



Study visit Report: “Multisectoral coordination and collaboration for community health's project”



The Standard and Quality Control Board

1-7 December 2019

Nagano, Japan

Table of Content

Content	Page
Introduction	1
Objectives, Scopes, and Expectation	2
Delegates	3
Study Visit Program	4
General Information of Saku city	5
Policy Proposal: To Improve Healthcare access and Healthcare services in Thailand	8
Highlight Finding	10
• Good Practice	10
• Obstacles and Challenges	11
Finding	12
• Overview of study visit fields	12
• Comprehensive of Study visit finding	14
Part 1: Community healthcare plan	15
Part 2: Healthcare services system	20
Part 3: Integrated community care	30
APPENDIX	70
One Page Study Visit Report	71
Photo of Activities	106

Table of Figure

Figure	Page
Figure 1: The population of Nagano prefecture	5
Figure 2: Population Projections for Nagano prefecture	6
Figure 3: Further information about the population structure in Nagano prefecture	6
Figure 4: Changes in proportion of population aged 75 and older by municipality in Nagano prefecture	7
Figure 5: Overview of study visit fields	12
Figure 6: Comprehensive of Study visit finding	14
Figure 7: Number of beds require in 2025	16
Figure 8: Situation of the secondary Medical Areas (Same as Elderly Welfare Areas)	16
Figure 9: Setting of areas by disease/ Project and the Inter-Area Cooperation System	18
Figure 10: Philosophy of Healthcare influenced by Dr. Toshikazu Wakatsuki	21
Figure 11: Healthy Park Concept	25
Figure 12: Service system management for accessible health access	28
Figure 13: Disease diagnosis linkage control: Schematic view	29
Figure 14: Comprehensive of Integrated community care in Saku City	30
Figure 15: Structure of healthy Saku City	31

สารบัญ

	หน้าที่
บทนำ	39
วัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการศึกษาดูงาน	40
ข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดการระบบบริการสุขภาพและการกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	41
ข้อค้นพบภาพรวมจากการศึกษาดูงาน	44
● จุดเด่น	44
● ข้อจำกัดและความท้าทาย	45
สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาดูงาน	46
ภาพรวมสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาดูงาน	46
สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาดูงาน	48
1. แผนสาธารณสุขของจังหวัดนากาโนะ	48
2. ระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ จังหวัดนากาโนะ	50
3. ความร่วมมือด้านสุขภาพและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชน และภาคเอกชน	56
ภาคผนวก	70
รายงานสรุปการศึกษาดูงาน (One Page Report) ของคณะผู้ศึกษาดูงาน	71
ภาพกิจกรรม	106
การเตรียมการและแนวทางการศึกษาดูงาน	115

Introduction

This study visit is a cooperation of GLO+UHC, JICA (Japan International Cooperation Agency) and the National Health Security Organization of Thailand (NHSO); in an area of coordination and collaboration for community health projects from multisector. The study visit team is including representatives from the Standard and Quality Control board and the Standard and Quality Control subcommittee.

The outcomes from this study visit are mainly about Japan's community health management, which taking place in Nakano as an example of success area in local health management. This visit also provides an opportunity for sharing ideas and opinions among Thai health experts and Japan's. All outcomes and results are collected for developing NHSO in further future.

Objectives

1. To learn about multi-sector coordination and collaboration for community health system and services.
2. To collect the outcomes from this study visit in order to improve health care access and health care services in Thailand's national health security system, especially in parts that running by the Standard and Quality Control board and the Standard and Quality Control subcommittee.

Scopes

1. Governance mechanisms with strengthening of board and subcommittee.
2. Multi-sector coordination and collaboration in local health management.
3. Quality management and rights protection in local levels.
4. Local health service system management study case.

Expectation

Expectation from the study visit is to set a healthcare access and healthcare services in Thailand policy proposal for further developing as national and local public health management.

Delegates:



Dr.CHATRI BANCHUIN

Chairman of The Standard and Quality Control Board

The Standard and Quality Control Board member:



Miss PORNJUN SUWANNACHAT
Representative of Thailand Nursing and Midwifery council



Mr.WEERAPONG KRIENGSINYOS
Expert in Thai traditional medicines



Miss SUPATRA NACAPEW
Representative of NGO in area of HIV and chronic disease group



Mrs.SUPAPORN THINWATTANAKUL
Representative of NGO in area of children and youth group



Mrs.SOMJAI LUEVISADPAIBUL
Representative of Physical Therapy Professional group



Mrs.PANNEE ROONPHO
Expert in Thai Representative of Radiological Technology



Dr.SOMBOON TANSUPHASWADIKUL
Representative of Sub QCB, Region 2



Dr.KRIANGSAK PHIMDA
Representative of Sub QCB, Region 8



Mr.PRAYOON KHOKHAD
Representative of Sub QCB, Region 12

JICA Advisor



Munehito MACHIDA,MD MPH PhD
JICA Chief Adviser
The Partnership Project for Global Health and Universal Health Coverage [GLO+UHC], Thailand

JICA Intern



Takashi Shimatomo,
Pharmacist

NHSO



Mrs.Piyanuch Prongfa :
Director of Quality Health care Management bureau



Mrs.Naruomon Chairangsinant :
Manager of Quality Health care Management bureau



Miss.Adisorn Pukongnam :
Section Head of Quality Health care Management bureau

Study Visit Program:

DAY	DATE	PROGRAM
1	Dec, 1 2019	Bangkok to Narita by TG676
		Move to Sakudaira in Nagano prefecture by a chartered bus
2	Dec, 2 2019	Lecture on "Role of prefecture in community health and integrated care" at Saku Public Health and Welfare Center
3	Dec, 3 2019	Lecture on "Good manner to approach medical service"
		Observe SINANO company
		Lecture on "People's participation in health promotion activities in Saku city"
		Courtesy call to Mr Seiji Yanagida, Mayor of Saku city
4	Dec, 4 2019	Lecture on "Integrated community care in Saku city"
		Lecture on "Health Service in remote area" and "Quality Indicator in Health Service" at Saku Central Hospital Headquarter
5	Dec, 5 2019	Lecture on "Mental Health and Welfare Service by community"
		Lecture on "Peoples' participation in health promotion activities with hospital"
6	Dec, 6 2019	Courtesy call to Mr Tadahiko Fujiwara, Mayor of Kawakami village. (He is a Former President of National Association of Towns and Villages)
		Visit to village clinic and health promotion center in Kawakami village
		Move to Tokyo by the bus
7	Dec, 7 2019	Move to Haneda airport.
		Leave to Bangkok by TG683

General Information of Saku city

Saku (佐久市, Saku-shi) is a city located in Nagano Prefecture, Japan. As of 1 March 2019, the city had an estimated population of 99,131 in 41,522 households [reference from Saku city official statistics], and a population density of 230 persons per km². The total area of the city is 423.51 square kilometres (163.52 sq mi).

Saku is located in east-central Nagano Prefecture in the Saku Basin of the upper reaches of the Shinano River. The city claims the distinction of containing the point furthest from the sea within Honshu island (actually this point lies within the former town of Usuda). Since the opening of Sakudaira Station on the Nagano Shinkansen, many people commute to Tokyo, which is one hour away.¹

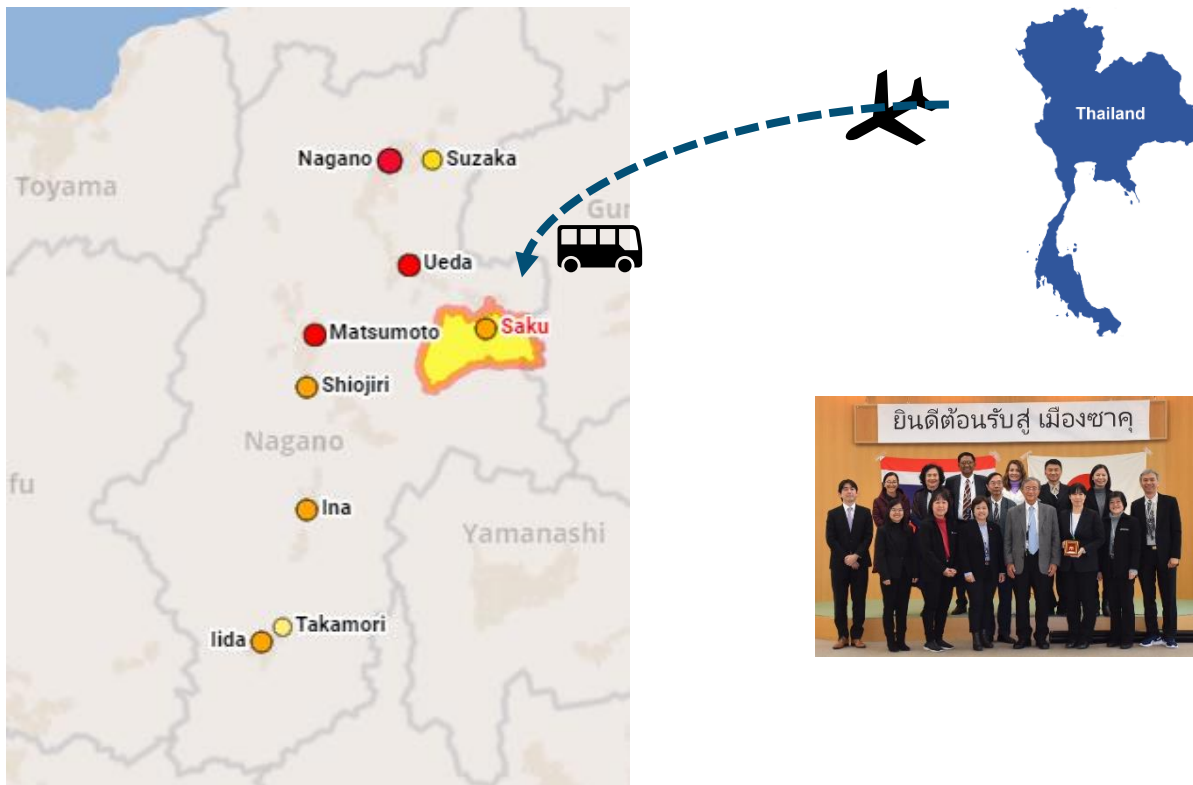


Figure 1: The population of Nagano prefecture

Name	Native	Status	Population	Population	Population	Population	Population	Population
			Census 1995-10-01	Census 2000-10-01	Census 2005-10-01	Census 2010-10-01	Census 2015-10-01	Estimate 2018-10-01
Nagano	長野県	Prefecture	2,191,857	2,213,128	2,196,114	2,152,449	2,098,804	2,063,865

¹ Data source: https://en.wikipedia.org/wiki/Saku,_Nagano#cite_note-3

Figure 2: Population Projections for Nagano prefecture

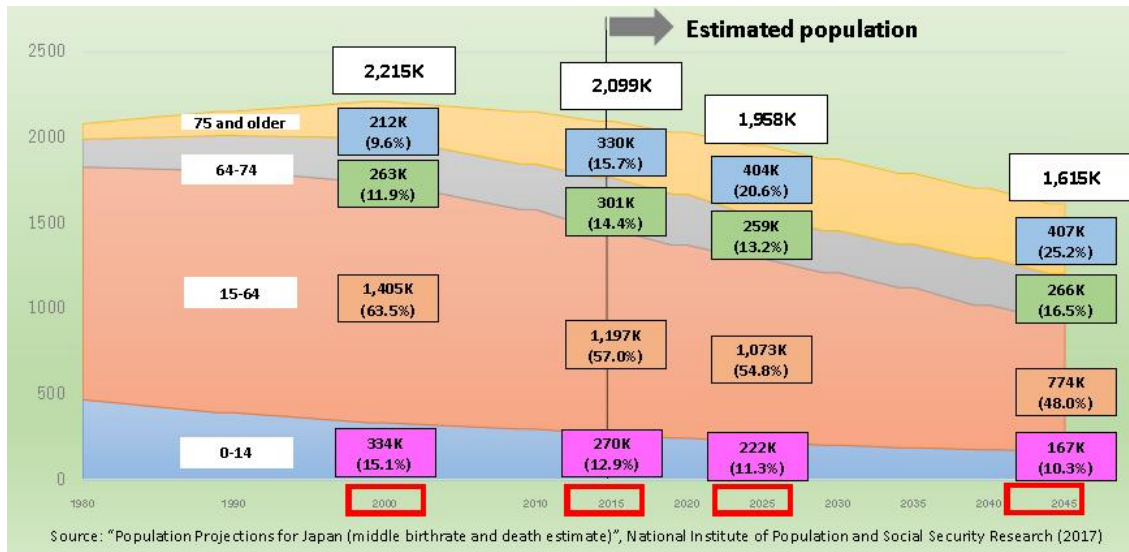
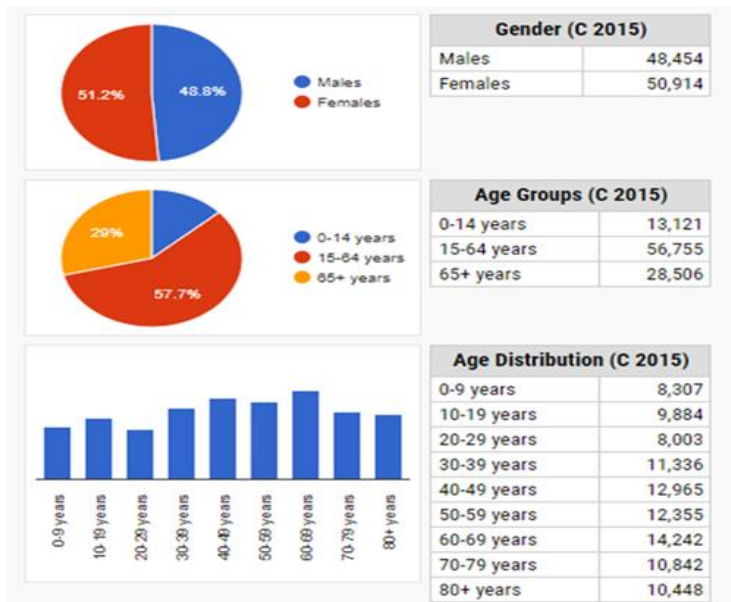


Figure 3 : Further information about the population structure in Nagano prefecture

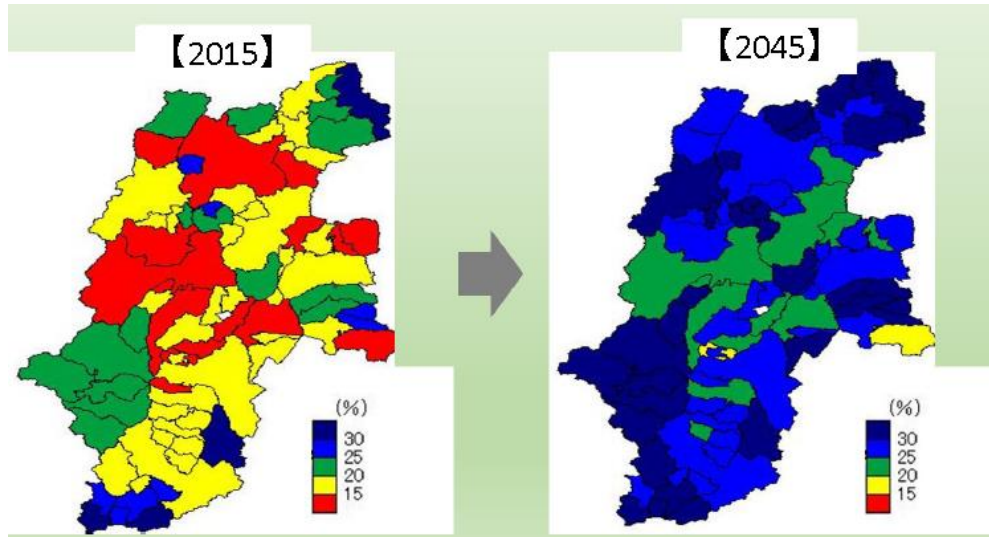


DUE TO DECLINING BIRTHRATE AND AGING POPULATION, THE RATE OF THE POPULATION AGED 65 AND OLDER WILL BE 34% IN 2025 AND 42% IN 2045.

THE POPULATION OF THE NAGANO PREFECTURE WILL KEEP DECLINING AFTER PEAKING IN 2000 AND IS PREDICTED TO BE 1.95 MILLION IN 2025 AND 1.6 MILLION IN 2045.

Source: <https://www.citypopulation.de/php/japan-nagano.php>

Figure 4 : Changes in proportion of population aged 75 and older by municipality in Nagano prefecture



The changes in proportion of later-stage elderly population by municipality in the prefecture, the proportion will exceed 20% even in urban areas in 2045.

As the proportion of the supporting population will relatively decline, it will be necessary to create a supporting system through the establishment of a community-based integrated care system. (figure 4)

Life expectancy in Saku city:



Males: 81.7 years (Nationwide is 80.8 years, in prefecture is 81.8 years)

Females: 88.4 years (Nationwide is 87.0 years, in prefecture is 87.7 years)

Policy proposal: To Improve Healthcare access and Healthcare services in Thailand

(Approved by Standard and Quality control board on January 23rd, 2020)

1. Primary care system

- 1.1 Support primary care cluster
 - 1.1.1 Everyone has own family doctor.
 - 1.1.2 Senior doctors and experts provide primary care information consulting and refers to other specialists or healthcare units.
- 1.2 Healthcare promotion and community services, called Health park concept, provide accessible access to people that reach their needs.
- 1.3 Support community care and gaining numbers of care givers in family and community levels.
- 1.4 Encourage provincial hospitals and urban hospitals to create primary care service network outside the hospitals.
- 1.5 Develop referral system, support both private and public healthcare unit to provide intermediate care (half-way home care), so the admission rate will be decreased.

2. Long-term care for the elderly

- 2.1 There should be health promotion and prevention for middle-aged groups and elderly groups, so they will be healthy even when they are aged.
- 2.2 Prepare the communities for the around-corner aging society including further health expense for long-term care part.
- 2.3 There should be a standard for long-term care for the elderly. Also, improving volunteers' knowledges who are in charge of taking care this group is important.
- 2.4 Gain more local participations for organizing elderly healthcare service such as setting a group, training volunteers, providing financial support and medical equipment, and arranging proper environment for the elderly's everyday lives.

3. Health promotion and prevention

- 3.1 There should be cooperation of 1.) Hospitals/ health units 2.) Government/ local levels/ public organization 3.) NPOs and citizens
- 3.2 There should be funds for health promotion and prevention for all ages.
- 3.3 Support NPOs and communities to organize healthcare for the elderly financially.
- 3.4 Support health literacy for everyone.
- 3.5 Support healthcare knowledge and information disseminating.
- 3.6 Improve volunteers' abilities financially.

4. Information management system

- 4.1 There should be networks for accessing to healthcare management in every care level (primary, secondary, and tertiary), so patients will continuously receive proper services.
- 4.2 Provide healthcare data and information to local levels in order that communities can use those data as information for developing and managing their local environment to meet their people's needs.
- 4.3 There should be personal database providing health information for family doctors and primary care process.
- 4.4 Use technology to improve access to raise people's health literacy.

5. Public health decentralization

- 5.1 Decentralization will allow communities to be a part of suitable healthcare and activity planning, leading to an effective public health policy proposal that also reach people in each area's needs. The process will be observed by Ministry of Public Health (MoPH) and National Health Security Office (NHSO).

6. Others

- 6.1 As healthcare management in Saku is successful, especially in terms of health promotion and prevention, and long-term care for the elderly; it is good practice for further study visit program.

Highlight Finding:

Good Practice

1. Japan is a welfare state and decentralizes power of public health management to local levels, so this management system is effective.
 - 1.1 Local health data is important for health systems planning in order to meet local citizens' needs.
 - 1.2 Local leaders and goal keepers are playing an important role in health policy planning in each area.
2. 90% of healthcare units are nonprofit organizations (NPOs). Most of their profits will use as their service quality development.
3. Healthcare unit's responsibilities are not divided by area. It depends on patients' convenience to choose to receive services, however, there are mutual agreement of all hospitals for a practical standard.
4. There are enough doctors and workforce for patients (more than 6-10 times of doctors and workforce in Thailand, in spite of lesser population).
5. There is only one standard for medical expense.
6. Healthcare policy is effective. It can reach to people's needs and solve healthcare problems. Also, it is used as a tool for quality evaluations.
7. *Living happily and being healthy for the rest of lives* is their motto for planning healthcare policy. Informing healthcare information for people is a main part of health promotion and prevention.
8. Their volunteers are various experts in many healthcare fields, mostly are the elderly; so they have a lots of time spending on their works.

*Living happily and
being healthy for the
rest of lives*

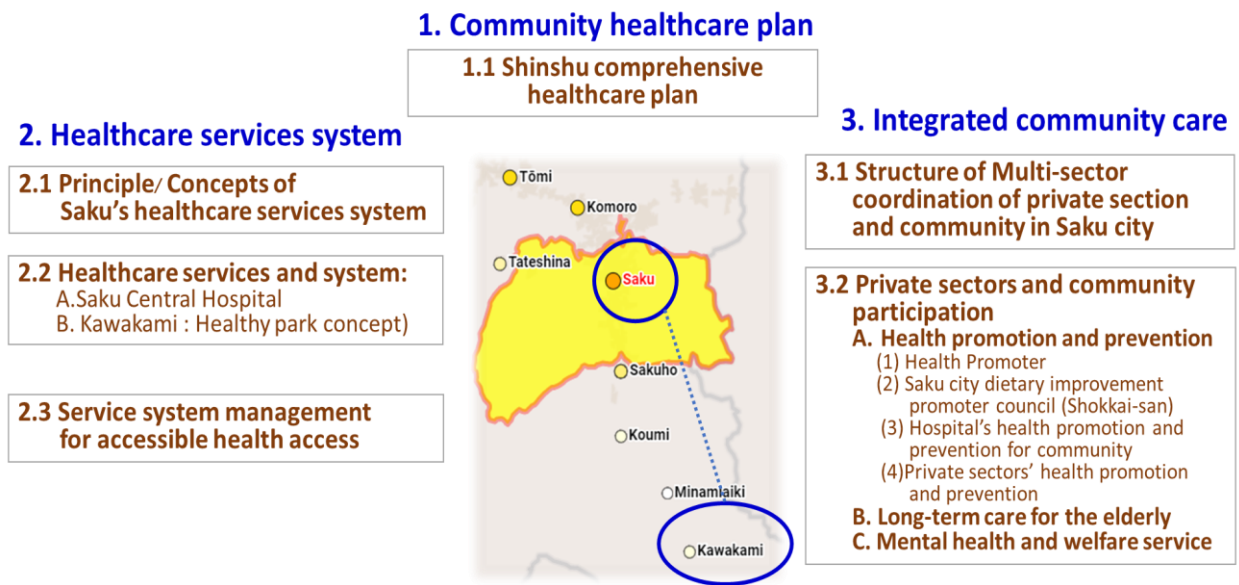
Obstacles and Challenges

1. To have a suitable community healthcare system in terms of healthcare units is a challenge to Japan's healthcare system, because most of them are running by non-profit organizations (NPO) ; so that there are more hospitals and clinics providing acute care/advance acute care more than the places for chronic phase/convalescent phase patients. It is also due to more fee schedule receiving.
 2. Home care and long-term healthcare for the elderly preparation.
 3. Distribution of doctor numbers is still not valid in some areas. There are enough workforce but the distribution is not proper.
 4. To manage their resources effectively.
 5. To plan reducing numbers of the elderly accessing to long-term care, while there is an increasing numbers of this group.
-

Finding:

Follow by study visit schedule from 2 – 6 December 2019, start from Nagano’s healthcare policy that present comprehensive of how to formulation of community healthcare plan and how to process to carry out the plan.

Figure 5: Overview of study visit fields



There are 3 parts of study visit finding: (figure 5)

1. Community healthcare plan: Shinshu (Nagano) comprehensive healthcare plan.
2. Healthcare services system
 - 2.1 Principle/ concepts of Saku’s healthcare services system
 - 2.2 Healthcare services and system
 - A. Saku Central Hospital
 - B. Kawakami: Healthy park concept
 - 2.3 Service system management for accessible health access

3. Integrated community care

3.1 Structure of multi-sector coordination of private section and community in Saku city

3.2 Private sectors and community participation

A. Health promotion and prevention

(1) Health promoter

(2) Saku city dietary improvement promoter council (Shokkai-san)

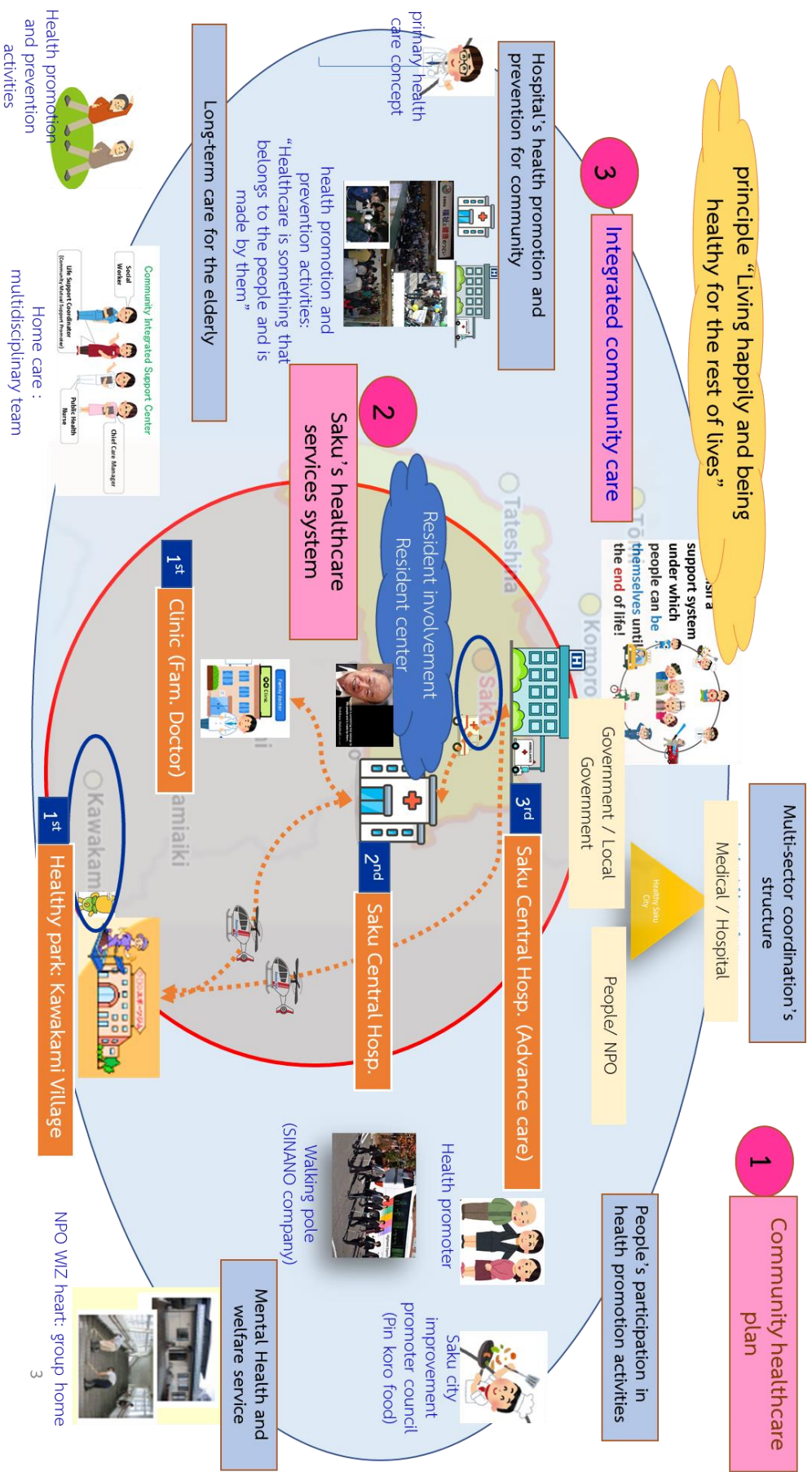
(3) Hospital's health promotion and prevention for community

(4) Private sectors' health promotion and prevention

B. Long-term care for the elderly

C. Mental health and welfare service

Figure 6: Comprehensive of Study Visit Finding



Part 1: Community healthcare plan: Shinshu (Nagano) comprehensive healthcare plan

The Japanese administration system comprises three levels: central government; 47 prefectures; and 1,718 municipalities. The Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) establishes the principles and basic laws. The national health policy is implemented through local governments. Most basic health and welfare services, such as those for mother and child and the elderly, are provided by municipal government. The prefecture coordinates activities among the municipalities.

