

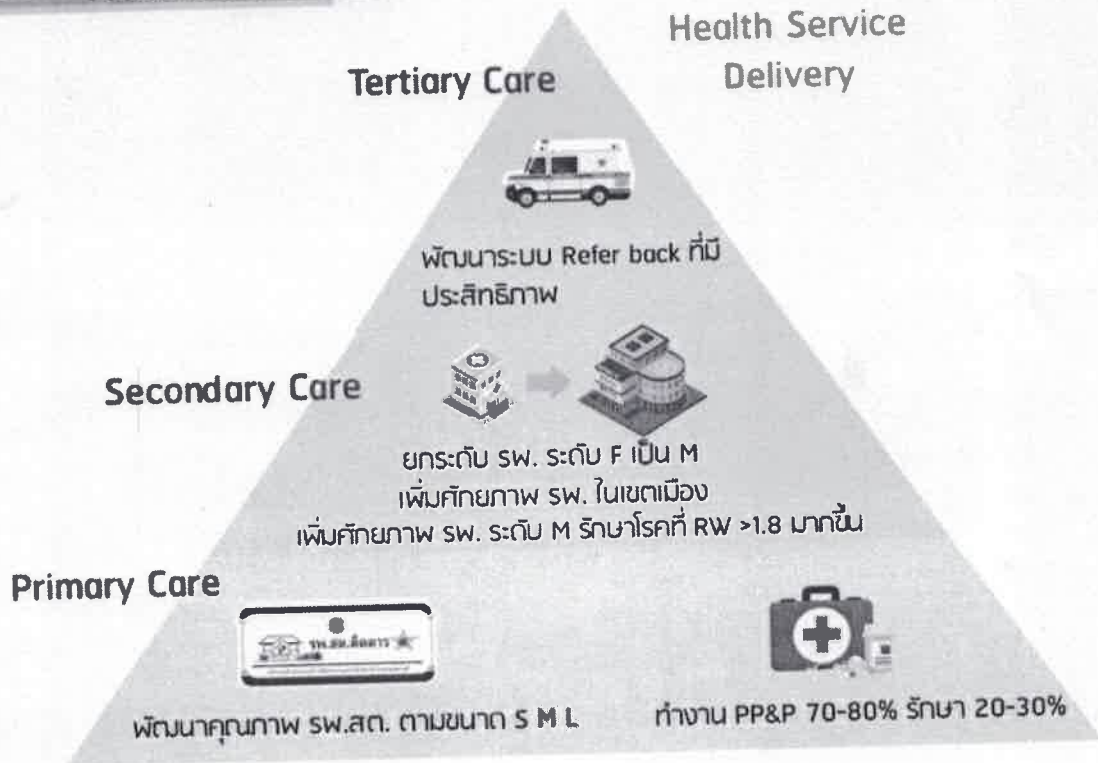


ปฏิรูป

ด้านระบบบริการสุขภาพ



6 building blocks Framework



Health Workforce

ใช้แนวทางมาตรฐานกรอบวิธีใน SW.สค. เพื่อเป็น PCC ที่สมบูรณ์

พัฒนาระบบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน SW. ขนาดเล็ก

Health Information System

E-office

ระบบรายงานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบบริหารจัดการทรัพยากร การบริการด้านการเงิน E-Record on the job

Technology Equipment & Medicine

เพิ่มเติม SW. ระดับ M

Financing

มีกลไกการเงินสนับสนุนต่อ SW. M F ที่มีประสิทธิภาพ และรับ Refer back

Governance

ทำงานร่วมกับ พชอ. แบบประชารัฐ

บทสรุปผู้บริหาร
การพัฒนากลไกการดำเนินงานมุ่งสู่การปฏิรูปสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Retreat สป. ครั้งที่ ๑)
วันที่ ๙-๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๑
ณ โรงแรมเดอะชาयน์ พัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

