฒนา “ระบบบริบาลสุขภาพไร้รอยต่อ” (seamless care)(30) โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการส่งปรึกษา (consultation systems) ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในหน่วยงานเดียวกันและข้ามหน่วยงาน รวมทั้งการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ทั้งการส่งต่อผู้ป่วยและการส่งต่อสารสนเทศสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งการส่งต่อเข้าไปและขากลับระหว่างหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่างๆ ในระดับเดียวกัน เช่น ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และหน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาระยะยาว หรือการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการสุขภาพข้ามระดับ เช่น ระหว่างคลินิกหมอครอบครัวและโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

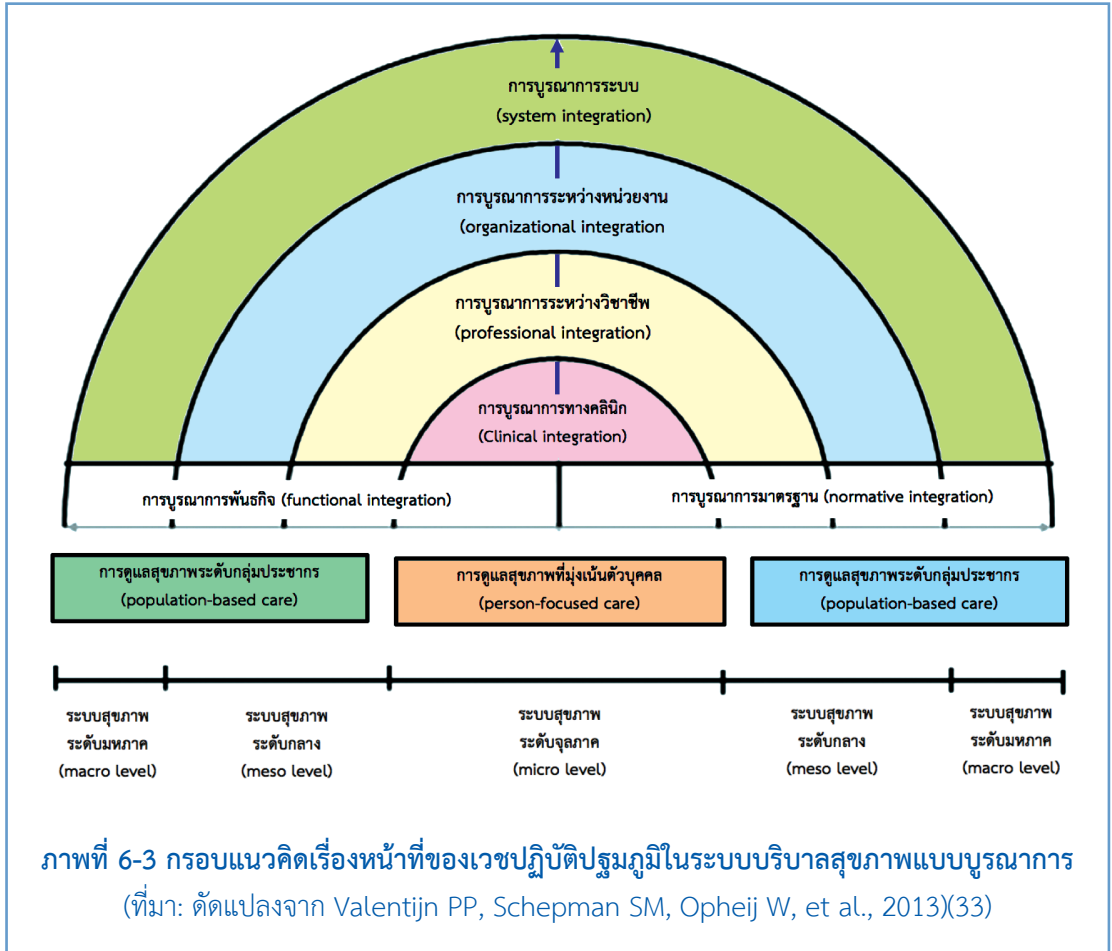
ประเด็นในการพัฒนาที่สำคัญที่สุดของระบบบริบาลสุขภาพไร้รอยต่ออยู่ที่การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพอย่างเหมาะสม(30) โดยเฉพาะการพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic medical record: EMR) และการพัฒนาระบบเวชระเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (Personal Health Record: PHR) ที่มีความสามารถในการทำงานร่วมกัน (interoperability)(31,32) เพื่อทำหน้าที่บูรณาการกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยงาน เชื่อมโยงและประสานงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนแต่ละคน แม้ว่าผู้ให้บริการสุขภาพจะทำหน้าที่อยู่ในคนละหน่วยงานกันก็ตาม หลีกเลี่ยงกระบวนการดูแลรักษาที่ซ้ำซ้อนและไม่มีประสิทธิภาพเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยข้ามหน่วยงานหรือข้ามระดับของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความทุกข์ของผู้ป่วยจากระบบส่งต่อภายในระบบสุขภาพแล้วยังจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพหรือเพิ่มความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรภายในระบบสุขภาพด้วย

6.4 แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ

การพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการทำให้เวชปฏิบัติปฐมภูมิและบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางที่เชื่อมโยงบูรณาการการดูแลรักษาสุขภาพในทุกส่วนของระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การพัฒนาดังกล่าวจึงวางอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่ผสมผสานกันระหว่างแนวคิด “เวชปฏิบัติปฐมภูมิ” (primary care)(3,4) และแนวคิด “ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ” (integrated care)(33) รวมทั้งความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องความซับซ้อนของการจัดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการในบริบทเวชปฏิบัติปฐมภูมิ(34)

เนื่องจากธรรมชาติของระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศมีความซับซ้อน จำเป็นต้องมีการออกแบบความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยย่อยของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยและกระบวนการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากร โดยใช้กลไกนโยบายและการจัดการแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการด้านต่างๆ ในระบบสุขภาพ สามารถแบ่งการบูรณาการภายในระบบสุขภาพออกเป็นประเภทต่างๆ ตามเป้าหมายของการจัดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการได้ดังนี้(33)

- การบูรณาการแนวนอน (horizontal integration) หมายถึง กลยุทธ์หรือแนวทางการจัดการที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพในระดับเดียวกัน
- การบูรณาการแนวตั้ง (vertical integration) หมายถึง กลยุทธ์หรือแนวทางการจัดการที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพในคนละระดับ
- การบูรณาการระบบ (system integration) หมายถึง การวางแผนการทำงาน กฎ ระเบียบ หรือนโยบายของหน่วยงานย่อยแต่ละหน่วยภายในระบบสุขภาพให้สอดคล้องกัน
- การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (organizational integration) หมายถึง การวางแผนการทำงานระหว่างต่างหน่วยงานหรือต่างองค์กรให้ทำงานสอดคล้องกัน
- การบูรณาการวิชาชีพ (professional integration) หมายถึง การวางแผนการทำงานและการประสานงานในการจัดบริการสุขภาพระหว่างวิชาชีพต่างๆ รวมทั้งการทำงานข้ามสาขาวิชา
- การบูรณาการทางคลินิก (clinical integration) หมายถึง การประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานหรือผู้ให้บริการทางคลินิกทั้งหมดเพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- การบูรณาการพันธกิจ (functional integration) หมายถึง การประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานฝ่ายธุรการและฝ่ายสนับสนุน และหน่วยงานหรือผู้ให้บริการทางคลินิกทั้งหมดเพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- การบูรณาการมาตรฐาน (normative integration) หมายถึง การวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างต่างหน่วยงานหรือต่างองค์กรภายในระบบสุขภาพเดียวกัน เพื่อให้สามารถทำงานบนพื้นฐานของค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร หรือมาตรฐานในการทำงานที่ตรงกันหรือสอดคล้องกัน