Due to changed population structure in Japan, the government has been planning healthcare policy for all ages. Nagano is a role model for “Local coordination and collaboration for community health promotion and prevention”.

The declining population in Japan has worsened the finances of small local governments. As a result, it has become difficult for municipalities to operate the community-based insurance scheme and since 2018 the prefectural governments have assumed this financial responsibility.

In 1985, the province has started healthcare planning with local resource management by focusing on providing healthcare for patients with cancers and STORKE, along with emergency care services and obstetric services.

Then, in 2014, Nagano are planning to decrease numbers of patients with advance acute phase, while increase numbers of beds for patients in chronic phase/convalescent phase; because the government had decided to focus on long-term care due to an upcoming aging society around 2025, so local levels need to plan managing their resources to meet their people’s needs.

In April 2015, the Act on Amendatory Law to the Related Acts for Securing Comprehensive Medical and Long-Term Care in the Community required prefectures to establish the “Community Healthcare Plan”. All prefectures established the plan in fiscal 2016. * “Community Healthcare Plan” should basically be established for each secondary medical area.

Based on the actual state of healthcare delivered in 2013, number of beds require in 2025 is estimated for different levels of severity of patients’ condition.

(figure 7)

When the estimation and current number of beds for each function reported from medical institutions are compared, acute phase beds will be in oversupply and convalescent phase beds will be in undersupply.

Convalescent phase beds are mostly for patients with mild symptoms and transfer of such patients to nursing facilities, etc. has been reflected in the decrease of chronic phase beds. (figure8)

Figure 7: Number of beds require in 2025

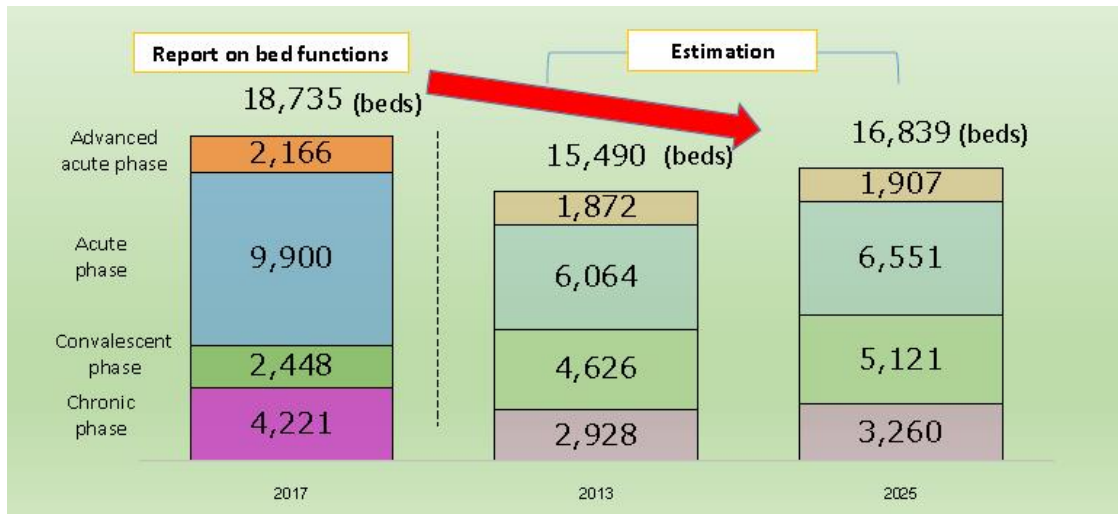
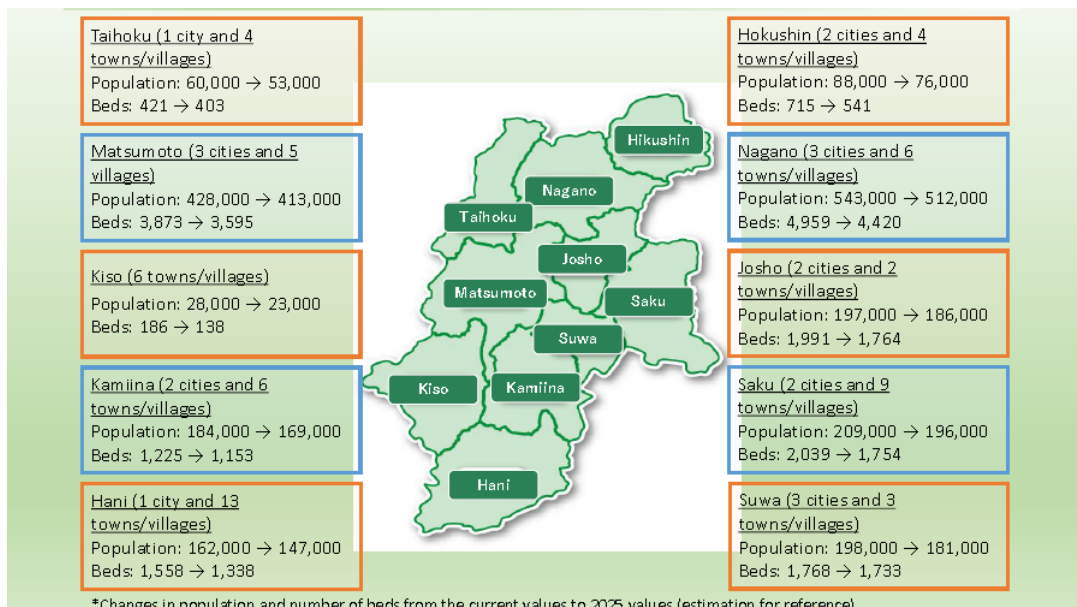


Figure 8: Situation of the secondary Medical Areas (Same as Elderly Welfare Areas)



Overview of “medical Planning” (Shinshu Healthcare)

1. Setting of areas for healthcare delivery
 - Secondary medical areas: 10 areas. Develop a system to deliver general medical treatment.
 - Tertiary medical care: Entire area of the prefecture. Develop a system to deliver advanced and specialized care
2. Medical policies for major diseases, etc.
 - 5 major diseases: Cancer, cardiovascular disease, stroke, diabetes and psychiatric disorders.
 - 5 projects: Emergency care, disaster care, perinatal care, pediatric care and care in remote rural areas.
 - Homecare: Cooperation with nursing care.
3. Establishment of future healthcare delivery system, etc.
 - Community healthcare plan: Measures related to declining population and changes in disease structure.
 - Measure to recruit medical doctors: Measure to correct unbalanced distribution of medical doctors in departments and regions.

“*Community Healthcare Plan*” is to estimate and specify medical demand and number of beds required in 2025 for each medical function to promote functional division and cooperation for beds toward 2025.

The Ministry of Health, Labour and Welfare developed “guidelines” including estimation methods before the prefectures started formulating the “Community Healthcare Plan. The guidelines were issued in March 2015.

Figure 9: Setting of areas by disease/ Project and the Inter-Area Cooperation System

Area		Emergency care	Care during disaster*	Perinatal care	Pediatric care	Home care	Cancer	Stroke	Cardiac infarction and other cardiovascular diseases	Diabetes	Psychiatric disorders				
											General	Psychiatric emergency			
												Present	Future		
Toshin	Saku	○	○	○	○	As a principal, each municipality is suite. Neighboring municipalities cooperate with each other based on the actual situation.	○	○	○	○	◇	◇	◇		
	Josho	○	○	○	○		■ (Matsumoto)	○	○	○		○	◆ (Weekend) (Hokushin)	◇	
Nanshin	Suwa	○	○	○	○		○	○	○	○	○	◇	◇	◇	
	Kamiina	○	○	○	○		○	○	○	○	○		◇	◇	◇
	Hani	○	○	○	○		○	○	○	○	○		◇	◇	◇
Chushin	Kiso	○	○	■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)		■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)	■ (Kamiina-Matsumoto)	■ (Matsumoto)	◇	◇	◇		
	Matsumoto	○	○	●	●		●	●	●	●					
	Taihoku	○	○	■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)		■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)					
Hokushin	Nagano	○	○	○	○		●	○	○	○	◇	◇	◆ (Weekend) (Toshin)		
	Hokushin	○	○	○	○		■ (Nagano)	○	○	○					

For circulatory diseases, etc., There is a medical care delivery system for multiple medical areas in consideration of the existing medical resources. (Figure 9)

The improvement of a medical care delivery system for each disease/project is conducted under the comprehensive fund program. (Program for the system improvement in vulnerable secondary medical areas and tertiary medical areas.)

Community-based integrated care of Nagano prefecture
(Ideal state in 2025 for Nagano)

Vision: Shinshu, where elderly people can be themselves and live with a sense of security in the community until the end of their lives while feeling the joy of living long.

Aims:

- In anticipation of the times when people live up to 100 years of age, aim to establish a social environment where people can live a steady life and feel the joy of living long with each resident’s independent efforts for long-term care prevention and health promotion through learning.
- Aim to establish a social environment (community-based integrated care system) where everybody can continue living in familiar home and community as themselves with a sense of security through the independent and cooperative efforts of various bodies engaged in healthcare, medical care and nursing care (welfare), as well as residents using the self-governing skill in the community.

Image of elderly people

- Live a healthy life

Whether in good health or in need of long-term nursing care, elderly people have motivation in life, work on improvement of health and have healthy lives while maintaining relationship with others by talking the initiative in learning.

- Be oneself

Not only when in good health but also when physically challenged, elderly people are in an environment where their existence and intentions are respected and can make choices and decisions about how to live in old age.

- Live together with mutual support

Using self-governing skills in the community, residents support each other with a spirit of mutual help. Surrounded with people who offer support when they are in need, elderly people live with a sense of security.



Shinshu, where elderly people can be themselves and live with a sense of security in the community until the end of their lives while feeling the joy of living long.



Part 2: Healthcare services system

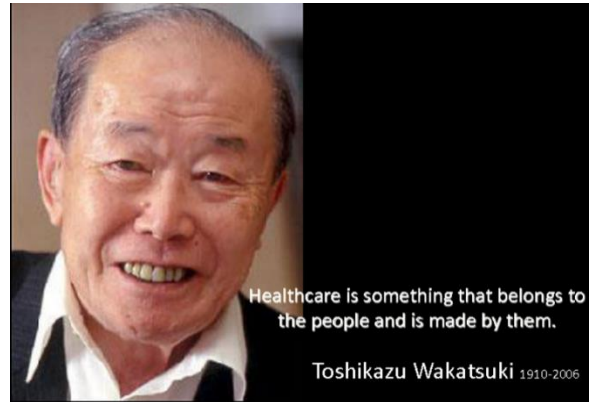
2.1 Principle/ Concepts of Saku's healthcare services system

It has influenced by Dr. Toshikazu Wakatsuki, director of Saku Central Hospital, Nagano who has set Saku's primary healthcare systems.

In 1945, Dr. Toshikazu Wakatsuki very interested in the lack of health care in doctorless villages and started health promotion activities for farmers with the "Illness prevention is better than curing and your health is on your own".

He is the one who started to go out visiting patients himself, after the WWII. He organized campaigns to enlighten farmers through drama performances and conducted on the spot health checkup for villagers.

Dr. Toshikazu Wakatsuki conducted field studies of farmer's live and established the concept of "potential diseases" which led to the model of rural medicine.

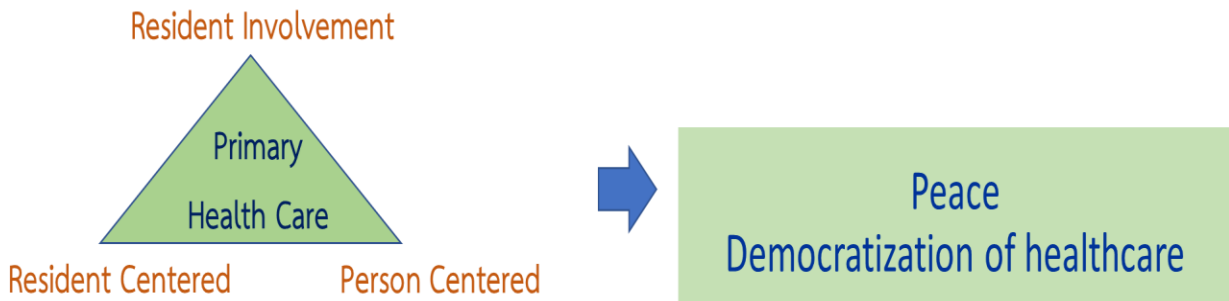


Illness prevention is better than curing and your health is on your

After Dr. Toshikazu Wakatsuki's death in 2006, younger doctors whom he trained and influenced have continued his tradition of social activism.

His hard works has inspired later generation doctors to intend to healthcare system from treating illness to forcing wellness.

Figure 10: Philosophy of Healthcare influenced by Dr. Toshikazu Wakatsuki



Dr. Toshikazu Wakatsuki established and defined agricultural medicine and rural health in Japan. He established three fundamental principles of rural health practice: 1) Democratization of health care; 2) With people; and 3) Practice in the community (Figure 10).

He oriented his practice as a movement to democratize healthcare. He believed in equity and universal access to quality healthcare regardless of wealth and place of residence.

He postulated that to democratize healthcare, the community itself must be democratized, and the main actors of the process should be the residents themselves.

He facilitated community participation in healthcare; he initiated use of community health workers to create a personable and accessible channel where villagers could consult health workers (also their neighbors) about health problems.

One of the goals of democratization of healthcare was to educate people to take responsibility for their own lives and health. In rural areas, extreme poverty had forced people to accept and endure illnesses.

2.2 Healthcare services and system

A: Saku Central Hospital

Saku Central Hospital, Nagano Prefectural Federation of Agricultural Cooperatives for Health and Welfare,

Saku Central Hospital was established in 1944, or the year preceding the end of World War II.

Service systems of Saku Central Hospital are divided into 5:3:2 (IP: OP: community medicine). Doctors have to do a dual commitment: advance medical care and front line (regional) medical care. There is also Hand in Hand concept, which is a harmonization of healthcare services and local cultures; for example, using local communication to inform healthcare information.

Saku Central Hospital philosophy: Saku Central Hospital aims to boost international healthcare and help foster community development that protects the lives and living standards of residents through medical and cultural activities in the spirit of togetherness “with farmer” to promote worthwhile lives.

There are health promotions and preventions which require local participation. The most famous one is patients’ club (it is also the first place in Japan) for sanitation advising from experts, giving out health record book named Health Pocket for keeping up with patients, organizing local health festival with Saku health university for informing healthcare information.



Hospital festival

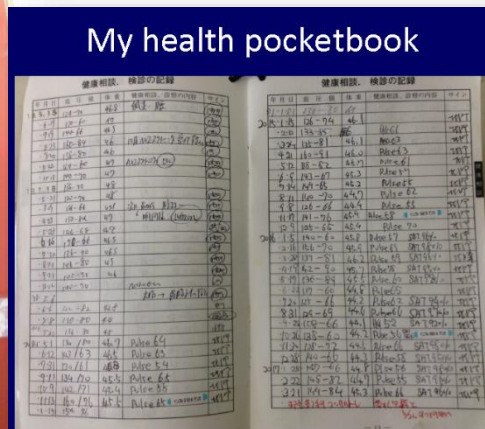
(Panel making rules is to stick to easily understood language that even a 4th grade child would be able to read and understand by himself/herself.)



Hygiene officials during poster

Sanitation Advisor

(Representative residents got involved in the health management initiative for all villages.)



My health pocketbook

Health pocketbook

(It is a exchanging document between healthcare team. Information can be checked at a glance, helping with comparisons to benchmark norms.)

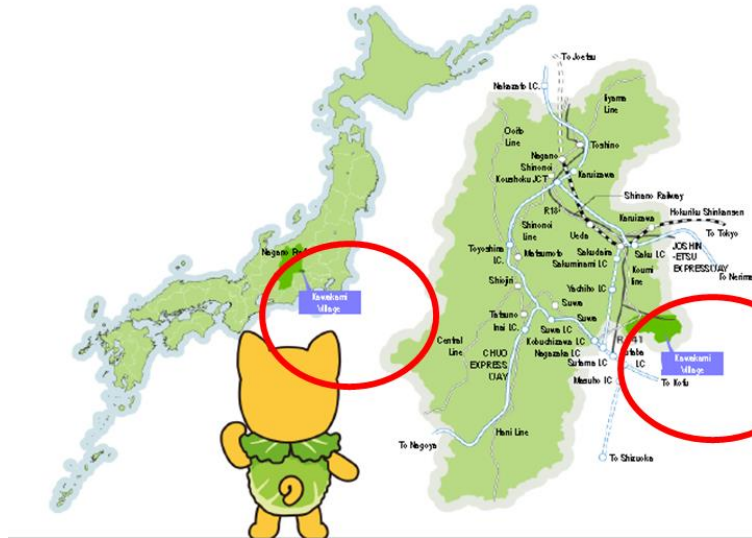


Local Health festival

(Village events held once a year. A venue for providing health and welfare education, featuring the participation of around 500 villages.)

B: Kawakami: healthy park concept

Kawakami is a village located in Nagano Prefecture, Japan. The village office is located at an altitude of 1,185 meters, the highest of any municipality in Japan. Kawakami is famous for its lettuce, as well as the Kawakami breed of dogs, Kawakami Inu. Agriculture, particularly the cultivation of lettuce, and forestry are mainstays of the local economy.



Village leader has intended to develop agriculture and farming in the village, also public health and environment; then Health Park Clinic has been established. Health Park Clinic center has been gathering people in community together, remaining them to take a good care of their own health and each other without only waiting for

government process. There is Doctor-heli, a helicopter for referring patients due to a long distance from the village to Koumi hospital (Sub-hospital of Saku Central Hospital); also a doctor team (without specialists) from Saku Central Hospital will be at the village every day.

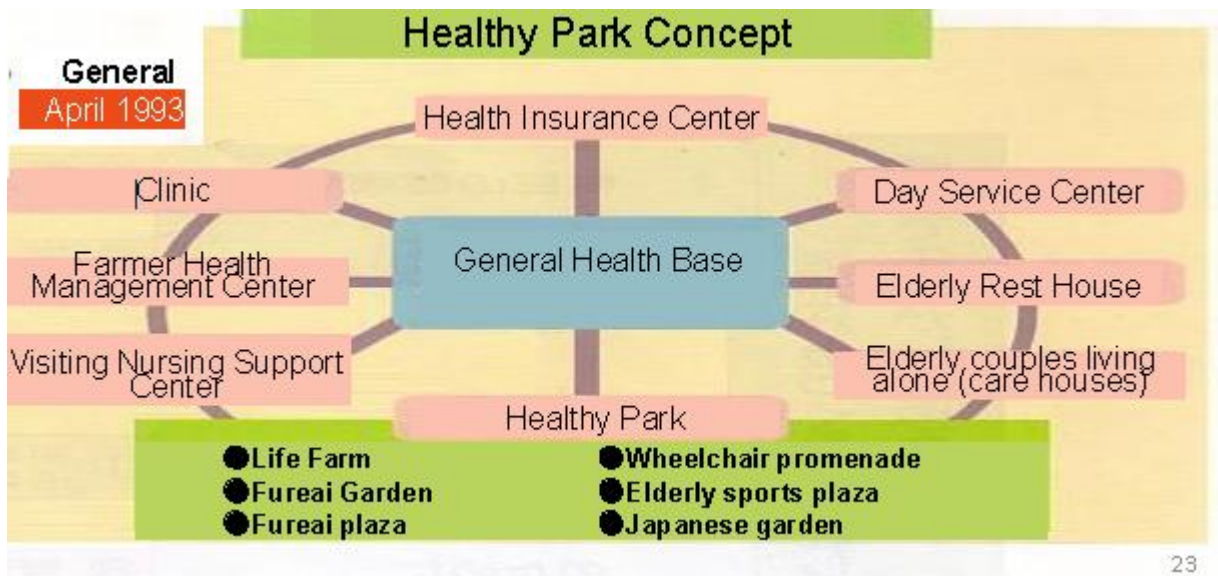
The main concept of Kawakami village healthcare service management is Health Park, which has been harmonizing advance medicine, welfare, and community medical nursing, altogether by focusing on holistic healthcare services. There is a home visit station for long-life healthcare (75% are dead in their home), and for having conference with the elderly's relatives. A visit nurse station always provides 3 nurses standing by all 24 hours and visiting patients at home sometimes.



Healthy Park Concept are (figure 11)

1. The village is a roofless hospital.
Elements for maintaining life are advanced medicine, natural environment and Personal relationships.
2. Integration/ unification of health, welfare, medicine and nursing

Figure 11: Healthy Park Concept



Challenges: local limited resource management. In this case, the villagers want to reduce the rate of patients accessing to long-term care because the rate of elder people are increasing which leads to a higher cost of insurance charges. Therefore, healthcare promotion and prevention among the elderly will help to decrease patients' access to long-term care and bring down the insurance premium cost.

2.3 Service system management for accessible health access

Status of medical institutions in Saku city*

- 7 hospitals
 - ASAMA General hospital
 - Saku Central Hospital
 - Saku Central Hospital, Advance Care Center
 - Japanese Red Cross Kawanishi Hospital
 - Kanazawa Hospital
 - Kurosawa Hospital
 - Amamiya Hospital

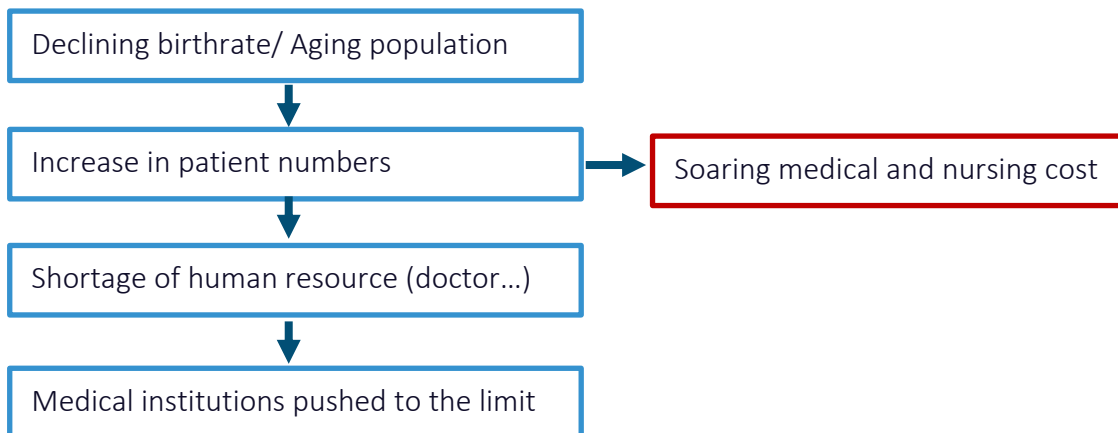
- 80 general clinics

- 55 dental clinics

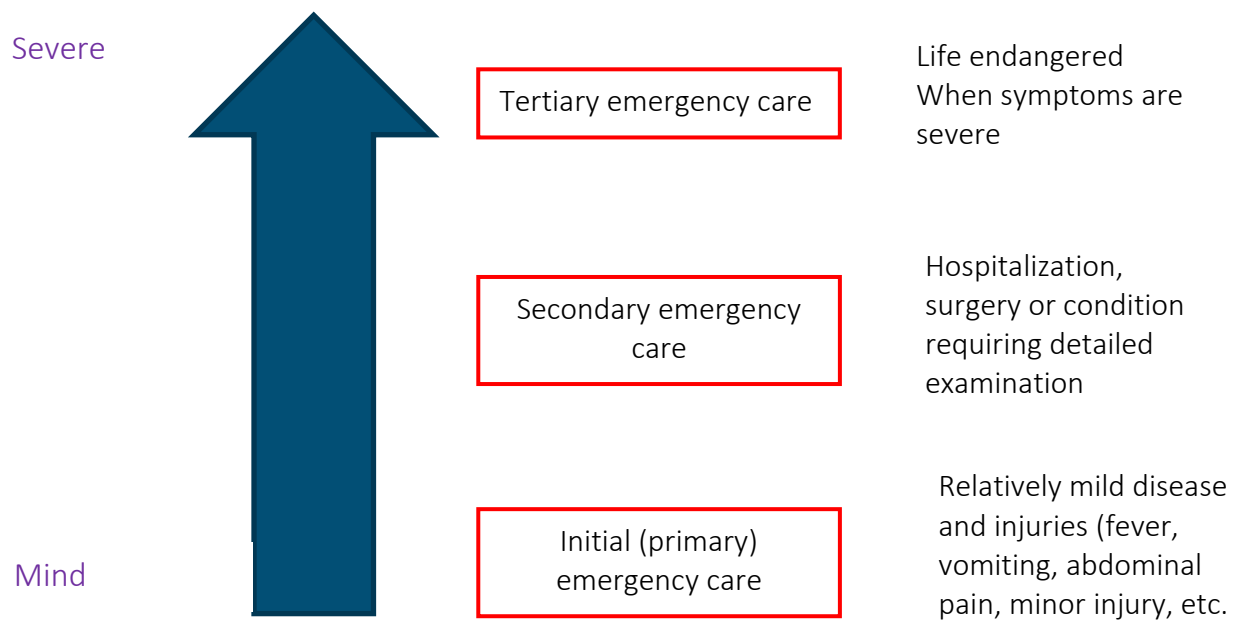
(*2016: Saku health and welfare office)

Medical problems and issues in Japan:

In Japan, demographics and disease structures have a great influence on medical service delivery systems and their finances.



Role of the emergency medical system



There are family doctors for primary care. Family doctor is the initial point of contact when it comes to healthcare regardless of the nature of patient's symptoms or which organs are involved, this is the "general practitioner".

If there are any cases need to see specialists, there is a referral system. The clinics with family doctors are all running by non-profit organizations and private sections; so, they are competing to provide the best quality of services in order to attract 'customer'.
(figure 12, 13)

Advantage of the family doctor system are

1. Relatively short waiting time, simple consultation procedure and a careful examination is possible.
2. If hospitalization or further examination is required, the family doctor can recommend appropriate hospital and departments to patient.
3. Given that he/she is aware of the family's medical condition, medical history and health status, patient can response quickly if a problem happens.
4. It is also possible to solicit daily living advice, for example on diet.

To protect community medicine, patients have to rethink the way they use “major hospital” and undergo medical examinations commensurate with the role of each medical institution.

Accordingly, it is importance to see the “Family doctor” as usual and where necessary, attend a major hospital for specialized examinations and treatments and use different medical institutions.

Even though they are under the main standard setting control by the central government, the qualifications are not strict. The more they provide the better services, the more patients they will gain.

Figure 12: Service system management for accessible health access

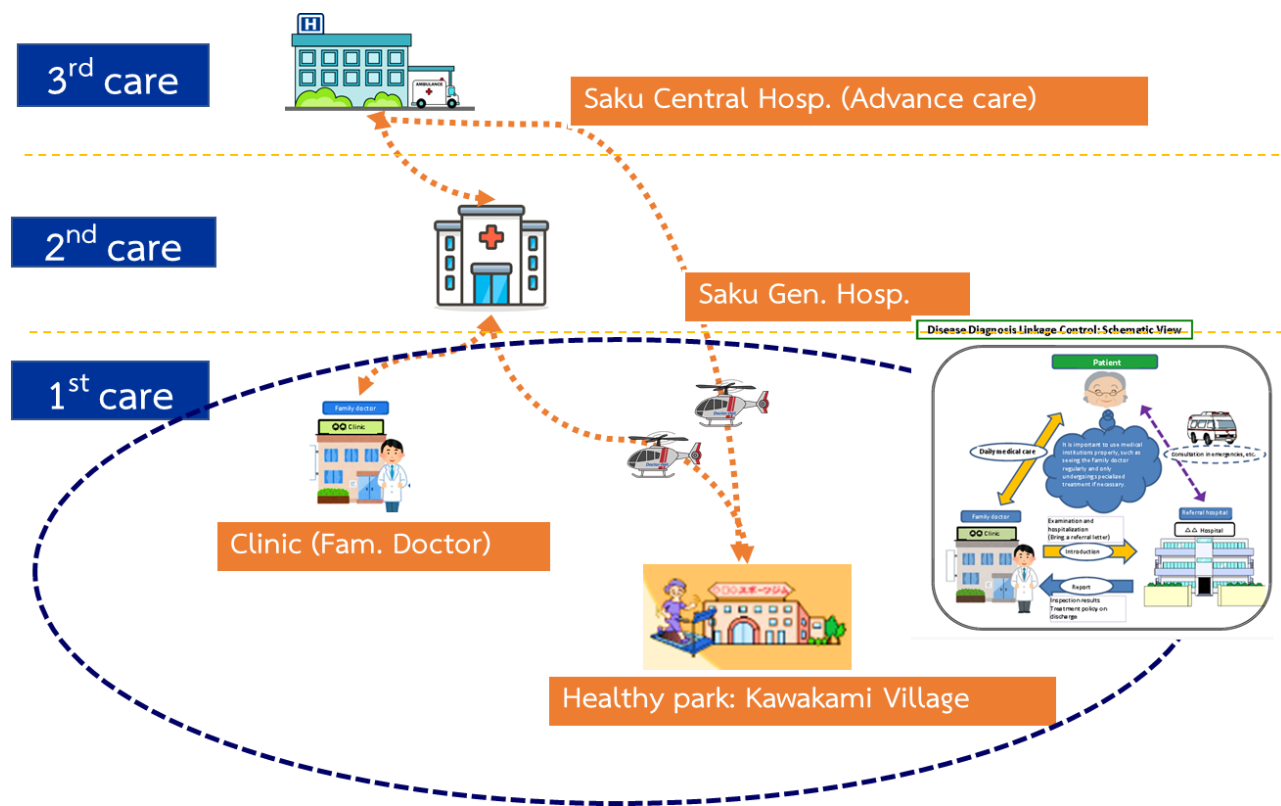
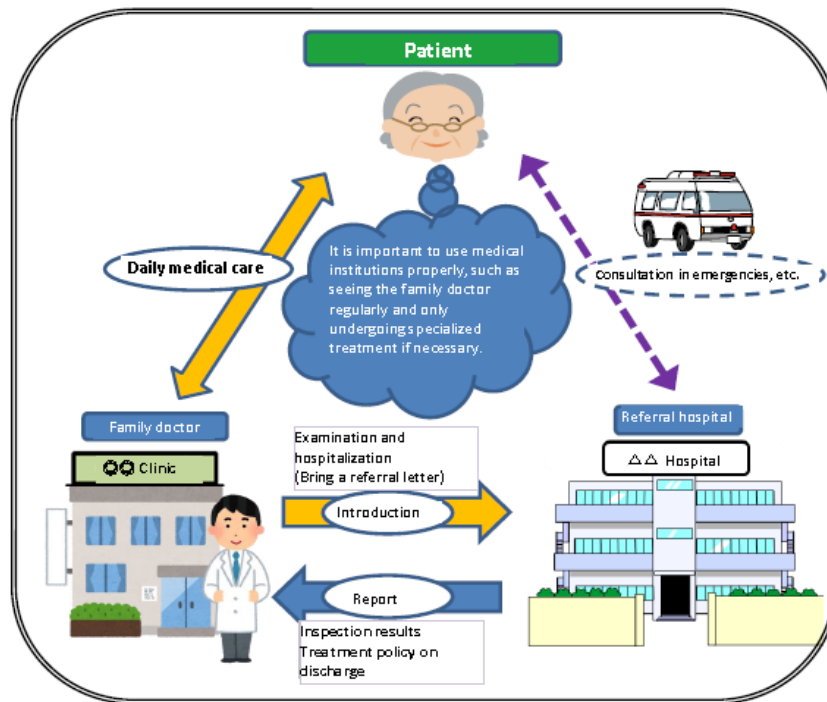
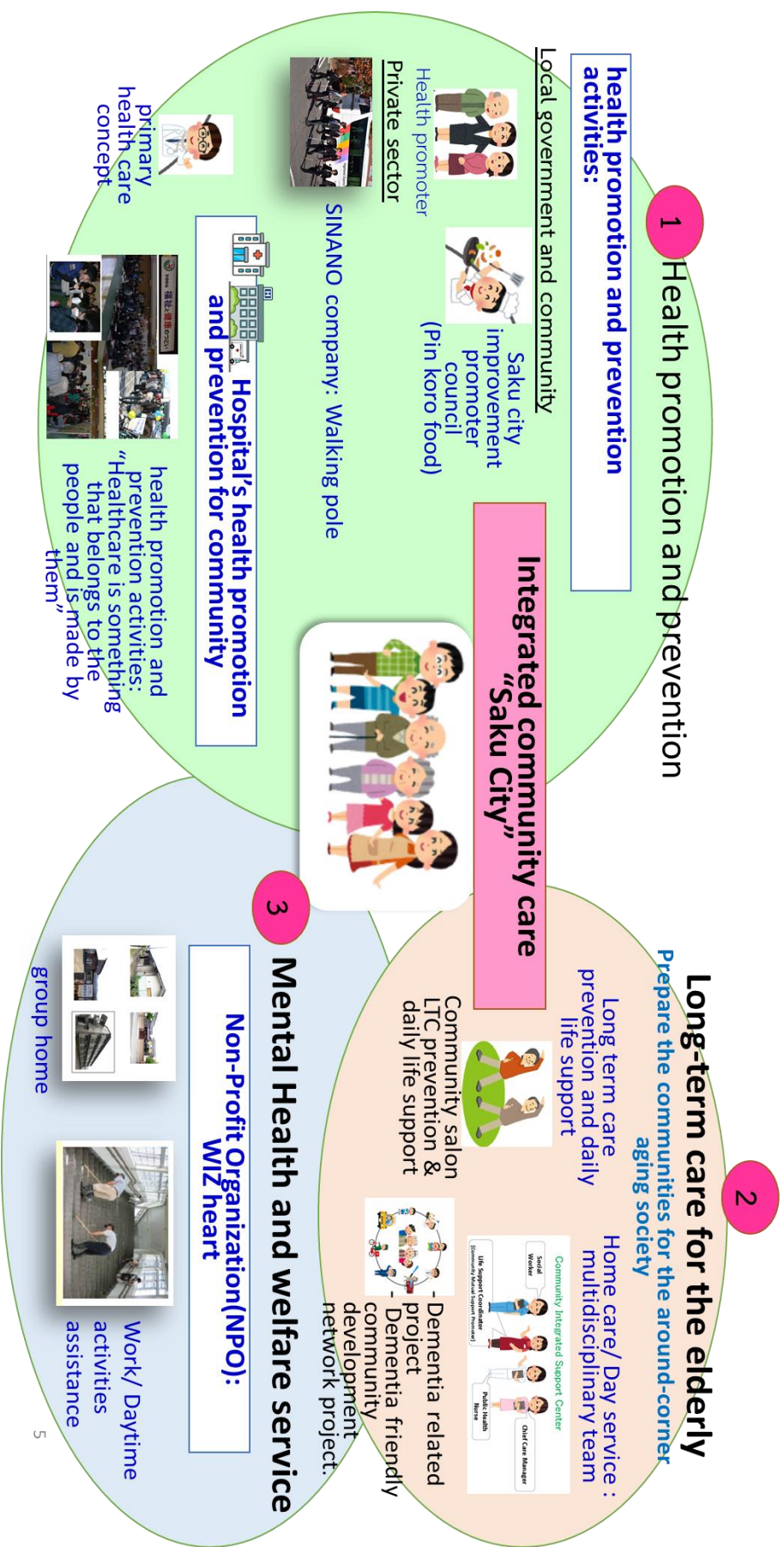


Figure 13: Disease diagnosis linkage control: Schematic view



Part 3: Integrated community care

Figure 14: Comprehensive of Integrated community care in Saku City



3.1 Structure of Multi-sector coordination of private section and community in Saku city

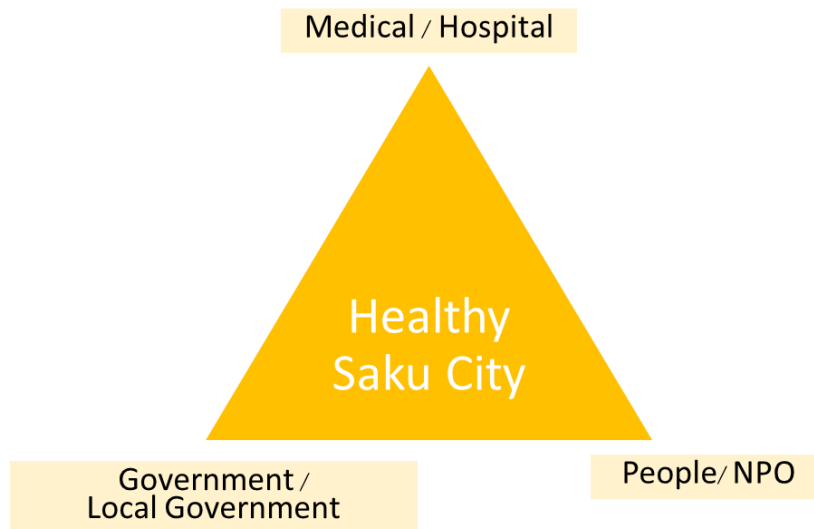
Multi-sector coordination of private section and community in Saku aims to raise healthcare awareness in all ages.

There are 3 parts of healthy Saku city (*figure 15*)

1. Medical/ Hospital side
2. Government/ Local government
3. People/ Non-Profit Organization (NPO)

This 3 have been collaborating and act together.

Figure 15: Structure of healthy Saku City



Saku City initiates health programs corresponding to each age group

- Lovely Infant and Toddler (around 0 to 5 years old)
- Energetic Childhood (around 6 to 11 years old)
- Hopeful Adolescence (around 12 to 17 years old)
- Enthusiastic Youth to Early Adulthood (around 12 to 17 years old)
- Fruitful Adulthood (around 40 to 64 years old)
- Wise Maturity (around 65 years old or older)

3.2 Private sectors and community participation

A. Health promotion and prevention

Roles of the municipal public health nurse and dietitian are (1) and (2)

(1) Health Promoter:



Health promotion is a part of healthcare promotion and prevention in community, aiming to encourage self-care awareness participate in activities altogether.

Health promotor qualifications:

- They are chosen by villages' leader, the chosen most
- ly are the elderly. They will get wages around 2,200 yen/year (but it is not a part of persuading) and take their term for only 2 years, then there are a trained team taking their place.
- Main duties: being a health manager, collecting healthcare problem, and being a middleman between community and central government.
- Main activities: healthcare promotion and prevention activity management, for example, block workshops organizing.

Roles of health promoter are

1. Detecting problems to promote healthy life of residents
2. Cooperating to ensure a smooth provision of health and welfare administrative services
3. Bearing a responsibility for health management of a community
4. Supporting and cooperating with works of public health nurse, etc.

Activities of Health promoter are

1. Efforts on adult health promotion
 - Education about nutrition, physical exercise, mental health, etc.
 - Recommendation of participating to medical examination.
 - Cooperation to medical examination for tuberculosis and lung cancer.
 - Community-wide dissemination of health.
2. Maternal and child health activities
 - Childcare volunteer at a baby food class of the city.
3. Organization and participation of health-related event
4. Health survey

(2) Saku city dietary improvement promoter council (Shokkai-san)



An important dietary healthcare institute for promoting healthy dietary improvement. There are 125 members in 7 districts of Saku city.

Dietary improvement promoter is volunteering for health promotion through dietary activities, consultation.

Slogan: Our health maintained by ourselves

Activities of dietary improvement promoter

1. City program “Pin Koro” food , a long-life healthy diet planning by doctors and experts. This dietary combines local culture altogether applying to people’s livings. It focuses on reducing saltiness in food (most of Saku local food are salty), reducing amount of meal portion, and adding more vegetables to the meals.
2. Cooking Class
3. Participation to health promotion related program
4. Food education promotion
5. Prefecture related program
6. Japan dietary food association program

Activities to realize healthy long life. Enlightenment of non-communicable disease prevention.



PinKoro Jizo

Commissioned program of the Saku city

1. A baby food class

“Weaning dietary cooking” classroom. Trial of weaning food for 7-9 months baby. Only parents who took a certain training session in advance can participate. At each place, cook together with nutritionist for 2 people each.

2. Promotion of Pin Koro Activities

Promotion activities such as tasting, cooking, etc. by cooking Pin Koro food at each district. Sometimes collaborate with health promoters and combine with lecture by dietician.

Pin Koro = Pin-Pin-Korori
Energetic long life = Live out the given span of life

Point of Pin Koro food are

- 1) Reduce amount of salt
- 2) Low calorie
- 3) Eat plenty of vegetables
- 4) Eat the good amount of protein surely
- 5) Eat various ingredients with good balance

People in Nagano prefecture eat a lot of vegetables in Japan

(3) Hospital's health promotion and prevention for community



Saku plans to strengthen primary health care system before primary care system. Also plans to reduce the rate of hospital attending.

With the motto: provide healthcare service with patients and their families' perspective and curing is not the only way for recovering, but also healthcare promotion and prevention. There are also Home medical care that doctors are going out to meet patients, doctors from hospital go to be on duty at local clinics in each day, and health promotion and prevention activities, such as:

1. Community group in Yachiho (Sakuho) village network are working on exchanging information about healthcare through health assistance, who

are chosen by local leader and appointed by the mayor. Their duties are checking up health care information, looking for environmental health, and health information informing.

2. Committee group for health in Matsukawa village has health promotion and prevention activities.
3. 8-times study course of health and welfare in Saku central hospital providing. The ones who completely attended all courses are able to plan community activities in future.
4. Annual diabetes prevention activities run by hospitals and local administrations.

(4) Private sectors' health promotion and prevention

Health promotion for the elderly is one of the main topic in Japan society currently, especially rehabilitation.

SANINO, the pole and sport equipment company, is in charge of walking pole product for the elderly. Walking pole exercise is one of healthcare

promotion activities in Saku. There is walking pole event every year, plus there is a health supporter training for walking pole using.

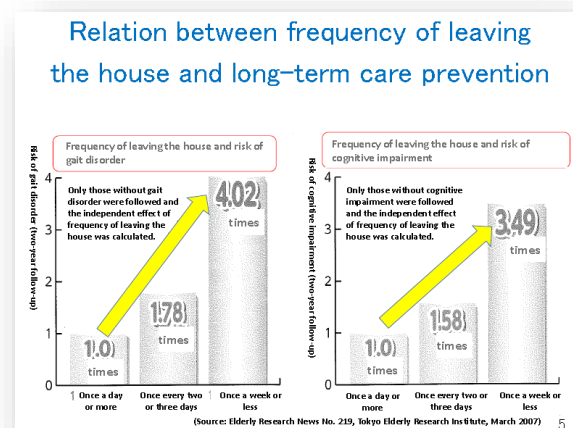


B. Long-term care for the elderly

To continue living in a familiar house and community in Saku city as an elder. Future direction of Saku city elderly support program are elderly people should stay healthy and volunteers should participate in life support activities, etc.

Community participation for Long-term care are:

1. It is a cooperation of local administration and community.
2. Every plan is designed for upcoming aging society.
3. Healthcare services are provided up to health problems in the community, which are dementia, arthritis, STROKE. Those illness are all from local salty food.
4. Dementia is a serious illness here because the elderly lost their daily lives abilities and forgetful, so family and community participation is very important.
5. The goal of the elderly healthcare service program is they will have happy and healthy lives, also support them to participate in community and take care of each other.
6. Most of healthcare activities are for patients with dementia. It is also a part of government policy.
7. The main idea of this long-term healthcare is to provide environment for the elderly to join in together, as it is called Salon. The activities are aiming to protect them from dementia and to let them taking care of each other, living happily with healthy lifestyle all their lifespan.





“Community salon” is the place where people can go to by themselves and meet others even in old age

Long-term care prevention and daily life support program

Long-term care prevention program carried out by municipalities for people aged 65 and older.

Under the program, elderly people can receive flexible services appropriate for each person in a smooth manner without qualification for care insurance.

Long-term care prevention and daily life support program are 2 parts.

1. General preventive care projects

Purpose to prevent dementia by stimulating the right brain through singing and playing instruments.

Dementia related projects are

- 1) Prevention education project
- 2) Promotion of understanding of dementia (family, community and professionals)
- 3) Support people with dementia and their families

Comprehensive dementia support project is Dementia friendly community development network. The purpose is to develop understanding of dementia among families and residents, establish a support system for observation and prevent elderly abuse so that people including elderly people with dementia can continue living in the community with a sense of security.

2. Long term care prevention and life support service projects: visiting services and day care service.

C. Mental Health and welfare service

A non-profit organization (NPO) : Wiz Heart SAKU has been established in order to take care of mentally ill patients by Saku local administration.

The government wants to provide quality of lives for this group of patients. To let them be able to get along with people in the society and have some simply ways to make a living. Therefore, the organization is curing them as a group home. It is a very first time in Saku and in Japan too, which it was opposed at first before it becomes successful.

In group home, there are easy training program for patient in order to prepare them for living normally in the society. Those programs are simple skills for living daily life and getting some jobs. It has found that patients from Wiz Heart Saku can getting job in the highest rate comparing to other healthcare service organization for patients will mental illness in Japan.

An upcoming plan of this organization is expanding the area and adding more rehabilitation activities.



Group home

รายงานการศึกษาดูงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เรื่อง

“Multisectoral coordination and collaboration for community health's project” ณ เมืองซากุ จังหวัดนากาโนะ ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 1-7 ธันวาคม 2562

บทนำ

การศึกษาดูงานครั้งนี้เป็นการศึกษาดูงานภายใต้โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น GLO+UHC, JICA (Japan International Cooperation Agency) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในเรื่อง “การประสานความร่วมมือของภาคส่วนและกลไกท้องถิ่นด้านระบบบริการสุขภาพ” (Multisectoral coordination and collaboration for community health's project)

คณะผู้ศึกษาดูงานเป็นผู้แทนคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขตพื้นที่ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับควบคุมและส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน

ผลของการศึกษาดูงานครั้งนี้ ทำให้ได้ศึกษาต้นแบบที่ดีด้านการจัดบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ของจังหวัดนากาโนะ ประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้ยังได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ผลการจากการศึกษาดูจะได้นำไปปรับใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการศึกษาดูงาน

วัตถุประสงค์จากการศึกษาดูงาน

1. เพื่อศึกษาระบบและแนวทางการเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือของภาคส่วนและกลไกท้องถิ่นด้านระบบบริการสุขภาพระบบคุณภาพ
2. เพื่อนำผลการศึกษาดูงานมาปรับใช้ในการพัฒนาการเข้าถึงบริการและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกลไกของคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

ขอบเขตการศึกษาดูงานและร่วมแลกเปลี่ยน

1. กลไกการอภิบาลระบบและการสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ
2. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม
3. การจัดการคุณภาพและการคุ้มครองสิทธิในระดับพื้นที่
4. ศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่

ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการศึกษาดูงาน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการจัดการระบบบริการสุขภาพและการกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำไปปรับใช้ในการจัดการและกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานระดับประเทศและระดับพื้นที่

ข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดการระบบบริการสุขภาพและการกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐาน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีมติเห็นชอบข้อเสนอในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๓)

1. ระบบบริการปฐมภูมิ

- 1.1 สนับสนุนให้เกิดระบบบริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (PCC) อย่างเป็นรูปธรรมและครอบคลุม
 - 1.1.1 ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำครอบครัว
 - 1.1.2 ในอนาคตอาจพิจารณาแพทย์อาวุโสหรือแพทย์แพทย์เชี่ยวชาญด้านอื่นที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) และประชาชนทุกคนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลเบื้องต้นเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำรักษาเบื้องต้น และให้คำปรึกษาหากมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
- 1.2 การจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการดูแลรักษาในชุมชนในลักษณะ Healthy park concept ให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ใกล้บ้าน และออกแบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน สอดคล้องกับวิถีชีวิตในพื้นที่นำร่อง โดยร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคประชาสังคม และหน่วยงานอื่นๆ
- 1.3 ส่งเสริมการบริการ Community Care ร่วมกับการสร้าง Care Giver ระดับ ครอบครัว/ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
- 1.4 สนับสนุนให้โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง จัดเครือข่ายบริการปฐมภูมินอกหน่วยบริการ
- 1.5 พัฒนาระบบการเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบริการขั้นสูง โดยส่งเสริมให้มีสถานบริการ intermediate care (Halfway home) ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เพิ่มขึ้น เพื่อรับผู้ป่วยที่ระยะฟื้นฟูมาดูแลใกล้บ้านและชุมชน ทำให้ลดความแออัดในโรงพยาบาล

2. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

- 2.1 ควรมีนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี
- 2.2 การพัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการเตรียมความพร้อมค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ
- 2.3 ควรมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และส่งเสริมศักยภาพและองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.4 พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. ร่วมกับภาคประชาสังคมในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ชมรม/ อาสาสมัครดูแลช่วยเหลือกันในชุมชน รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน อุปกรณ์การฟื้นฟู การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย หรือการจัดให้มีศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชนเป็นต้น

3. บริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- 3.1 การจัดการบริการสุขภาพและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรมีการประสานพลัง 3 ส่วน ได้แก่
 - (1) โรงพยาบาล/หน่วยบริการ
 - (2) รัฐบาล/ จังหวัด/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)/ หน่วยงานของรัฐ
 - (3) ประชาชน/องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Non-Profit Organization: NPO) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม
- 3.2 ควรมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อชะลอการเกิดโรค ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- 3.3 สนับสนุนให้องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรและเครือข่ายภาคประชาชน ร่วมจัดการบริการและสวัสดิการสำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐที่เหมาะสมและต่อเนื่อง
- 3.4 ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อชะลอการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3.5 ส่งเสริมให้มีการนำองค์ความรู้/ งานวิจัย ต้นแบบที่ดีในพื้นที่ เพื่อเรียนรู้และถ่ายทอดบทเรียนให้กับพื้นที่อื่น
- 3.6 พัฒนาอาสาสมัคร ให้เป็นอาสาสมัครเฉพาะด้านที่หลากหลายและมีศักยภาพ โดยมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

4. ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ

- 4.1 ควรมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้ในการจัดการระบบสุขภาพ ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง
- 4.2 การคืนข้อมูลสู่ระดับท้องถิ่น ตั้งแต่ระดับเขต ลงไปถึงระดับหมู่บ้าน เพื่อให้พื้นที่ได้รับทราบสถานการณ์/ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และในระดับประเทศให้มีการนำข้อมูลสถานการณ์สุขภาพในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมกับความต้องการของพื้นที่
- 4.3 ควรมีระบบฐานข้อมูลรายบุคคลของประชาชน (พฤติกรรมเสี่ยง เจ็บป่วยโรคที่ป้องกันได้ การเจ็บป่วยทั่วไป) เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้คำแนะนำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเฉพาะบุคคล
- 4.4 การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

5. การกระจายอำนาจ

- 5.1 ควรมีการกระจายอำนาจ ให้พื้นที่มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจ เพื่อให้การจัดทำแผนบริการสาธารณสุขและการออกแบบกิจกรรมเฉพาะตามบริบทของพื้นที่โดย กระทรวงสาธารณสุข/ สปสช. มีระบบสนับสนุน ติดตาม กำกับ ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

6. ข้อเสนออื่นๆ

- 6.1 เนื่องจากเมืองซากุเป็นพื้นที่ที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เห็นควรพิจารณาขยายผลให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการในระดับพื้นที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีโอกาสในเรียนรู้และนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพต่อไป

ข้อค้นพบภาพรวมจากการศึกษาดูงาน

ข้อค้นพบภาพรวมจากการศึกษาดูงาน ดังนี้

จุดเด่นของประเทศญี่ปุ่น

1. ประเทศญี่ปุ่นเป็นระบบรัฐสวัสดิการ และการกระจายอำนาจที่ชัดเจนของประเทศญี่ปุ่น ทำให้การดำเนินงานของรัฐในการจัดสวัสดิการให้กับประชาชนในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.1 การให้ความสำคัญกับฐานข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ แล้วนำมาวางแผนจัดระบบบริการหรือกิจกรรมรองรับตามประเด็นปัญหาเฉพาะที่พบ ตั้งแต่ระดับชุมชน
 - 1.2 ผู้นำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ที่มีความสำคัญ ในการกำหนดนโยบายและกิจกรรมด้านสุขภาพและสวัสดิการในพื้นที่
2. สถานพยาบาล 90% ดำเนินโดยภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร คือ ไม่มีการแบ่งผลกำไรให้กับหุ้นส่วนแต่นำผลกำไรมาพัฒนาบริการ (nonprofit organization: NPO)
3. โรงพยาบาลแต่ละแห่งรับผิดชอบประชากร ไม่ได้เป็นไปตามเขตพื้นที่ แต่เป็นไปตามภูมิประเทศและความสะดวกในการเดินทาง โดยมีการตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และเทศบาลเมืองต่างๆ
4. บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาจำนวนมากเพียงพอสำหรับการบริการรักษาพยาบาล (ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนประชากรมากกว่าไทยเกือบ 2 เท่า แต่มีบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าไทย 6-10 เท่า)
5. ใช้วิธีการจ่ายแบบเดี่ยวน และอัตราเดียวกันทั่วประเทศ ใช้สำหรับทุกกองทุนประกันสุขภาพ จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลทุกระดับ
6. การจัดทำแผนสาธารณสุขและการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการวัดที่ชัดเจนสอดคล้องกับสภาพปัญหา และใช้แผนที่จัดทำเป็นเครื่องมือในการทำงานและกำกับติดตาม
7. หลักการจัดทำแผนสุขภาพและสวัสดิการ มุ่งเน้น “ประชาชนมีสุขภาพดี มีความสุข จนถึงวันที่สิ้นอายุขัย” โดยการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกช่วงวัย
8. รูปแบบของอาสาสมัครที่มีหลากหลาย แต่เป็นอาสาสมัครเฉพาะแต่ละเรื่อง ส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้สูงอายุ จึงสามารถให้เวลากับกิจกรรมได้มาก และมีความตั้งใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมายสูง

ข้อจำกัดและความท้าทาย

1. การจัดสรรให้มีสถานพยาบาลที่เหมาะสมรองรับกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป (สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศญี่ปุ่นเป็นโรงพยาบาลเอกชน การเปลี่ยนแปลงจึงทำได้ค่อนข้างยาก การเปิดบริการ acute care/ advance acute care จะได้รับการจ่ายชดเชยตามการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ที่มากกว่า ดังนั้นจะอย่างไรที่จะจูงใจให้มีการเปิดสถานพยาบาลบริการด้าน Chronic phase/ convalescent phase ให้มากขึ้น และการทำให้เกิดระบบ community healthcare อย่างเป็นรูปธรรม
2. การเตรียมความพร้อมของระบบ Home healthcare และแพทย์ที่ดูแลเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
3. ปัญหาเรื่องการกระจายตัวของแพทย์ที่ยังไม่เหมาะสมบางพื้นที่ (ประเทศญี่ปุ่นจำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีเพียงพอ แต่การกระจายไม่เหมาะสม)
4. การบริหารทรัพยากร/ ต้นทุนที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอสำหรับทุกคน
5. สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ความต้องการการดูแลมากขึ้น ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ Long term care ให้น้อยลง โดยการสร้างความตระหนักให้กับคนในชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาดูงาน

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาดูงานครั้งนี้ นำมาสรุปเป็นภาพรวม 3 หมวด ดังนี้

1. แผนสาธารณสุขของจังหวัดนากาโนะ
2. ระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ จังหวัดนากาโนะ
 - 2.1 หลักการและแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ
 - 2.2 สถานบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ
 - ก. ระดับเทศบาล (Saku General Hospital)
 - ข. ระดับชุมชน (หมู่บ้าน Kawakami: Healthy park concept)
 - 2.3 การจัดระบบบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม
3. ความร่วมมือด้านสุขภาพและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคเอกชน
 - 3.1 โครงสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคเอกชนในเมืองซากุ
 - 3.2 รูปแบบความร่วมมือของภาคประชาชน/ ภาคเอกชน
 - ก. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ข. ด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
 - ค. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้พิการ

แผนภาพแสดงภาพรวมสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาดูงาน

1. แผนสาธารณสุขของจังหวัดนากาโนะ

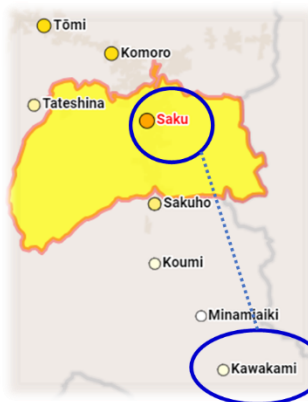
ภาพรวมแผนสาธารณสุขของจังหวัดนากาโนะ

2. ระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ

2.1 หลักการและแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ

2.2 สถานบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ:
ก. ระดับเทศบาล (Saku General Hospital)
ข. ระดับชุมชน (หมู่บ้าน Kawakami : Healthy park concept)

2.3 การจัดระบบบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม



3. ความร่วมมือด้านสุขภาพและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชน และภาคเอกชน

3.1 โครงสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชนและภาคเอกชนในเมืองซากุ

3.2 รูปแบบความร่วมมือของภาคประชาชนภาคเอกชน
ก. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ข. ด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ค. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้พิการ

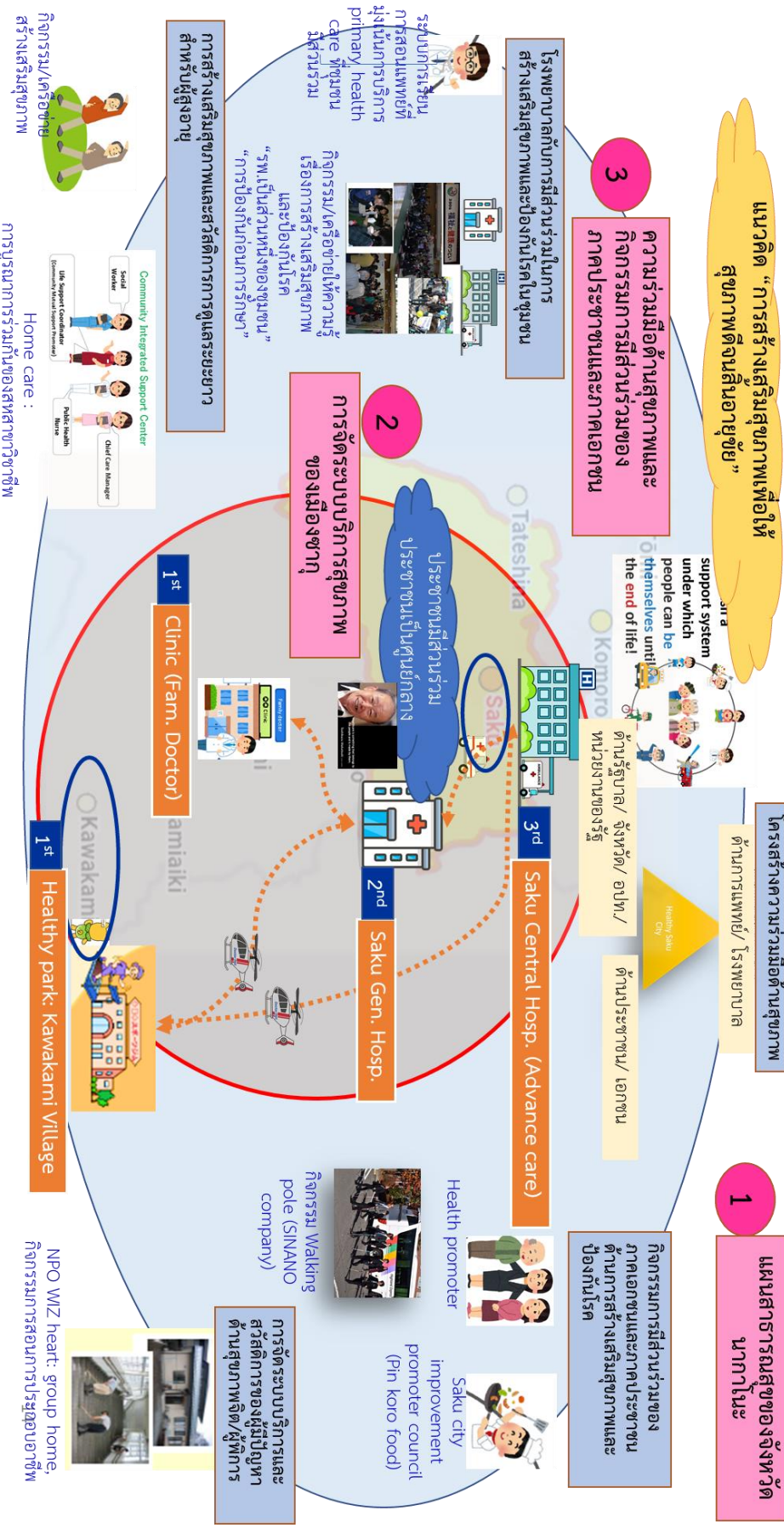
แผนภาพแสดงการจัดระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในเมื่องซากุ

แนวคิด “การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้สุขภาพดีขึ้นอย่างยั่งยืน”

1 แผนสาธารณสุขของจังหวัดนากาโนะ

3 ความร่วมมือด้านสุขภาพและ กิจกรรมการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชนและภาคเอกชน

กิจกรรมการมีส่วนร่วมของ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค



1. แผนสาธารณสุขของจังหวัดนากาโนะ

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในประเทศญี่ปุ่นที่กำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ รัฐบาลจึงให้ความสำคัญด้านสุขภาพและสวัสดิการ ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสูงอายุ

จังหวัดนากาโนะให้ความสำคัญด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในพื้นที่อย่างจริงจัง และเป็นจังหวัดที่เป็นต้นแบบด้าน “การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในพื้นที่”

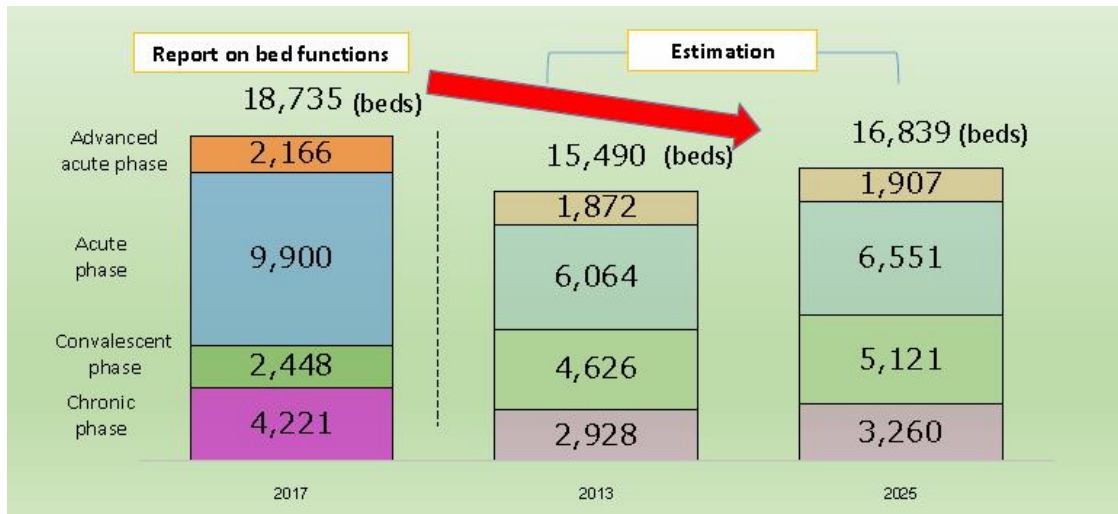
จังหวัดนากาโนะ ได้จัดทำแผนสาธารณสุขท้องถิ่นตามนโยบายของรัฐบาล (Shinshu เป็นชื่อเดิมของจังหวัดนากาโนะ) ปัจจัยสำคัญของการจัดทำแผนสาธารณสุขของจังหวัดนากาโนะ คือ โครงสร้างประชากรที่เคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอัตราการเกิดที่ลดลง

Saku health center เป็น 1 ใน 11 เทศบาล ของจังหวัดนากาโนะ การเริ่มต้นจัดทำแผนสาธารณสุข เริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 1985 จากการจัดทำแผนสาธารณสุขเพื่อจัดสรรทรัพยากรการแพทย์ที่เหมาะสม โดยเริ่มจากการดูแลในกลุ่มโรคระยะเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจ บริการฉุกเฉิน และบริการสูติกรรม ต่อมาในปี ค.ศ.2014 รัฐบาลให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) จึงได้จัดทำแผนที่กำหนดผังโครงสร้างที่รองรับการเปลี่ยนแปลงสังคมผู้สูงอายุ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอย่างเต็มรูปแบบในปี ค.ศ. 2025 (ยุค baby bloom หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ประมาณปี ค.ศ. 1950 ที่มีอัตราการเกิดสูงสุด คนกลุ่มนี้จะกลายเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด คาดการณ์ไว้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนสูงถึง 34% และจะเพิ่มขึ้นเป็น 42% ในปี ค.ศ. 2045)

แต่ละจังหวัดกำหนดแผนจากโดยพิจารณาจากสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ของตนเอง โดยพิจารณาว่าในปี ค.ศ. 2025 บริการหลักคืออะไร (chronic phase, convalescent phase, acute phase, advance acute phase) เพื่อวางแผนการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมและเพียงพอ

โดยจังหวัดนากาโนะได้วางแผนการลดจำนวนเตียงของการดูแลผู้ป่วยในระยะ advance acute phase ให้น้อยลง และเพิ่มจำนวนเตียงดูแลผู้ป่วยระยะ chronic phase/ convalescent phase ให้มากขึ้น

แผนภาพแสดงแผนการลดจำนวนเตียงของการดูแลผู้ป่วยของจังหวัดนากาโนะ



จังหวัดนากาโนะ ได้มีการแบ่งประเภทของสถานพยาบาลตามบริการหลัก (function) และตามประเภทของโรค เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสม ดังภาพ

Area	Emergency care	Care during disaster*	Perinatal care	Pediatric care	Home care	Cancer	Stroke	Cardiac infarction and other cardiovascular diseases	Diabetes	Psychiatric disorders			
										General	Psychiatric emergency Present	Psychiatric emergency Future	
Toshin	Saku	○	○	○	As a principal, each municipality is a unit. Neighboring municipalities cooperate with each other based on the actual situation.	○	○	○	○	◇	◇	◇	
	Josho	○	○	○		■ (Matsumoto)	○	○	○		○	◇	◆ (Weekend) (Hokushin)
Nanshin	Suwa	○	○	○		○	○	○	○	○	◇	◇	◇
	Kamiina	○	○	○		○	○	○	○	○			
	Hani	○	○	○		○	○	○	○	○			
Chushin	Kiso	○	○	■ (Matsumoto)		■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)	■ (Kamina-Matsumoto)	■ (Matsumoto)	◇	◇	◇	
	Matsumoto	○	○	●		●	●	●	●				
	Taihoku	○	○	■ (Matsumoto)		■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)	■ (Matsumoto)				
Hokushin	Nagano	○	○	○		○	●	○	○	○	◇	◇	◇
	Hokushin	○	○	○		○	■ (Nagano)	○	○	○			

ในการจัดทำแผนบริการสาธารณสุขเมืองซากุ จังหวัดนากาโนะ มุ่งเน้นหลักการว่าประชาชนมีสุขภาพดี มีความสุขไปจนถึงวันที่หมดอายุขัย ดังนั้นแผนการดำเนินการและกิจกรรมต่างๆ จึงมุ่งเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากการศึกษาดูงานเรื่องแผนสาธารณสุขของจังหวัดนากาโนะ พบว่ามีความท้าทายและข้อจำกัด ดังนี้

- 1) การเตรียมความพร้อมของระบบ Home healthcare และแพทย์ที่ดูแลเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะยาว
- 2) การทำให้ระบบ community healthcare plan ทำได้จริง
- 3) การจัดสรรให้มีสถานพยาบาลที่เหมาะสมรองรับกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป (สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศญี่ปุ่นเป็นโรงพยาบาลเอกชน การเปลี่ยนแปลงจึงทำได้ค่อนข้างยาก การเปิดบริการ acute care/ advance acute care จะได้รับการจ่ายชดเชยตามการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ที่มากกว่า ทำอย่างไรจะจูงใจให้มีการเปิดสถานพยาบาลบริการด้าน chronic phase/ convalescent phase ให้มากขึ้น รัฐบาลไม่สามารถสั่งปิดสถานพยาบาลได้ ดังนั้น สถานพยาบาลต้องให้ความร่วมมือว่าจะต้องเปลี่ยนหรือปรับตัวอย่างไรให้เหมาะสม)
- 4) ปัญหาเรื่องการกระจายตัวของแพทย์ที่ยังไม่เหมาะสมบางพื้นที่ (จำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีเพียงพอ แต่การกระจายไม่เหมาะสม)

2. ระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ จังหวัดนากาโนะ

2.1 หลักการและแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ

จังหวัดนากาโนะ เป็นต้นแบบของ Nagano Model โดยกระทรวงสาธารณสุขและแรงงาน ประเทศญี่ปุ่น เปิดเผยข้อมูลในปี ค.ศ. 2010 ว่า จังหวัดนากาโนะ มีประชากรที่มีอายุขัยเฉลี่ยที่มากที่สุด ในประเทศญี่ปุ่น (อายุขัยเฉลี่ยเพศชายเท่ากับ 80.88 ปี เพศหญิงเท่ากับ 87.18 ปี) และเมืองซากุ เป็นเมืองเดียวที่ทั้งเพศชายและเพศหญิงติดอันดับ 1 ใน 20 ของเมืองที่มีประชากรอายุขัยเฉลี่ยจำแนกตามเพศสูงที่สุด

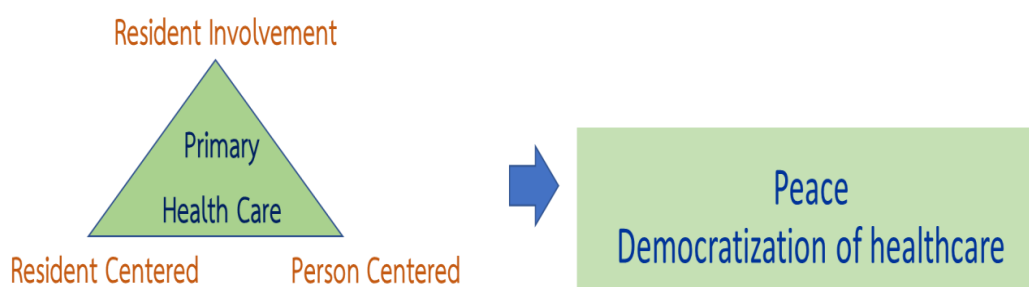
การจัดระบบบริการสุขภาพของจังหวัดนากาโนะ มีต้นแบบแนวคิดมาจาก Dr.Toshikazu Wakatsuki (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล Saku General Hospital คนแรก) ซึ่งแนวคิดของ Dr.Toshikazu Wakatsuki ได้เป็นต้นแบบ (role model) ให้กับแพทย์ในรุ่นต่อ ๆ มา

Dr.Toshikazu Wakatsuki เป็นผู้ริเริ่มระบบสาธารณสุขมูลฐานในเมืองซากุหลายเรื่อง ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1945 หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ระบบสาธารณสุขยังไม่ค่อยดีนัก ที่พบผู้ป่วยจำนวนมากในพื้นที่ชนบท และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ค่อยมาโรงพยาบาลหรือมาโรงพยาบาลเมื่ออาการหนักแล้ว ดังนั้น Dr.Toshikazu Wakatsuki ซึ่งมีแนวคิดที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นแพทย์ต้องออกไปค้นหาคนป่วยเองในพื้นที่เอง และให้ความรู้เรื่องสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับประชาชนในพื้นที่ ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การแสดงละครที่สอดแทรกความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การจัดงานสุขภาพซึ่งเป็นประเพณีประจำปี (health festival) เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้เป็นกิจกรรมที่แพทย์ในเมืองซากุปฏิบัติสืบต่อกันต่อมาจนถึงปัจจุบัน

แนวคิดที่สำคัญของ Dr.Toshikazu Wakatsuki คือ “การป้องกันโรคก่อนรักษาโรค” โดยเริ่มจากการทำให้ประชาชนศรัทธา เชื่อมั่น ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วม ตามแนวคิดที่ว่า “ประชาชนต้องดูแลตนเอง เป็นเจ้าของสุขภาพตัวเอง”

แนวคิดของ Dr.Toshikazu Wakatsuki มุ่งเน้นเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประชาชนมีส่วนร่วม ที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมและความเท่าเทียมด้านสุขภาพ

แผนภาพแสดงแนวความคิดของ Dr.Toshikazu Wakatsuki



2.2 สถานบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของเมืองซากุ ได้แก่

ก. ระดับเทศบาล (Saku General Hospital)

ระบบการจัดบริการของโรงพยาบาลซากุ (Saku General Hospital) มีจุดเด่นเรื่องของการจัดระบบบริการที่มีการจัดบริการแบบ 5:3:2 (IP: OP: community medicine) ระบบ Dual commitment แพทย์ต้องทำ advance medical care และ front line (regional) medical care และแนวคิด Hand in Hand คือ การบูรณาการงานด้านบริการทางการแพทย์และวัฒนธรรมไว้ด้วยกัน เช่น การนำความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขสื่อสารให้กับประชาชนทราบในรูปแบบและวัฒนธรรมของพื้นที่

กิจกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือกับประชาชนในพื้นที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลร่วมกับชุมชน เช่น

- การจัดตั้งชมรมคนไข้ (เป็นแห่งแรกในประเทศญี่ปุ่น)
- การให้มีที่ปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย (sanitation advisor)
- Health pocket สมุดสุขภาพ
- Local health festival
- การจัดตั้งมหาวิทยาลัย Saku health university เพื่อเป็นเวทีให้ความรู้ด้านสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่

ข. ระดับชุมชน (หมู่บ้าน Kawakami: Healthy park concept)

หมู่บ้าน Kamikawa อยู่กลางของประเทศญี่ปุ่น มีระดับความสูงจากน้ำทะเล ประมาณ 1998 เมตร (ความสูงมากที่สุดในประเทศญี่ปุ่น) อากาศค่อนข้างหนาว ภูมิอากาศที่หนาวเย็นทำให้การประกอบอาชีพยากลำบาก แต่มีป่าไม้ที่สมบูรณ์ทำให้ประกอบอาชีพได้ แต่ปัญหาหากตัดไม้ในป่าแล้ว กว่าต้นใหม่จะโตต้องใช้เวลานาน ดังนั้นการดำรงชีพด้วยป่าไม้อย่างเดียวจึงเป็นเรื่องยาก จึงได้คิดการดำรงชีพด้วยอาชีพอื่น

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จบลง ประมาณ ค.ศ. 1951 เกิดสงครามคาบสมุทรเกาหลี ช่วงนั้นทหารจากพันธมิตร มีความต้องการผักในช่วงฤดูร้อน ที่ไม่สามารถหาจากที่ไหน และพบว่าหมู่บ้าน Kamikawa มีสภาพภูมิอากาศเหมาะสม จึงได้เริ่มปลูกผักกาดแก้ว เพื่อส่งให้กับทหารพันธมิตร เมื่อสงครามจบลง ญี่ปุ่นเข้าสู่ยุคการพัฒนา มีผักของทางยุโรปที่นิยมมากในญี่ปุ่น และจำนวนการบริโภคผักในประเทศเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เป็นปัจจัยในการพัฒนาอาชีพเกษตรกรจนถึงทุกวันนี้ หมู่บ้าน Kamikawa เป็นหมู่บ้านที่ผลิตผักมากที่สุด

ปัจจุบันหมู่บ้านนี้ยังมีเกษตรกร และมีการผลิตผักได้ไม่ลดลง (แม้จะมีประชากรภาพรวมประเทศลดลง) และเป็นหมู่บ้านที่มีรายได้สูง แต่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าที่อื่น (ค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพของหมู่บ้าน ประมาณ 170,000 – 190,000 เยน/ ต่อปี เมื่อเทียบกับ hokkaido ประมาณ 300,000 เยน/ ปี)

แนวคิดของผู้ใหญ่บ้าน คือการพัฒนาเกษตรกรรมและเศรษฐกิจของหมู่บ้าน “สุขภาพนำเศรษฐกิจ” จึงเน้นการส่งเสริมเรื่องสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น และแนวความคิดของศูนย์ Healthy park clinic เพื่อให้คนในชุมชนใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดี และมีเกียรติ การกลับไปสู่ความเป็นมนุษย์ คือ การดูแลซึ่งกันและกัน ครอบครัวดูแลซึ่งกันและกัน และการพึ่งตนเอง ไม่ควรพึ่งระบบอย่างเดียว เพราะระบบมีข้อจำกัด

ในช่วงปี ค.ศ. 2000 กว่า เป็นต้นมา จึงปรับเปลี่ยนแนวคิด โดยเน้นการส่งเสริมเรื่องสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ที่เริ่มในปี ค.ศ. 1994 ที่ส่งเสริมเรื่องการรักษาพยาบาล สวัสดิการ และการดูแลระยะยาวและผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงเริ่มทำ และทำศูนย์ Health park clinic เพื่อให้คนในชุมชนใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดี และมีเกียรติ

เนื่องจากระยะทางจากหมู่บ้านไปยังโรงพยาบาล koumi hospital (รพ.สาขาของ Saku general hospital) ประมาณ 75-120 นาที จึงใช้ helicopter (Doctor-heli) ในการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์บริการสุขภาพมีแพทย์จากโรงพยาบาล Saku general hospital มาอยู่เวรทุกวัน แต่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

การจัดบริการสุขภาพของหมู่บ้าน Kawakami โดยใช้แนวคิด “Healthy park concept” เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างระบบการรักษาพยาบาล (advance medicine) ระบบสวัสดิการ (welfare) และพยาบาลเวชศาสตร์ชุมชน เน้นการดูแลเป็นแบบองค์รวม การให้บริการ

ทางการแพทย์ มีการประสานการทำงานร่วมกับ home visit station โดยให้การดูแลตลอดจนสิ้นอายุขัย (อัตราการเสียชีวิตที่บ้านมีประมาณ 75%) และมีการทำ conference ร่วมกับญาติผู้สูงอายุ การบริการ ด้านปฐมภูมิ มีบริการ visit nurse station มีพยาบาล 3 ท่านให้บริการ 24 ชั่วโมง และมีการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนที่ดำเนินการทุกปีคือ การตรวจสุขภาพคนในหมู่บ้านและ การจัดงานประจำปี long live health festival

การให้บริการผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) มีการจัดบริการตามระดับ ความจำเป็น ทั้งนี้เรื่องที่สำคัญกว่าคือรัฐบาลมีนโยบายที่จะพยายามให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดี ลดการใช้บริการผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) หรือหาก จำเป็นต้องเข้ารับบริการ ต้องลดระยะเวลาให้สั้นที่สุด

ด้านการแพทย์มีบริการคลินิกเป็นการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนบริการด้านทุติยภูมิ และตติยภูมิ จะมีการประสานงานกับเขตในการส่งต่อ

ด้านการส่งเสริมการมีบุตร ได้แก่ บริการรักษาภาวะการมีบุตรยาก (ร่วมจ่าย 30%) บริการ inborn home visit สวัสดิการอื่นๆ ได้แก่ การไม่เสียค่าใช้จ่ายเรื่องการศึกษาจนถึงจบมัธยมปลาย การฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

แนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขของหมู่บ้าน Kawakami คือ การให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขการรักษาพยาบาลเป็นหลัก จึงจำเป็นต้องวางนโยบายให้เหมาะสม ผู้สูงอายุที่อายุขัย ที่เพิ่มขึ้น ต้องมีสุขภาพดี และมีความสุข ดังนั้นจึงได้ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลที่บ้าน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากกลับมารักษาดูแลที่บ้าน จึงได้จัดบริการศูนย์ดูแลที่บ้าน ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลออกไปดูแล โดยมีแนวคิดว่าจะไม่พยายามยื้อชีวิต แต่จะทำให้มีความสุขในช่วงเวลา ที่มีชีวิตอยู่จนสิ้นอายุขัย เป็นการให้ความเคารพต่อชีวิต “การสิ้นชีวิตไปอย่างธรรมชาติ เป็นการขอบคุณ และให้เกียรติต่อการมีชีวิต” โดยจะมีพยาบาลที่ดูแลที่บ้านจะช่วยดูแลจนวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นจุดเด่นของหมู่บ้านนี้

ความท้าทาย: การจัดการกับทรัพยากร/ ต้นทุนที่มีจำกัด แต่สามารถให้ทุกคนใช้ชีวิต อย่างมีความสุข (ผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ความต้องการการดูแลมากขึ้น ดังนั้นต่อไปในอนาคต ค่าเบี้ยประกัน Long term care อาจสูงขึ้น ดังนั้นทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ Long term care ให้น้อยลง และการบริหารจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (หากบริหาร จัดการได้ดี ค่าเบี้ยประกัน Long term care จะน้อยลง) และการสร้างความตระหนักให้กับคนในชุมชน ดูแลสุขภาพตนเอง)

2.3 การจัดระบบบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม

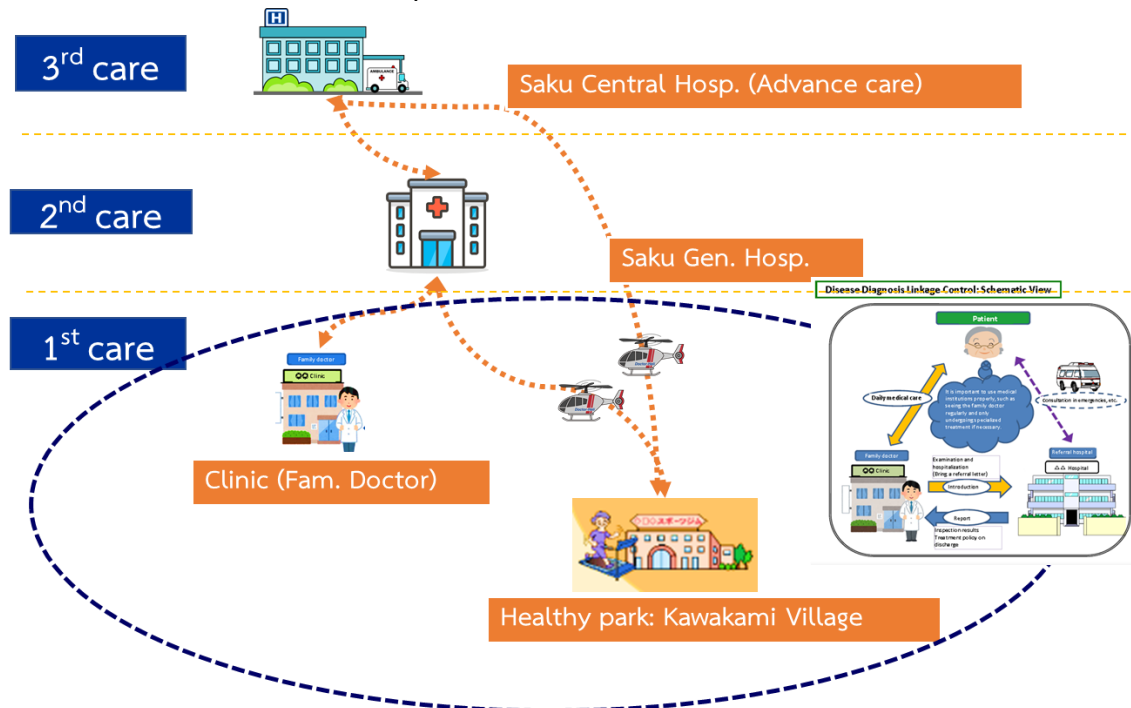
ในประเทศญี่ปุ่น การเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ได้มีการแนะนำให้ประชาชน ไปเข้ารับบริการตามอาการและช่วงเวลาที่เหมาะสม คือ หากอาการไม่มาก ควรไปพบแพทย์ family doctor ที่คลินิกก่อนในช่วงเวลาปกติ ไม่ควรไปในช่วงนอกเวลา (เย็น/ค่ำ/วันหยุด) เนื่องจากโรงพยาบาลได้จัดสรรทรัพยากรช่วงนั้นไว้สำหรับบริการฉุกเฉิน อีกทั้งการเข้ารับบริการในช่วงนอกเวลา จะต้องเสียค่าบริการเพิ่มเติม แม้จะสามารถเบิกจากประกันได้ แต่ก็จะต้องจ่าย co payment ที่มากกว่าช่วงเวลาทำการปกติ (การเบิกค่าใช้จ่าย Fee schedule นอกเวลา จะมี point ที่มากกว่าช่วงเวลาทำการปกติ)

ข้อแนะนำการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของประชาชนคือ การบันทึกอาการเจ็บป่วยของตนเอง (อาการ เป็นมานานเท่าไร ประวัติการแพ้ยา/ อาหาร ยาที่ใช้ โรคประจำตัว เป็นต้น) เพื่อให้แพทย์ใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ระยะเวลาจำกัด และเมื่อพบแพทย์ ให้สอบถามแพทย์ให้เข้าใจ ทั้งแผนการรักษา และอาการข้างเคียง เป็นต้น ทั้งนี้ไม่แนะนำให้มีการส่งตัวเพื่อตรวจรักษาด้วยอาการเดิม (ตรวจซ้ำและจ่ายยาแบบเดิม) และหากผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใหญ่โดยไม่มีหนังสือส่งตัวจากคลินิก จะมีการคิดค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับการเข้ารับบริการครั้งแรก โดยไม่สามารถใช้ประกันจ่ายได้ (ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนี้ แต่ละโรงพยาบาลตั้งราคาแตกต่างกัน)

ดังนั้นเรื่องที่สำคัญคือ การสร้างความรู้ความเข้าใจและการปรับทัศนคติของประชาชนให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม โดยให้ไปเข้ารับบริการที่คลินิก พบแพทย์ family doctor ก่อน แต่หากมีความจำเป็นหรือกรณีฉุกเฉิน ก็สามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้

การควบคุมคุณภาพของคลินิก โดยมีการกำหนดคุณสมบัติ แต่ไม่ได้กำหนดเป็นมาตรฐานที่ชัดเจน และเนื่องจากเป็นเอกชนจึงมีลักษณะการแข่งขัน คือ ต้องให้บริการที่ดี จึงจะมีประชาชนมาใช้บริการ

แผนภาพแสดงการจัดระบบบริการสุขภาพของจังหวัดนากาโนะ



การจัดระบบบริการสุขภาพของจังหวัดนากาโนะ เริ่มต้นจากประชาชนควรเข้ารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิก่อน (คลินิกเอกชน ศูนย์อนามัยของแต่ละเมือง เป็นต้น) และแพทย์พิจารณาแล้วว่ามีความจำเป็นต้องส่งตัวเพื่อรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จึงจะส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิตามลำดับ

การจัดให้มี Family Doctor ซึ่งเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว (รักษาโรคเบื้องต้นและคำปรึกษา) ข้อดีของการมี Family Doctor คือแพทย์จะทราบประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ดูแล รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ประชาชนไม่ต้องไปรอตรวจที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน และหากมีความจำเป็นที่ต้องตรวจรักษาพิเศษเพิ่มเติม Family Doctor จะช่วยแนะนำสถานพยาบาลที่เหมาะสมให้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการทางการแพทย์ที่เหมาะสม การประสานส่งต่อจากแพทย์ Family Doctor ไปยังโรงพยาบาลโดยแพทย์จะมีหนังสือให้ผู้ป่วยถือไปที่โรงพยาบาล โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการตรวจครั้งแรก และเมื่อต้องกลับไปรักษาต่อที่คลินิก โรงพยาบาลก็จะมีหนังสือส่งตัวให้กับคลินิกเช่นกัน (ที่เมืองซากุ แพทย์ Family Doctor และโรงพยาบาลมีการประสานความร่วมมือกันอย่างดี)

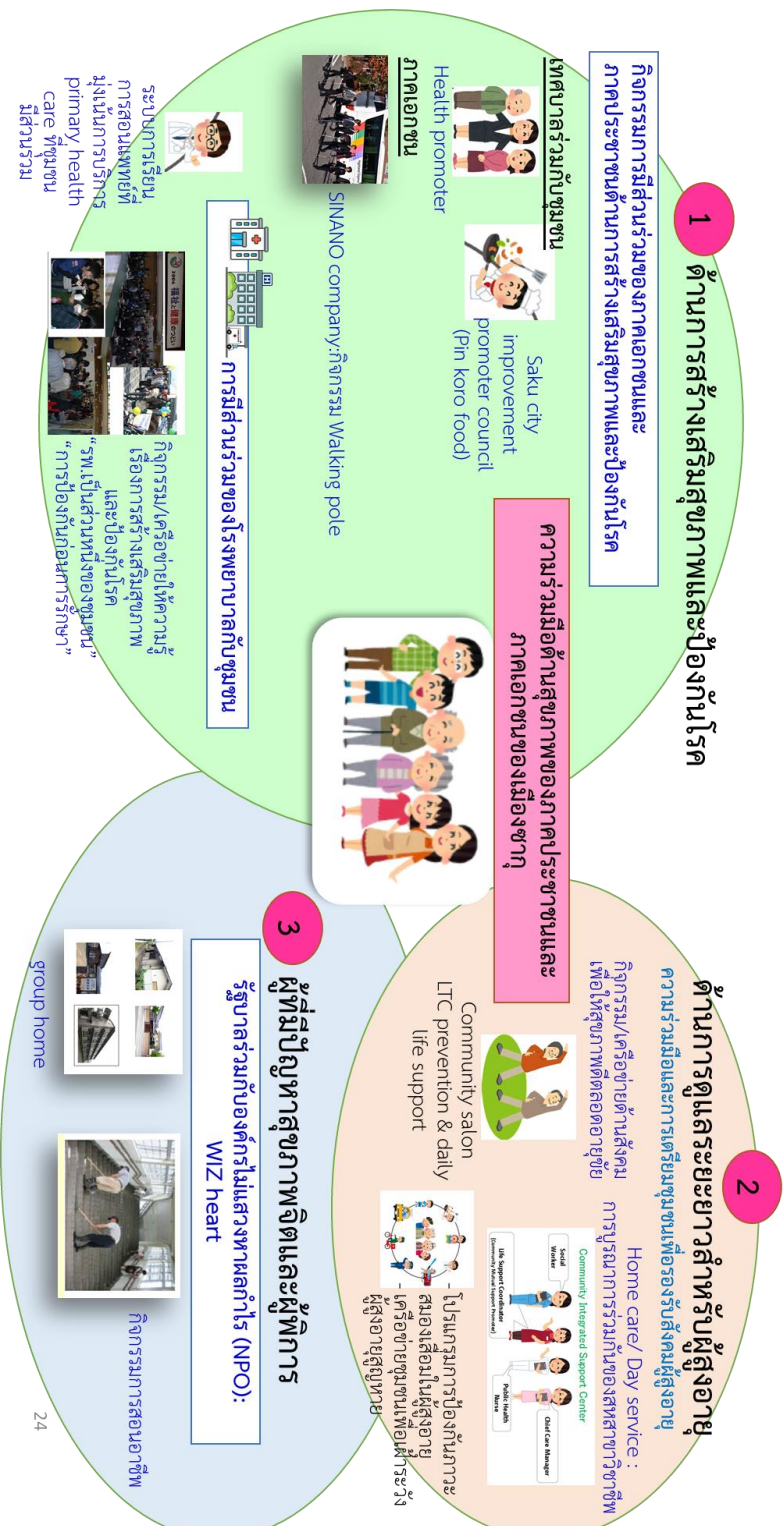
Family Doctor สามารถเปิดคลินิกได้อย่างอิสระ ส่วนใหญ่จะเปิดใกล้บ้าน หรือใกล้โรงพยาบาล ที่ทำงาน ทำให้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน และโรงพยาบาล (ลักษณะความสัมพันธ์แบบ win-win คือ โรงพยาบาลไม่ต้องการรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อย และคลินิกก็ต้องการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น หากมีความจำเป็นจึงส่งต่อ)

3. ความร่วมมือด้านสุขภาพและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชนและภาคเอกชน

จากการศึกษาดูงาน พบว่าเมืองซากุ จังหวัดนากาโนะ เป็นแบบอย่างที่ดีเรื่องความร่วมมือด้านสุขภาพของภาคประชาชนและภาคเอกชน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 1) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 2) ด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
- 3) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้พิการ

แผนภาพแสดงความร่วมมือด้านสุขภาพของชุมชนของเมืองซากุ จังหวัดนากาโนะ



อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนในจังหวัดนากาโนะที่สูงที่สุดในประเทศญี่ปุ่น มีปัจจัยที่สนับสนุน (ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันและการบริโภคอาหาร) ดังนี้

- (1) มีกิจกรรมทำอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่าอัตราการทำงานของคนที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปค่อนข้างสูง (33%)
- (2) การบริโภคผักสูง
- (3) อัตราการสูบบุหรี่ต่ำ
- (4) ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมีจำนวนพยาบาลเวชศาสตร์ชุมชน (Public health nurse) ค่อนข้างมาก และมีอาสาสมัครที่เข้มแข็ง

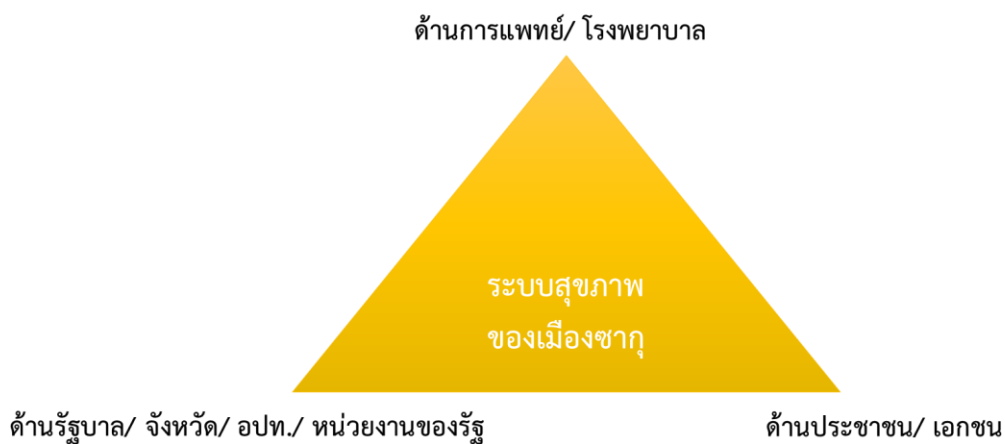
ความร่วมมือด้านสุขภาพและกิจกรรมมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชนและภาคเอกชนในเมืองซากุ ดังนี้

3.1 โครงสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชนและภาคเอกชนในเมืองซากุ
เป้าหมายเพื่อให้ “ประชาชนทุกกลุ่มวัย” มีความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โดยโครงสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพของเมืองซากุ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ดังนี้

- 1) ด้านรัฐบาล/ จังหวัด/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)/ หน่วยงานของรัฐ
- 2) ด้านการแพทย์/ โรงพยาบาล
- 3) ด้านประชาชน/ เอกชน (การรวมกลุ่มของคนในชุมชนในรูปแบบของอาสาสมัคร)

โครงสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพของเมืองซากุ



3.2 รูปแบบความร่วมมือของภาคประชาชน ภาคเอกชน

ก. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1) Health promoter

Health promoter เป็นอาสาสมัครด้านการสร้างเสริมสุขภาพในเขตเทศบาลเมืองซากุ ที่เป็นรูปแบบอาสาสมัครที่เทศบาลทำโครงการเองที่ทำงานอย่างจริงจังมานาน ไม่ได้เป็นนโยบายจากรัฐบาลกลาง

เป้าหมายของการมี Health promoter คือการนำความรู้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านในพื้นที่

ผลลัพธ์ของการมี Health promoter คือ คนในชุมชนตระหนักถึงการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และเกิดความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน

รูปแบบของ Health promoter ดังนี้

- เป็นอาสาสมัครที่เทศบาลทำโครงการเอง เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากผู้นำในชุมชน
- ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ยประมาณ 60.5 ปี
- ค่าตอบแทน 2,200 บาท/ปี (ไม่ได้ใช้เงินเป็นแรงจูงใจเพื่อเป็นอาสาสมัคร เนื่องจากเป็นจำนวนเงินที่ไม่มาก แต่การได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมเป็น Health promoter จะทำให้อาสาสมัครปฏิบัติงานได้ด้วยความเต็มใจของตนเอง)
- มีวาระการปฏิบัติหน้าที่ 2 ปี เมื่อครบ 2 ปีแล้ว เมื่อครบวาระการปฏิบัติหน้าที่ 2 ปี จะมีการจัดประชุมใหญ่ของ Health promoter เพื่อสรุปผลงานที่ผ่านมา และการส่งต่อนโยบายให้กับ Health promoter รุ่นต่อไป และจะมีการเลือกอาสาสมัครคนใหม่เข้ามาแทน ปัจจุบันเทศบาลเมืองซากุมี Health promoter จำนวนรวมกว่า 26,000 คน (ประชากรเทศบาลเมืองซากุ 1 คน ต่อ 4 คน ที่เคยเป็น Health promoter มาก่อน) ผู้ปฏิบัติงาน Health promoter ที่ครบวาระแล้ว จะยังคงปฏิบัติภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนต่อไป เช่น การช่วยดูแลเด็กระหว่างที่แม่เข้ารับการฝึกอบรมการทำอาหารหย่านม อาสาสมัครสอนการทำอาหารเป็นต้น
- บทบาทหน้าที่คือการค้นหาปัญหาสุขภาพในพื้นที่ การให้ความร่วมมือด้านสวัสดิการของรัฐ การเป็นผู้จัดการด้านสุขภาพ (health manager) และเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน
- กิจกรรมหลักของ Health promoter คือการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ได้แก่ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การกระตุ้นให้คนในชุมชนไปตรวจร่างกายประจำปี อนามัยแม่และเด็ก (การหย่านม) เป็น gate keeper เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพ

Health promoter จะทำการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดให้มีการรวมตัวกันของคนในชุมชนเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน (block workshop) กิจกรรมที่น่าสนใจที่ Health promoter จัดได้แก่ การออกกำลังกาย การทำอาหารสำหรับทารกหย่านม การเดินออกกำลังกายด้วย walking pole การทำโยคะหัวเราะ เป็นต้น

2) Saku city dietary improvement promoter council (Shokkai-san)

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โภชนาการของญี่ปุ่นไม่ค่อยดี แม่ไม่มียมนมให้ลูกกิน จึงมีความจำเป็นต้องมีการสอนเรื่องโภชนาการให้กับประชาชน

Saku city dietary improvement promoter council เป็นสถาบันมีบทบาทสำคัญในเมืองซากุ ในการส่งเสริมสุขภาพผ่านการรับประทานอาหารสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคจากการดำรงชีพ มีการจัดตั้งที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีสมาชิกกระจายครบทั้ง 7 ตำบลในเมืองซากุ ปัจจุบันมีสมาชิก 125 คน

กิจกรรมหลักของ Saku city dietary improvement promoter council มี 2 เรื่องคือ

- (1) การทำอาหารหลังการหย่านม คนที่มาเรียนรู้คือแม่ที่มีลูก 7-9 เดือน ต้องมีการเรียนรู้ก่อนที่จะหย่านม โดยมีนักโภชนาการเข้าร่วมให้ความรู้ด้วย
- (2) การส่งเสริมให้รับประทาน Pin-koro food (อาหารสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดีจนสิ้นอายุขัย) โดยส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและหลักโภชนาการ โดยมีการเรียนรู้ร่วมกับนักโภชนาการ แพทย์ และการท่องเที่ยวของท้องถิ่น โดยเน้นเรื่องการลดความเค็มในอาหาร (คนในเมืองซากุส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม) ลดปริมาณอาหาร ส่งเสริมให้รับประทานผักมากขึ้น และรับประทานโปรตีนให้เพียงพอ

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาฝึกกับ Saku city dietary improvement promoter เป็นหลักสูตรอบรมทั้งครอบครัว ตั้งแต่เด็กประถม มัธยม และพ่อแม่ เพื่อให้คนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของอาหาร

3) บทบาทของโรงพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกับชุมชน

เมืองซากุมีทิศทางที่เพิ่มกิจกรรมและความเข้มแข็งเรื่อง Primary health care (ระบบสาธารณสุขมูลฐาน) ให้มากกว่า Primary care (ระบบการรักษาพยาบาลปฐมภูมิ) เพื่อให้คนมีสุขภาพดี ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

องค์กรชุมชน (Community organization) ที่มีการฝึกอบรมโดยรัฐบาลท้องถิ่น มีจำนวน 3 กลุ่ม ดังนี้

- (1) Commissioned child welfare volunteer ได้รับการว่าจ้างจากรัฐบาลสาธารณสุขและแรงงาน ให้ทำงานแต่ละพื้นที่เพื่อปรับปรุงระบบบริการเด็กให้ดีขึ้น (อนามัยแม่และเด็ก) ไม่มีค่าตอบแทน
- (2) Health assistants (ลักษณะกิจกรรมคล้าย Health Promoter ของเทศบาลเมืองซากุ) เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1945 (หลังสงครามโลกครั้งที่ 2) ที่มีโรคติดเชื้อและทารกเสียชีวิตจากการติดเชื้อจำนวนมาก ดังนั้นคนในชุมชนต้องช่วยเหลือกัน โดยเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการทั้งประเทศ (เปิดการประชุมทั่วประเทศในปี ค.ศ. 1949) จุดมุ่งหมาย คือ การสร้างความตระหนักด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และนำไปเผยแพร่ให้กับคนในท้องถิ่น ทำให้ช่วยเรื่องสุขภาพของคนในท้องถิ่นได้ ทั้งนี้จังหวัดนากาโนะมีการดำเนินการเรื่องนี้อย่างเข้มข้น
- (3) Committee for improving dietary life กิจกรรมที่ทำคือเรื่องอาหาร และเผยแพร่ความรู้ (คำขวัญคือ สุขภาพของเรา เราต้องดูแลตนเอง)

กิจกรรม/เครือข่ายให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น

- community group in yachiho (Sakuho) village ซึ่งเป็นเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างเข้มข้น โดยมี health assistance (คัดเลือกจากผู้นำชุมชนและได้รับการแต่งตั้งโดยนายกเทศมนตรี) มีหน้าที่คือการสำรวจสุขภาพ การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้เรื่องสุขภาพกับคนในชุมชน
- Committee group for health In Matsukawa village เป็นกิจกรรมของหมู่บ้าน Matsukawa เน้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- Study course of health and welfare in Saku central hospital โดยมีการจัดหลักสูตรให้ความรู้ปีละ 8 ครั้ง ผู้ที่จบหลักสูตร จะนำความรู้ไปทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน
- กิจกรรมสำหรับการป้องกันโรคเบาหวาน โดยมีการจัดกิจกรรมทุกปี เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและเทศบาล

ภาพรวมของการจัดกิจกรรมของโรงพยาบาล Saku Central Hospital Medical Center และการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

- (1) แนวคิด “โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน” โดยมีต้นแบบคือ Dr. Toshikazu Wakatsuki เป็นผู้ริเริ่มระบบสาธารณสุขมูลฐานในเมืองซากุ หลายเรื่อง ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1945 หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 แนวคิดที่สำคัญ คือ “การป้องกันโรคก่อนรักษาโรค” และ “ประชาชนต้องดูแลตนเอง เป็นเจ้าของสุขภาพตัวเอง”

ระบบบริการสาธารณสุขของเมืองซากุ ให้ความสำคัญกับ Primary health care มากกว่า primary care โดยได้ให้ความหมายของทั้งสองคำว่า

- Primary health care (ระบบสาธารณสุขมูลฐาน) เป็นการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยชุมชน คนในชุมชนมีส่วนร่วม เมืองซากุให้ความสำคัญและดำเนินการ เรื่องนี้มาเป็นระยะเวลาานาน การดำเนินการตามระบบสาธารณสุขมูลฐานนี้จะช่วยให้ คนมีสุขภาพดีขึ้น
- Primary care (ระบบการรักษายาบาลปฐมภูมิ) เป็นการให้การรักษาโดยแพทย์และ โรงพยาบาล

ดังนั้น เมืองซากุมีทิศทางที่เพิ่มกิจกรรมและความเข้มแข็งเรื่อง Primary health care (ระบบสาธารณสุขมูลฐาน) ให้มากกว่า Primary care (ระบบการรักษายาบาลปฐมภูมิ) เพื่อให้คนมีสุขภาพดี ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- (2) การตั้ง community group in yachiho (Sakuho) village ซึ่งเป็นเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างเข้มแข็ง โดยมี health assistance ที่ได้รับการคัดเลือก จากผู้นำชุมชนและได้รับการแต่งตั้งโดยนายกเทศมนตรี health assistance มีหน้าที่คือ การสำรวจสุขภาพ การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้เรื่องสุขภาพกับคนในชุมชน และมีการตั้งเป็น Health promotion committee ซึ่งได้มีการจัดประชุมปีละ 1 ครั้ง โดยมีการกำหนดหัวข้อการประชุมที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุม meeting for health and welfare ซึ่งเป็นการประชุมใหญ่ที่คนในหมู่บ้านมาเข้าร่วมประชุม และมีการ แลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผลลัพธ์จากการมีกิจกรรมดังกล่าวพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในหมู่บ้าน yachiho (Sakuho) ต่ำกว่าที่อื่น
- (3) Committee group for health In Matsukawa village เป็นกิจกรรมของหมู่บ้าน Matsukawa เน้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (4) Study course of health and welfare in Saku central hospital เป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการมาประมาณ 30 ปีที่ผ่านมาแล้ว โดยมีการจัดหลักสูตรให้ความรู้ปีละ 8 ครั้ง ผู้ที่จบหลักสูตร จะนำความรู้ไปทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน (มีการแบ่งทีมการดำเนิน กิจกรรมคือ management team, community team, activity team)
- (5) กิจกรรมสำหรับการป้องกันโรคเบาหวาน เป็นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการป้องกัน โรคเบาหวาน โดยมีการจัดกิจกรรมทุกปี (ให้ความรู้ การตรวจน้ำตาลในเลือด การให้คำปรึกษา) เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและเทศบาล นอกจากนี้ยังมีการ จัดห้องเรียนโรคเบาหวาน เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลที่สนใจในชุมชน

ระบบการเรียนการสอนหลักสูตรแพทยศาสตร์ของ Saku central hospital

ระบบการเรียนการสอนหลักสูตรแพทยศาสตร์ของ Saku central hospital มุ่งเน้นการบริการ primary health care ที่ชุมชนมีส่วนร่วม คือ หลักสูตรการเรียนการสอนมีตั้งแต่ primary care ไปจนถึง advance care

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004 แพทย์ที่จบแล้ว 6 ปีจะรับฝึกสอน (Junior resident) อีก 2 ปี และฝึกอบรม (senior resident) ต่ออีก 3 ปี และเรียน subspecialty อีก 2 ปี

โรงพยาบาลเครือข่ายของ Saku central hospital มี 3 แห่ง ตามระดับการศัลยกรรมภาพการให้การรักษายาบาล คือ โรงพยาบาล Saku Central Hospital Medical Center (รักษาโรคที่มีความซับซ้อนระดับตติยภูมิ) จำนวน 450 เตียง โรงพยาบาล Saku General Hospital (โรงพยาบาลทั่วไป รักษาโรคระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ) จำนวน 309 เตียง และ โรงพยาบาล koumi hospital (โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ) จำนวน 99 เตียง โดยจะมีการส่งแพทย์ไปฝึกปฏิบัติที่ โรงพยาบาล koumi hospital ด้วย นอกจากนี้ฝึกปฏิบัติด้านการแพทย์ ยังได้รับการฝึกปฏิบัติเรื่องการตรวจรักษาโรคที่บ้าน และสุขภาพผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ยังมีระบบ Home medical care โดยการออกไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน มีการหมุนเวียนแพทย์ออกไปตรวจที่ รพ.เครือข่าย

ปรัชญาหลักของหลักสูตรการเรียนการสอน คือ “การให้บริการทางการแพทย์ด้วยมุมมองคนไข้ และมีความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย” โดยเน้นเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ไม่ใช่การรักษาโรคอย่างเดียว”

จุดเด่นของระบบการเรียนการสอนหลักสูตรแพทยศาสตร์ของ Saku central hospital คือ

- (1) สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยนอกได้ เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ (ต่างจาก รพ.อื่นที่เมื่อจบแล้ว ยังไม่สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้)
- (2) ด้านผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป (ประมาณ 50%) ส่วนใหญ่เป็นโรคติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ
- (3) มีระบบ Home medical care ที่เริ่มทำมาก่อนโรงพยาบาลอื่นๆ
- (4) ระบบการออกตรวจสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ (Health check) โดยแพทย์ต้องออกไปตรวจสุขภาพคนในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง
- (5) มีแผนกการตรวจสุขภาพเบื้องต้น (health check department)

อย่างไรก็ตาม ในประเทศญี่ปุ่น ยังพบปัญหาเรื่องการกระจายแพทย์ที่ยังไม่เหมาะสม แพทย์ส่วนใหญ่ยังกระจุกในโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงเรียนแพทย์

4) รูปแบบความร่วมมือของภาคเอกชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บริษัท “SINANO” เป็นบริษัทผู้ผลิต pole สำหรับการเดินสกีและไม้เท้าสำหรับผู้สูงอายุ และเนื่องจากปัจจุบันประชาชนญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย (Rehabilitation) บริษัทจึงได้ผลิต walking pole สำหรับการเดินออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

ปัจจุบัน การเดินออกกำลังกายด้วย walking pole เป็นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพกิจกรรมหนึ่งของเทศบาลเมืองซากุ และได้มีการจัดงานเดินเพื่อสุขภาพด้วย walking pole เป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ยังได้มีการฝึกอบรมการใช้ walking pole ให้กับ Health supporter และ ประชาชนทั่วไป โดยมีสโลแกนว่า “ต้องการให้ทุกคนมีสุขภาพดีอย่างสนุกสนาน”

ประโยชน์ของการเดินออกกำลังกายด้วย walking pole

- (1) เป็นการออกกำลังกายที่สนุกสนาน
- (2) เป็นการออกกำลังกายร่างกายทุกส่วน โดยเฉพาะร่างกายส่วนบน
- (3) ช่วยให้เดินได้อย่างมั่นคง
- (4) ปรับสรีระร่างกายให้สมดุล

การใช้ walking pole ในการออกกำลังกาย

- (1) จับไม้ pole ให้กระชับ
- (2) ตามองตรงไปข้างหน้า ไม่ก้มหน้า
- (3) วาง pole สลับซ้ายขวา ไปข้างหน้า
- (4) เท้าที่อยู่ข้างเดียวกับ pole จะอยู่ตรงข้าม (หน้า-หลัง) กับ pole



นอกจากใช้ pole ในการเดินออกกำลังกายแล้ว ยังใช้เป็นหลักค้ำยันในการออกกำลังกายส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ด้วย

ข. ด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อมูลเบื้องต้นเรื่องการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย

1. รูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ กองทุนประกันสุขภาพในประเทศไทยแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่
 - 1.1 กลุ่ม Formal Sector ได้แก่ กองทุนข้าราชการ กองทุนลูกจ้างบริษัทขนาดใหญ่ และกองทุนลูกจ้างบริษัทขนาดเล็ก (SME)
 - 1.2 กลุ่ม Informal Sector เช่น เกษตรกร ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น
 - 1.3 กลุ่ม Senior Citizen ได้แก่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 75 ปี มีจำนวน 47 อบจ. ซึ่งเป็นกองทุนที่ตั้งขึ้นมาในปี ค.ศ. 2008 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
2. ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ รัฐบาลมีรายรับของกองทุนประกันสุขภาพมาจากเบี้ยประกันที่ประชาชนต้องจ่ายจำแนกตามประเภทประกันสุขภาพ คิดจากรายได้ของตนเอง และ งบประมาณจากรัฐบาลที่พึ่งพาภาษีเป็นหลัก รูปแบบการประกันสุขภาพแบ่งเป็น 4 Tier ได้แก่
 - 1st tier คือ บริษัทขนาดใหญ่ นายจ้างกับลูกจ้างจ่ายทั้งหมดไม่มีการสมทบจากรัฐบาล อัตราจ่ายเบี้ยประกันประมาณ 9%
 - 2nd tier คือ อุตสาหกรรมขนาดเล็ก กลาง (SME) นายจ้าง/ ลูกจ้าง และภาครัฐสมทบ อัตราจ่ายเบี้ยประกันประมาณ 10%
 - 3rd tier (NHI) คือ ผู้ประกอบการส่วนตัว ไม่มีการสมทบจากรัฐบาล รัฐสนับสนุนจากภาษี อัตราจ่ายเบี้ยประกันประมาณ 7-16%
 - 4th tier คือ ผู้สูงอายุเกิน 75 ปี ได้รับเงินบำนาญจากรัฐ 50% กองทุนสมทบ 40% และจ่ายเอง 10%
3. ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ให้บริการของประเทศไทย เป็นมาตรฐานเดียวทั้งประเทศ กำหนดจากส่วนกลางในรูปแบบ Fee Schedule ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลดำเนินการโดยภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่
4. งบประมาณกองทุนผู้สูงอายุจะรวมอยู่ที่ อบท. เพื่อทำหน้าที่จ่ายให้กับผู้ให้บริการผู้สูงอายุ
5. ปี ค.ศ. 1973 การให้บริการสำหรับผู้สูงอายุโดยไม่ต้องร่วมจ่าย ทำให้เกิดการเข้ารับบริการที่เกินความจำเป็น จึงปรับให้มี copayment (เริ่มในปีค.ศ.1983) และในปี ค.ศ.2008 เริ่มกองทุนระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป
6. ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดจากเหตุสำคัญ ได้แก่ โครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ข้อมูลที่ผ่านมามีพบว่า จำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากร แต่มีค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 76 ของทั้งหมด
7. ในประเทศไทยมีโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดตามระดับของการดูแลจากที่ต้องการการดูแลน้อยไปถึงผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลใกล้ชิดดังนี้

- 7.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่แข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ จะส่งเสริมให้มีส่วนร่วมกับกิจกรรมในสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุจิตอาสา อาสาสมัครในหน่วยงาน สถานที่ ที่สามารถทำบำเพ็ญประโยชน์ได้ จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะพูดคุยกันและจะจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ส่งเสริมการดูแลรักษาตนเอง การตรวจสุขภาพประจำปี และ สร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการพบปะคนอื่นในสังคมเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข
- 7.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลใกล้ชิด จะมีบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีศูนย์ที่บริการดูแลผู้สูงอายุ
8. มีการแบ่งระดับการดูแลผู้สูงอายุเป็น 7 ระดับตามความต้องการการดูแล โดยผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินและอนุมัติว่าอยู่ในระดับใด อปท.จะเป็นผู้ประเมิน โดยมีมาตรฐานระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุขเป็น guideline ในการประเมิน กรณีผู้สูงอายุที่เปลี่ยน level ต้องส่งข้อมูลให้แพทย์ประเมินแล้วส่งไปที่กรรมการกลางในการพิจารณาอนุมัติ
9. ประเภทการบริการผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 แบบ คือ
 - 9.1 การบริการที่บ้าน เป็นการเยี่ยมโดยพยาบาล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการทำกายภาพบำบัด
 - 9.2 การบริการในชุมชน เป็นผู้สูงอายุที่รวมตัวกันอยู่ในชุมชน ให้บริการทำกายภาพบำบัด ให้การพยาบาลเบื้องต้น
 - 9.3 การบริการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการให้บริการเช่าอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ เช่น รถเข็น หรือเตียงไฟฟ้า โดยได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุน
 - 9.4 การให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ ส่วนใหญ่เป็น Care need level 3 มีหลายรูปแบบ เช่น บ้านพักคนชรา บ้านพักคนชราที่มีเพิ่มบริการทางการแพทย์และกายภาพบำบัด ซึ่งมีทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่
10. ผู้ให้บริการมีความหลากหลายขึ้นกับประเภทการให้บริการ ทั้งนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ส่วนใหญ่เป็นเอกชน

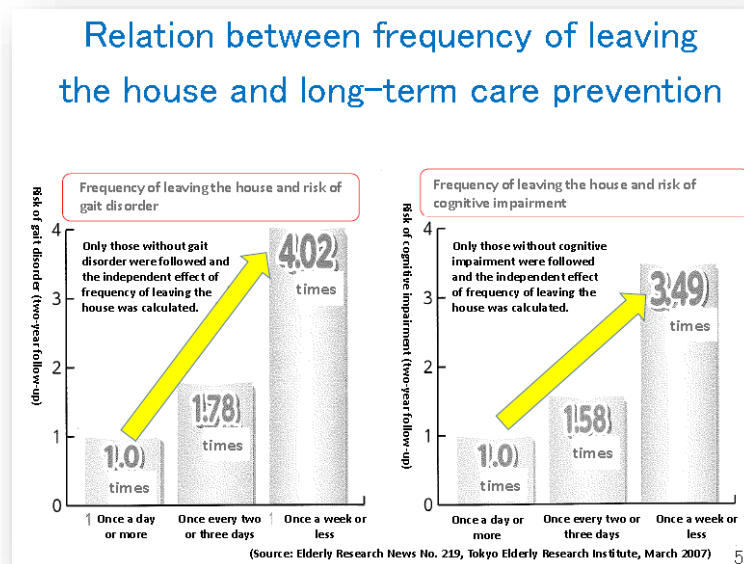
ความร่วมมือของชุมชนด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

เมืองซากุให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่พบว่าอัตราการเกิดลดลง และมีอัตราผู้สูงอายุ (ตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้น เท่ากับ 30.1% ของประชากรในเมืองทั้งหมด ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (28.3%) ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุ 25.9% ยังประกอบอาชีพ เมืองซากุจึงได้ออกแบบโปรแกรมสวัสดิการต่างๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุของเมืองซากุเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างเทศบาลและคนในชุมชน (มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทย) โดยเมืองซากุออกแบบโปรแกรมสวัสดิการต่างๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ จัดตามปัญหาสุขภาพที่พบตามลำดับคือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) โรคเกี่ยวกับไขข้อ และโรคหลอดเลือดสมอง (ปัจจัยการเกิดโรคอาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม) โดยเป้าหมายสำคัญของการจัดโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุคือ การทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ดี และนอกจากการเป็นผู้รับการดูแลแล้ว ยังมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนด้วย โดยการให้ผู้สูงอายุมิพบบาทและกิจกรรมทางสังคม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพหลักที่เทศบาลให้ความสำคัญมาก เนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่คุ้นเคยได้ เกิดปัญหาผู้สูงอายุหายตัว ดังนั้นการดูแลและป้องกันปัญหาดังกล่าว ต้องทำร่วมกันระหว่างผู้ดูแล ครอบครัว รวมไปถึงการทำความเข้าใจกับชุมชน

ผลงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านของผู้สูงอายุกับการเกิดความผิดปกติของการเดิน และภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมนอกบ้านทำให้อัตราการเกิดความผิดปกติของการเดินและภาวะสมองเสื่อมลดลง



ดังนั้นกิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม (dementia) (เป็นนโยบายของรัฐบาล) กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม (dementia) ได้แก่ การบริหารสมอง (neurobic exercise) การออกกำลังกาย เป็นต้น การดูแล dementia ในญี่ปุ่น ทำกันอย่างเป็นรูปธรรมทั้งประเทศ เป็นนโยบายของรัฐบาลกลาง ที่ทำเรื่องนี้จริงจัง (สัญลักษณ์ สีส้ม)

แนวความคิดของการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองซากุคือ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมความสัมพันธ์ร่วมกัน โดยเรียกว่า “salon” เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุจะได้รวมตัวกัน สถานที่ในชุมชนที่ไม่ไกลจากบ้าน ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะถดถอยด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยระยะยาว และให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีไปจนถึงวาระสุดท้าย

ตัวอย่างกิจกรรมที่เทศบาลดำเนินการ เช่น

- กิจกรรม brain health check project
- การฝึกอบรมให้ความรู้
- Orange café discussion meeting (เป็นนโยบายจากรัฐบาลกลาง ทุก อปท. ในประเทศญี่ปุ่น มีการดำเนินการเรื่องนี้)
- การสร้างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ “dementia friendly community development network project” ร่วมกับกลไกต่างในชุมชนเช่น ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง โรงพยาบาล บริษัทแท็กซี่ เพื่อป้องกันการหยาตัว/หลงทางของผู้สูงอายุ (สถิติการหายตัวของผู้สูงอายุลดลง)
- Support team โดยมีการจ้างแพทย์ คนในเทศบาล และผู้ดูแลที่มีความรู้เฉพาะทางด้านนี้ มาเป็นทีมเพื่อเข้าไปช่วยตั้งแต่ช่วง early stage ของภาวะสมองเสื่อม
- Community integrated support center ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 4 ประเภทคือ social worker, public health nurse, ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับ manager และ coordinator ซึ่งมีจำนวน 6 แห่ง แต่ละแห่งจะมีการเข้าไปดูแล 6 พื้นที่ของเมืองซากุ

ค. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้พิการ

เทศบาลเมืองซากุ มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างบริการทางการแพทย์ และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ซึ่ง “Wiz Heart SAKU” เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร (Non-Profit Organization: NPO) จัดตั้งขึ้นมาแล้ว 15 ปี เพื่อตอบสนองนโยบายด้านสุขภาพจิต ได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลเมืองซากุ ใช้งบประมาณจากเทศบาลเมืองซากุในรูปแบบเงินโครงการ

แต่เดิมในประเทศญี่ปุ่น ผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้านจิต จะไม่ได้รับสวัสดิการ จะต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น สังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ต่อมาในปี ค.ศ.1983 จึงเริ่มให้มีการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตฟรี และสร้างพื้นที่ให้กับผู้ป่วยเหล่านี้ได้ทำงาน ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกัน การฝึกอบรมให้ความรู้ และการจัดหางานให้) ในปี ค.ศ.1987 ที่มีการออกกฎหมายสุขภาพจิต ที่มีแนวคิดสำคัญคือการให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ และต่อมาจึงได้มีพยาบาลเวชศาสตร์ชุมชน เจ้าหน้าที่สำนักงานสวัสดิการ และแพทย์ได้ประชุมหารือร่วมกันเรื่องสวัสดิการของผู้ป่วยที่มีปัญหา

ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้มีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน และลดการตีตราผู้ป่วย ทั้งนี้เป็นการทำงานร่วมกัน ทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ โรงพยาบาล เทศบาล และผู้ป่วย/ ครอบครัว

กฎหมายของรัฐบาลญี่ปุ่นเรื่องผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต สามารถใช้ชีวิตในสังคมและชุมชนได้ตามปกติ มีที่อยู่อาศัย มีงานทำ และมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมอย่างมีความสุข จึงได้มีการสร้างที่อยู่อาศัยร่วมกันของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ในลักษณะ “group home” โดยจังหวัดนากาโนะ สร้างเป็นแห่งแรก ระยะเวลาแรกคนในชุมชนคัดค้าน

“group home” เพื่อให้คนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตใช้ชีวิตอยู่ในท้องถิ่นที่เคยชิน ทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนออกไปใช้ชีวิตในสังคม เช่น การประกอบอาชีพ โดยมีการสอนงานอาชีพ นอกจากนี้ยังมีการฝึกการดำรงชีวิตประจำวัน (การบริหารเงิน สุขภาพ และการทำอาหาร) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของ “Wiz Heart SAKU” มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะไปโรงพยาบาลน้อยลง สามารถออกไปทำงานที่อื่นได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับศูนย์บริการอื่นๆ ผู้ป่วยที่มาอาศัยอยู่ใน group home

group home มีจำนวน 9 แห่ง โดยทุกวันช่วงเช้า staff จะประชุมกันก่อนแล้วค่อยออกไปทำงาน แต่ละแห่ง (มีเจ้าหน้าที่ full time 6 คน/ part time 37 คน) แต่ละ group home จะมีพยาบาล เข้าไปเยี่ยม และตรวจสุขภาพ และปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลด้านร่างกายมีจำนวนมากขึ้น ปัญหาที่พบใน group home ส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยบางคนอาจไม่ยอมอยู่ และผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น ต้องการการดูแลทางกายภาพให้มากขึ้น ทำให้ NPO ต้องยกระดับคุณภาพบริการให้มากขึ้น ดังนั้นจึงต้องให้มีที่อยู่อาศัยที่หลากหลาย

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ต้องการประกอบอาชีพ จะมีกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้บริหารจัดการกันเอง โดยมีการสอนงานอาชีพให้ เช่น งานทำความสะอาด งานขาย นอกจากนี้ยังมีการฝึกการดำรงชีวิตประจำวัน (การบริหารเงิน สุขภาพ และการทำอาหาร) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของ “Wiz Heart SAKU” สามารถออกไปทำงานที่อื่นได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับศูนย์บริการอื่นๆ

กิจกรรมบำบัดอื่นๆ ที่ “Wiz Heart SAKU” จัดบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น การจัดงานเทศกาลร่วมกับชุมชน กิจกรรมสนทนา การกิจกรรมชมรม peer การสอนทำอาหาร โยคะ การจัดการสอนให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ปีละ 4 ครั้งร่วมกับชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น (primary prevention) นอกจากนี้ยังมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของศูนย์เพื่อเพิ่มพูนทักษะเดือนละ 1 ครั้งและการไปเยี่ยมชมศูนย์ NPO อื่นๆ เพื่อนำมาพัฒนา “Wiz Heart SAKU” ต่อไป

แผนระยะต่อไปของ “Wiz Heart SAKU” คือ การขยายพื้นที่ และเพิ่มกิจกรรมบำบัดให้มากขึ้น

APPENDIX

One Page Study Visit Report

DR.CHATRI BANCHUIN:

CHAIRMAN OF THE STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD



Overall view

JICA has arranged excellent visit to various health organizations in Saku city from prefecture level down to village health care in Kawakami village.

We can understand the whole view of micromanagement of health system in Saku city from medical care down to health promotion with complex multi-sectorial coordination and collaboration.

The UHC of Japan has been well developed with balance of various funding organizations, fee-schedules and co-payment, with coordination of community, non-profit organization, private company, and volunteers.

Here are some key points from visiting those organizations.

1. Nagano prefecture (Shinshu comprehensive health care plan, community healthcare plan).

The vision for 2025 emphasizes on elderly, on long term care and healthy people more than hospital-based care.

There are plans for integration of various facilities (between hospitals and with community) to facilitate the community health care plan to be more efficient. The NPO and community have some significant roles in the health care.

2. Elderly care in Saku city

Significant development in long term care fund to help elderly people engage into the health care facilities, decrease premium payment and co-payment and promotion of selfcare and health promotion (Pin-koro concept).

3. Saku Central Hospital

Dr.Toshikazu Wakatsuki was the legend of the hospital who transformed the concept of medical care to primary health care and fostering wellness (prevention is better than cure) and also integration of culture into medical presentation to public., create medical festivals and develop into health university for people, promoting health assistants (health promotor).

The medical services has 3 levels, primary care, secondary care and advanced care with good transferring system. The medical training is collaborated with clinic in village level focusing on family doctor.

4. Wiz heart

It is a good model for NPO to take care of mental health and psychotic patients, decreasing stigmatization. Group home is a good model for looking after those people before going back to society.

5. Kawakami village

Excellent model of village clinic (Healthy park) that integrate medical care, elderly care and social care. By the leadership of the Mayor and the team, the people has been well taking care of especially the elderly.

6. SINANO company

The walking pole is very good for walking especially for elderly.

Conclusion

It was an excellent trip. The participants were very much enjoyed and learnt a lot of health system of Japan in the city level. We are very much appreciated for the arrangement and JICA for supporting the trip, and also thanks for Dr.Mashida and the team who put a lot effort coordinating the tour, It was very much successful.

ASSOCIATE PROFESSOR PORNJUN SUWANNACHAT:
STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER
REPRESENTATIVE OF THAILAND NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL



Outcomes

1. Japanese, especially who lives in mountain-surrounding areas, are usually coping with risk of natural disasters, such as volcanic eruption, earthquake, 8-month freezing weather, altogether with suffering from WWII. Therefore, a self-discipline and nationalism are their strongest points. To have faiths in their country, communities, and humanity respect are the basics of good communities' participation, remarkably with reliable leaders.
2. Japan's national health security system has been established by Ministry of Agriculture and Cooperatives in 1927. The health coverage has covered labor group with stated income as the first target, which is easier than Thailand's that has started with a low-income group.
3. Evaluation and monitoring health system management.

The Ministry of Health, Labor, and Welfare of Japan has set a thorough health fee schedule criteria, categorized into 4 groups with more than 1,700 lists, each of them is counted as a point (10 Yens/1 Point); medicine and medical instruments are excepted from this criteria. In addition, there is no healthcare accreditation in this country.

4. Kawakami Village, Nagano prefecture

The village is located at an altitude of 1,195 meters above the sea level. It has population of 4,607 (2015) with average lifespans of 85.89 years in female, and 80.15 years in male (2010). Population dispersion in 2015 are 10.96% (0-14y/o), 64.03% (15-64 y/o), and 25% (65 up y/o).

This village has overcome natural disasters and poverty and become the place with the highest rate of healthy elderly population aged 65-74 y/o in Japan (85.1%). Total medical expense of the villagers are also lower than a total of whole nation population.

Highlights

1. Nagano prefecture's healthcare system for mental illness patients is an interesting example model.
2. Parts of Kawakami Village's elderly care system which is able to be adapted in Thailand:
 - 2.1 Supporting elderly healthcare for their everyday lives.
 - 2.2 Supporting proper healthcare service receiving of elderly patients for their lifetimes.
3. Recapture Chapter 5 of the National Health Security Act B.E. 2545 which describes about patients coping their health service expense; in order to remind people to take care of their health and also improve health services system process.

Opinions

1. Reminding nationalism and responsibility of self-discipline to citizens should be going together with developing healthcare services, which it is better than improving them separately.
 2. Based on differences of society, culture, economic context and law; healthcare system in Japan and Thailand both have their pros and cons. In this study visit, Japan has shown many interesting healthcare system managements. Kawakami Village is a good example.
 3. This study visit teams and two interpreters are professional and hardworking. Plus, hotels, transportations, and meals are well-prepared also.
-

นางสาวพรจันทร์ สุวรรณชาติ

กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข: ผู้แทนสภาการพยาบาล

ก. สิ่งที่พบ

1. พลเมืองในประเทศญี่ปุ่นมีวิถีดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงกับภัยธรรมชาติ เช่น ภูเขาไฟปะทุ แผ่นดินไหว อากาศหนาวเย็นปีละ 8 เดือนโดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีภูเขาล้อมรอบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากการแพ้สงครามโลกครั้งที่สอง การเผชิญกับความยากลำบากดังกล่าว ทำให้มีความอดทนสูงและมีความเพียรพยายามในการเอาชนะอุปสรรคดังกล่าว ครอบครัวและชุมชนจึงร่วมสร้างคนให้มีความมานะ วิริยะ วินัย รักชาติ ชุมชน ครอบครัว และตนเอง ตั้งแต่เล็ก การมีพลเมืองที่มีเจตคติที่ดีต่อการรักชาติ ชุมชน และสิทธิของความเป็นมนุษย์ ฯลฯ เป็นพื้นฐานที่ดีในการประสานความร่วมมือเพื่อประโยชน์ส่วนรวมดี โดยเฉพาะในชุมชนที่มีผู้นำที่สามารถสร้างศรัทธาเป็นที่รักและชื่นชมของประชาชนในชุมชน อย่างกว้างขวางและยั่งยืน

2. ประกาศญี่ปุ่นเริ่มมีระบบประกันสุขภาพใน ค.ศ.1927 โดยกระทรวงเกษตรและพาณิชย์ ผู้เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีเงินเดือนในระบบและเป็นสิทธิเฉพาะตัว ซึ่งง่ายกว่าระบบการประกันสุขภาพ ในประเทศไทยที่เริ่มต้นจากกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

3. การควบคุมกำกับกับการดำเนินการจัดบริการสุขภาพ

ประเทศญี่ปุ่นมีการกำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับ fee schedule ค่อนข้างละเอียดโดยกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการ (MHLW) เช่น จำนวนบุคลากร สถานที่ กิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการรักษา การพยาบาล และบริการของทุกสาขาวิชาชีพ มี 14 หมวด มากกว่า 1,700 รายการ ยกเว้นยาและอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ fee schedule แต่ละรายการจะกำหนดเป็น point โดย 1 point เท่ากับ 10 เยน ไม่มีการกำหนดให้เป็นรายบุคคล ประเทศญี่ปุ่นไม่มีการตรวจประเมินคุณภาพของสถานพยาบาล

4. หมู่บ้านคาวาคามิ (Kawakami Village) จังหวัดนากาโนะ (Nagano Prefecture)

เป็นชุมชนที่อยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเล 1,195 เมตร สูงสุดในประเทศญี่ปุ่น พลเมือง 4,607 คน (2015) อายุขัยเฉลี่ย (2010) หญิง 85.89 ปี ชาย 80.15 ปี การกระจายของประชากรตามวัย (2015) 0-14 ปี : 10.96 % 15-64 ปี : 64.03% 65 ปีขึ้นไป 25.00% คนในชุมชนมีความอดทนต่อการเอาชนะอุปสรรคจากภัยธรรมชาติและภาวะเศรษฐกิจจากหมู่บ้าน ที่ยากจนกลายเป็นหมู่บ้านที่พลเมืองมีรายได้ดีอยู่อย่างมีความสุข ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนหมู่บ้านนี้น้อยกว่าประชากรในประเทศเกือบเท่าตัว ผู้สูงอายุ (65-74 ปี) มีสุขภาพดี 85.1% นับเป็นลำดับที่หนึ่งในประเทศญี่ปุ่น

ข. สิ่งที่น่าจะเรียนรู้นำมาพิจารณา

1. การดูแลผู้บกพร่องทางจิต และผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ให้มีความพร้อมที่จะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีที่สุดตามสภาพที่เป็นอยู่ ควรศึกษารูปแบบจากจังหวัดนาగాโนะ (Nagano Prefecture)
2. การดูแลผู้สูงอายุ ควรปรับรูปแบบที่หมู่บ้านคาวาคามิ ให้สอดคล้องบริบทของชุมชนไทยที่คัดสรร
 - 2.2 ผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขเท่าที่จะเป็นไปได้
 - 2.2 ผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จบจนวนาระสุดท้ายของชีวิต
 - 2.3 ทบทวนการกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการ ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถจัดบริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

ค. ความเห็นอื่นๆ

1. การปลูกฝังเจตคติ เรื่องการรักชาติ ชุมชน การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ควรต้องผสมผสานไปกับการบริการสาธารณสุข ถ้ายังมีการแยกส่วนรับผิดชอบตามหน่วยงานของราชการในกระทรวงต่าง ๆ มิได้บังเกิดผลดี มาหลายทศวรรษแล้ว
2. พื้นฐานด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ กฎหมายการใช้บุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นมีความแตกต่างกันทั้งจุดเด่น จุดด้อย แต่เป็นสิ่งที่ทำลาย ประเทศญี่ปุ่นทำได้ดีในรูปแบบของญี่ปุ่น เป็นที่น่าชื่นชมยิ่ง และเป็นต้นแบบที่ดี ของระบบบริการสาธารณสุขที่หมู่บ้านคาวาคามิ
3. โครงการศึกษาดูงานนี้เป็นโครงการที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคน นับแต่ ผู้ดูแลโครงการ ล่าม 2 คน วิทยากรทุกคน รวมทั้งผู้ดูแล เรื่องที่พัก การเดินทางและจัดการอาหาร ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพสูง น่าชื่นชมมากรวมทั้งเจ้าหน้าที่ สปสช. และคณะอนุกรรมการฯ

MRS.PANNEE ROONPHO:

STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER

REPRESENTATIVE OF RADIOLOGICAL TECHNOLOGY



Outcomes

1. Community healthcare plan has been set by local administration government that had adopted policy from a national government framework. The plan, 10-year period, will be regulated properly for communities by using local data in making process.
2. Public health decentralization has allowed local administration governments to manage healthcare service systems in their responded areas easily.
3. Healthcare accreditation in this country is none.

Highlights

1. A Process of healthcare plan service management using supported data from local and central government, in order to project suitable plans for communities which can be useful in service providing, for example, beds management in hospitals.
2. Healthcare service is accessible. People can go to every hospital and clinic dependently.
3. There are enough doctors and health workforce. When it lacks of health workers, there are also prepared solutions, such as offering scholarship to people in the community to study, etc. For doctors, there are exactly enough as it mentioned, but mostly only in urban areas. Preparing spare doctors and having network with people in communities are solutions when it is devoid of workforce.
4. Being a good community leader is a combination of having medical information knowledge and learning about culture to rise faiths in people. Communication and advertising about healthcare activities also encourage people in the community to have participation.
5. There is a referral system from family doctors to hospitals, and hospitals to family doctors too

Opinions

1. Planning healthcare service system, especially for the elderly and long-term care, should be well-prepared, both in part of service quality and enough funds that will be increase as it needs to cover all things.
 2. Health promotion and prevention activities should aim to raise local participation rate under limited workforce conditions.
 3. Raising an aware of health literacy among communities.
 4. Supporting local participation and others.
-

นางพรรณิ หุ่นโพธิ์

กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข:

ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค

ข้อค้นพบ

1. Community healthcare plan จัดทำขึ้นโดยรัฐบาลท้องถิ่น โดยมี framework จากรัฐบาลกลาง เป็นแผน 10 ปีของท้องถิ่นที่ใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพและการจัดการข้อมูลที่มีอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่
2. ระบบการกระจายอำนาจของรัฐบาลกลางสู่รัฐบาลท้องถิ่นมีความชัดเจน ท้องถิ่นมีความสามารถ ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพของประชาชนในหลายๆ เรื่องอย่างเป็นอิสระ
3. ประเทศญี่ปุ่น ไม่มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ประเด็นที่น่าสนใจ/ จุดเด่น

1. มีการจัดทำแผนระบบการให้บริการด้านสุขภาพและทางการแพทย์ โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากรัฐบาล กลางและท้องถิ่นเอง สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่น แผนเกี่ยวกับระบบบริการในผู้สูงอายุ Long term care plan และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม เช่น จำนวนเตียงในการให้บริการกับบริการ ที่มี เพื่อวางแผนการให้บริการในอนาคต
2. การเข้าถึงบริการของประชาชน ประชาชนสามารถเลือกได้ว่าจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใด ไม่จำกัด
3. อัตรากำลังในการให้บริการเพียงพอ สมาคมแพทย์เข้มแข็ง ผู้ให้บริการอื่น เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด เพียงพอ กรณีไม่เพียงพอมีวิธีการเพื่อให้ได้อัตรากำลังที่เหมาะสม เช่น การให้ทุน คนในท้องถิ่นไปเรียน ส่วนแพทย์ แม้ว่าจะมีเพียงพอแต่พบปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ที่อยู่ในเมือง ใหญ่ มีการแก้ปัญหาด้วยการจัดสรรคนไว้ล่วงหน้าและสร้าง Network ในพื้นที่
4. ผู้นำเป็น Role model, การนำ Medical ผสานกับ culture ด้วยการทำให้ประชาชนศรัทธา สื่อสารและ ให้ดูงานที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้รับความร่วมมือ เป็นอย่างดี มีอาสาสมัครด้านสุขภาพมากขึ้น
5. ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจาก Family Doctor ไปยังโรงพยาบาล และจากโรงพยาบาลสู่ Family Doctor

ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. การวางแผนรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและ Long term care ควรมีการวางแผนระบบการรองรับอย่างเหมาะสมทั้งด้านค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้น ความครอบคลุม และการสร้างความยั่งยืนให้ระบบบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ
 2. กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ ภายใต้ข้อจำกัดของอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ
 3. การสร้าง ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการเข้าถึง ข้อมูลที่ถูกต้อง คิดและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพอย่างมีเหตุผล การตัดสินใจไปใช้บริการ อย่างเหมาะสมและสมเหตุสมผล
 4. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่น
-

Mrs.SOMJAI LUEVISADPAIBUL:

STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER

REPRESENTATIVE OF PHYSICAL THERAPY PROFESSIONAL GROUP



Outcomes

Public health policy in Japan has been decentralized from central government to local areas, so there are suitable healthcare plans in prefectures, along with medical care plans, running by their own local funds in each community. Japan has set medical service zones, dividing into 4 major districts with 10 areas. In each district provides medical services for 5 main symptoms. Plus, there is a type of hospital and major function classification. For patient transferring system, there are patient transfers in primary care, secondary care, and tertiary care. Patients can access to healthcare service in every hospital and clinic, but medical expenses will slightly different depends on time they receive services; in working hours will be cheaper. 80% of hospital in this country are private sectors, only 20% left are running by government. Health promotion here is focusing on creating self-discipline and supporting community leaders as it has shown in Saku city and Kawakami Village. Those two places' health project success bring happy and healthy lifestyle to everyone. However, it has been found that doctors are not enough in some remote areas and some local health indicators are not as good as the national average.

Highlights

1. Case study of Nakano prefecture is interesting healthcare system management, also community health projects that support people to participate. Health plan management has been set by adapting ideas from central government policy and make it to be suitable for local communities, for example, aiming to reduce admit rate and patients in advance acute phase, acute phase, and chronic phase.
2. Networks of health promoters and gate keepers are good to encourage people to take care of their health in their daily lives. Volunteers in this country are holding their terms for two years.
3. Private sectors participation can reduce governmental employment rate. In this study visit shows that Japan has more doctors than in Thailand, even though the population in this country is lesser. Another pros is non-profit private sectors are competitive to reach out to their consumer or patients, so they always provide the best healthcare service offers.

-
4. Annual health survey is very useful for planning healthcare that right community activities.

Opinions to NHSO

1. Public health decentralization is a better way for strengthening local communities. I suggest that the funds should not be pulled back to the central as it happened to a capital for rehabilitation in 2020 (For the provinces with no fund for this part, just take the funds back to the central).
2. Supporting private clinics that are interested in participating into the system. NHSO will take care of their service quality, altogether with patients' satisfaction and safety; also set the rules and punishments for those private sectors too.
3. Volunteers from all different sectors should be working together. They have to hold a term for 3 years. The volunteers are also expected to be an expert in two areas at maximum (not all areas). Moreover, they should provide 24/7hr. hotline for health consulting too.
4. Community should have an area for meeting. It is going to be useful for health promotion and prevention activities, and for the elderly to have activities together.
5. 'Health fee' costs 500 THB per person per year (except the poor, people with disabilities, the elderly aged more than 70 years old) should be started collecting.
6. Reconsider the patient rights of the 3 main health funds, slightly blending them together so they have no gap between them. Therefore, patients can have similar rights in receiving health services, which can be developing to harmonize all capitals together in the future.

Others

Stroke patients in Japan will receive 6-month rehabilitation in hospital before being transferred to taking a long-term care in their communities. It is interesting and should be considered in Thai healthcare service context.

นางสมใจ ลีวิเศษไพบูลย์

กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข:

ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด

ข้อค้นพบ

นโยบายด้านสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นมีการบริหารจัดการเป็นแบบการกระจายอำนาจ จาก National Central Government จนถึง Municipalities โดยมีการกำหนดทิศทางการพัฒนาและมีเป้าหมายชัดเจน ใน Healthcare Plan ที่สอดคล้องกันในทุกๆระดับ แต่แต่ละจังหวัด (Prefecture) จะมีการจัดทำ Medical Care plan ของตัวเองและใช้งบประมาณของจังหวัดเอง มีการกำหนด Medical service zone ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยการแบ่งเขตเป็น 4 เขตใหญ่ๆ 10 area ในแต่ละเขตสามารถรักษา 5 โรคหลัก และให้บริการ 5 ประเภท ตามที่ประกาศกำหนดได้เบ็ดเสร็จในเขตตัวเอง รวมทั้งมีการกำหนด Type of hospital and Major function ชัดเจน มีระบบส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับจากระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการ ที่สถานพยาบาล/คลินิกไหนก็ได้ แต่มีการร่วมจ่ายไม่เท่ากัน ถ้าเข้ารับบริการตามระบบในเวลาราชการ จะมีการร่วมจ่ายน้อย สถานพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น 80% เป็นโรงพยาบาลเอกชนและคลินิก 20% เป็นโรงพยาบาลของรัฐ กิจกรรมในการสร้างความตระหนักรู้เน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพบวกกับวัฒนธรรม ความมีวินัยของประชาชนญี่ปุ่น รวมทั้งการมีผู้นำที่ดี ทำให้พื้นที่ต้นแบบ Saku City, Kawakami village ประสบความสำเร็จอย่างมาก ประชาชนสุขภาพดี มีความสุข อายุยืน คนในพื้นที่มีงานทำ มีรายได้ดี สิ่งที่พบ คือการกระจายตัวของแพทย์ไม่ทั่วถึงในพื้นที่ห่างไกล ตัวชี้วัดผลการรักษาบางตัวมีค่าเฉลี่ยไม่ดีเท่าค่าเฉลี่ย ระดับประเทศ เช่น อัตราตายสูงกว่าเกือบ 1 เท่า ผู้ป่วย readmit within 6 weeks of discharge สูงกว่า ซึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพการรักษา แต่ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพใน Saku ดีกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด Patient Fall Rates มีน้อยกว่า เป็นบทเรียนว่างานด้านการสร้างเสริมสุขภาพสามารถทำได้โดยใช้บุคลากรที่มีสมรรถนะด้าน Soft skill ไม่ใช่ Professional skill ก็ทำได้

ประเด็นที่น่าสนใจ/ จุดเด่น

1. จังหวัดนากาโนะ ให้ความสำคัญด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในพื้นที่อย่างจริงจัง และเป็นจังหวัด ที่เป็นต้นแบบด้านการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชนในพื้นที่ มีการจัดทำแผนสาธารณสุขท้องถิ่นที่สอดคล้องนโยบายหลักของรัฐบาล เช่น รัฐบาลต้องการลดจำนวนเตียงในภาพรวมลงจากเดิมปี 2017 เป้าหมายสำเร็จ ในปี 2025 เนื่องจากประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง เด็กเกิดน้อยลงแต่จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น (มีข้อมูลสนับสนุนชัดเจน) จังหวัดมีการวางแผนอนาคตเพื่อลดจำนวนเตียงของการดูแลผู้ป่วย ในระยะ advance acute phase, Acute phase, Chronic phase ให้น้อยลง และเพิ่มจำนวนเตียงดูแลผู้ป่วยระยะ convalescent phase ให้มากขึ้น

2. กลยุทธ์การสร้างกลุ่มอาสาสมัคร Health Promoter เป็นการยกระดับความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของประชาชน สร้างแนวร่วมด้านสุขภาพที่ดีมาก ผู้เข้าอบรมเองจะมีประสบการณ์ตรงในการถูกตรวจสุขภาพ เรียนรู้เรื่องอาหารที่ดีมีประโยชน์ การออกกำลังกาย ทันตะกรรม สมองเสริมการเป็นGate keeperในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ความรู้เหล่านี้จะติดตัวไปตลอดมีประโยชน์มากสำหรับตัวเอง ครอบครัวและเพื่อนบ้าน อาสาสมัครในญี่ปุ่นมีวาระคนละ 2ปี แต่ความรู้จะติดตัวไปตลอดชีวิต มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
3. การให้เอกชนที่ไม่หวังผลกำไรเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการด้านสุขภาพทำให้ลดการลงทุนภาครัฐลงมากในเรื่องการจ้างบุคลากร พบว่าญี่ปุ่นมีประชากรมากกว่าประเทศไทย 2 เท่าแต่มีบุคลากรด้านการแพทย์มากกว่าประเทศไทย 10เท่า เอกชนแข่งขันกันด้านการให้บริการ บริการดี มีคุณภาพ ประชาชนพึงพอใจก็จะมีผู้มารับบริการมาก ลงทุนคุ้มค่า
4. การทำกิจกรรม Health survey ทุกปีมีประโยชน์มากเป็นข้อมูลนำเข้ามาวางแผนในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพให้ตรงกับความต้องการของชุมชน

ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนหลักการกระจายอำนาจเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ท้องถิ่น ไม่ควรดึงงบประมาณกลับมาบริหารจัดการที่ส่วนกลางเช่นงบการฟื้นฟูสมรรถภาพปี2563 (ในจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูดึงงบกลับมาบริหารที่ส่วนกลาง)
2. สนับสนุนคลินิกเอกชนที่สมัครใจของทุกวิชาชีพเข้ามาเป็นหน่วยร่วมให้บริการ ลดภาระการจ้างงานของภาครัฐ ได้แนวร่วม โดย สปสช.ควบคุมที่คุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจและความปลอดภัยของผู้รับบริการ เน้นการตรวจสอบตามกติกาที่กำหนด ทำผิดมีบทลงโทษ
3. เสนอให้อาสาสมัครในเมืองไทยของทุกกระทรวงที่เรียกชื่อต่างกันรวมกันเป็นหนึ่งเดียว แต่ละคนมีวาระการดำรงตำแหน่งวาระละ 3ปีและกำหนดให้มีสมรรถนะพื้นฐานทั่วไปเหมือนกันแต่มีสมรรถนะเฉพาะโรค/เฉพาะเรื่องไม่เกินคนละ 2 สาขา(ไม่ใช้รู้ทุกเรื่อง)และอาสาสมัครมีระบบสายด่วนปรึกษาแพทย์หรือผู้ได้รับมอบหมายได้ตลอด24 ชั่วโมง
4. สนับสนุนให้มีสถานที่ที่ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือคนในชุมชนมาพบปะกัน มีตารางกิจกรรมทั้งความรู้ด้านสุขภาพที่ชุมชนต้องการและสนทนาการอย่างต่อเนื่อง
5. เสนอให้มีภารกิจด้านสุขภาพ 500 บาทต่อคนต่อปี คนจน คนพิการ ผู้สูงอายุอายุเกิน 70 ปี ไม่ต้องจ่าย
6. ปรับสิทธิประโยชน์จาก 3 กองทุนใหญ่ในปัจจุบัน ให้มีความแตกต่างกันให้น้อยที่สุดกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนที่จะรวมกองทุนด้านสุขภาพเป็นหนึ่งเดียว

อื่นๆ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในญี่ปุ่นได้รับการฟื้นฟูจากนักวิชาชีพ 6 เดือนในสถานพยาบาลก่อนถูกส่งต่อไปดูแลแบบ Long Term Care ในชุมชน ในประเทศไทยควรให้โอกาสผู้ป่วยได้รับโอกาสในการฟื้นฟูอย่างน้อย 6 เดือนก่อนถูกส่งไปให้ Care giver ดูแลต่อ

MRS.SUPAPORN THINWATTANAKUL:

STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER

REPRESENTATIVE OF NGO IN AREA OF CHILDREN AND YOUTH GROUP



Outcomes

1. Public health decentralization allows citizens to access welfare easily and it reaches their needs, especially for the elderly.
2. The main ideas: healthcare does not depend on doctors and health specialists only, but also a self- discipline that citizens need to take care of personally.
3. Healthcare service management in hospitals should combine the standard medical practice quality with healthy lifestyle: eating, living, and cultural approaching. Health promotion and prevention, and Health Park should be working actively.
4. Supporting citizens and NPO to participate in healthcare services with suitable supported funds.

Highlights

1. Local leaders in communities have a goal aiming to provide the elderly a good and healthy way of life with an accessible healthcare service also.
2. Workforce in each section has been working hard to provide healthcare services. They work separately due to their duties, such as volunteers working for health promotion, Family doctors working in their sections, etc.
3. Supporting the elderly working as volunteers. It is another way to inform them about their health conditions and let them learn to take care of themselves and their group in communities.

Opinions to NHSO

1. To support local administrations to provide and prepare for aging society in communities.
2. To develop various healthcare services, such as local Health Park (pilot project) in communities by cooperation of local administration, civil society, and other sectors.

Others

Local administration leaders who are interested in planning healthcare system for the elderly should participate, so they can learn and adapt some examples from Japan.

นางสุภาพร ถิ่นวัฒนากุล

กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข:

ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานด้านเด็กหรือเยาวชน)

ข้อค้นพบ

1. การกระจายอำนาจของญี่ปุ่น ได้ส่งผลให้การดำเนินงานของรัฐในการจัดสวัสดิการให้กับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับความต้องการ และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย
2. แนวคิดหลักที่เน้นความสำคัญเรื่องสุขภาพเป็นของประชาชน ประชาชนต้องดูแลเอง และต้องทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีตั้งแต่เกิดจนตาย ตลอดจนการทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องของหมอหรือวิชาชีพเท่านั้น
3. การจัดบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลให้กับประชาชนที่เหมาะสมและสอดคล้อง โดยมีการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับมิติด้านวัฒนธรรมในชุมชนทั้งด้านอาหารการกิน วิถีชีวิต รวมทั้งบทบาทการทำงานเชิงรุกด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และการทำงานในรูปแบบของ Healthy Park ด้วย
4. การสนับสนุนให้ NPO และกลุ่มประชาชนที่เป็นอาสาสมัครให้มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ

ประเด็นที่น่าสนใจ/ จุดเด่น

1. บทบาทของผู้นำในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆที่มีแนวความคิดและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่า และสามารถเข้าถึงสวัสดิการต่างๆที่รัฐได้จัดให้ อย่างมีคุณภาพ
2. การแบ่งบทบาทหน้าที่ทำงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับในการดูแลผู้ป่วย การทำงานเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคร่วมกับชุมชน การพัฒนาแกนนำ/อาสาสมัครของชุมชนให้เป็น Health Promotion บทบาทของ Family Doctor ที่ให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ประชาชนได้เป็นอย่างดี
3. การทำงานเพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในฐานะอาสาสมัครผ่านรูปแบบต่างๆเพื่อทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจปัญหาและสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. การสนับสนุนให้ออปท.จัดสวัสดิการและเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่จริงจังและต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนคือกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบผสมผสาน Healthy Park ในพื้นที่นำร่อง โดยร่วมมือกับอปท. ภาคประชาสังคม และหน่วยงานอื่นๆ

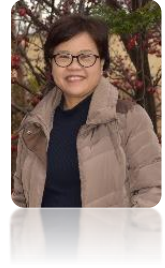
อื่นๆ

ควรมีกลุ่มเป้าหมายที่มาจากผู้บริหารของอปท.ที่มีแนวโน้มและมีความสนใจที่จะทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง เพื่อจะทำให้นำแนวความคิดและรูปแบบที่เห็นจากญี่ปุ่นไปปรับใช้ในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

MISS SUPATRA NACAPEW:

STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER

REPRESENTATIVE OF NGO IN AREA OF HIV AND CHRONIC DISEASE GROUP



Outcomes

1. Japan is a true welfare state that decentralizes power (including public health) into local levels.
2. Healthcare services should be a combination of standard medical practices and communities' culture.
3. There are three main ideas: first, healthcare is self-care; second, government has to provide good health service access to its citizens for all their lifespans; and lastly, healthcare does not depend on doctors and health specialists only.
4. Providing healthcare services should be more active rather than passive.

Highlights

1. Health Park in communities is accessible for citizens to access healthcare services, because it is in their area and is planned for meeting their needs.
2. Similar to triangle that moves the mountains theory, there are 3 main parts pushing healthcare system and social welfare in this country, which are 1. Hospitals and health institutes, 2. Government and local administrations, and 3. NPO and citizens. Moreover, there are a preparation for upcoming aging society, and notions about taking care of people's healthcare all of their lives.
3. Supporting citizens and NPO to participate in healthcare services with suitable supported funds.

Opinions to NHSO

1. Developing various healthcare services such as local Health Park (pilot project) in communities by cooperation of local administration, civil society, and other sectors.
 2. Developing various healthcare services such as local Health Park (pilot project) in communities by cooperation of local administration, civil society, and other sectors.
-

นางสาวสุภัทรา นาคะผิว

กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข:

ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานด้านโรคเรื้อรัง)

ข้อค้นพบ

1. ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศรัฐสวัสดิการ และมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง
2. การจัดการบริการด้านสุขภาพต้องมีการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับวัฒนธรรมในชุมชน
3. แนวคิดหลัก สุขภาพเป็นของประชาชน ประชาชนต้องดูแลเอง และต้องทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ตั้งแต่เกิดจนหมดอายุขัย และเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องของหมอหรือวิชาชีพเท่านั้น
4. การให้บริการสุขภาพต้องเปลี่ยนวิธีการทำงานจากตั้งรับที่โรงพยาบาลเป็นการทำงานเชิงรุกมากขึ้น

ประเด็นที่น่าสนใจ/ จุดเด่น

1. การจัดการบริการสุขภาพแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการดูแลรักษาในชุมชน Healthy Park ให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ใกล้บ้าน และออกแบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน สอดคล้องกับวิถีชีวิต
2. การประสานพลัง 3 ส่วน คือ 1.โรงพยาบาล/หน่วยบริการ 2.รัฐบาล/อปท. 3.ประชาชน/NPO (คล้ายกับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของประเทศไทย) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม รวมทั้งการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ มีการเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ภายใต้แนวคิด ป้องกันดีกว่ารักษา ให้ยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพ และทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีจนสิ้นอายุขัย
3. การสนับสนุนให้ประชาชนและ NPO มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. พัฒนารูปแบบการจัดการบริการแบบผสมผสาน Health Park ในชุมชน (นาร่อง) โดยร่วมมือกับ อปท. ภาคประชาสังคม และหน่วยงานอื่นๆ
2. พัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

MR.WEERAPONG KRIENGSINYOS:

STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER

EXPERT IN THAI TRADITIONAL MEDICINES



Outcomes

1. Japan's health security system has complicated funds management, but they are harmonizing and working very well.
2. Public health decentralization in Japan leads local section, prefecture sections, to manage their healthcare activities that be able to reach their people's needs.

Highlights

1. Have a straightforward plan until 2025. It makes the clear vision which drives people and teams to keeping on process for goals.
2. Health Park at Kawakami village has portrayed the harmonization of medical care, health care, and community care.
3. There are a cooperation of GO and NGO (or NPO: Wiz Health SAKU) that is funded by central government, local administrations, and fund raising. Moreover, government sections in Japan will not take part in helping sufferers from natural disasters. The task is almost left for NPO and NGO because they can work faster and better than government process. Japan is also working on grouping patient communities, so they can take care of each other as a big family.
4. There are interesting activities from health promoters: health promotion and prevention for Mother and Child and health surveys for planning further healthcare process.
5. Doctors are good role models as an information giver and helpers, like Dr. Toshikazu Wakatsuki. This optimistic and active young doctors working here can put people's faiths up.
6. At first, I had been wondering that is the country with high technology movement like Japan still harmonizing natural culture to their healthcare? Then I have found out that one of famous monk, Pin -Koro, a monk who have a healthy lifestyle and long lifespan, has been brought as a good example of healthy living with motto: "Activities to realize health long life". Pin-Koro Food has been promoting in form of have low-calories and low-sodium food, fresh vegetable and fruits, high-protein meat (like fish etc.), and various and nutritious ingredients in every meal.

Opinions to NHSO

1. NHSO should project a long term plan, such as in 4 year from now on.
We should set goals for our organization, together with our companions.
 2. Starts participatory action research (PAR) for Health Park as a pilot project, working together by local administration, NHSO, MoPH, Thai Health Promotion Foundation, and NGO.
-

นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ

กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข:

ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการแพทย์แผนไทย

ข้อค้นพบ

1. ระบบหลักประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีความซับซ้อนในหลายกองทุนสวัสดิการ แต่สามารถบริหารจัดการทางการเงินได้ดี และมีการเชื่อมโยงกันดี
2. เนื่องจากระบบการปกครองของญี่ปุ่นได้กระจายอำนาจไปยังระดับจังหวัด หรือ Prefecture ช่วยให้การจัดการระบบสุขภาพในจังหวัดตนเองมีความคล่องตัว และสนองตอบปัญหาหรือความต้องการของคนในพื้นที่ได้ดีกว่า

ประเด็นที่น่าสนใจ/ จุดเด่น

1. การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในปี ค.ศ.2025 แม้ว่าผู้เกี่ยวข้องจะรู้ว่าการดำเนินงานยังไม่ถึงเป้าหมายนั้น หรือมีอุปสรรคอยู่ก็ตาม แต่การที่สร้างให้ทุกหน่วยงานในทุกระดับ และประชาชนรับรู้เป้าหมายปี 2025 ช่วยให้เกิดภาพพึงประสงค์ที่ชัดเจน รวมถึงการขับเคลื่อนได้ดี
2. ความเชื่อมโยงและการทำงานประสานงานของ 3 เรื่อง คือ Medical care, Health care และ Community care ในความเห็นส่วนตัวคิดว่ารูปธรรมที่แสดงถึงความเชื่อมโยงนี้ คือ Healthy Park ที่ Kawakami village
3. ความร่วมมือระหว่าง GO และ NGO หรือ NPO (Wiz Hearth SAKU) ที่มีแผนงานและการสนับสนุนจากงบประมาณของรัฐหรือระดับท้องถิ่นที่แน่นอน และจัดระดมทุนช่วยกัน นอกจากนี้จะเห็นแนวคิดที่หน่วยงานรัฐของญี่ปุ่นจะไม่ใช่ผู้จัดบริการช่วยเหลือผู้ประสบความยากลำบาก แต่ให้ภาค NPO หรือ NGO เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งน่าจะช่วยให้เกิดความคล่องตัวและประสิทธิภาพดีกว่าระบบราชการ และการพยายามจัดรูปแบบบริการที่ให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพได้อยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกัน เป็นแนวคิดที่เข้าใจความเป็นครอบครัวได้ดีซึ่งช่วยให้เกิดการช่วยเหลือกันและกัน
4. งาน Health Promoter ที่มีกิจกรรมที่น่าสนใจ ได้แก่ ส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ใหญ่ แม่และเด็ก จัดกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ และที่สนใจพิเศษคือ ทำหน้าที่ Health surveys ซึ่งเป็นงานที่สนใจมาก คือการสำรวจปัญหาสุขภาพและความต้องการได้อย่างใกล้ชิดตรงจุด และนำมาออกแบบหรือวางแผนการทำงานได้ตรงเป้าหมาย นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นการทำงานของญี่ปุ่นที่ใช้ข้อมูลความรู้ในการทำงานอย่างชัดเจน
5. สัมผัสถึงการส่งเสริม Role model ซึ่งเป็นแบบอย่างของของความเป็นหมอมือทั้งความรู้และเอื้ออาทรที่ช่วยเหลือชุมชนทางไกล ดังกรณี นายแพทย์ Toshikazu Wakatsuki และจากการฟังหมอหนุ่ม

ที่กำลังฝึกงานเล่าถึงชีวิตและการงานที่ได้รับแรงบันดาลใจ สิ่งนี้ช่วยเสริมพลังศรัทธาให้หมอดูแลสุขภาพชาวบ้านดียิ่งขึ้น

6. เป็นสิ่งที่ตนเองตั้งความคาดหวังไว้ว่า อยากเรียนรู้ว่าชาวญี่ปุ่นที่เจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาก ยังจะมีการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมสุขภาพหรือไม่ ก็ได้คำตอบจากกรณี การนำเอาวัฒนธรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวกับพุทธศาสนา มา คือ “Pin – Koro” พระผู้เป็นสัญลักษณ์ของการมีสุขภาพดีทั้งกายใจและอายุยืน นำมาสื่อสารในสังคมปัจจุบัน และนำไปสู่ “Activities to realize health long life” และรณรงค์ Pin-Koro Food ที่มีความชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพในบริบทญี่ปุ่น ได้แก่ อาหารลดเค็ม แครอลี่ต่ำ กินผักใหม่ มาก กินโปรตีนที่มีคุณภาพเช่นปลา และอาหารให้หลากหลายหรือในอาหารแต่ละมื้อควรมีเครื่องปรุงจากพืชผักผลไม้ให้หลากหลายนั่นเอง

ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สนับสนุนให้ สปสช. จัดกระบวนการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดเป้าหมายเฉพาะ เช่น เป้าหมาย พ.ศ.2567 (อีก 4 ปีข้างหน้า) จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร และสร้างภาคีที่เกี่ยวข้อง ช่วยกันขับเคลื่อนให้ถึง

Dr.SOMBOON TANSUPHASWASDIKUL:
STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER
REPRESENTATIVE OF SUB QCB, REGION 2



Topic 1 Thailand's and Japan's health security system comparison

1. Japan is divided into prefectures and divided into wards, which is totally different from Thailand.
2. There are local administrations taking parts in healthcare activities and services. The medical expense depends on fee schedule that was set by central government. There is no provincial public health like in Thailand.
3. Hospitals and clinics in Japan are mostly run by non-profit private sectors. The expenses are controls by fee schedule. Some grand hospitals has their own medical academies also.
4. The patients can go to every hospital or clinic nearby and up to their needs because, in Japan, every hospital have to take care every patient without conditions of districts or divided areas like in Thailand.
5. There is no doctors in local communities, they are circulating to be there.

Pros and Cons

1. In Thailand, there is healthcare system controlling by the Ministry of Public Health, being arranged into the areas of provinces, districts and sub-districts which makes it easy to manage. In this study visit here, differently, there is no such a system. In Kawakami Village, there are only workforce meeting before their work has started, which I am concern if they do not have this method in other places.
2. Hospital system in Japan is very interesting. Hospitals are freely provide healthcare to patients without area of living condition like in Thailand. Doctors and workforce are working as an employee of their hospitals. In Saku Central, there are some more interesting process, such as circulating doctors from the hospital to be in community, so they will be able to keep up on patients' health process, which I consider it better than in doctors' duties in Thailand's health system.
3. Even though Japan has a lot more doctors and workforce than Thailand, both countries have faced the same problem. It is lacking doctors in remote areas because most of them are still in urban areas more than in other far places.

Topic 2 Volunteer in healthcare system

1. Differences about volunteers in Japan and Thailand are volunteers in Japan only have a very low-income compares to Thai volunteers (only 2200 yen/year); second, they are only holding a term only 2 years. In studied filed, there are 200,000 people and around 20,000 people was a volunteer before; so most of them have healthcare basic knowledge which will be useful for the community. Unlike in Thailand that being volunteer has no limited time, therefore volunteers are the same group of people and do not have additional members. Plus, Thai volunteers have quite higher payment comparing to Japan's.
2. In Japan, being a volunteer do not mean that person have to be a know-it-all in healthcare service. They divide into groups and have the ir own duties separately. For example, volunteers who work with health promotion project are called 'Health promoter', ones who work with meals and dietary are called 'Dietary improvement promoter' or 'Shokkai-san' in Japanese. This point is totally different from volunteers in Thailand that do not have exact duties while working for providing healthcare services.
3. Most of volunteer here are the elderly, so they enjoy this duties and also be very reliable and responsible.

Pros and Cons

1. As it mentioned that volunteers can only hold their terms for 2 years, so they frequently have to find new ones to be trended; and it is a problem. Searching new volunteers to be trended is not that easy, but when they can do it. It gains a lot of advantage in terms of healthcare services providing, because most of them in the communities have some basic knowledges about healthcare.
2. Volunteer here has a low wages (2200 yen/year) that I personally think this is how a true volunteer should be. Not being a long-life time volunteer as we are doing in Thailand.
3. Healthcare activities will be projecting due to their local health needs. For example, a long-term care for the elderly with Alzheimer's disease, etc.

Opinions to NHSO

1. There should be data transferring from NHSO back to local areas, so they will see their problems and project their health activities to be useful and suit with their local resources.
 2. Public health decentralization is good because the communities can use the funds from the central with their local funds to run activities freely. However, their process needs to be under control of NHSO.
-

ประเด็นที่ 1 เปรียบเทียบระบบสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย

1. เขตพื้นที่ ในญี่ปุ่นแบ่งเป็นเขตการปกครองตามพื้นที่ Prefecture City และในเมืองใหญ่ แบ่งย่อยเป็น Ward ไม่มีการแบ่งเป็นระดับเขต เหมือนประเทศไทย
2. แต่ละเมือง(City) มีเทศบาลเมือง ซึ่งมีอิสระในการดูแล กิจกรรมทางสาธารณสุข โดยมีการกำกับโดยการใช้ Fee Schedule จากจากรัฐบาลกลาง เทศบาลไม่มีแพทย์หรือโรงพยาบาลในกำกับเทียบกับประเทศไทย ซึ่งมีสาธารณสุขจังหวัด ควบคุมดูแลโรงพยาบาลของรัฐ (โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน)
3. โรงพยาบาลและคลินิกในประเทศญี่ปุ่นเป็นของเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลมักเป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไรเป็นผู้จัดตั้ง ส่วนคลินิกเอกชนก็เหมือนกับที่มีในประเทศไทย อาศัยกลไกการตลาดในการเรียกลูกค้า เทศบาลหรือรัฐบาลกลาง ควบคุมด้วยระบบประกันประชาชนกำหนดค่าเบี้ยประกัน ซึ่งบางส่วนก็ต้องเป็นตามกฎเกณฑ์ของรัฐบาลกลาง โดยกำหนดเป็น Fee Schedule โรงพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่งก็จะเป็นโรงเรียนแพทย์ด้วย
4. โรงพยาบาลแต่ละแห่งรับผิดชอบประชากร ไม่ได้เป็นไปตามเขตพื้นที่เหมือนในประเทศไทย แต่เป็นไปตามความสะดวกของการเดินทาง และการตกลงล่วงหน้าระหว่างโรงพยาบาล และเทศบาลเมืองต่างๆ
5. เนื่องจากเทศบาลท้องถิ่น ไม่มีแพทย์ จึงต้องอาศัยแพทย์จากโรงพยาบาลมาหมุนเวียน ในพื้นที่

ข้อดีและข้อเสีย

1. ข้อดีของประเทศไทย ระบบการควบคุมเป็นขั้นตอนจากกระทรวงสาธารณสุข เขตพื้นที่ จังหวัด อำเภอ และตำบล ทำให้การกำกับทำได้ง่ายทั้งระบบ ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต่างกับในประเทศญี่ปุ่น (เฉพาะในพื้นที่ที่ไปดูงาน อาจจะมีลักษณะที่ไม่เหมือนกันทั้งประเทศ) ต้องอาศัยการร่วมมือของแต่ละส่วนไม่มีระบบสั่งการ (ตัวอย่างที่ไปดูงาน ณ หมู่บ้าน Kawakami มีการประชุมทุกเช้าก่อนทำงาน เพื่อประสานความร่วมมือการดูแลผู้เจ็บป่วย และประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรที่ดูแลเรื่องสวัสดิการ ฯลฯในหมู่บ้าน ซึ่งดูจะเป็นจุดเด่นของหมู่บ้านนี้) ถ้าในพื้นที่อื่น ไม่มีความร่วมมือกันแบบนี้ก็อาจจะเป็นปัญหา
2. ข้อดีของประเทศญี่ปุ่น โดยเฉพาะระบบโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีอิสระในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้องขึ้นกับเขตพื้นที่ และแพทย์ทั้งหมด จะขึ้นกับโรงพยาบาลโดยตรง (ตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาล Saku Central ส่งแพทย์ไปประจำที่โรงพยาบาลขนาด 100 เตียง โรงพยาบาล Kurosawa และ Primary health care, checkup care ในหมู่บ้าน Kawakami) โรงพยาบาล Saku Central มีปรัชญาในการดูแลประชาชนด้านป้องกันโรคตั้งแต่ยุคสมัยของการตั้งโรงพยาบาล

- โดยนายแพทย์ Wakatsuki ก็ไม่มั่นใจว่า ในพื้นที่อื่นของญี่ปุ่นจะมีระบบที่คล้ายคลึงกับระบบที่ไปดูงาน เช่นแพทย์ในโรงพยาบาลนี้จะต้องหมุนเวียนออกไปโรงพยาบาลด้านหน้า จึงทำให้ความเชื่อมโยงของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จะต้องเข้าโรงพยาบาลน่าจะดีกว่าระบบของประเทศไทย และน่าจะทำให้ความก้าวหน้าของแพทย์เป็นไปในลักษณะที่เหมาะสมกับความต้องการของแพทย์และพื้นที่
3. ข้อจำกัดของประเทศไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และทรัพยากรมีน้อยกว่าของประเทศญี่ปุ่น แต่ทั้งสองประเทศ ก็ยังคงมีปัญหาเรื่องกันการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ เหมือนๆกัน

ประเด็นที่ 2 อาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข

1. ลักษณะอาสาสมัครที่ทำงานด้านสาธารณสุขในประเทศญี่ปุ่น มักจะเป็นคนสูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นสุภาพสตรีมีลักษณะที่แตกต่างจากประเทศไทยคือ ค่าตอบแทนของการทำงานของอาสาสมัครมีต่ำมาก (2 200 เยนต่อปี) ลักษณะอีกแบบหนึ่งที่สำคัญก็คือการมีอายุของวาระการทำงาน เช่นที่ไปดูงานกำหนดระยะ 2 ปี จึงมีกระบวนการสร้างอาสาสมัครใหม่ทุกรอบ 2 ปี ทำให้ปัจจุบันในเมืองที่ไปดูงาน ซึ่งมีประชากรอยู่ประมาณ 200 000 คน มีจำนวนอาสาสมัครที่เคยผ่านการอบรมเกือบ 20 000 คน แล้วก็ยังมีชมรมอาสาสมัคร ซึ่งทำให้อาสาสมัครเหล่านี้ยังมีความรู้ และสามารถช่วยงานด้านการสาธารณสุขต่อไปได้ ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศไทยไม่มีวาระ ทำให้จำนวนอาสาสมัครมีอยู่เท่าเดิม และอาสาสมัครก็มีค่าตอบแทนจากกิจกรรมที่ทำสูงกว่าที่เห็นในประเทศญี่ปุ่น
2. รูปแบบของอาสาสมัครในประเทศญี่ปุ่นมีหลากหลายไม่ใช่ถูกเลือกมาแล้วก็ทำทุกอย่าง ตัวอย่างเช่นมีกับอาสาสมัครที่ทำงาน Health promotion โดยใช้ชื่อว่า “Health promoter” อาสาสมัครที่ทำงานเกี่ยวกับด้านโภชนาการ “Dietary improvement promoter หรือในภาษาญี่ปุ่น Shokkai-san” ซึ่งกิจกรรมก็จะเน้นไปตามเรื่องที่จะต้องทำ ลักษณะแบบนี้ไม่ค่อยเห็นชัดในประเทศไทย
3. กิจกรรมของอาสาสมัครเหล่านี้ มักจะเป็นคนสูงอายุ จึงสามารถให้เวลากับกิจกรรมได้มาก และมีความตั้งใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมายสูง

ข้อดีและข้อเสีย

1. อาสาสมัครในประเทศญี่ปุ่นมีข้อดี ก็คือมีวาระการทำงาน ทำให้ต้องมีกิจกรรมสร้างอาสาสมัครใหม่ตามที่ตั้งงานคือทุก 2 ปี ปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นก็คือการพยายามที่จะหาอาสาสมัครใหม่เข้ามาทดแทน และการฝึกอบรมจะต้องเกิดขึ้นบ่อย ซึ่งถ้าทำสำเร็จ จำนวนอาสาสมัครที่เคยผ่านการอบรมก็จะมีมากขึ้นเรื่อยๆในหมู่บ้านเล็กๆอาจจะมีอาสาสมัครแทบทุกครัวเรือน ทำให้กิจกรรมทางด้านสาธารณสุขเป็นไปได้ง่ายขึ้น เนื่องจากมีการรวมตัวของอดีตอาสาสมัครเป็นชมรม

2. การให้ค่าตอบแทนการทำงานที่ค่อนข้างต่ำ (2,200 เยนต่อปี) ทำให้มีลักษณะของการเป็นอาสาสมัครที่แท้จริง และการมีวาระทุก 2 ปี ก็เป็นสิ่งที่ดี เพราะหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเหล่านี้จะสิ้นสุดหลังจาก 2 ปี ไม่ใช่เป็นตลอดชีวิต แบบ อสมในประเทศไทย
3. รูปแบบของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่ดำเนินการในประเทศญี่ปุ่น เป็นไปตามข้อมูลในพื้นที่ ปัญหาที่ค้นพบ และ เทศบาลเมือง ก็จะกำหนดประเด็นในเรื่องที่จะทำ และแปลงเป็นกิจกรรมที่จะทำในระดับท้องถิ่น เช่น กิจกรรมเกี่ยวกับ Long term Care และการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม ไม่ว่ากิจกรรมนั้นจะเป็นการชะลอการเสื่อม ช่วยเหลือฟื้นฟูให้สามารถอยู่ในชุมชน สุขอนามัยเรื่องอาหาร คือทำให้คนมีอายุยืนไม่เจ็บป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. น่าจะมีระบบการคืนข้อมูลของ สปสช สู่ระดับท้องถิ่น ตั้งแต่ระดับเขต ลงไปถึงระดับหมู่บ้าน เพื่อให้ข้อมูลในระดับพื้นที่ได้มองเห็นปัญหาของท้องถิ่นของตนเอง และในระดับที่สูงกว่า ก็สามารถที่จะให้ทรัพยากรที่เหมาะสมกับความต้องการของพื้นที่นั้นๆ
2. ให้มีกระบวนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เพื่อให้สร้างกิจกรรมเฉพาะในพื้นที่ เช่นในระดับกองทุนต่างๆ ของ สปสช ให้อิสระต่อเขตในการกำหนดตัวชี้วัดในพื้นที่ (โดยผ่านการเสนอจาก อคม และอนุมัติโดย อปสช.) ให้มีการใช้เงินกองทุนหมู่บ้านโดยมีโครงการที่สามารถทำได้โดยอิสระ จากกรรมการที่เกี่ยวข้อง โดยจะต้องสร้างระบบตรวจสอบ ในระดับจังหวัดและระดับเขตที่เหมาะสม

อื่นๆ

1. แนวคิดในการบริหารจัดการบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่ พบจากการไปดูงานประเทศญี่ปุ่นครั้งนี้ โดยเฉพาะโรงพยาบาล Saku Central มีลักษณะที่ไม่เหมือนกับประเทศไทย แพทย์ทั้งหมดถูกส่งไปทำงานที่ในชุมชน เป็นแพทย์ที่หมุนเวียนจากโรงพยาบาล Saku Central โดยตรง ทำให้มีความใกล้ชิด และการส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลก็จะสามารถทำได้เป็นอย่างดี สำหรับในประเทศไทย ถ้า สสจ. และโรงพยาบาลประจำจังหวัด สามารถมีระบบหมุนเวียนการทำงานของแพทย์ในเมืองและชุมชน ก็อาจจะทำให้การคงอยู่ของแพทย์เฉพาะทาง ดีขึ้น และสัมพันธภาพในวิชาชีพก็น่าจะดีขึ้นด้วย
2. การจัดการดูแลผู้ป่วย ให้มีหลายระดับ ที่ชัดเจน เช่นที่เห็นใน Saku city ตั้งแต่ระดับคลินิก Secondary, Tertiary และ Chronic Care ที่ชัดเจน จะช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ทำให้การดูแลผู้เจ็บป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ ก็คงจะต้องมีข้อมูลความต้องการที่เชื่อถือได้ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถวางแผนในการจัดสรรเตียง และทรัพยากรต่างๆที่เกี่ยวข้องให้ตรงตามความเป็นจริงที่สุดตามความต้องการของท้องถิ่น

Dr.KRIANGSAK PHIMDA:

STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER

REPRESENTATIVE OF SUB QCB, REGION 8



Outcomes

According to the handout paper, Japan's health security system has covered 100% of all healthcare services. People can dependently access the healthcare services in every hospital and clinic. The medical expense has fee schedule, a co-payment is limited not more than 30%. There are local health care planning that adapting ideas from the central government health policy.

The 3 main parts of Japan's health security system are insured persons, health insurance funds, and hospitals (including hospitals, clinic, dental clinics, and pharmacy). In prefecture level, there are local health plans making from adaption of central government policy in order to allocate local resources. For Nakano case study, it aims to reduce bed rate for patient in advance acute phase, and increase chronic phase, convalescent phase patients. Also, there are hospitals and clinics arrangement for proper population, which is quite difficult because most of hospitals are private.

There are family doctors providing nursing care services, health consulting, and suggesting proper hospitals or clinics for patients also. Family doctors can own their private clinics, so they can have networks and connecting among people in communities.

Highlights

1. There are suitable and enough health funds for health promotion and prevention activities, nursing care, and rehabilitation.
2. There is a clear separation of roles among parts that be responsible for health promotion and prevention; and parts that are responsible for nursing care and rehabilitation.
3. Non-profit private sectors play a good role in healthcare service field, then they can offload cases from government hospitals and clinics.
4. Healthcare service system are accessible and not complicated to understand. People can choose to receive service access as they need.
5. There are family doctors providing healthcare services, including rehabilitation treatment, which are easy to access for patients. This family doctor project is also improving healthcare process.

Opinions to NHSO

1. I would like to see local community sections participate more in healthcare promotion and prevention planning.
 2. I would like to see family doctor system and more healthcare government contact centers. They will share the healthcare services workloads by working under the rules of fee schedule and quality evaluation.
-

นายแพทย์เกรียงศักดิ์ พิมพ์ตา

ประธานอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เขต 8 อุดรธานี

ข้อค้นพบ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น จากการศึกษาจากเอกสารก่อนเดินทางไประบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น มีความครอบคลุม 100% ครอบคลุมบริการทั้งหมด ประชาชนสามารถไปรักษาพยาบาลที่ไหนก็ได้ และกำหนดเพดานให้ประชาชนร่วมจ่าย (Co-payment) ไม่เกิน 30% แบ่งบทบาทกันอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่ม การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ และกลุ่มการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนใหญ่ให้บริการโดยภาคเอกชน ทั้งคลินิกและโรงพยาบาล การจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการ เป็นมาตรฐานเดียวทั้งประเทศ กำหนดจาก ส่วนกลางในรูปแบบ Fee Schedule การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนใหญ่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข ภาครัฐภายในจังหวัดและเทศบาลท้องถิ่น และมีบางส่วนทำสัญญากับคลินิกและ โรงพยาบาลเอกชน โดยใช้งบประมาณจากภาษีและกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์ประกอบหลักของระบบประกันสุขภาพญี่ปุ่น 3 องค์ประกอบได้แก่ผู้ประกันตน กองทุนประกันสุขภาพ และสถานพยาบาล (โรงพยาบาล คลินิก คลินิกทันตกรรม และร้านยา) ในระดับจังหวัด (Prefecture) สาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนตามนโยบายหลักของรัฐบาล โดยรัฐบาลกำหนดหลักการใหญ่ ให้ทุกจังหวัดวางแผนสาธารณสุขของแต่ละจังหวัดเอง และใช้งบประมาณของจังหวัดเอง แต่ละจังหวัดกำหนดแผนโดยพิจารณาจากสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ของตนเอง บริการหลักคืออะไร (chronic phase, convalescent phase, acute phase, advance acute phase) เพื่อวางแผนการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมและเพียงพอ โดยจังหวัดนากาโนะได้วางแผน การลดจำนวนเตียงของการดูแลผู้ป่วยในระยะ advance acute phase ให้น้อยลง และเพิ่มจำนวนเตียงดูแล ผู้ป่วยระยะ chronic phase/ convalescent phase ให้มากขึ้น การจัดสรรให้มีสถานพยาบาลที่เหมาะสมรองรับกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศญี่ปุ่นเป็นโรงพยาบาลเอกชน การเปลี่ยนแปลงจึงทำได้ค่อนข้างยาก

การเข้าถึงบริการของประชาชน เริ่มจาก มี Family doctor ซึ่งเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวสามารถให้การ รักษาโรคเบื้องต้นได้ทุกโรค และให้คำปรึกษาผู้ป่วย แพทย์จะทราบประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ดูแล รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคและหากมีความจำเป็นที่ต้องตรวจรักษาพิเศษเพิ่มเติม family doctor จะช่วยแนะนำสถานพยาบาลที่เหมาะสมให้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม การประสานการดูแลระหว่างแพทย์ family doctor กับโรงพยาบาลมีแนวทางการประสานความร่วมมือกันอย่างดีแพทย์ family doctor สามารถเปิดคลินิกได้อย่างอิสระส่วนใหญ่จะเปิดใกล้บ้านหรือใกล้โรงพยาบาลที่ทำงาน ทำให้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน และโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เข้มแข็งมาก

ประเด็นที่น่าสนใจ/ จุดเด่น

1. มีกองทุนมีงบหลักประกันสุขภาพที่มากเพียงพอสำหรับจัดกิจกรรมทั้งสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระบบบริการดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของหน่วยงานที่ทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. มีคลินิกเอกชน หน่วยงานภาคเอกชนจำนวนมาก ช่วยแบ่งเบาภาระในการจัดบริการภาครัฐ และเป็นหน่วยงานที่ไม่หวังกำไรมาก สามารถควบคุมได้ด้วย fee schedule
4. ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวกสบาย และการมีส่วนร่วมทำให้มีระบบระเบียบการเลือกใช้บริการตามขั้นตอนที่เหมาะสม
5. มี Family doctor ทำให้ระบบบริการดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความสะดวกสบายเข้าถึงได้ง่ายและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพได้ดีมีคุณภาพ

ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. อยากให้มีภาคประชาชน สาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น
 2. อยากให้มีระบบ Family doctor และให้มีสถานบริการภาคประชาชน ช่วยภาครัฐทำหน้าที่รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้มากขึ้น โดยมี fee schedule หรือ ราคากลางค่าบริการควบคุม รวมถึงมีการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสม่ำเสมอด้วย
-

Mr.PRAYOON KHOKHAD:

STANDARD AND QUALITY CONTROL BOARD MEMBER

REPRESENTATIVE OF SUB QCB, REGION 12



Outcomes

1. Japan always prioritizes health promotion and prevention, everyday-life social working, and quality of lives.
2. There is a harmonization of health promotion and prevention policy in every level.
3. Local communities play important role in projecting activities for their people to live a healthy and happy life.
4. Every sector, including government, private sector, and civil society, has awareness in health promotion and prevention.

Highlights

1. Japanese's self-discipline and awareness of living have improved national healthcare development and social welfare together.
2. There are local participations in many parts of development policy.
3. Supporting the elderly to have activities and making a living, which bring them worthiness and the way of living at retirement ages.

Opinions to NHSO

Learning and gaining experiences from this study visit in Japan this time can provide some knowledges for using in developing and improving national health security system in Thailand.

นายประยูร โชชัยด์

ประธานอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เขต 12 สงขลา

ข้อค้นพบ

1. ภูเก็ตเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการสังคมสงเคราะห์ชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชนในลำดับต้นๆ
2. การมีการร้อยรัดนโยบายด้านการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ระดับสูงถึงชุมชนมีความกลมกลืนและเป็นเอกภาพ
3. เปิดโอกาสให้ท้องถิ่นและชุมชนสร้างสรรค์กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการมีชีวิตที่ดีจนวันตาย
4. หน่วยงานรัฐ เอกชน ประชาสังคม ต่างตระหนักในเรื่องการส่งเสริมแลพัฒนาสุขภาพ

ประเด็นที่น่าสนใจ/ จุดเด่น

1. ความมีวินัยของคนภูเก็ต กับความตระหนักในวิถีชีวิตและความเป็นอยู่จะเป็นตัวผลักดันให้คนภูเก็ตสามารถพัฒนาด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมได้อย่างสอดคล้องกันทุกระดับ
2. นโยบายของรัฐ เมืองและท้องถิ่นเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา
3. การสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างต่อเนื่องและมีความภาคภูมิใจในบทบาทและวิถีชีวิตในวัยเกษียณ

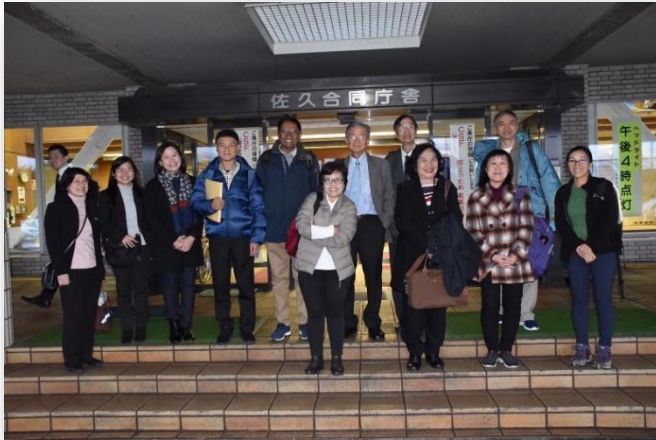
ข้อเสนอต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สกัดความรู้และประสบการณ์จากการศึกษาดูงานครั้งนี้ แล้วนำมาวิเคราะห์ในประเด็นที่เห็นว่ามี ความสอดคล้องต่อระบบหลักประกันสุขภาพแล้วนำมาพัฒนาเป็นพื้นที่นำร่องในการขับเคลื่อนการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพตามบทบาทภารกิจของ สปสช.

Photo of Activities

DAY 1: 2 DECEMBER 2019

Shinshu Comprehensive Healthcare Plan: Community Healthcare Plan
@ Saku Health and welfare Office in Nagano Prefecture (health Center)



DAY 2: 3 DECEMBER 2019

Part I: To protect community medicine: Accessing a quality medical institution
@ Saku City Hall



DAY 2: 3 DECEMBER 2019

Part II: Observe SINANO company @ SINANO company



DAY 2: 3 DECEMBER 2019

Part III: People’s participation in health promotion activities in Saku city

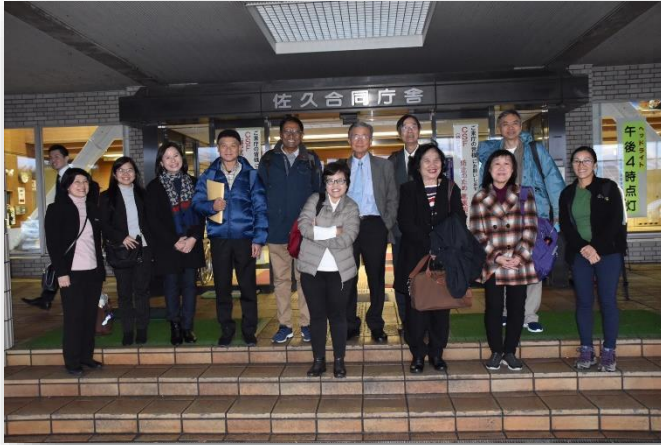
“Role of the municipal public health nurse and dietitian – from the health promoter activity and dietary improvement promoter activity:

@ Saku City Hall



DAY 3: 4 DECEMBER 2019

Part I: Integrated community care in Saku city : Saku City eaderly support program
@ Saku City Hall



DAY 3: 4 DECEMBER 2019

Part II: Health Service in remote area: Creating a resident centric network of health, medical care and welfare

@ Saku Central Hospital Headquarter



DAY 4: 5 DECEMBER 2019

Part I: "Mental Health and Welfare Service by community"

@ NPO "Wiz Heart SAKU"



DAY 4: 5 DECEMBER 2019

Part II: Peoples' participation in health promotion activities with hospital:
Activities for Healthy society in Saku
@ Saku Central Hospital Medical Center



DAY 5: 6 DECEMBER 2019

Part I: Courtesy call to Mr Tadahiko Fujiwara, Mayor of Kawakami village

Part II: Visit to village clinic and health promotion center in Kawakami village

@ Kamikawa Village, South saku region



การเตรียมการและแนวทางการศึกษาดูงาน

ก่อนการศึกษาดูงาน



ประชุมเตรียมความพร้อมผู้แทนกรรมการศึกษาดูงานร่วมกับที่ปรึกษา JICA จำนวน 2 ครั้ง

กรรมการศึกษาข้อมูลระบบสุขภาพญี่ปุ่นจากหนังสือ



“ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น” โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์
พฤษภาคม 2557



“เรียนรู้ ในรู้ระบบหลักประกันสุขภาพญี่ปุ่น”
ทีมศึกษาดูงานโครงการ JICA เรื่อง Fee Schedule ปี 2562

แนวทางการศึกษาดูงาน

1. คณะผู้ศึกษาดูงานแบ่งเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มกำหนดประเด็นที่ต้องการเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อ/ตั้งคำถามระหว่างการดูงาน และกล่าวขอบคุณแต่ละช่วงการศึกษาดูงาน
2. มีกระบวนการทบทวนก่อนและหลังทำกิจกรรม (Before Action Review: BAR, After Action Review: AAR) ก่อนและหลังการศึกษาดูงานแต่ละวัน
3. ประธานกรรมการให้ความเห็นและเติมเต็ม ทุกช่วงการศึกษาดูงาน

หลังการศึกษาดูงาน



คณะผู้ศึกษาดูงานเขียนรายงาน one-page ประเด็นที่สนใจและข้อเสนอที่พบจากการศึกษาดูงาน



ประชุมประชุมสรุปผลการศึกษาดูงาน และจัดทำ (ร่าง) ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเพื่อพิจารณา



สำนักงานจัดทำรายงานการศึกษาดูงาน ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ เพื่อเผยแพร่ต่อไป



The late Toshikazu Wakatsuki, Hospital Director

**“Prevention is better
than cure!”**