๑. ประเด็นการปฏิรูป เรื่อง

Blueprint of Health Service

๒. หลักการและเหตุผล / สถานการณ์ปัญหา

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนทั่วประเทศ ทั้งในด้านสาธารณสุข การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ครอบคลุมในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยที่ผ่านมามหากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ที่มีความเชื่อมโยง การบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงด้วยระบบการส่งต่อ เพื่อให้แต่ละเครือข่ายมีศักยภาพในการจัดบริการที่ใกล้เคียงกัน สามารถดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ โดยมีเป้าหมาย คือ ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย แต่เนื่องจากปัจจุบันและอนาคตมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสังคม ประชากรผู้สูงอายุ สภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี วิวัฒนาการด้านสุขภาพของประเทศไทย เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการทบทวนการพัฒนาการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีทิศทางชัดเจน เป็นระบบ ตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคม ประชากร และความต้องการด้านสุขภาพของประเทศ ประชาชน และหน่วยบริการ ได้ทันทั่วถึงในระยะต่อไป โดยมีกรอบแนวคิดในการดำเนินการ ๔ ประเด็น คือ

๑. การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ โดยการปรับระดับ/ยกฐานะโรงพยาบาล/การขยายเตียง/การควบรวมการบริหารโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็นตามระดับของสถานบริการสุขภาพที่กำหนดไว้ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเจริญเติบโตของสถานบริการสุขภาพ เน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๒. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (Basic Facilities) เพื่อการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐานทั้งด้าน

๑) พัฒนาอาคารบริการ ๒) อาคารและระบบสนับสนุน ๓) ครุภัณฑ์

๓. การพัฒนาระบบบริการที่สำคัญตามความจำเป็นด้านสุขภาพของพื้นที่ (Area Health Needs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงบริการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ การรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ

๔. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้มีขีดความสามารถในการดูแลประชาชน

๓. เป้าหมาย / Goal (ระยะ ๕ ปี)

๓.๑ การปรับระดับยกฐานะโรงพยาบาล การขยายเตียง รวมถึงการควบรวมการบริหารโรงพยาบาลโดยพัฒนาโรงพยาบาลระดับ F เป็น M มากขึ้นให้สามารถรักษาโรคที่มี RW>๑.๘ ได้มากขึ้น มีระบบ Refer back ที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาโรงพยาบาลรอบเมืองให้สามารถดูแลรักษาควบคู่กับโรงพยาบาลศูนย์ได้ มีการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม

๓.๒ โครงสร้างพื้นฐาน มีการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสมตามสัดส่วนในภาพรวม เตียงผู้ป่วยใน ๒ เตียง : ๑,๐๐๐ ประชากร มีสัดส่วนการเพิ่มจำนวนเตียง โรงพยาบาล A ๒๐ % S ๑๕ % M ๕๕% F ๑๐% ของแต่ละเขตสุขภาพ ห้องผ่าตัด ๑ ห้อง : ๕๐ เตียง เตียงผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนเตียงผู้ป่วยใน อาคารพักเจ้าหน้าที่ ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรสายวิชาชีพที่ต้องอยู่เวรให้บริการผู้ป่วยได้ตลอด ๒๔ ชม. โดยมีการคำนึงถึงข้อมูล อัตราการครองเตียง วันนอน ค่า RW