เมื่อพิจารณาการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ จะเห็นได้ว่าแนวคิดเรื่องจัดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการเป็นการทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ในมิติต่างๆ ของเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (functions of primary care) และการทำหน้าที่ในมิติต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (functions of integrated care) ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น โดยมีหลักการชี้้นำการพัฒนาบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่สำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 6-3

การออกแบบกระบวนการทำงานซึ่งส่งเสริมให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถทำหน้าที่บูรณาการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นตัวบุคคล (person-focused care) และการดูแลสุขภาพระดับกลุ่มประชากร (population-based care) จำเป็นต้องมีการออกแบบกระบวนการทำงานให้เกิดการบูรณาการในมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

- การออกแบบกระบวนการทำงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิให้สามารถทำหน้าที่บูรณาการทางคลินิกในระบบสุขภาพระดับจุลภาค (clinical integration at the micro level)

- การออกแบบกระบวนการทำงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิให้สามารถทำหน้าที่บูรณาการระหว่างวิชาชีพและระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพระดับกลาง (professional and organizational integration at the meso level)
- การออกแบบกระบวนการทำงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิให้สามารถทำหน้าที่บูรณาการระหว่างการจัดการบริการสุขภาพในต่างหน่วยงานในระบบสุขภาพระดับมหภาค (system integration at the macro level)
- การออกแบบกระบวนการทำงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้การบูรณาการพันธกิจ (functional integration) และการบูรณาการมาตรฐาน (normative integration) เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพต่างระดับ

6.5 แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า

การพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหออกรับเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประยุกต์ใช้ “แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า” (value-based health care: VBHC) เพื่อมุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบที่ทำให้เกิดการแข่งขันเพื่อสร้างนวัตกรรมเชิงระบบของกระบวนการดูแลสุขภาพที่มีความต่อเนื่องจนครบวงจรสำหรับความเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง และหลีกเลี่ยงการแข่งขันอาจส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพให้บริการสุขภาพใดๆ ที่ไม่ครบวงจรหรือไม่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์(35,36) เนื่องจากการพัฒนาระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อภายใต้บริบทระบบสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องมีการวางแผนและออกแบบกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างคลินิกหออกรับและหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งรวมทั้งหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชนที่อยู่นอกระบบสุขภาพปฐมภูมิ และจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบแรงจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนของผู้ให้บริการสุขภาพที่ทำงานดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างผลลัพธ์ที่พึงประสงค์จากการดูแลสุขภาพที่มีความต่อเนื่องจนครบวงจรสำหรับความเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง(37)

แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่านี้ได้รับการพัฒนาเริ่มต้นในประเทศสหรัฐอเมริกา และต่อมาได้แพร่หลายไปในระดับนานาชาติ ในบริบทของระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาซึ่งมีปัญหาค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่มีความแปรปรวนของคุณภาพค่อนข้างมาก มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการจัดบริการสุขภาพที่สูงแต่กลับได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีบ้างไม่ดีบ้าง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับความคุ้มค่าของทรัพยากรที่ใช้การจัดบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกากับประเทศพัฒนาแล้วประเทศอื่น(38) แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่าเสนอทางออกจากปัญหาดังกล่าว โดยแนะนำให้ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพตั้งเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพไว้ที่การเพิ่ม “คุณค่า” (value) ของการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งหมายถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ได้รับต่อต้นทุนที่ใช้ในการจัดกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนครบวงจรสำหรับความเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง (the full cycle of care) โดยมุ่งเน้นการเพิ่มผลลัพธ์ซึ่งผู้ป่วยให้ความสำคัญ และการลดต้นทุนที่ใช้ในการจัดกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนครบวงจรสำหรับความเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง(39)

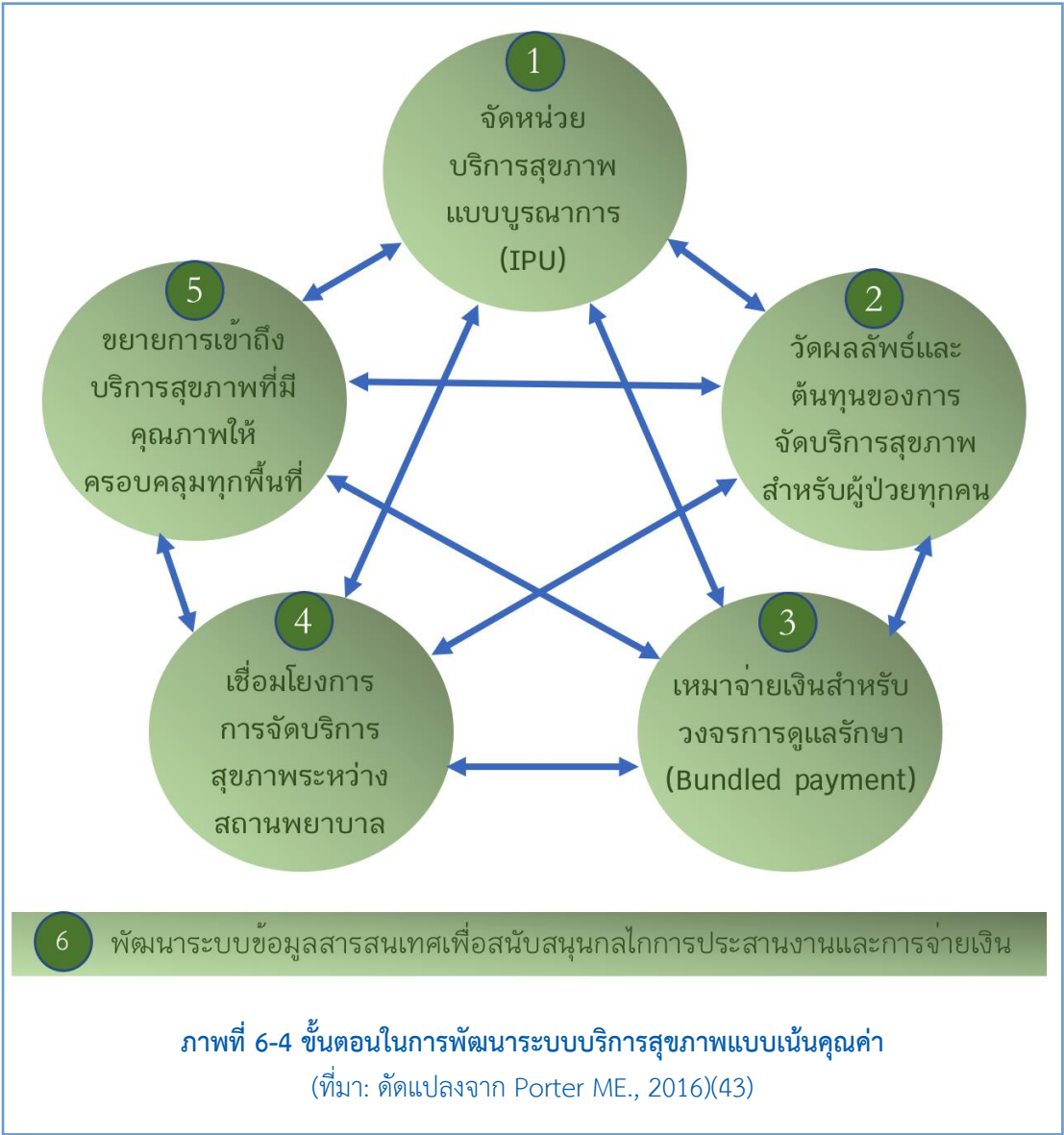
การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดระบบบริหารจัดการสุขภาพแบบเน้นคุณค่าเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว จะช่วยให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับประเทศไทย ซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จ ส่วนหนึ่งการจัดบริการสุขภาพส่วนใหญ่ โดยเฉพาะการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล (hospital care) ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันเป็นหลัก (acute care) วางอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดด้านชีวการแพทย์ (biomedical approach)(40) ซึ่งมุ่งเน้นการกำจัดโรคหรือสิ่งที่ผิดไปจากปกติโดยไม่ได้มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการออกแบบระบบบริการสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีความต้องการบริการสุขภาพที่ช่วยในการดูแลรักษาโรคของตนเองทั้งก่อนและหลังออกจากโรงพยาบาลในรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในสังคมศตวรรษที่ 21(41)

แนวคิดการจัดระบบบริหารจัดการสุขภาพแบบเน้นคุณค่าเสนอทางออกในการควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นที่การสร้างผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความหมายกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งสามารถแยกผลลัพธ์ดังกล่าวออกเป็น 3 ระดับ(42) ได้แก่

1) ผลลัพธ์ระดับที่ 1 แสดงถึงสถานะสุขภาพของผู้ป่วย (health status) ได้แก่ การรอดชีวิต (เช่น อัตราตาย) และระดับของสภาวะสุขภาพ (เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิกที่จำเพาะต่อโรคของผู้ป่วย สมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย)

2) ผลลัพธ์ระดับที่ 2 แสดงถึงกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาพปกติของผู้ป่วย (process of recovery) ได้แก่ ระยะเวลาในกระบวนการรักษาจนไปทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (เช่น ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงได้รับการรักษา ระยะเวลารอคอยจนได้รับการรักษาที่เหมาะสม ระยะเวลาตั้งแต่ที่ได้รับการรักษาจนหายกลับบ้าน) และภาวะแทรกซ้อน (เช่น ความเจ็บปวดจากการรักษาพยาบาล การรับกลับเข้ามารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า อัตราการมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน)

3) ผลลัพธ์ระดับที่ 3 แสดงถึงความยั่งยืนของสภาวะสุขภาพและธรรมชาติของการเจ็บป่วยซ้ำ (sustainability of health or recovery and nature of recurrences) ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว (เช่น อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาครบแล้ว) และสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในระยะยาว (เช่น การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายจากการได้รับการกายภาพบำบัดที่ไม่เพียงพอในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า)



แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า มีประเด็นในการทำงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังแสดงในภาพที่ 6-4 และมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การออกแบบการส่งมอบบริการสุขภาพในรูปแบบใหม่ให้แก่ผู้ป่วยโดยการจัดหน่วยบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (organize into integrated practice unit) ได้แก่ การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการออกแบบระบบการทำงานในรูปแบบใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาในระบบบริการสุขภาพปัจจุบันที่มักมีการแยกส่วนการทำงานของแต่ละแผนกแม้จะอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพเดียวกัน และมุ่งเน้นการพัฒนา “หน่วยบริการสุขภาพแบบบูรณาการ” (integrated practice unit: IPU) ที่มีการใช้

ระบบการจัดการเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของบริการสุขภาพทุกอย่างตลอดวงจรความเจ็บป่วยในแต่ละครั้งแม้ว่าจะอยู่คนละหน่วยงาน ครอบคลุมตั้งแต่เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมไปถึงการฟื้นฟูภายหลังการรักษา มีการแบ่งทีมดูแลสุขภาพและจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratification) จัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายกันสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันที่มีระดับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพเดียวกัน และจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันแต่มีระดับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน

2) การวัดผลลัพธ์และต้นทุนของการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยทุกคน (measure outcomes and cost for every patient) ได้แก่ การพัฒนาระบบบัญชีต้นทุนเพื่อให้สามารถวัดต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และการสร้างระบบวัดผลลัพธ์ที่แสดงถึงคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้รับบริการสุขภาพแต่ละกลุ่ม ซึ่งแยกออกเป็นการวัดใน 3 ระดับตามที่ได้อภิปรายข้างต้น ในปัจจุบันมีความพยายามในระดับนานาชาติเพื่อพัฒนาชุดตัววัดมาตรฐานโดย “The International Consortium for Health Outcomes Measurement” (ICHOM) มีการพัฒนาตัวชี้วัดมาตรฐานได้ครอบคลุมถึงประมาณครึ่งหนึ่งของภาระโรคทั้งหมด(35,44) เพื่อนำตัววัดผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพตามแนวคิดการจัดระบบบริบาลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละโรค และสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่แสดงถึงคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพระหว่างหน่วยบริการสุขภาพหรือระหว่างระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศได้

3) การเหมาจ่ายเงินสำหรับวงจรการดูแลรักษาทั้งหมด (move to bundled payments for care cycles) ได้แก่ การปรับรูปแบบการจ่ายที่เน้นคุณค่า สร้างแรงจูงใจทางการเงินให้แก่หน่วยบริการสุขภาพแบบบูรณาการทำหน้าที่ประสานงานเชื่อมโยงทุกบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับตลอดวงจรความเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง หลีกเลี่ยงการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการสุขภาพแบบแยกส่วนหรือจ่ายเฉพาะกิจกรรมในแต่ละครั้ง (episode of care) เช่น การปรึกษาแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (visit) หรือการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง (admission) เช่น ในกรณีกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการปรับการจ่ายเงินรายหัวให้ครอบคลุมสำหรับวงจรความเจ็บป่วยซึ่งอาจจะเริ่มจากการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้เป็นโรค ไปจนถึงการให้บริการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาแบบผู้ป่วยนอก การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การรักษาแบบผู้ป่วยในเมื่อมีข้อบ่งชี้ และการรักษาฟื้นฟูภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4) การเชื่อมโยงการจัดบริการสุขภาพระหว่างสถานพยาบาล (integrate care delivery between separated facilities) ได้แก่ การจัดเครือข่ายของหน่วยบริการสุขภาพที่มีการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดบูรณาการของการจัดบริการสุขภาพตลอดวงจรความเจ็บป่วย เช่น มีการส่งต่อผู้ป่วยและสารสนเทศสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างระดับ หรือระหว่างหน่วยบริการภาคสุขภาพกับหน่วยบริการภาคสังคมที่เกี่ยวข้องที่มีความจำเป็นในกรณีการดูแลรักษาระยะยาว (long-term care) หรือการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (intermediate care) เป็นต้น



- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

5) ขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (expand excellent services geographically) ได้แก่ การเพิ่มจำนวนการจัดหน่วยบริการสุขภาพแบบบูรณาการในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นสำหรับประชาชนส่วนใหญ่หรือบริการสุขภาพที่มีอุปสงค์สูง รวมทั้งอาจใช้ระบบการรวมศูนย์การจัดบริการสุขภาพบางอย่างในบางเขตหรือบางพื้นที่เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพเกิดความเชี่ยวชาญและเป็นเลิศในการจัดบริการสุขภาพดังกล่าว รวมถึง ส่งผลให้เกิดการประหยัดโดยขนาด (economy of scale) หลีกเลี่ยงการจัดบริการสุขภาพที่ซ้ำซ้อนจนมากเกินไปโดยเฉพาะบริการสุขภาพที่มีอุปสงค์ต่ำ

6) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนกลไกการประสานงานและการจ่ายเงิน (build an enabling technology platform) ได้แก่ การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสามารถในการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ช่วยเชื่อมโยงและประสานงานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดวงจรการเจ็บป่วย เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงเพื่อใช้เป็นระบบข้อมูลในการติดตามกำกับวัดต้นทุนและผลลัพธ์

6.6 แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก

การพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง วางอยู่บนแนวคิดที่สอดคล้องกับ “แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก” (WHO’s Integrated People-centered Health Services: IPCHS)(45,46) ได้รับการยอมรับจากประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกประจำปีพ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016) โดยองค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่กรอบแนวคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวเพื่อตอบสนองต่อปัญหาพื้นฐานของระบบสุขภาพที่เกิดจากระบบการคลังสุขภาพ การอภิบาลระบบสุขภาพ และการจัดระบบส่งมอบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีคุณภาพที่ยอมรับได้ และสนับสนุนการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ แนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงวิสัยทัศน์ที่ควรใช้เป็นเข็มมุ่งในการพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศในอนาคต และเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งระบบสุขภาพของประเทศพัฒนาแล้ว และระบบสุขภาพประเทศกำลังพัฒนา



นอกจากนั้น ในการประชุมระดับนานาชาติเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขมูลฐาน (The Global Conference on Primary Health Care) ณ เมืองอัสตานา ประเทศคาซัคสถานในปี พ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2018) ซึ่งจัดโดยองค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund: UNICEF) และรัฐบาลของประเทศคาซัคสถาน เพื่อเฉลิมฉลองวาระครบรอบ 40 ปีของกฎบัตรแห่งอัลมา-อตา (The Alma-Ata Declaration) ที่เป็นแนวทางการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศทั่วโลก ได้ปรับปรุงแนวทางการทำงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องกับยุคสมัย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ (Integrated primary health care-based service delivery)(47) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก และทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิกลายเป็นกลไกสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การพัฒนาแนวทางการดูแลทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การสร้างทีมดูแลสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของผู้ให้บริการสุขภาพ การปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการสุขภาพบนพื้นฐานของการจ่ายรายหัว เป็นต้น

สรุป

การประยุกต์ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวในการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อทำให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนแต่ละคน เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนแต่ละคน ดูแลแบบผสมผสานเพื่อแก้ไขทุกปัญหาสุขภาพ และให้การดูแลรักษาต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนแต่ละคนจนครบวงจรสำหรับความเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง มุ่งเน้นกระบวนการทำงานเพื่อสร้างความเข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งประกอบด้วยทั้งตัวโรคและความเจ็บป่วย สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพในลักษณะความเป็นหุ้นส่วนอย่างแท้จริง และพัฒนาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีกระบวนการทำงานครอบคลุมทั้งสามระดับ ได้แก่ การดูแลสุขภาพระดับบุคคล การดูแลสุขภาพระดับครอบครัว และการดูแลสุขภาพระดับชุมชน สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระยะยาวกับผู้ป่วยและกลุ่มประชากรในความรับผิดชอบ สามารถพัฒนาตนเองให้มีทักษะทางคลินิกที่ดี สามารถทำเวชปฏิบัติในชุมชนหรือมุ่งเน้นการทำเวชปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพจำเพาะของแต่ละชุมชน และสามารถทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มประชากรที่รับผิดชอบได้ และเอื้อต่อการสร้างกระบวนการทำงานที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลสารสนเทศด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับสภาวะโรคของตนเองและมีบทบาทหน้าที่เชิงรุกในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพวิชาชีพต่างๆ ซึ่งปรับให้มาทำหน้าที่หลักในการเตรียมทรัพยากรในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย

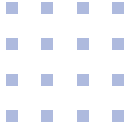
อย่างไรก็ตาม การจัดระดับหรือลำดับขั้นของการจัดการทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพโดยมีระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบบริการสุขภาพระดับต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพแบ่งกันทำหน้าที่ในแต่ละระดับให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพยังเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพจากมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ แต่ยังไม่ได้ใช้ประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดระบบบริการสุขภาพ แม้ว่าจะมีการเชื่อมโยงกันในระหว่างระดับด้วยระบบส่งต่อผู้ป่วยแต่ยังมีโอกาสทำให้เกิดกระบวนการทำงานแบบแยกส่วนไม่เชื่อมโยงกัน จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการสุขภาพทุกอย่างในทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละครั้ง เมื่อมีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องได้รับการบริการสุขภาพที่ไม่สามารถจัดให้ได้ในระบบบริการสุขภาพระดับใดระดับหนึ่งก็มีการส่งต่อ ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยแต่รวมทั้งการส่งต่อสารสนเทศสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่ต้องเริ่มกระบวนการดูแลรักษาที่ซ้ำซ้อน และไม่เกิดระบบการทำงานที่แยกส่วนออกจากกัน ดังนั้น การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

สามารถเข้าถึงได้หรือติดต่อสื่อสารได้แม้จะอยู่ต่างหน่วยงานหรือข้ามระดับของบริการสุขภาพ จึงเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาเป็นกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนที่มีความต่อเนื่องครบวงจรและไร้รอยต่อในระบบสุขภาพของประเทศไทย

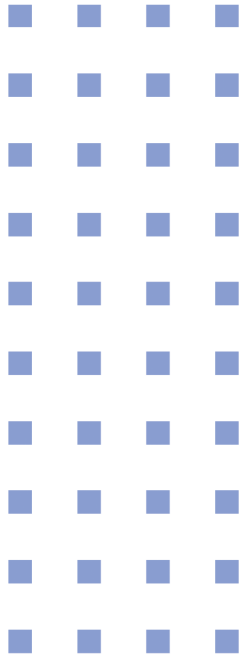
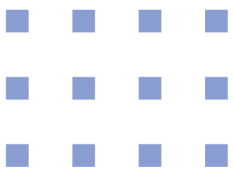
เมื่อพิจารณาแนวคิดพื้นฐานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางทั้งหมดแล้ว ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหออกรับสามารถวางแผนเส้นทางของการพัฒนาเป็นขั้นตอนเพื่อพลิกโฉมกระบวนการทำงานในคลินิกหออกรับ และเลือกเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอนเพื่อสร้างความพร้อมก่อนที่จะพัฒนาต่อยอดตาม “ลำดับขั้นของแนวคิด” (building blocks hierarchy)(48) เช่น วางแผนกระบวนการพัฒนาเป็น 4 ขั้นตอนหลัก โดยขั้นตอนที่ 1 เน้นการวางพื้นฐานสำหรับการปฏิรูปกระบวนการทำงาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพในคลินิกหออกรับ ก่อนที่จะเริ่มการพัฒนาขั้นตอนต่อไปในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งเน้นการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการลงทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหออกรับทั้งทีมตามแนวคิดต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเน้นการเปลี่ยนโฉมรูปแบบของการจัดทีมให้บริการสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเวชปฏิบัติอิงหลักฐานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการออกแบบกระบวนการทำงาน และขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเน้นความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ดังนั้น การทำความเข้าใจทฤษฎีและแนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางจะช่วยให้ทั้งผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพและทีมดูแลสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยสามารถออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบของคลินิกหออกรับเพื่อสร้างกระบวนการทำงานดูแลผู้ป่วยในรูปแบบใหม่ที่มีการผสมผสานจุดแข็งของการพัฒนาระบบสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติปฐมภูมิ แนวคิดต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง แนวคิดระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อ แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ แนวคิดการบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า และแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก และสามารถพัฒนาให้คลินิกหออกรับทำหน้าที่บูรณาการและเชื่อมโยงการทำงานระหว่างทีมดูแลสุขภาพในคลินิกหออกรับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถส่งมอบบริการสุขภาพให้แก่กลุ่มผู้ป่วยในความรับผิดชอบของคลินิกหออกรับได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และช่วยพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ สามารถพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องจนครบวงจรสำหรับความเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง ครอบคลุมการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองที่บ้านและในชุมชน และสามารถประยุกต์ใช้คำแนะนำในหนังสือคู่มือเล่มนี้ได้อย่างเหมาะสมกับทรัพยากรสุขภาพของคลินิกหออกรับที่อาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละแห่ง เหมาะสมสำหรับคลินิกหออกรับในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย และเหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในแต่ละบริบท

12. Alvensson HM, Lindelow M, Khanthaphat B, Laflamme L. Shaping healthcare-seeking processes during fatal illness in resource-poor settings. A study in Lao PDR. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012;12:477. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3543714/>
13. Dangel C, Allgeier S, Haas A, Johnson A. Analysis of Healthcare Seeking Behavior. *Online J Public Health Inform* [Internet]. 2015 Feb 26 [cited 2019 Oct 15];7(1). Available from: <https://journals.uic.edu/ojs/index.php/ojphi/article/view/5681>
14. Stewart M. Patient-centered medicine : transforming the clinical method. 426 p.
15. Preamble to the Constitution of World Health Organization as adopted by the International Health Conference [Internet]. 1948. Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
16. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. 2550.
17. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
18. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (80-) [Internet]. 1977 Apr 8 [cited 2019 Oct 15];196(4286):129–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>
19. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* [Internet]. 1998 Aug 1;1(1):2–4. Available from: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=10345255&retmode=ref&cmd=prlinks>
20. Wagner EH, Austin BT, Michael Von K. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q* [Internet]. 1996;74(4):511–44. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3350391>
21. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff*. 2001;
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA* [Internet]. 2002;288. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>



35. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 Feb 11;374(6):504–6. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1511701>
36. Porter ME, Lee TH. From Volume to Value in Health Care: The Work Begins. *JAMA* [Internet]. 2016 Sep 13;316(10):1047–8. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.11698>
37. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients’ needs. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2013 Mar 1; 32(3):516–25. Available from: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.0961>
38. Michael E. Porter. The Strategy to Transform Health Care and The Role of Outcomes. In: *OECD Policy Forum on People at the Center: The Future of Health* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.oecd.org/health/ministerial/policy-forum/Michael-Porter-Presentation-OECD-Health-Forum-2017.pdf>
39. Porter ME. Value-based health care delivery. *Annals of Surgery*. 2008.
40. Mold J. Goal-Directed Health Care: Redefining Health and Health Care in the Era of Value-Based Care. *Cureus* [Internet]. 2017 Feb 21 [cited 2019 Oct 15];9(2):e1043. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28367382>
41. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care : creating value-based competition on results [Internet]. Boston, Mass.: Harvard Business School Press; 2006. xvii, 506 p. Available from: <http://www.loc.gov/catdir/toc/ecip0515/2005018631.html>
42. Porter ME. What is Value in Health Care? *N Engl J Med* [Internet]. 2010;363(26):2477–81. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:New+engla+nd+journal#0>
43. Porter ME, Kaplan RS. How to Pay for Health Care. *Harv Bus Rev* [Internet]. 2016 Jul 1;94(7–8): 88–134. Available from: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=27526565&retmode=ref&cmd=prlinks>
44. International Consortium for Health Outcomes Measurement. *ICHOM Standard Sets* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.ichom.org/standard-sets/#about-standard-sets>
45. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 15]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1,](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1)



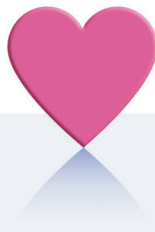
Service Plan

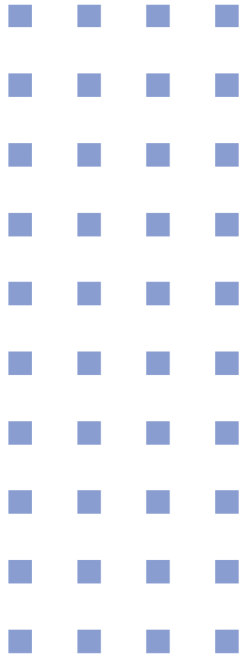
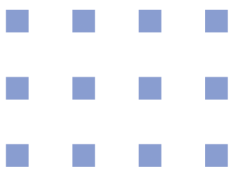
Integrated, People-centered Primary Care





ภาคผนวก





Service Plan

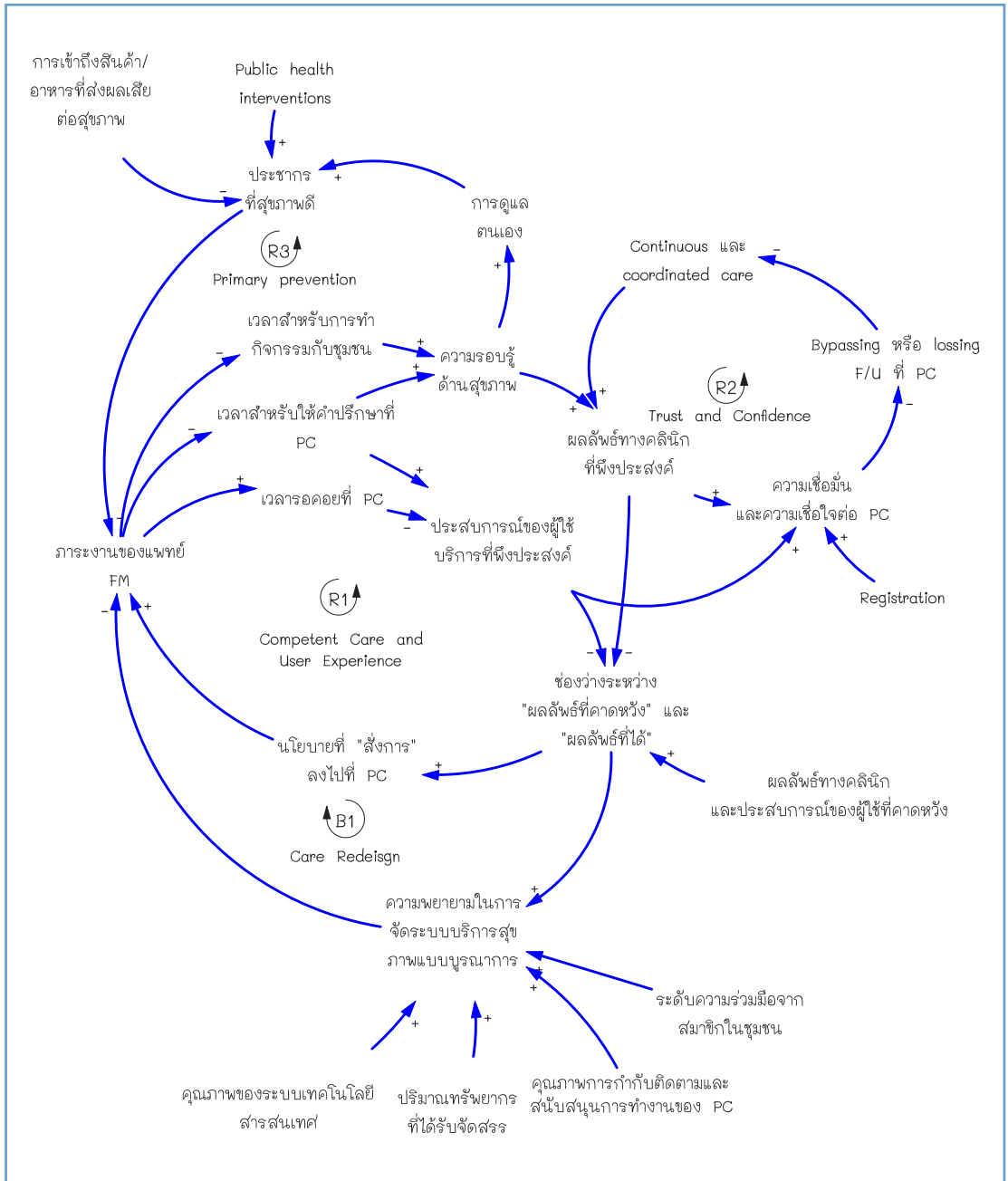
Integrated, People-centered Primary Care



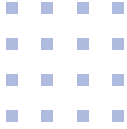
7

ภาคผนวก ก

แผนผังเชิงสาเหตุของการพัฒนาเวชปฏิบัติปฐมภูมิในประเทศไทย



ชื่อคลินิกหออครอบครัว	ต้นสังกัด	อำเภอ	จังหวัด
18 คลินิกหออครอบครัวบ้านป่า - ทำตุม - บ้านธาตุ	รพ.แก่งคอย	อ.แก่งคอย	จ.สระบุรี
19 คลินิกหออครอบครัว รพ.สต.บางไผ่ (ไผ่ศรีเมือง)	สสจ.นนทบุรี	อ.เมือง	จ.นนทบุรี
20 คลินิกหออครอบครัวท่ายาง รพ.ท่ายาง	รพ.ท่ายาง	อ.ท่ายาง	จ.เพชรบุรี
21 คลินิกหออครอบครัววังน้ำเขียว	รพ.กำแพงแสน	อ.กำแพงแสน	จ.นครปฐม
22 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี	รพ.ชลบุรี	อ.เมือง	จ.ชลบุรี
23 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพ.พระปกเกล้า (วัดใหม่-ตลาด1)	รพ.พระปกเกล้า	อ.เมือง	จ.จันทบุรี
24 คลินิกหออครอบครัวมะขามคู่	รพ.นิคมพัฒนา	อ.นิคมพัฒนา	จ.ระยอง
25 คลินิกหออครอบครัว รพ.ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	อ.เมือง	จ.ขอนแก่น
26 คลินิกหออครอบครัวสามัคคี	รพ.มหาสารคาม	อ.เมือง	จ.มหาสารคาม
27 คลินิกหออครอบครัว รพ.สต. คำบัง - นาศรี	รพ.น้ำพอง	อ.น้ำพอง	จ.ขอนแก่น
28 คลินิกหออครอบครัว รพ.สต.โคกสูง (อุดมศิลป์ - พุงโป่ง - ห้วยยาง)	รพ.อุบลรัตน์	อ.อุบลรัตน์	จ.ขอนแก่น
29 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง รพ.บุรีรัมย์	รพ.บุรีรัมย์	อ.เมือง	จ.บุรีรัมย์
30 คลินิกหออครอบครัวศุกษานต์	รพ.สุรินทร์	อ.เมือง	จ.สุรินทร์
31 คลินิกหออครอบครัว รพ.หนองบัวระเหว	รพ.หนองบัวระเหว	อ.หนองบัวระเหว	จ.ชัยภูมิ
32 คลินิกหออครอบครัว รพ.สต.บ้านพระมะเรียงน้อย	รพ.มหาสารคาม นครราชสีมา	อ.เมือง	จ.นครราชสีมา
33 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองวัดใต้ (ท่าวังหิน)	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	อ.เมือง	จ.อุบลราชธานี
34 คลินิกหออครอบครัว รพ.สต.เมืองศรีโค	รพ.วารินชำราบ	อ.วารินชำราบ	จ.อุบลราชธานี
35 คลินิกหออครอบครัว หนองแก รพ.50 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ	สสอ.เมืองอุบลราชธานี	อ.เมือง	จ.อุบลราชธานี
36 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพหวาย	รพ.สุราษฎร์ธานี	อ.เมือง	จ.สุราษฎร์ธานี
37 คลินิกหออครอบครัวกะแดะ	รพ.กาญจนดิษฐ์	อ.กาญจนดิษฐ์	จ.สุราษฎร์ธานี
38 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง รพ.ตรัง 1	รพ.ตรัง	อ.เมือง	จ.ตรัง



- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

ชื่อคลินิกหมอครอบครัว	ต้นสังกัด	อำเภอ	จังหวัด
39 คลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่ง	รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ นาทวี	อ.นาทวี	จ.สงขลา
40 คลินิกหมอครอบครัวตำบลกำแพง	รพ.ละงู	อ.ละงู	จ.สตูล
41 คลินิกหมอครอบครัวพ่อน บาง ยาง ู	รพ.ตากใบ	อ.ตากใบ	จ.นราธิวาส
42 คลินิกหมอครอบครัวบางแก้ว	สสจ.บางพลี	อ.บางพลี	จ.สมุทรปราการ
43 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองราชา 1	รพ.สมุทรปราการ	อ.เมือง	จ.สมุทรปราการ
44 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	รพ.หาดใหญ่	อ.หาดใหญ่	จ.สงขลา
45 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง กำ ปง บา รุ	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์	อ.เมือง	จ.นราธิวาส
46 คลินิกหมอครอบครัวหนองยาง ดอน แฝก	สสอ.สารภี	อ.สารภี	จ.เชียงใหม่
47 คลินิกหมอครอบครัวสุขภาพชุมชนเมือง ศาลาไทย	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	อ.เมือง	จ.ปราจีนบุรี
48 คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าหิน	รพ.สีชล	อ.สีชล	จ.นครศรีธรรมราช
49 คลินิกหมอครอบครัวศรีมาลา	รพ.พิจิตร	อ.เมือง	จ.พิจิตร
50 คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต. โคนจเจริญ	สสอ.ชานุมาน	อ.ชานุมาน	จ.อำนาจเจริญ

9

ดัชนี

A

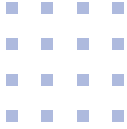
accountability agreement, 60
 acute care, 97
 ambulatory care, 95
 assign team members, 42

B

biomedical approach, 101
 building blocks hierarchy, 108

C

care navigator, 59
 care pathway, 106
 case management, 106
 case manager, 60
 Chronic Care Model, 89
 CKD School, 69
 clinical decision support system: CDSS, 91
 clinical information systems, 91
 clinical integration, 98
 clinical integration at the micro level, 99
 community connector, 59
 community-oriented care, 89
 comprehensiveness, 86
 concern, 88
 consultation systems, 97
 continuity, 86
 continuity of care, 59
 contract for change, 54
 coordination, 86
 coordination of care, 60
 counselor, 86



D

decision support, 91
delivery system design, 92
design care process, 42
discharge planning, 60
disease, 87

E

economy of scale, 104
electronic medical record, 97
emergency care, 97
emergency department, 97
emotion, 88
empanelment, 39
empanelment and engagement with team-based healing relationships, 25
empowerment, 76, 89
engagement, 41, 71
expectation, 88

F

family care, 71, 82
family medicine, 85
family practice, 85
family process, 89
family system, 89
family-oriented care, 89
feeling, 88
first contact accessibility, 86
function, 88
functional classification, 96
functional integration, 98, 100

H

health, 88
health determinants, 88
health education, 52, 69
health literacy, 69
health services guideline, 43, 69
health status, 101

- ■ ■ ■ ■
- ■ ■ ■ ■
- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

ก

- กรอบแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง, 105
- กรอบแนวคิดเรื่องหน้าที่ของเวชปฏิบัติปฐมภูมิในระบบบริบาลสุขภาพแบบบูรณาการ, 99
- กระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก, 29
- กระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment), 39
- กระบวนการคิดเชิงระบบ, 7
- กระบวนการคิดเชิงระบบ (systems thinking), 5
- กระบวนการคิดเชิงออกแบบ, 7
- กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking), 6
- กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ, 103
- กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยทีมหมอครอบครัว (team care), 30
- กระบวนการตั้งเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติการร่วมกับทีมดูแลสุขภาพและผู้ป่วย (goal setting and action planning), 32
- กระบวนการประเมินเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (provincial network accreditation), 28
- กระบวนการประเมินและรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health systems accreditation: DHSA), 28
- กระบวนการพัฒนาการลงทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment process), 28
- กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, 27
- กระบวนการพัฒนาคู่มือ, 5
- กระบวนการพัฒนาคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง, 5
- กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 28
- กระบวนการพัฒนาเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (redesigned evidence-based care), 30
- กระบวนการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย, 15
- กระบวนการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (enhanced access and care coordination), 15
- กระบวนการฟื้นคืนสู่สภาพปกติของผู้ป่วย, 101
- กระบวนการภายในครอบครัว, 89
- กลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว, 25
- การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม (empanelment with team-based healing relationships), 14
- การจัดการเชิงกลยุทธ์, 27
- การจัดการผู้ป่วยเฉพาะราย (case management), 31, 106
- การจัดการรายกรณี (case management), 32
- การจัดบริการทางคลินิกหลายประเภทในสถานที่เดียวกัน (co-location), 34
- การจัดทำทะเบียนผู้ป่วย, 91
- การจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล, 101
- การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง, 7

- การเชื่อมโยงผู้ป่วย, 28
- การดูแลโดยใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care), 7
- การดูแลผู้ป่วยแบบคู่ขนาน, 60
- การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน, 103
- การดูแลรักษาความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง (episode-oriented care), 8
- การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute care), 8
- การดูแลรักษาในระยะเปลี่ยนผ่าน, 97
- การดูแลรักษาในระยะยาว (long-term care), 8, 103
- การดูแลรักษาสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care), 8
- การดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นตัวบุคคล (person-focused care), 9
- การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นตัวบุคคล, 87
- การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, 85
- การดูแลสุขภาพระดับกลุ่มประชากร, 99
- การดูแลสุขภาพระดับครอบครัว, 89
- การดูแลสุขภาพระดับชุมชน, 89
- การดูแลสุขภาพระดับบุคคล, 89
- การตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย (shared decision), 18
- การถามให้ผู้ป่วยพูดสรุป (closing the loop), 31
- การถามให้ผู้ป่วยพูดสรุปหรือสอนกลับ (teach back), 32
- การทำงานด้านสุขภาพจิต, 18
- การบูรณาการทางคลินิก, 98
- การบูรณาการแนวตั้ง, 98
- การบูรณาการแนวนอน, 98
- การบูรณาการพันธกิจ, 98
- การบูรณาการมาตรฐาน, 98
- การบูรณาการระบบ, 98
- การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน, 98
- การบูรณาการวิชาชีพ, 98
- การแบ่งระดับบริการเชิงโครงสร้าง, 96
- การบริการสุขภาพหลังเวลาทำการ (after-hours care), 33
- การบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated care), 8
- การปฏิรูประบบการจัดบริการสุขภาพไปสู่ระบบที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง, 3
- การปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ระบบสุขภาพถ้วนหน้า, 3
- การประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย (assessment of health literacy), 31
- การประเมินตนเอง (self-assessment), 8
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการสุขภาพรายบุคคล, 14
- การประเมินผลเชิงตัดสิน (summative evaluation), 7

การประเมินผลเพื่อการพัฒนา (formative evaluation), 7
การประยุกต์ใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย, 87
การประหยัดโดยขนาด, 104
การปรับปรุงแบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า (value-based care: VBC), 4
การเป็นหุ้นส่วน, 86
การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ, 25, 26
การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลยุทธ์, 27
การแปลผลคะแนนประเมินตนเอง, 21
การพลิกโฉม (transformation), 26
การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย, 27
การพัฒนาการจัดการสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน, 106
การพัฒนาการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพ, 106
การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy), 5
การพัฒนาสุขภาพใน 3 ด้านพร้อมกัน (the triple aim), 5
การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย, 25
การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย (enhanced access), 33
การเพิ่มสุขภาวะ (well-being), 5
การรับฟังเสียงสะท้อนปัญหา, 27
การลดภาระโรค (burden of disease), 5
การวางแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management), 32
การวางแผนการดูแลรักษาเฉพาะบุคคล, 106
การวางแผนการดูแลรักษาระหว่างหน่วยงาน, 106
การวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกัน, 87
การวางแผนการดูแลไว้แล้วล่วงหน้าในการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง (planned care), 31
การวางแผนการดูแลไว้แล้วล่วงหน้าในการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง (planned visit), 18
การวางแผนการทำงาน, 14
การวางแผนเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วย, 91
การวางแผนล่วงหน้า (planned care), 31
การส่งต่อผู้ป่วย, 60
การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support), 90
การสนับสนุนการตัดสินใจ, 91
การสร้างทะเบียนผู้ป่วย, 41
การสร้างนวัตกรรมในเวชปฏิบัติ, 29
การสร้างระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก, 25
การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care), 8, 95
การสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมหมอครอบครัว, 27
การเสริมพลัง, 76
การเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วย (patient empowerment), 19

การอภิบาลระบบ, 4

การออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบ, 25, 27, 85

การออกแบบระบบบริการสุขภาพ, 92

การออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, 25

การออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการออกแบบกระบวนการทำงาน (re-designed evidence-based care with patient-centered interactions), 14, 15

กลุ่มความเสี่ยงตามสภาวะสุขภาพ, 42

กลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ, 41

กลุ่มผู้ป่วยโรครีเอริง, 5

ข

ขั้นตอนการออกแบบกระบวนการ, 25

ขั้นตอนการออกแบบกระบวนการในคลินิกหอบหืด, 26

ขั้นตอนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า, 102

ค

คลินิกผดุงครรภ์, 94

คลินิกติดดาว, 71

คลินิกแพทย์, 94

คลินิกหอบหืด, 4, 5, 7, 13, 94

ความคาดหวังของประชาชน, 6

ความคาดหวังที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น, 88

ความคิด, 88

ความเจ็บป่วย, 88

ความเจ็บป่วยแต่ละครั้งเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิต (episodes as part of life-course experiences with health), 9

ความเจ็บป่วยที่เร่งด่วน (urgent care), 33

ความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน, 101

ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหอบหืดทั้งทีม (engagement with team-based healing relationships), 25, 52

คะแนนรวม, 21

ความยั่งยืนของสภาวะสุขภาพและธรรมชาติของการเจ็บป่วยซ้ำ, 101

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy), 31

ค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมลดลง, 28

ค่านิยมส่วนตัวของผู้ป่วย (patient preference), 18

คุณค่า, 100

คุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย, 31

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ, 7

โค้ชสุขภาพ (health coach), 31

- ■ ■ ■ ■
- ■ ■ ■ ■
- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

จ

จัดการดูแลตัวเองด้านสุขภาพ (self-management), 31

ข

ช่องทางติดต่อทีมหมอครอบครัวหลังเวลาทำการ (after-hours communication channels), 34

ช่องทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญของทีมหมอครอบครัว (consultation channels), 34

ค

ต้นแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง, 89

ตั้งเป้าหมายร่วมกัน, 53

ติดตามตรวจรักษาเพื่อติดตามผล, 33

ติดตามผลลัพธ์, 27

ท

ทะเบียนประชากร, 29

ทะเบียนผู้ป่วย (registry), 30, 41

ทีมสหสาขาวิชาชีพ, 27

ทีมหมอครอบครัว, 4,8

เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ, 27

น

นโยบายและการจัดองค์กรสุขภาพ, 92

นโยบายและทรัพยากรชุมชน, 92

นโยบายสาธารณะ, 3

นวัตกรรมเชิงระบบ, 5, 14

นักเวชปฏิบัติ (clinicians), 8

แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า, 100

แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ, 108

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นตัวบุคคล, 87

แนวคิดด้านชีวการแพทย์, 101

แนวคิดต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง, 89

แนวคิดมนุษยนิยม, 86

แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก, 104

แนวคิดระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อและการแบ่งระดับของบริการสุขภาพ, 93

แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติปฐมภูมิ, 85

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง, 7

แนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลรักษาต่อเนื่อง, 59

แนวทางปฏิบัติเพื่อประสานงานการดูแลรักษาผู้ป่วย, 60

แนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline), 17, 32

บ

บทบาทของสมาชิกในทีมหมอครอบครัว, 30

บันได 4 ชั้น, 25, 34

บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณค่า, 60

บริการสุขภาพในโรงพยาบาล, 101

บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ, 93, 95

บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ, 93, 95

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ, 94

บูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (care coordination), 33

บูรณาการทางคลินิกในระบบสุขภาพระดับจุลภาค, 99

บูรณาการระหว่างวิชาชีพและระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพระดับกลาง, 100

แบบบันทึกการปรับพฤติกรรม, 75

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย (assessment of health literacy), 32

แบบประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคนที่ขึ้นทะเบียนไว้ (risk stratification), 30

แบบประเมินตนเองของคลินิกหมอครอบครัว, 13

แบบประเมินตนเองเรื่องความก้าวหน้าในการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของคลินิกหมอครอบครัว, 21

ป

ปฏิสัมพันธ์กับสมาชิก, 15

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพในระยะยาว (interrelationships over time), 9

ประชากรกลุ่มเปราะบาง, 28

ประชากรกลุ่มเปราะบาง (vulnerable populations), 28

ประเมินความก้าวหน้าในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงานระดับเวชปฏิบัติครอบครัว, 13

ประเมินความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของสมาชิก, 30

ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยทุกคนที่ขึ้นทะเบียนไว้ (risk stratification), 29

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ, 88

ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม, 88

ปัจจัยเอื้อในเชิงระบบ, 60

เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน, 106

ผ

ผู้จัดการรายกรณี (case manager), 18, 32

ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม, 20

ผู้ป่วยนอก, 95

ผู้ป่วยใน, 95

ผู้ป่วยในแต่ละครั้งของการตรวจรักษา (visit-oriented care), 8

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการออกแบบกระบวนการทำงาน (patient-centered interactions), 30

- ■ ■ ■ ■
- ■ ■ ■ ■
- ■ ■ ■ ■ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)
- ■ ■ ■ ■ ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, 8

ผู้ให้คำปรึกษา, 86

แผนการดูแลคนไข้แต่ละบุคคลในเวลาที่ต้องตรวจรักษาได้ (point-of-care reminders), 32

แผนการดูแลรักษาสุขภาพพร้อมกัน, 52

แผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping), 44

พ

พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพ, 87

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 4

พัฒนากลยุทธ์, 26

พัฒนาการลงทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก, 28

พัฒนาคุณภาพชีวิต (quality of care), 5

พัฒนาตัววัด, 27

พัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ, 28

พิจารณาโรคร่วมของผู้ป่วย (comorbidity), 8, 9

พื้นฐานในการทำงาน, 25

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง, 33

เพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก, 27

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 4

ภ

ภาวะผู้นำ (leadership), 26

ภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพในคลินิกหมอครอบครัว (leadership and quality improvement strategies), 14

ย

ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health needs), 29

ยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. 2560-2569), 4

ร

รพ.สต., 4

รพช., 4

ระดับของบริการสุขภาพ, 85

ระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาการออกแบบนวัตกรรมเชิงระบบ, 14

ระบบการส่งปรึกษา, 97

ระบบครอบครัว, 89

ระบบแจ้งเตือนเพื่อนำแนวทางเวชปฏิบัติมาประยุกต์ใช้วางแผนการดูแลคนไข้แต่ละบุคคลในเวลาที่ต้องตรวจรักษา (point-of-care reminders), 32

ระบบช่วยตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision support systems), 32

ระบบนัดผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษา (appointment systems), 34

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, 4

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง, 5

ระบบบริการสุขภาพภาครัฐ, 93

ระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ, 98

ระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อ, 93, 94

ระบบระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล, 97

ระบบส่งต่อ (referral systems), 34

ระบบส่งต่อผู้ป่วย, 34, 96, 97

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ, 91

ระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง (self-management supports), 32

ระบบสารสนเทศทางคลินิก, 97

ระบบสารสนเทศเพื่อสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ (panel data), 30

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 3, 4, 5

ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง, 5

ระบุปัญหา, 13

ระบุรากของปัญหา, 5

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 4

ร้านขายยา, 94

โรค, 87

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, 3

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 91

โรงพยาบาลเฉพาะทาง, 96

โรงพยาบาลชุมชน, 97

โรงพยาบาลทั่วไป, 95

โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย, 96

โรงพยาบาลประจำค่ายทหาร, 95

โรงพยาบาลศูนย์, 96

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 94

โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่, 96

ล

ลำดับขั้นของแนวคิด, 108

ว

วัตถุประสงค์ของการประเมินตนเอง, 13

วางแผนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเชิงรุก (proactive care), 32

วางแผนการดูแลรักษาก่อนการตรวจรักษา (pre-visit plan) และหลังการตรวจรักษา (post-visit plan), 29, 32

วางแผนการดูแลไว้แล้วล่วงหน้าในการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง (planned care), 31

วางแผนล่วงหน้าได้ (planned visits), 29

วิธีการใช้แบบประเมินตนเอง, 14

เวชปฏิบัติครอบครัว, 85

เวชปฏิบัติปฐมภูมิ, 8, 25, 85, 98

เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์, 27, 97

เวชศาสตร์ครอบครัว, 95

ศ

ศูนย์บริการสาธารณสุข, 94

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ, 97

ส

สถานดูแลผู้ป่วยสูงอายุ, 97

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 28

สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน, 97

สถานะสุขภาพของผู้ป่วย, 101

สถานเอนามัย, 94

สมรรถภาพในการทำภารกิจทั่วไปในชีวิตประจำวัน, 88

สมาชิกในทีมหมอครอบครัวได้รับการฝึกอบรมเทคนิคในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย (shared decision), 32

สร้างฐานข้อมูลของกลุ่มประชากร, 29

สอนกลับ (teach back), 31

มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ, 27

สิทธิการรักษาหรือหลักประกันสุขภาพ, 33

สื่อสารการมอบหมายหน้าที่, 29

สุขภาพ, 88

ท

หน่วยบริการสุขภาพแบบบูรณาการ, 102

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ, 94

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 105

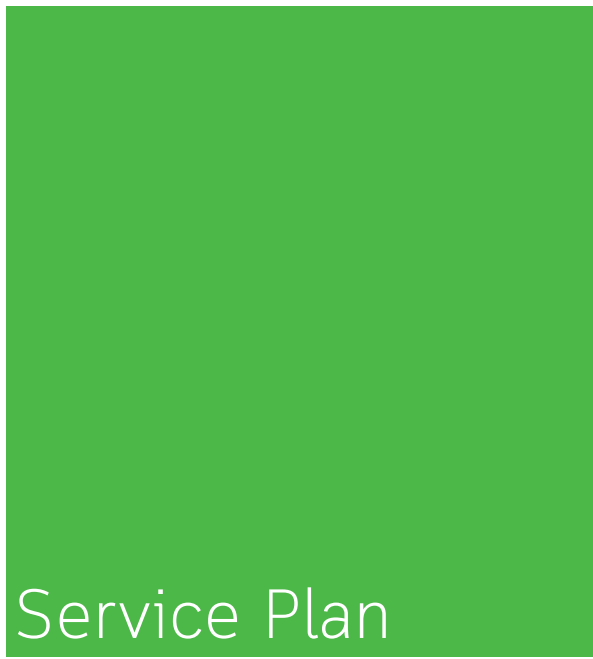
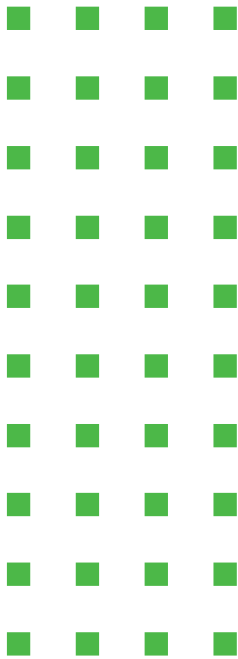
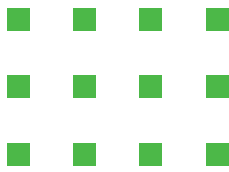
หลักเวชศาสตร์ครอบครัว, 4

อ

ออกแบบระบบบริการสุขภาพแบบใหม่, 27

ออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, 30

อารมณ์และความรู้สึก, 88



Service Plan

Integrated, People-centered Primary Care





Millî Eğitim Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı
Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
Millî Ekonomi Bakanlığı



Millî Ekonomi Bakanlığı

Service Plan (Service Plan) (Service Plan) (Service Plan)

Service Plan (Service Plan) (Service Plan) (Service Plan)