- ๓.๓ การพัฒนาระบบบริการที่สำคัญที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีคุณภาพมาตรฐาน
- ๑) โรครหัวใจ สวมหัวใจ (Cathlab) และ ผ่าตัดเปิดหัวใจ (Open heart) เขตสุขภาพละ ๑-๒ แห่ง
 - ๒) โรคมะเร็ง การฉายแสง (Radiation) จำนวนเครื่อง Linac เขตสุขภาพละ ๑-๒ แห่ง การให้เคมีบำบัด (Chemo Therapy) ในโรงพยาบาล A , S , M1 ทุกแห่ง
 - ๓) ทารกแรกเกิด จำนวนเตียง NICU ที่ควรมี ๑ เตียง : ๕๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ
 - ๔) อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีแพทย์เวชกิจฉุกเฉิน (EP) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2 และแพทย์ประสาทศัลยศาสตร์ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, ในทุกระยะ ๑๐๐ กิโลเมตร
 - ๕) การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ Corneal transplant ในโรงพยาบาล A เขตละ ๑-๒ แห่ง Kidney transplant ในโรงพยาบาล A เขตละ ๑ แห่ง Harvest team (ทีมเก็บอวัยวะ)อย่างน้อย เขตสุขภาพละ ๑ ทีม
 - ๖) อื่นๆ ที่สำคัญ เช่น การพัฒนาหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล A, S
- ๓.๔ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนาศูนย์หมอมครอบครัว และพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เป็นหน่วยบริการที่สามารถดูแลประชาชนที่ใกล้บ้านได้อย่างมีคุณภาพ

๔. ผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

๔.๑ ข้อมูลระดับโรงพยาบาลปี ๒๕๖๑ A = ๓๔ แห่ง , S = ๔๙ แห่ง , M1 = ๓๖ แห่ง , M2 = ๘๔ แห่ง , F1 = ๙๓ แห่ง , F2 = ๕๐๓ แห่ง , F3 = ๙๘ แห่ง = รวม ๘๙๗ แห่ง

๔.๒ โครงสร้างพื้นฐาน เตียงผู้ป่วยใน เฉลี่ย ๑๒ เขตสุขภาพ เท่ากับ ๑.๕ เตียงต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร

๔.๓ การพัฒนาระบบบริการที่สำคัญที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีคุณภาพมาตรฐาน

- ๑) โรครหัวใจ มีการสวมหัวใจ (Cathlab) จำนวน ๓๐ แห่ง มีการผ่าตัดหัวใจ (Open heart) จำนวน ๒๒ แห่ง ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ
- ๒) โรคมะเร็ง มีการฉายแสง (Radiation) จำนวน ๑๕ แห่ง โดยการให้บริการร่วมกับกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย การให้เคมีบำบัด (Chemo Therapy) จำนวน ๑๐๗ แห่ง
- ๓) ทารกแรกเกิด จำนวนเตียง NICU จำนวน ๑,๐๑๓ เตียง ซึ่งยังขาดเกือบทุกเขตสุขภาพ
- ๔) อุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีแพทย์เวชกิจฉุกเฉินและ แพทย์ประสาทศัลยศาสตร์ แต่ยังไม่เพียงพอ
- ๕) Corneal transplant และ Kidney transplant ครอบคลุมทุกเขต, Harvest team ๑๕ ทีม

๔.๔ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคลินิกหมอมครอบครัว

๕. ข้อเสนอการขอรับการสนับสนุนเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๑ นโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ Primary care Retreat โดยทบทวนบทบาทการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ ๗๐-๘๐ ด้านการรักษาพยาบาลร้อยละ ๒๐-๓๐ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การใช้แนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อการเป็นคลินิกหมอมครอบครัว (PCC) ที่สมบูรณ์ การทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้ระบบงานแบบประชารัฐ รวมถึงการใช้ระบบ E-office

๕.๒ นโยบายการพัฒนาบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ Secondary and Tertiary care Retreat โดยกำหนด Zero walk-in ในโรงพยาบาลระดับ A และ S เพื่อรองรับการรักษาตติยภูมิ รวมถึงเรื่องการควบคุมการบริหารโรงพยาบาลและวางแผนจัดบริการ Specialized service design ที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ระยะ ๑ ปี แผนการพัฒนาศักยภาพ โครงสร้างพื้นฐาน การจัดการที่สำคัญตามความจำเป็นด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่เป็นรูปธรรมทุกเขตสุขภาพ
- ระยะ ๕ ปี ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในทุกเขตสุขภาพ สามารถลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยลงได้