รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง

การบริการสุขภาพปฐมภูมิ

(Primary Health Care)

ของคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน

ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำนักกรรมาธิการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)

ของคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำนักกรรมาธิการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา โทร. ๙๒๑๙-๒๐

ที่ สว (กมธ ๓) ๐๐๑๙/(ร ๕๖) **วันที่** ๒๘ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)

กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้มีมติตั้งคณะกรรมาธิการสามัญประจำสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ซึ่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมาธิการสามัญประจำวุฒิสภา มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมาธิการคณะนี้ ประกอบด้วย

๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์	ประธานคณะกรรมาธิการ
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่หนึ่ง
๓. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สอง
๔. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุธเวโช	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สาม
๕. นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี	เลขานุการคณะกรรมาธิการ
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ	โฆษกคณะกรรมาธิการ
๗. พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย	ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๘. พลโท อำพน ชูประทุม	ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๙. พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา	ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๑๐. นายพิศาล มาณวพัฒน์	ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๑๑. พลเอก วินัย สร้างสุขดี	ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๑๒. พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม	
๑๓. นางทัศนา ยุวานนท์	
๑๔. นายพิทักษ์ ไชยเจริญ	
๑๕. พลอากาศเอก มานัต วงษ์วาท	
๑๖. พลเอก วราห์ บุญญะสิทธิ์	
๑๗. พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข	
๑๘. นางสุนี จึงวิโรจน์	

บัดนี้...

บัดนี้ คณะกรรมาธิการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมาธิการต่อที่ประชุมวุฒิสภา เพื่อพิจารณาต่อไป ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙๘ ต่อไป

(ลงชื่อ) เจตน์ ศิรธรานนท์
(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง

(นางสุภาพร วิเชียรเพชร)
ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
สำนักกรรมาธิการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙-๒๐
โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๐

นิตญาภรณ์ พิมพ์
สุภาพร ทาน

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นายเจตน์ ศิรธรานนท์
ประธานคณะกรรมาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ
รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่หนึ่ง

นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์
รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สอง

รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุธเวโช
รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สาม

นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี
เลขานุการคณะกรรมาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ
โฆษกคณะกรรมาธิการ

พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย
ประธานที่ปรึกษา

พลโท อำพน ชูประทุม
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

นายพิศาล มาณวพัฒน์
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

พลเอก วินัย สร้างสุขดี
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม
กรรมาธิการ

นางทัศนา ยุวานนท์
กรรมาธิการ

นายพิทักษ์ ไชยเจริญ
กรรมาธิการ

พลอากาศเอก มานัต วงษ์วาทย์
กรรมาธิการ

พลเอก วราห์ บุญญะสิทธิ์
กรรมาธิการ

พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข
กรรมาธิการ

นางสุนี จึงวิโรจน์
กรรมาธิการ

คณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

พลโท อำพน ชูประทุม
ประธานคณะอนุกรรมาธิการ

นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี
รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่หนึ่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ
รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สอง

นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย
อนุกรรมาธิการและเลขานุการ

นางภรณี ลีนุตพงษ์
อนุกรรมาธิการ

ศาสตราจารย์ยง ภู่วรวรรณ
อนุกรรมาธิการ

นายยงยศ ธรรมวุฒิ
อนุกรรมาธิการ

พลเอก ยุทศักดิ์ ธนะธนิต
อนุกรรมาธิการ

นายสุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา
อนุกรรมาธิการ

นายสุนทร สุนทรชาติ
อนุกรรมาธิการ

รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์
อนุกรรมาธิการ

นางนิตญาภรณ์ เผด็จศึก
อนุกรรมาธิการและผู้ช่วยเลขานุการ

รายงานการพิจารณาศึกษา
ของ
คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข และตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) โดยมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาลการควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมาธิการได้พิจารณาศึกษา **เรื่อง "การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)"** เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙๘ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมาธิการ

คณะกรรมาธิการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ประกอบด้วย

<u>อนุกรรมาธิการ</u>

๑. พลโท อำพน ชูประทุม	เป็นประธานคณะอนุกรรมาธิการ
๒. นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี	เป็นรองประธานคณะอนุกรรมาธิการ คนที่หนึ่ง
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ	เป็นรองประธานคณะอนุกรรมาธิการ คนที่สอง
๔. นางภรณี ลีนุตพงษ์	เป็นอนุกรรมาธิการ
๕. ศาสตราจารย์ยง ภู่วรวรรณ	เป็นอนุกรรมาธิการ
๖. นายยงยศ ธรรมวุฒิ	เป็นอนุกรรมาธิการ
๗. พลเอก ยุทธศักดิ์ ธนะธนิต	เป็นอนุกรรมาธิการ
๘. นายสุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา	เป็นอนุกรรมาธิการ
๙. นายสุนทร สุนทรชาติ	เป็นอนุกรรมาธิการ
๑๐. รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์	เป็นอนุกรรมาธิการ
๑๑. นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย	เป็นอนุกรรมาธิการและเลขานุการ
๑๒. นางนิตญาภรณ์ เผด็จศึก	เป็นอนุกรรมาธิการและผู้ช่วยเลขานุการ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

๑. รองศาสตราจารย์ประยุทธ ศิริวงษ์
๒. รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์
๓. พันเอก ชุมนุมชาติ บานพับทอง
๔. ว่าที่ร้อยตรี ธีระพล โชคนำชัย
๕. เรือเอก ชิดชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร
๖. นายเอกลักษณ์ ยิ้มวิไล
๗. ศาสตราจารย์นครชัย เผื่อนปฐม
๘. รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล
๙. รองศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต
๑๐. นายชาญชัย จันทร์วรชัยกุล
๑๑. นางภาวนา อังคสิทธิ์
๑๒. นายสุรชาติ หนุนภักดี
๑๓. นางศิริรัตน์ ตันปิชาติ

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

๑) การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำนักงบประมาณ

๑. จ่าสิบเอก ศุภณัฐ เนื่องมัจฉา	ผู้อำนวยการส่วนงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข ๒
๒. นางสาวปิยะนาถ เหลืองวิไล	นักวิชาการงบประมาณปฏิบัติการ
๓. นายวราพงษ์ กิ่งแก้ว	นักวิชาการงบประมาณปฏิบัติการ

กระทรวงกลาโหม

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กองทัพอากาศ

- นาวาเอก นภ ตู้จินดา	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าสำนักงานสิทธิประโยชน์

กระทรวงมหาดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑. นายเกษม ประภากร	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสมอคอน
๒. นางสาววัชรา ทำนองงาม	ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสมอคอน

<u>กระทรวงสาธารณสุข</u>

<u>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>

๑. นายยงยศ ธรรมวุฒิ	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๓. นายโกเมนทร์ ทิวทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๔. นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๕. นายทองดี มุ่งดี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๖. ดร.บุญเกิด หงวนบุญมาก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๗. นายสรรเสริญ นามพรหม	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
๘. นางสาวเสาวลักษณ์ ฉิมจาด	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ กองบริหารทรัพยากรบุคคล
๙. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กองบริหารทรัพยากรบุคคล

<u>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</u>

๑. นายภานุวัฒน ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๒. นางศุภัคชญา ภวังคะรัต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๓. นายประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

<u>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</u> (สปสช.)

๑. นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. นายคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ
๓. นายบำรุง ชะลอเดช	หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ
๔. นายเสกสรร กันยาสาย	หัวหน้ากลุ่มงานสำนักกฎหมาย
๕. นางสาวชนิสรา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม	หัวหน้างานสำนักเลขาธิการและประชาสัมพันธ์

<u>สถานพยาบาล/โรงพยาบาล</u>

<u>โรงพยาบาลเลิดสิน</u>

- นายศักรินทร์ วงศ์เลิศศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี</u>

- นางกาญจนา นามโภชน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการผู้อำนวยการ รพ.สต.

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี</u>

- นางบรรจง สร้อยคำ ผู้อำนวยการ รพ.สต.

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม</u>

๑. นายพิทยพุฒ แก่นโต ผู้อำนวยการ รพ.สต.

๒. นายณัฏฐาพล ยมพุก เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสมอคอน จังหวัดลพบุรี</u>

- นายจักรชัย รุ่งสุข ผู้อำนวยการ รพ.สต.

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง จังหวัดสงขลา</u>

- นายวิเชาว์ สุขกา ผู้อำนวยการ รพ.สต.

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสบหาร อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน</u>

- นายกองทัพ บงกชวิจิตรรุ่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น</u>

- นายภัทรนนท์ บุณยอุดมศาสตร์ นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

<u>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</u> (อสม.)

๑. นายศิวโรจน์ จิตนิยม ประธานชมรม อสม. จังหวัดกาญจนบุรี

๒. นายพัฒนา พรมเผ่า ประธานชมรม อสม. จังหวัดสระแก้ว

<u>สภาการสาธารณสุขชุมชน</u>

๑. นายไพศาล บางชวด นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

๒. นางทัศนีย์ บัวคำ ที่ปรึกษานายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

๓. นายรัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ ที่ปรึกษานายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

๔. นายอเนก ทิมทับ เลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน

๕. นายประเมธ ช่วยศิริ กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน

๖. นายปริญญา จิตอร่าม กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน

๗. นายยั่งยืน เตียตระกูล กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน

๘. นายริซกี สาร๊ะ กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน

๙. นางสาวฐิตินันท์ จันทร์เยี่ยม หัวหน้าฝ่ายกฎหมาย สภาการสาธารณสุขชุมชน

<u>กรุงเทพมหานคร</u>

<u>สำนักอนามัย</u>

๑. นายสุนทร สุนทรชาติ	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย
๒. นายพินัย ล้วนเลิศ	ที่ปรึกษาด้านหลักประกันสุขภาพ
๓. นางสาวจิตรลดา บุตรงามดี	ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖
๔. นายสมชาย ตรีทิพย์สถิต	ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพ
๕. นางเบญจญา วิบูลย์จันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน กองสร้างเสริมสุขภาพ
๖. นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

<u>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร</u>

๑. นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒. นายกมลรัชฎ์ จงธนากร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๓. นางนุชจรินทร์ ไชยชิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

<u>อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.)</u>

- นางวิศัลย์ศิริ ตันตระกูล	ประธานชมรม อสส. กรุงเทพมหานคร

๒) การประชุมเพื่อพิจารณาศึกษาข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมองและให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ เพื่อประกอบการพิจารณาศึกษาและการจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา

๓. ผลการพิจารณา

คณะกรรมาธิการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) โดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ดำเนินการพิจารณาศึกษากรณีดังกล่าว ซึ่งคณะกรรมาธิการได้พิจารณารายงานฉบับนี้แล้ว และมีมติเห็นชอบกับรายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าว โดยถือว่าเป็นรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมาธิการ

จากการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมาธิการจึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ โดยมีรายละเอียดแนบท้ายนี้ เพื่อให้ที่ประชุมวุฒิสภาพิจารณา หากวุฒิสภาให้ความเห็นชอบกับผลการพิจารณาศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการขอได้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาและดำเนินการตามแต่จะเห็นสมควรต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบไป

(นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี)
เลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

กิตติกรรมประกาศ

คณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาและการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน ตลอดจนได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการปฏิรูป เพื่อเร่งรัดการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อประชาชนในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทโดยเร็วที่สุด

คณะอนุกรรมาธิการขอขอบคุณที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ ๑) รองศาสตราจารย์นายแพทย์ประยุทธ ศิริวงษ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ๒) รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ ผู้ช่วยเลขาธิการสภาการชาดไทย ๓) พันเอก ชุมนุมชาติ บานพับทอง ๔) ว่าที่ร้อยตรี ธีระพล โชคนำชัย นายอำเภอบางปลาม้า ๕) เรือเอก เภสัชกรชิดชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร ๖) นายเอกลักษณ์ ยิ้มวิไล ๗) ศาสตราจารย์นายแพทย์นครชัย เผื่อนปฐม ๘) รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล ๙) รองศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต ๑๐) นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ๑๑) แพทย์หญิงภาวนา อังคสิทธิ์ ๑๒) ทันตแพทย์สุรชาติ หนุนภักดี และ ๑๓) ดร.ศิริรัตน์ ตันปิชาติ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้สละเวลามาให้ข้อมูล ตลอดจนหน่วยงานระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลข้อเท็จจริงในการศึกษาดูงานของคณะอนุกรรมาธิการ นอกจากนี้ขอขอบคุณจังหวัดและหน่วยงานต่าง ๆ ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านบริการปฐมภูมิภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม Cisco WebEx Meeting)

คณะอนุกรรมาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานผลการพิจารณาศึกษาฉบับนี้ที่มีการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในประเด็นระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อประชาชนในทุกพื้นที่ และเกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติด้านสาธารณสุข ที่จะมุ่งเน้นไปสู่ความสะดวกทัดเทียมกันในการบริการทางการแพทย์

คณะอนุกรรมาธิการ

คำนำ

ตามที่คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ปฏิบัติหน้าที่ในการพิจารณาศึกษา วิเคราะห์ และติดตามการดำเนินการที่สอดคล้องรัฐธรรมนูญและแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในประเด็นที่เกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการศึกษาสถานการณ์การพัฒนาและการดำเนินการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ต่าง ๆ และในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ยังได้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะอนุกรรมาธิการได้จัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา **เรื่อง “การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)”**

จากการศึกษาและติดตามสถานการณ์ดังกล่าว คณะอนุกรรมาธิการได้ทราบถึงแนวนโยบาย สถานการณ์และความคืบหน้าของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน ตลอดจนได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการปฏิรูป เพื่อเร่งรัดการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อประชาชนในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทโดยเร็วที่สุด เนื่องจาก**การแพทย์ปฐมภูมิจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติด้านสาธารณสุข ที่จะมุ่งเน้นไปสู่ความเท่าเทียมในการรักษาบริการทางการแพทย์ และการเข้าถึงแพทย์ที่ทัดเทียมกัน ประชาชนทุกส่วนจะได้รับการดูแลทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการรักษา โดยจะเห็นได้จากสถานการณ์โควิดที่เกิดขึ้นประเทศไทยได้รับการยอมรับและเป็นงานการป้องกันลำดับต้น ๆ ของโลก ดังนั้น การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการปฏิรูปในระบบปฐมภูมิเป็นลำดับต้น ๆ ในลักษณะบูรณาการร่วมกันของทุกกระทรวง กรม กอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

พลโท

(อำพน ชูประทุม)
ประธานคณะอนุกรรมาธิการศึกษา
และติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้กำหนดให้มีการปฏิรูปประเทศในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล โดยในส่วนของการปฏิรูปด้านสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม จึงนำไปสู่การกำหนดให้มีแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ รวมถึงการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระบบสุขภาพที่มีความสำคัญ โดยเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขที่สะดวกทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทด้วยคุณภาพและมาตรฐานที่เท่าเทียมกัน มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่เกิดความแออัดในโรงพยาบาล และลดเวลาการรอคอย

คณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งมีเป้าหมายในการศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาและการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนศึกษาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้พิจารณาศึกษา โดยเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น เพื่อประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งการเดินทางไปศึกษาดูงานในพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์บริการสาธารณสุข การศึกษาข้อมูลการดำเนินงานในพื้นที่ต่าง ๆ เป็นกรณีศึกษา และการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม Cisco WebEx Meeting) มาใช้ประกอบการจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)” เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหา ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิตามสิทธิที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้อย่างมีคุณภาพทัดเทียมกัน

จากการพิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา คณะอนุกรรมาธิการได้จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปพิจารณาดำเนินการในการพัฒนาและการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

๑) กำหนดทิศทางและนโยบายของระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความชัดเจน รวมทั้งบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้เป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้การปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นประเด็นปฏิรูปในระยะเร่งด่วนเป็นลำดับแรก โดยมีผลสัมฤทธิ์ภายใน ๓ – ๕ ปี ร่วมกับ

การวางแผนการดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และรับทราบถึงประโยชน์จากการใช้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) ให้มีการสำรวจและศึกษาเพื่อแบ่งเขตพื้นที่การบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เหมาะสม เป็นลำดับแรก เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถพิจารณาความเร่งด่วนในการพัฒนาหน่วยงานปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะทำให้มีระบบสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศโดยเร็ว

๓) เสนอให้มีการจัดบริการปฐมภูมิตามบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน เนื่องจากการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่มีความจำเพาะตามบริบทที่หลากหลาย ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ โดยแบ่งพื้นที่ออกเป็น ๔ ลักษณะ ประกอบด้วย (๑) พื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่มีประชากรหนาแน่น รวมทั้งประชากรตามทะเบียนและแฝง ควรใช้ทรัพยากรของหน่วยบริการที่มีทั้งหมด รวมถึงโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลของกระทรวงกลาโหม ตำรวจ และสภากาชาดไทย เข้ามาร่วมดำเนินการ และอาจจำเป็นต้องมีหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบใหม่ ๆ มากกว่าพื้นที่อื่น เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงเรียน สถานที่ทำงาน หรือ โรงงาน เป็นต้น (๒) พื้นที่เขตเมืองใหญ่ ควรเน้นให้บริการผสมผสานหลายรูปแบบ ทั้งรัฐและเอกชน ร้านขายยา คลินิกเอกชน โดยเน้นการเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างกัน เช่น เชียงใหม่ สงขลา ขอนแก่น ชลบุรี รวมทั้งเขตปกครองพิเศษ เช่น พัทยา เป็นต้น (๔) พื้นที่เขตเมือง ควรเน้นความร่วมมือของหน่วยงานปฐมภูมิในพื้นที่ เช่น รพ.สต. ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และหน่วยบริการทางการแพทย์ โดยควรพัฒนาหน่วยบริการและบุคลากรให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น (๔) พื้นที่ชนบท ควรเน้นพัฒนา รพ.สต. ให้มีศักยภาพสูงขึ้นเป็นหลัก และร่วมกับหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการประชาชน อย่างไรก็ตาม พื้นที่ของจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร เช่น นครราชสีมา เชียงใหม่ ชลบุรี อาจมีการจัดบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้ง ๔ ลักษณะในพื้นที่เดียวกันก็ได้

นอกจากนี้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยังต้องคำนึงถึงระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การรักษาพยาบาล มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตลอดจนการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทย เข้ามาร่วมจัดบริการตามความเหมาะสม

๔) ควรมุ่งเน้นพัฒนาในเขตพื้นที่ชนบท และ รพ.สต.เป็นลำดับแรก เพื่อสร้างโอกาสให้กับประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยการพัฒนาด้านเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระยะแรก และต้องเพิ่มขีดความสามารถ รพ.สต. โดยปรับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้เอื้อต่อการพัฒนาหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิมากขึ้น ตลอดจนควรสนับสนุนให้มีการประสานงานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร

๕) ควรทบทวนกรอบอัตรากำลังและบทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความสอดคล้องตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และปรับลดภาระงานที่ไม่มีความจำเป็น ทั้งด้านการรายงานและเอกสารลงให้มากที่สุด

๖) ให้ร่วมกับแพทยสภาและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยในการเพิ่มการผลิตและการเพิ่มคงอยู่ในระบบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยการเพิ่มโอกาสให้นักเรียน/ผู้สนใจในเขตชนบท สามารถเข้าศึกษาอบรมเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้นผ่านโครงการ “๑ ตำบล ๑ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” และพิจารณาเพิ่มแรงจูงใจที่เหมาะสม ไม่ให้น้อยกว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช่ตัวเงิน รวมทั้งต่อยอดโครงการคัดเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อสร้างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้นแบบ (Role Model)

๗) เร่งรัดการพัฒนาระบบสารสนเทศตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการปฐมภูมิรวมทั้ง รพ.สต.ทั่วประเทศโดยเร็ว เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่สะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งควรมีการลงทุนในการจัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยเพื่อให้เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับหน่วยบริการต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนเพื่อนำมาสู่การส่งเสริมป้องกันโรคด้วย ซึ่งจะสามารถสร้างความตระหนักรู้และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เพื่อลดการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งจะเป็นผลดีต่อทั้งสุขภาพผู้ป่วย และลดภาระด้านงบประมาณได้ในอนาคต

๘) ควรมีการทบทวนหลักเกณฑ์การโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากช่วงเวลา ๒๐ ปีที่ผ่านมานี้ มีการถ่ายโอน รพ.สต. เกิดขึ้นน้อยมาก เพียง ๕๗ แห่ง ประกอบกับขอบเขตภารกิจของ รพ.สต.ที่เปลี่ยนแปลงกว้างขวางมากขึ้น และเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

๙) ควรพิจารณาการจัดสรรอัตรากำลัง หรือการปรับโครงสร้างให้เอื้อต่อการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน ส่งเสริม สนับสนุน และสื่อสารนโยบายเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพและเท่าเทียมตามเป้าหมายของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจให้กับหน่วยงานผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งประสานงานกำกับติดตามและประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ

๑๐) การออกประกาศตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีความล่าช้ากว่ากรอบที่กำหนด จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินการออกประกาศซึ่งยังไม่ได้เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ อีกกว่า ๒๕ ฉบับ ให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

๑๑) จากบทเรียนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ควรมีการดำเนินการพัฒนาในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้ (๑) เพิ่มศักยภาพด้านระบาดวิทยา ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งระดับหน่วยงานและบุคลากร รวมทั้งภาคีเครือข่าย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน (๒) เสริมโครงสร้างการบริหารจัดการให้มีความเข้มแข็ง โดยกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าพร้อมรับมือการระบาดของโรคหรือไม่ และ (๓) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อต่าง ๆ ควรพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมตามบริบทในชุมชน ที่อาจส่งผลต่อการกระจายเชื้อโรคด้วย เช่น สิ่งแวดล้อม สุนัขจรจัด หรือขยะ เป็นต้น

สารบัญ

หน้า

รายนามคณะกรรมาธิการ **ก**
รายนามคณะอนุกรรมาธิการ **ค**
รายงานการพิจารณาศึกษา **จ**
กิตติกรรมประกาศ **ฎ**
คำนำ **ฏ**
บทสรุปผู้บริหาร **ฐ**
สารบัญ **ด**
บทที่ ๑ บทนำ **๑**
๑.๑ ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา ๒
๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา ๒
๑.๔ ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา ๒
๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะ ๒
๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ๔
๑.๗ กรอบแนวคิดการพิจารณาศึกษา ๔
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง **๕**
๒.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ๕
๒.๒ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐ ๕
๒.๓ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ๗
๒.๔ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ๘
๒.๕ ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ๑๐
๒.๖ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) ๑๒
๒.๗ การพัฒนาด้านการสาธารณสุขมูลฐานสากล ๑๓
๒.๘ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ๑๔
๒.๙ รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ” ของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ๑๖

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา **๒๑**
๓.๑ การศึกษารวบรวมข้อมูล ๒๑
๓.๒ การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น เพื่อประกอบการพิจารณา ๒๑
๓.๓ การติดต่อประสานงาน ๒๔
๓.๔ การศึกษาดูงานในพื้นที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ๒๔
๓.๕ การประชุมวิเคราะห์ อภิปราย และเสนอแนะของคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ๒๕
บทที่ ๔ ผลการพิจารณาศึกษา **๒๗**
๔.๑ ด้านนโยบายและแผน ๒๗
๔.๒ ด้านกฎหมาย ๒๘
๔.๓ ด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ๓๐
๔.๔ ด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ ๓๑
๔.๕ ด้านอัตรากำลังในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๓๒
๔.๖ ด้านการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓๓
๔.๗ ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ๓๓
๔.๘ ด้านระบบงบประมาณ ๓๔
๔.๙ ด้านการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ๓๕
๔.๑๐ ด้านการปฏิรูป ๓๖
บทที่ ๕ บทสรุปและข้อเสนอแนะ **๓๗**
บรรณานุกรม **๔๓**
ภาคผนวก **๔๕**
ภาคผนวก ก. ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา ๔๗
ภาคผนวก ข. คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการและหนังสือขอขยายระยะเวลา ๙๕
ภาคผนวก ค. ภาพการประชุมคณะอนุกรรมาธิการและการศึกษาดูงาน ๑๐๓
- การประชุมคณะอนุกรรมาธิการเพื่อระดมสมองและการประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ
- การประชุมคณะอนุกรรมาธิการผ่านแอฟพลิเคชั่นโปรแกรม Cisco WebEx Meeting
- การศึกษาดูงาน

ภาคผนวก ง. ฝ่ายเลขานุการประจำคณะ ๑๒๙

บทที่ ๑

บทนำ

บทที่ ๑
บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษาการบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นระบบดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญ โดยเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยในการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา ได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ขึ้นเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล สามารถเข้าถึงบริการตามสิทธิพื้นฐานที่พึงมีตามรัฐธรรมนูญ เพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิตแก่ประชาชน เป็นการลดความเหลื่อมล้ำ โดยเป้าหมายของระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและมีสุขภาพดี แม้ในพื้นที่ห่างไกลและชนบทที่เข้าถึงระบบสาธารณสุขและโรงพยาบาลได้ยาก รวมถึงประชาชนสังคมกลุ่มต่าง ๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ประชาชนกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มด้อยโอกาส สามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน นอกจากนี้เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) จึงได้กำหนดเป้าหมายว่าด้วยการมีหลักประกันว่า “คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย”

ต่อกรณีดังกล่าวประเทศไทยจึงได้มีความมุ่งหมายที่ให้มีการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระบบที่เป็นรากฐานการดูแลสุขภาพของประชาชนในด่านแรก (First line health care services) และมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยดำเนินการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเดียวกันได้อย่างทั่วถึง อันจะนำไปสู่ความมีสุขภาพดีของประชาชน และบรรลุเป้าหมายเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งได้นำไปบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ เพื่อกำหนดให้มีการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม อีกทั้งยังได้นำไปกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี จนกระทั่งต่อมาในปี ๒๕๖๒ มีการตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

คณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีต่อประชาชน ทำหน้าที่ในการศึกษาติดตามสถานการณ์การบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนา ปัญหา อุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามและเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา

๑) เพื่อศึกษาสถานการณ์ การพัฒนา และการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาและการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓) เพื่อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาและการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔) เพื่อศึกษาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๕) เพื่อนำเสนอรายงานการศึกษา ข้อเสนอแนะต่อกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา

๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา

๑) ศึกษารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ นโยบายภาครัฐ การขับเคลื่อนนโยบาย ผลการศึกษาทางวิชาการ บทบัญญัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข รวมทั้งศึกษารายงานการพิจารณาศึกษาเรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ” ของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

๒) ศึกษาแนวทางและสาระในการพัฒนาและการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ของหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง

๓) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันภาพและสถานการณ์โรคโควิดรวมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ

๔) ศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข อย่างมีคุณภาพ เข้าถึงและเป็นธรรม

๑.๔ ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา

ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ – เดือนสิงหาคม ๒๕๖๓

๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะ

“บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรกต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒)

“ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒)

“บริการสาธารณสุข” ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ การให้บริการสาธารณสุขของไทยแบ่งได้เป็น ๓ ระดับ คือ

(๑) การบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการบุคคลครอบครัว และชุมชน โดยบูรณาการความรู้ทางด้านสุขภาพเข้ากับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชน และครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ และกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกัน (ปรับจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒)

(๒) การบริการสาธารณสุขทุติยภูมิ หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่มีภารกิจในด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคพื้นฐานทั้งระดับที่ไม่ซับซ้อนมากนัก จนถึงระดับที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (นิยามของกระทรวงสาธารณสุข)

(๓) การบริการสาธารณสุขตติยภูมิ หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่มีภารกิจขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางอนุสาขา รวมทั้งการรักษาเฉพาะโรค (นิยามของกระทรวงสาธารณสุข)

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)” หรือเดิมเรียก สถานีอนามัย เป็นสถานพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ ได้รับการยกฐานะจากสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ตามนโยบายของรัฐบาล เมื่อปี ๒๕๕๒ ซึ่งได้จัดสรรงบประมาณภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕ เพื่อยกระดับสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่มีแพทย์ทำงานอยู่เป็นประจำ แต่อาศัยแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการร่วมดูแลประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบงานบริการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น ตรวจรักษาพยาบาลขั้นต้น การฝากครรภ์ การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุมกันโรค ฉีดวัคซีนเด็ก การดูแลโภชนาการเด็ก งานอนามัยโรงเรียน ตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับนักเรียน คัดกรองภาวะผิดปกติต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต คัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ การดูแลผู้พิการ การดูแลวัยทำงาน การดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพเบื้องต้น งานฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

“คลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)” หมายความว่า นโยบายการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อรองรับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รองรับสังคมสูงอายุ และแก้ไขปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยการยกระดับการบริการเดิมของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยการจัด

ให้มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวลงสู่ระดับตำบล ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย รวมเป็นทีมหมอครอบครัว ๑ ทีม ดูแลประชาชน ๑๐,๐๐๐ คน ให้บริการ ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยีที่เน้นการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นองค์รวมต่อเนื่องด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวเป็นต้นแบบของบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้ในการตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑) รับทราบสถานการณ์ การพัฒนา และการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

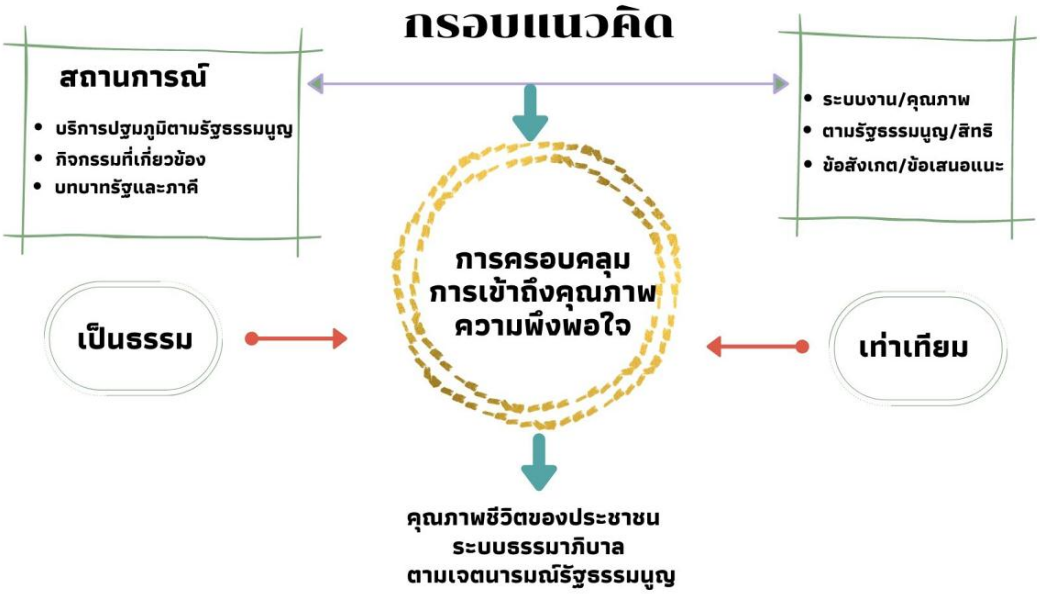
๒) รับทราบปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาและการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓) รับทราบข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาและการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔) รับทราบความก้าวหน้าการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๕) ได้รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมาธิการ เรื่อง “การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)” เสนอแนะต่อกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อเผยแพร่ไปยังรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๗ กรอบแนวคิดการพิจารณาศึกษา



บทที่ ๒

เอกสาร
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ ๒
เอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ได้มีการทบทวนเอกสารรายงานการศึกษา พระราชบัญญัติ รัฐธรรมนูญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานบริการปฐมภูมิ ร่วมถึงเอกสารจากการศึกษาดูงานและเอกสารจากหน่วยงานที่มาให้ข้อมูล การดำเนินการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

๒.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

การพิจารณาศึกษาการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งได้มีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล ช. ด้านอื่น ๆ (๔) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

๒.๒ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐

โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๖๕ กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว โดยยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติ

เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และเป้าหมายการพัฒนาประเทศข้างต้น จึงจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศระยะยาวที่จะทำให้ประเทศไทยมีความมั่นคงในเอกราชและอธิปไตย มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายในและภายนอกประเทศในทุกมิติทุกรูปแบบและทุกระดับ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการของประเทศได้รับการพัฒนายกระดับไปสู่การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการสร้างมูลค่าเพิ่ม และพัฒนากลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจใหม่ที่จะสร้างและเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันของประเทศ

เพื่อยกระดับฐานรายได้ของประชาชนในภาพรวมและกระจายผลประโยชน์ไปสู่ภาคส่วนต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม คนไทยได้รับการพัฒนาให้เป็นคนดี เก่ง มีวินัย คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม และมีศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ สามารถ “รู้ รับ ปรับใช้” เทคโนโลยีใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐาน ระบบสวัสดิการ และกระบวนการยุติธรรมได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลัง

การพัฒนาประเทศในช่วงระยะเวลาของยุทธศาสตร์ชาติ จะมุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในรูปแบบ “ประชารัฐ” โดยประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

๑) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง

๒) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน

๓) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

๔) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

๕) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

๖) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนปฏิรูปประเทศด้านระบบบริการสาธารณสุข ประเด็นระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ซึ่งเป็นไปตามประเป็นตามยุทธศาสตร์ชาติด้านการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ คือ แผนแม่บทที่ ๑๓ ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี แผนย่อยตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ : การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยมีแนวทางการพัฒนาด้วยการปฏิรูประบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปยังส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนารูปแบบและคุณภาพการบริการปฐมภูมิและเพิ่มขีดความสามารถของระบบและบุคลากร รวมทั้งจัดให้มีกลไกช่วยเหลือและสนับสนุนสวัสดิการชุมชนที่ครอบคลุมการให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ได้ อาทิ ค่าใช้จ่ายการเดินทางไปสถานพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีบริการด้านสุขภาพเชิงรุกทั้งในด้านการให้คำปรึกษา การควบคุมและป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเรื้อรังต่อสุขภาพ และการส่งเสริมด้านสุขอนามัย

๒.๓ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ตามที่ได้กำหนดให้มีแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย แผนปฏิรูป ๔ ด้าน ๑๐ ประเด็น ได้แก่

๑. ด้านระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพและกำลังคนสุขภาพ

๒. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีสาระสำคัญประกอบด้วย ระบบบริการปฐมภูมิ การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ การแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างเสริมป้องกันและควบคุมโรค

๓. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและผู้ให้บริการ โดยเน้นการคุ้มครองผู้บริโภค และการสร้างองค์ความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๔. ด้านความยั่งยืนและความเพียงพอและด้านการเงินการคลังสุขภาพ

สำหรับประเด็นการปฏิรูป**ระบบบริการปฐมภูมิ** มีแผนปฏิรูปโดยสังเขป ดังนี้

๑) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี

๑.๑) พัฒนาระบบ Electronics record ในคลินิกหมอครอบครัว (E-PCC) และการลงทะเบียนชื่อแพทย์ คู่ประชาชน “Global medical record” (GMR)

๑.๒) จัดทำ Data Center เชื่อมข้อมูลกับหน่วยบริการระดับอื่น ๆ รวมถึงหน่วยงานภาคสังคมอื่น ๆ นอกเหนือจากหน่วยงานภาคสุขภาพ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

๑.๓) นำ Application การดูแลสุขภาพ สำหรับทุกช่วงกลุ่มวัย และสร้างการรับรู้ให้กับประชาชน

๒) พัฒนากำลังคนสุขภาพด้านปฐมภูมิ (Health Workforce)

๒.๑) พัฒนาโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และในสังกัดอื่น เช่น กรุงเทพมหานคร เป็นแหล่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๒.๒) จัดทำหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะตอบสนองเป้าหมายสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทุกสหสาขาวิชาชีพครอบคลุมหลักสูตรเพื่อการผลิตสหวิชาชีพ และหลักสูตรเพื่อการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว

๒.๓) พัฒนาสาขาต่อยอดสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยร่วมมือกับสถาบันทั้งในและต่างประเทศ

๒.๔) การคงคนไว้ในระบบ จัดทำกลไกสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว ทั้งในรูปแบบ Incentive และ non-incentive

๓) พัฒนากลไกอภิบาลระบบ (Governance)

- การจัดทำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิและกฎหมายลำดับรอง

ประเด็นปฏิรูปบริการปฐมภูมิมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ แผนแม่บทประเด็นที่ ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี แผนย่อย การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ แนวทางพัฒนา การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำลดลง

๒.๔ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

พระราชบัญญัติดังกล่าวประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ โดยมีสาระสำคัญและกลไกสรุปได้ ดังนี้

๒.๔.๑ ขอบเขตการใช้บังคับกฎหมาย พระราชบัญญัตินี้มีหลักการสำคัญเป็นการกำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรา ๕๕ และมาตรา ๒๕๘ ช. (๕) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

๒.๔.๒ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒๕ คน อำนาจหน้าที่ ในลักษณะของการกำกับดูแลเชิงนโยบายควบคู่ไปกับการกำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ การผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เพียงพอ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ รวมทั้งส่งเสริม และสร้างเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง โดยกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบงานเลขานุการของคณะกรรมการดังกล่าว

๒.๔.๓ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

กำหนดกลไกการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

(๑) สิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลหรือรับบริการสาธารณสุขตามสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแล และมีการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ

(๒) กระบวนการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดทำบัญชีรายชื่อบุคคล แจ้งสิทธิ กำหนดสถานที่ วัน และเวลาในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสม และประกาศให้ประชาชนทราบ การให้ข้อมูล การคุ้มครองข้อมูล การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และการเข้าถึงข้อมูลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งการส่งข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีรายชื่อ

(๓) หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและสิทธิของผู้รับบริการแก่ผู้รับบริการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ และจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งปฏิบัติตามมาตรการควบคุม

คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิหรือส่งเสริมและสร้างเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง

(๔) การส่งต่อผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งดูแลผู้รับบริการดำเนินการให้มีการส่งต่อผู้รับบริการ

๒.๔.๔ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และจัดให้มีการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบดังกล่าว

๒.๔.๕ การส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้คณะกรรมการประกาศกำหนดกลไกและหลักเกณฑ์ในการส่งเสริมและพัฒนาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัตินี้ ให้เป็นไปตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่

๒.๔.๖ พนักงานเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหรือหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควร

๒.๔.๗ บทกำหนดโทษ สำหรับผู้ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งเรียกมาให้ถ้อยคำหรือให้ส่งเอกสารหรือหลักฐาน หรือขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่และกำหนดอัตราโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

๒.๔.๘ บทเฉพาะกาล

(๑) กำหนดบทเฉพาะกาลรองรับคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนได้ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินหนึ่งร้อยยี่สิบวันตั้งแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

(๒) กำหนดบทเฉพาะกาลให้ดำเนินการออกประกาศตามพระราชบัญญัตินี้ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน ยกเว้นกรณีการออกประกาศเพื่อกำหนดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยห้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ หากไม่สามารถดำเนินการได้ ให้รัฐมนตรีรายงานเหตุผลที่ไม่อาจดำเนินการได้ต่อคณะรัฐมนตรี

(๓) กำหนดบทเฉพาะกาลรองรับภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและพื้นที่ หากหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มีหรือมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ ให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดให้มีแพทย์อื่นซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น และให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและสถาบันอุดมศึกษาดำเนินการเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมต่อไป

๒.๕ ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย ๓ ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นสิทธิและสวัสดิการที่ประชาชนใช้ในการรับบริการสุขภาพ ดังนี้

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๒๓ รัฐบาลได้จัดให้มีสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการขึ้น ตั้งแต่ก่อน พ.ศ. ๒๕๒๓ จนกระทั่งมีการออกเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๓ มีการกำหนดสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ใช้ระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนบริการด้วยอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) จากกรมบัญชีกลาง โดยใช้งบประมาณจากภาษี เพื่อเป็นสวัสดิการสำหรับการชดเชยเงินเดือนของข้าราชการที่ถือว่าน้อย นอกจากนี้ข้าราชการยังได้รับสวัสดิการเงินบำนาญ สวัสดิการบ้านพัก และค่าเลี้ยงดูบุตรด้วย ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เป็นสิทธิประกันสังคมสำหรับลูกจ้างภาคเอกชน กองทุนประกันสังคมเกิดขึ้นจากความคิดที่จะเสริมสร้างความมั่นคงของชีวิตภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างเศรษฐกิจซึ่งภาคอุตสาหกรรมเข้ามาแทนที่ภาคเกษตร โดยหลักการของระบบประกันสังคม คือ ให้นายจ้างและลูกจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม โดยกำหนดสัดส่วนของทั้ง ๓ ฝ่ายเท่า ๆ กัน ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล เพื่อให้ความคุ้มครองและหลักประกันให้แก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนในภาคเอกชน ประมาณ ๑๐ ล้านคน ที่เจ็บป่วยได้รับอันตราย ทุพพลภาพหรือตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

นอกจากนี้ สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนประกันสังคม สิทธิประโยชน์ครอบคลุมกรณีเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงานครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล

แบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน โดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวอัตราเดียว และการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้เพดานงบประมาณ (diagnostic-related group payment within a global budget) สำหรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ต่อมาสิทธิประกันสังคมได้ปรับรูปแบบการจ่ายเงินเป็นเหมือนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยประเทศไทยได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อสร้างหลักประกันให้ความมั่นคงในชีวิตแก่ประชาชนทุกหมู่เหล่า เป็นการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่อยู่นอกเหนือจากสิทธิความคุ้มครองของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม โดยเริ่มต้นอัตราเหมาจ่ายหัวละ ๑,๒๕๐ บาท จนถึงปัจจุบันในปี ๒๕๖๓ ค่าบริการต่อหัวเพิ่มขึ้นเป็น ๓,๖๐๐ บาท เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยที่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ คือ คนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก และไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคมหรือสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสวัสดิการรักษาพยาบาลอย่างอื่นที่รัฐจัดให้

นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพยังมีระบบประกันสุขภาพอื่นนอกจากทั้งสามระบบดังกล่าว ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพที่เป็นรัฐสวัสดิการสำหรับข้าราชการกรุงเทพมหานคร สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว สวัสดิการสำหรับพนักงานบริษัทเอกชน และสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นสวัสดิการของหน่วยงานโดยขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในหน่วยงาน

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้มีการบูรณาการสิทธิประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยมีความคืบหน้าบ้างบางส่วนในการจัดการชุดสิทธิประโยชน์ให้สอดคล้องกัน แต่แผนการพัฒนาที่วางแผนไว้แล้วยังไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จได้ทั้งหมด ยังพบว่า มีความล่าช้าในการลดความแตกต่างระหว่างสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ และการใช้วิธีจ่ายเงินแบบปลายปิดให้สถานพยาบาล โดยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมได้มีการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบปลายปิดเหมือนกัน แต่สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการยังมีการใช้การจ่ายเงินแบบปลายเปิดตามจำนวนบริการด้วยอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) *(การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย : รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศา พานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัชรนฤมล, แอนน์ มิลส์)*

๒.๖ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN)

การพัฒนาที่ผ่านมาในอดีตก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายต่อทรัพยากรโลกเป็นอย่างมาก ปี ๒๕๔๓ ประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวม ๑๘๙ ประเทศ จึงรวมตัวกันในการประชุมองค์การสหประชาชาติที่มหานครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา และเห็นพ้องต้องกันในการตั้งเป้าหมายการพัฒนาทั้งในระดับชาติและระดับสากลที่ทุกประเทศจะดำเนินการร่วมกันให้ได้ภายในปี ๒๕๕๘ โดยเป้าหมายดังกล่าวเรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals (MDGs) อันประกอบด้วย ๘ เป้าหมายหลัก คือ ๑) ขจัดความยากจนและความหิวโหย ๒) ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ๓) ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและบทบาทสตรี ๔) ลดอัตราการตายของเด็ก ๕) พัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์ ๖) ต่อสู้กับโรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่น ๆ ๗) รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน และ ๘) ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก จนครบเวลา ๑๕ ปี และมีการพัฒนาแนวคิดสู่เป้าหมายการพัฒนาขึ้นใหม่ โดยอาศัยกรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติ (Dimensions) ของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้มีความเชื่อมโยงกัน เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ซึ่งจะใช้เป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายน ปี ๒๕๕๘ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๗๓ ครอบคลุมระยะเวลา ๑๕ ปี โดยประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมาย (รายละเอียดใน http://e-plan.dla.go.th/activityImage/๔๒๒.pdf)

SDGs เป็นเปาหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก ซึ่งเปนการตอยอดจาก “เปาหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDG) โดยใช้เป็นทิศทางกำกับการพัฒนาประชาคมโลกตั้งแต่เดือนกันยายน ปี ๒๕๕๘ ถึงเดือนสิงหาคม ปี ๒๕๗๓ ครอบคลุมระยะเวลา ๑๕ ปี ประกอบด้วย ๑๗ เป้าหมาย (Goals) ๑๖๙ เป้าประสงค (Targets) ซึ่งประเทศไทยได้รวมกับสมาชิกองคการสหประชาชาติประเทศอื่นอีก ๑๙๓ ประเทศ ได รวมรับรองรางเอกสารเปาหมายการพัฒนาอยางยั่งยืนหลังป ๒๐๑๕ Sustainable Development Goals ที่เรียกวา Transforming Our World: the ๒๐๓๐ Agenda for Sustainable Development (การปรับเปลี่ยนโลกของเรา วาระ : ๒๐๓๐) เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

สำหรับประเทศไทยนายกรัฐมนตรีได ดำเนินการตามกรอบพันธกรณีสากลโดยประกาศวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนในป ๒๐๓๐ เพื่อผลักดันให เกิดการพัฒนาของโลกอยางสมดุล พรอมสนับสนุนใหประชาชนทุกกลุมวัยเขาถึงโอกาสและความเจริญอยางเสมอภาคเทาเทียมกัน และไมทอดทิ้งใครไวขางหลัง พร้อมทั้งมอบหมายใหมีการนำการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) มาพิจารณารวมในการจัดทำยุทธศาสตรชาติ ๒๐ ป แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแหงชาติ ฉบับที่ ๑๒ ในขณะนั้น แผนที่นำทางการพัฒนาที่ยั่งยืน เปาหมายที่ ๓ และขอเสนอการปฏิรูปแหงชาติใหสอดคลองกันอยางมีนัยสำคัญ

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขพิจารณารายละเอียดเปาหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๗ เป้าหมาย ซึ่งเปาหมายที่ ๓ คือ “สรางหลักประกันวาคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและสงเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย” เปนภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข และเชื่อมโยงกับเปาหมายอื่น ๆ และไดผลักดันการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาที่ยั่งยืนให เกิดผลอย่างเปนรูปธรรม โดยให หนวยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขจัดทำแนวทางการดำเนินงาน (Road Map) ที่สอดคลองกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแหงชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนยุทธศาสตร ๒๐ ปของกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแหงชาติ ฉบับที่ ๑๒ และการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ใหสอดคลองกัน เพื่อใหเกิดผลงานเปนรูปธรรม จากการศึกษาพบว่าในเป้าหมายที่ ๓ มีเป้าประสงค์ ทั้งสิ้นจำนวน ๑๓ เปาประสงค และ ๒๖ ตัวชี้วัด พรอมทั้งไดมีการวิเคราะหสถานการณของแตละเปาประสงคตามตัวชี้วัดที่กำหนด สามารถแบงไดดังนี้ คือ

เปาหมายที่ ๓ ข้อ ๘ บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถวนหนา รวมถึงการปองกันความเสี่ยงทางการเงิน การเขาถึงการบริการสาธารณสุขจำเปนที่มีคุณภาพ และเขาถึงยาและวัคซีนจำเปนที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได พบวาความทั่วถึงของการติดตามการรักษา (เชน การฉีดวัคซีนแบบเต็มรูปแบบในเด็ก การรักษาดวยยาตานไวรัส การรักษาวัณโรค การรักษาความดันโลหิตสูง การดูแลการคลอดโดยผูชำนาญ) ในป ๒๕๕๘ รอยละของประชากรในทุกภาคสวนที่มีสิทธิประกันสุขภาพ รอยละ ๙๙.๘๑ ในป ๒๕๕๖ ความครอบคลุมของการไดรับวัคซีนแบบครบถวน (EPI program) รอยละ ๙๐.๓ – ๑๐๐ การฉีดวัคซีนปองกันโรคไขหวัดใหญ รอยละ ๗๘.๔๗ เทียบกับเปาหมาย ผูติดเชื้อเอชไอวีและผูปวยเอดสเขาถึงยาตานไวรัส รอยละ ๗๙.๘๙ เทียบกับผูปวยลงทะเบียนสะสม ผูปวยโรคกลามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI เขาถึงยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือหัตถการ Primary PCI รอยละ ๗๒.๓๓ ผูปวยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน เขาถึงยาละลายลิ่มเลือดได รอยละ ๔.๑๙ จากการวิเคราะหขอมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและ สังคมของครัวเรือนป ๒๕๕๖ ทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแหงชาติ และขอมูลเสนความยากจนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแหงชาติพบวา อุบัติการณของครัวเรือนที่ตองกลายเปนครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจายคารักษาพยาบาล คิดเปนรอยละ ๐.๔๗ ของครัวเรือนทั้งหมด

๒.๗ การพัฒนาการด้านการสาธารณสุขมูลฐานสากล

การพัฒนาด้านการสาธารณสุขมูลฐานสืบเนื่องมาจาก

๑) การประชุมที่อัลมา-อะตา ในปี ค.ศ. 1978 ซึ่งได้กำหนดให้มีองค์กรระดับโลกที่ก่อกำเนิดขึ้นมาเพื่อทำงานเรื่องการสาธารณสุขอีกหลายองค์กร เช่น โครงการร่วมเรื่องเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) กองทุนโลกเพื่อเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค (Global Fund for AIDS Malaria and Tuberculosis) และพันธมิตรโลกเพื่อการริเริ่มเรื่องวัคซีน (Global Alliance for Vaccine Initiatives) หรือกาวี (GAVI)

๒) การประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐานในการประชุม Second International Conference on Primary Health Care Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals ระหว่างวันที่ ๒๕ – ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ กรุงอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน นี้ได้มีการรับรองปฏิญญาแห่งอัสตานา **(ปฏิญญาอัสตานา (Declaration of Astana - WHO))**

ภายหลังที่มีการประชุมที่กรุงอัลมา-อะตาแล้ว ต่อมาได้มีการประชุมการสาธารณสุขมูลฐาน ระหว่างวันที่ ๒๕ – ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ กรุงอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน โดยในครั้งนี้มีการเชิญองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมประชุมอย่างกว้างขวาง คล้ายคลึงกับการประชุมที่อัลมา-อะตา ความก้าวหน้าสำคัญประการหนึ่งของการสาธารณสุขโลก นับจากอัลมา-อะตา คือ หลายประเทศสามารถบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น เยอรมนี สวีเดน และไทย และปัจจุบันการพัฒนาสุขภาพของโลก ผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม กรอบแนวคิดหลักของปฏิญญาอัสตานา จึงเป็น “จากปฏิญญาอัลมา-อะตา สู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” (From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals)

๔๐ ปี การสาธารณสุขมูลฐาน โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกฝนเป็นอย่างดี มีทักษะความชำนาญ มีความกระตือรือร้น และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานมีการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ให้ประชาชนและชุมชนได้รับการเสริมพลังและมีส่วนร่วมในการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะที่ดีภาคีและผู้มีส่วนได้เสียมีความเชื่อมโยงในการสนับสนุนที่ดีต่อนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานที่ดีของประเทศ

การสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากสงคราม ความรุนแรง โรคระบาดภัยธรรมชาติ ผลจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศและสภาพอากาศรุนแรง และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เราต้องไม่สูญเสียโอกาสที่จะหยุดการระบาดของโรค และภัยคุกคามทางสุขภาพในโลก เช่น ภาวะเชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะที่ระบาดข้ามประเทศ บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคองจะต้องสามารถเข้าถึงได้โดยทุกคน (ที่มา https://www.posttoday.com/social/think/๕๘๘๒๔๘)

๒.๘ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มมีการถ่ายโอนสถานีอนามัย (สอ.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เมื่อปี ๒๕๕๐ และต่อมาในปี ๒๕๕๓ ได้ยกระดับ สอ. เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การถ่ายโอนดังกล่าวเป็นไปตามเจตจำนงของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ซึ่งให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการ

สาธารณของรัฐ และ อปท. โดยในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณการบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมสถานีอนามัยและบุคลากรถ่ายโอนให้ อปท. ที่มีความพร้อมดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

๑) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นกลไกของท้องถิ่น ที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของร่วมกัน ไม่ใช่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดเป็นเจ้าของ กสพ. และไม่ได้อยู่ภายใต้ อบจ. โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังคงทำหน้าที่เป็นสำนักงาน กสพ. ไปก่อน หรือหากมีการจัดตั้งสำนักงาน กสพ. ก็ยังเป็นส่วนหนึ่งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กสพ. ในสถานการณ์ปัจจุบันยังคงเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Committee) โดยอาศัยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข จึงทำหน้าที่เฉพาะให้คำปรึกษาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น

๒) การกำหนดให้มีกลไกร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดเกณฑ์ความพร้อม และวิธีประเมินความพร้อมของท้องถิ่น สำหรับการถ่ายโอนสถานบริการมิได้หมายความว่า จะมีการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพทีละแห่งสองแห่ง อบจ. หรือเทศบาล หรือ อบต. เพราะต้องยึดหลักการที่ว่า ท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพ มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการภายในอย่างมีประสิทธิภาพ

๓) สถานภาพของข้าราชการกระทรวงยังคงเป็นข้าราชการต่อไป ไม่ใช่พนักงานท้องถิ่นภายใต้ อบจ. หรือเทศบาล หรือ อบต. รวมทั้งไม่ใช่พนักงานของรัฐภายใต้ กสพ. เพราะในแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจ ไม่ได้มีการระบุถึงสถานภาพของบุคลากร รวมทั้งสถานภาพของ กสพ.

๔) การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ยังคงจัดสรรไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อย่างไรก็ตาม ตามพระราชกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ ได้กำหนดว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ จะต้องจัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๕ ของรายได้รัฐบาล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอให้มีการตรากฎหมายจัดตั้ง กสพ. และเครือข่ายบริการสุขภาพขึ้นเป็นการเฉพาะ ให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีลักษณะเป็นองค์การมหาชนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้เอง แต่ทางคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ไม่ยินยอมให้กำหนดสถานภาพที่ชัดเจน ของ กสพ. ลงไปในแผนปฏิบัติการ

ประเด็นสำคัญในการพิจารณา คือ มีความพยายามจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพผ่าน อบจ. และให้ อบจ. เป็นหน่วยรับเบิกจ่ายและจัดสรรงบประมาณได้โดยตรง หลังจากถ่ายโอนงานและเงินแล้ว จึงมีการถ่ายโอนให้ไปเป็นพนักงานท้องถิ่น ภายใต้ อบจ. ต่อไป กระบวนการตัดสินใจดังกล่าว ควรปราศจากการแทรกแซงของฝ่ายการเมือง และเปิดโอกาสให้กลไก ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนองค์กรภาคประชาสังคม นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ควรมีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว โดยคำนึงถึงสุขภาพของคนในพื้นที่เป็นสำคัญ (ตามคู่มือการถ่ายโอนบุคลากรสู่ท้องถิ่น http://wops.moph.go.th/ngo/oddh/hot/timeline.pdf)

๒.๙ รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ” ของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑

ตามที่คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้มีการพิจารณาศึกษาเรื่องระบบการแพทย์ปฐมภูมิไว้ และได้เสนอรายงานการพิจารณาดังกล่าวต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อให้ความเห็นชอบแล้ว เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๑ โดยสาระสำคัญของรายงานดังกล่าว ได้ศึกษาการให้บริการสาธารณสุขของการดำเนินการด้านการแพทย์ปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกลไกการบริหารระบบการแพทย์ปฐมภูมิของประเทศนำไปสู่การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทปัจจุบันและอนาคต

ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ขั้นต้น โดยมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อลดความแออัดของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลหลัก และมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบริการโดยจัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข รวมเป็นทีมหมอครอบครัว โดยจัดให้มี **๔ ทีมหมอครอบครัวต่อจำนวนประชากร ๙๙,๐๐๐ คน** ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตร ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงานและให้ทีมหมอครอบครัวจำนวน ๓ ทีม มารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ ๑ Cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็นสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแลสามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ ๑ แห่ง จนถึง ๓ แห่ง ได้ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่าจากการพิจารณาศึกษาสามารถแบ่งรูปแบบการดำเนินการเป็นพื้นที่บริการได้ ๓ บริบท กล่าวคือ

๑. บริบทเขตเมืองใหญ่ เป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรมีความพร้อมในระบบโครงสร้าง บุคลากร เทคโนโลยี และเครื่องมือทางการแพทย์ในการสนับสนุนงานบริการสุขภาพ รวมทั้งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งสังกัดหน่วยงานที่หลากหลายส่งผลต่อระบบการจัดการที่แตกต่างกัน ทั้งความรับผิดชอบและระบบบริหาร เช่น หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลเอกชน คลินิกและร้านยา กรณีดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิในเขตเมืองใหญ่ ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล การรักษาพยาบาลขาดความต่อเนื่องของประชาชนที่ย้ายถิ่น ความเป็นปัจเจกบุคคลของประชาชนที่เลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล คลินิกเอกชน ขาดระบบข้อมูลการบริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับภาครัฐและเอกชน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล และความเชื่อมั่นของประชาชนในการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. บริบทเขตเมือง เป็นพื้นที่ที่มีประชากรไม่หนาแน่นมาก มีโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้นบางแห่งเป็นการออกแบบงานบริการให้สอดคล้องกับเกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ยึดโยงกับบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ประชาชนมีความคิดริเริ่มและมีส่วนร่วมในการจัดให้มีบริการในรูปแบบศูนย์บริการทางการแพทย์ของชุมชนการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิในบริบทเขตเมืองปัจจุบันมีการขยายผลการดำเนินงานในหลายจังหวัด โดยนำภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

๓. บริบทเขตชนบท เป็นพื้นที่ที่มีประชากรน้อยพื้นที่ห่างไกลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) และหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับตำบลให้บริการในพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์เป็นสำคัญเขตชนบทได้มีโครงสร้างของระบบการแพทย์ปฐมภูมิไว้เบื้องต้นจัดเป็นด่านหน้าด้านสุขภาพเพื่อรองรับการบริการให้กับประชาชนในแต่ละอำเภอและตำบลซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายประชาชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละพื้นที่

โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายด้านโครงสร้างของระบบการจัดการด้านงานบริการสาธารณสุข ได้แก่

๑. ดำเนินการการแพทย์ปฐมภูมิโดยจัดรูปแบบการดำเนินการตามพื้นที่ใน ๓ บริบท คือ บริบทเขตเมืองใหญ่ บริบทเขตเมือง และบริบทเขตชนบท จัดการสำรวจพื้นที่และกำหนดหน่วยงานในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบพร้อมกับงานที่รับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจนเพื่อหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดำเนินงานให้บริการได้เต็มรูปแบบโดยกำหนด

โครงสร้างระบบการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความชัดเจนทั้งด้านอัตรากำลังการบริหารจัดการพื้นที่และงบประมาณให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั้งตำแหน่งหน้าที่และความก้าวหน้าในวิชาชีพ

๒. การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิควรจัดบริการแบบรวมกลุ่มโดยสร้างระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คลินิกเอกชน และร้านยา เพื่อดูแลประชาชนให้มีประสิทธิภาพและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น และพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาพยาบาลระหว่างหน่วยแพทย์ปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการรักษาพยาบาลทางไกลและสร้างระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

๓. รัฐต้องเร่งรัดจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และประชาชนต้องดำเนินการตามขั้นตอนของการรักษาพยาบาล โดยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นลำดับแรกไม่ข้ามขั้นตอนการรักษาพยาบาลเพื่อรับการรักษาเบื้องต้นโดยไม่ต้องเดินทางไกลไปยังโรงพยาบาลและลดความแออัดในโรงพยาบาล ยกเว้นกรณีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ทั้งนี้ระบบคลินิกหมอครอบครัวควรดำเนินการในพื้นที่เขตชนบทเป็นลำดับแรกโดยส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมทั้งหน่วยงานของรัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งควรปรับปรุงหลักเกณฑ์วิธีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ พร้อมกับบูรณาการงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยงานอื่น และควรจัดระบบการประเมินผลการรับรองคุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ สร้างกลไกการตรวจสอบในระบบเพื่อสร้างมาตรฐานของระบบการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิ

๔. ด้านการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรนำโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดต่าง ๆ เป็นฐานการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยการใช้สื่อการสอนทางไกลร่วมกับมหาวิทยาลัยเพื่อเสริมเพิ่มขึ้นจากระบบเดิม และมีการจัดงบประมาณเพื่อดำเนินการขั้นต้น ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกษียณอายุราชการร่วมปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ปฐมภูมิเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในขั้นต้น

๕. จัดให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดความเชื่อมั่นของระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิให้กับประชาชน และปรับเปลี่ยนทัศนคติมาใช้บริการระบบปฐมภูมิก่อนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายในทุกหน่วยงาน และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเป็นช่องทางในการให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเองได้ซึ่งเป็นข้อมูลที่อ่านและทำความเข้าใจได้โดยง่ายผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายด้านกฎหมาย ได้แก่

๑. ควรเร่งดำเนินการจัดให้มีการตรากฎหมายเกี่ยวกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข เพื่อรองรับให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

๒. ควรมีกฎหมายเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่เป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้

๓. ปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดสรรงบประมาณจากรายได้ที่จัดเก็บจากท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนในการจัดบริการด้านการดูแลสุขอนามัยให้กับประชาชนในพื้นที่

บทที่ ๓

วิธีการดำเนินการ
และกระบวนการศึกษา

บทที่ ๓
วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา

การพิจารณาศึกษาเรื่อง “การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)” ของคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ดำเนินการโดย

๓.๑ การศึกษารวมรวมข้อมูล

โดยคณะอนุกรรมาธิการได้มีการศึกษาทบทวนข้อมูลจากบุคคล เอกสาร รายงาน การพิจารณาศึกษา เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง การสืบค้นข้อมูล รวมทั้งการประชุม เพื่อหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ของการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนการศึกษาดูงานในพื้นที่

๓.๒ การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๓.๒.๑ <u>สำนักงบประมาณ</u>

๑. จ่าสิบเอก ศุภณัฐ เนื่องมัจฉา	ผู้อำนวยการส่วนงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข ๒
๒. นางสาวปิยะนาถ เหลืองวิไล	นักวิชาการงบประมาณปฏิบัติการ
๓. นายวราพงษ์ กิ่งแก้ว	นักวิชาการงบประมาณปฏิบัติการ

๓.๒.๒ <u>กระทรวงกลาโหม</u>

<u>โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กองทัพอากาศ</u>

- นาวาเอก นภ ตู้จินดา	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าสำนักงานสิทธิประโยชน์

๓.๒.๓ <u>กระทรวงมหาดไทย</u>

<u>กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น</u>

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑. นายเกษม ประภากร	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสมอคอน
๒. นางสาววัชรา ทำนองงาม	ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสมอคอน

๓.๒.๔ <u>กระทรวงสาธารณสุข</u>

<u>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</u>

๑. นายยงยศ ธรรมวุฒิ	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๓. นายโกเมนทร์ ทิวทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๔. นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๕. นายทองดี มุ่งดี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๖. ดร.บุญเกิด หงวนบุญมาก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๗. นายสรรเสริญ นามพรหม	ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
๘. นางสาวเสาวลักษณ์ ฉิมจาด	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ กองบริหารทรัพยากรบุคคล
๙. นางสาวเปรมฤทัย เครือเรือน	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กองบริหารทรัพยากรบุคคล

๓.๒.๕ <u>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</u>

๑. นายภานุวัฒน ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๒. นางศุภัคชญา ภวังคะรัต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๓. นายประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๓.๒.๖ <u>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</u> (สปสช.)

๑. นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. นายคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ
๓. นายบำรุง ชะลอเดช	หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ
๔. นายเสกสรร กันยาสาย	หัวหน้ากลุ่มงานสำนักกฎหมาย
๕. นางสาวชนิสรา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม	หัวหน้างานสำนักเลขาธิการและประชาสัมพันธ์

๓.๒.๗ <u>สถานพยาบาล/โรงพยาบาล</u>

<u>โรงพยาบาลเลิดสิน</u>

- นายศักรินทร์ วงศ์เลิศศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี</u>

- นางกาญจนา นามโภชน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
  รักษาการผู้อำนวยการ รพ.สต.

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี</u>

- นางบรรจง สร้อยคำ ผู้อำนวยการ รพ.สต.

<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม</u>

๑. นายพิทยพุฒ แก่นโต ผู้อำนวยการ รพ.สต.
๒. นายณัฏฐาพล ยมพุก เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสมอคอน จังหวัดลพบุรี

- นายจักรชัย รุ่งสุข ผู้อำนวยการ รพ.สต.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง จังหวัดสงขลา

- นายวิเชาว์ สุขกา ผู้อำนวยการ รพ.สต.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสบหาร อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

- นายกองทัพ บงกชวิจิตรรุ่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

- นายภัทรนนท์ บุณยอุดมศาสตร์ นายแพทย์ชำนาญการ
  แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๓.๒.๘ <u>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</u> (อสม.)

๑. นายศิวโรจน์ จิตนิยม ประธานชมรม อสม. จังหวัดกาญจนบุรี
๒. นายพัฒนา พรมเผ่า ประธานชมรม อสม. จังหวัดสระแก้ว

๓.๒.๙ <u>สภาการสาธารณสุขชุมชน</u>

๑. นายไพศาล บางชวด นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน
๒. นางทัศนีย์ บัวคำ ที่ปรึกษานายกสภาการสาธารณสุขชุมชน
๓. นายรัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ ที่ปรึกษานายกสภาการสาธารณสุขชุมชน
๔. นายอเนก ทิมทับ เลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน
๕. นายประเมธ ช่วยศิริ กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน
๖. นายปริญญา จิตอร่าม กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน
๗. นายยั่งยืน เตียตระกูล กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน
๘. นายริซกี สาร๊ะ กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน
๙. นางสาวฐิตินันท์ จันทร์เยี่ยม หัวหน้าฝ่ายกฎหมาย
สภาการสาธารณสุขชุมชน

๓.๒.๑๐ <u>กรุงเทพมหานคร</u>

<u>สำนักอนามัย</u>

๑. นายแพทย์สุนทร สุนทรชาติ	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย
๒. นายแพทย์พินัย ล้วนเลิศ	ที่ปรึกษาด้านหลักประกันสุขภาพ
๓. แพทย์หญิงจิตรลดา บุตรงามดี	ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖
๔. นายสมชาย ตรีทิพย์สถิต	ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพ
๕. นางเบญจญา วิบูลย์จันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน กองสร้างเสริมสุขภาพ
๖. นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

<u>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร</u>

๑. นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒. นายกมลรัชฎ์ จงธนากร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๓. นางนุชจรินทร์ ไชยชิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓.๒.๑๑ <u>อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.)</u>

- นางวิศัลย์ศิริ ตันตระกูล	ประธานชมรม อสส. กรุงเทพมหานคร
๒. นายแพทย์กมลรัชฎ์ จงธนากร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๓. นางนุชจรินทร์ ไชยชิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓.๓ การติดต่อประสานงาน

คณะอนุกรรมาธิการได้มอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมาธิการดำเนินการติดต่อประสานงานกับบุคคลผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนหน่วยงานที่คณะอนุกรรมาธิการประสงค์เชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจง แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยการประสานงานผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ แอพพลิเคชั่นไลน์ โทรศัพท์ และหนังสือเชิญประชุม

๓.๔ การศึกษาดูงานในพื้นที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

๑) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

๒) ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๘ จี๊ด – ทองคำบำเพ็ญ (เกียกกาย) กรุงเทพมหานคร

๓.๕ การประชุมศึกษา อภิปราย วิเคราะห์ และเสนอแนะของคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน

การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมาธิการได้จัดให้มีการประชุมคณะอนุกรรมาธิการและการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อ อภิปราย วิเคราะห์ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อพิจารณาศึกษาประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการปฏิรูปบริการปฐมภูมิ รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้สรุปสาระสำคัญ โดยจัดทำบันทึกการประชุมเพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และข้อเสนอแนะ รวมทั้งการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมจำนวน ๑๕ ครั้ง และการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน ๕ ครั้ง

บทที่ ๔

ผลการพิจารณาศึกษา

บทที่ ๔
ผลการพิจารณาศึกษา

การศึกษาข้อมูลของคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษาโดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิจากส่วนกลางระดับนโยบาย และหน่วยงานปฏิบัติระดับพื้นที่เข้าร่วมประชุม รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมประชุม ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดี ซึ่งมีประเด็นที่มีประโยชน์ต่อการนำเสนอคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา ดังนี้

๔.๑ ด้านนโยบายและแผน

แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ รวมทั้งยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐ ตลอดจนแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นระบบดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญ โดยเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จนประเทศไทยมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งตราขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เช่น โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุ และปัญหาด้านสุขภาพที่มีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยปฏิรูปการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน แต่จากการรายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่า การดำเนินการในด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิยังมีการดำเนินการที่แยกส่วน ไม่สอดคล้องเชื่อมโยงกัน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานทำให้ประชาชนไม่ได้รับประโยชน์ตามที่ควรจะเป็น ทั้งนี้สาเหตุจาก

๔.๑.๑ ขาดการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศที่มีทิศทางชัดเจน วัดผลสัมฤทธิ์ได้ มีกรอบเวลาที่ชัดเจน และมีการติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง รวมถึงขาดการสื่อสารสาธารณะที่ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในระบบบริการปฐมภูมิที่ถูกต้อง

๔.๑.๒ การบูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานอื่น หรือกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกระทรวงมหาดไทย ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากต้องรอจัดทำกฎหมายลำดับรองตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๔.๑.๓ ปัจจุบันหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งเป็นสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่เป็นหน่วยงานเฉพาะกิจเทียบเท่าระดับกอง และมีแผนที่จะจัดตั้งเป็นหน่วยงานในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ปัจจุบันไม่มีอัตรากำลัง และทำให้งบประมาณไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนนโยบาย

๔.๒ ด้านกฎหมาย

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันดำเนินการตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ขึ้น โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รองรับสังคมผู้สูงอายุ ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายของประเทศและประชาชนที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยปฏิรูปการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health System) ให้มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องมีอนุบัญญัติที่เป็นประกาศซึ่งกำหนดกลไก หลักเกณฑ์ และรายละเอียดวิธีการดำเนินการให้ชัดเจน โดยมีประกาศกำหนดที่ต้องออกตามความในพระราชบัญญัติทั้งสิ้น ๓๔ ฉบับ ซึ่งมีกรอบเวลาในการดำเนินการที่สำคัญ ๓ ช่วง ตามมาตรา ๔๑ และ ๔๒ ของบทเฉพาะกาลตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้แก่

๑. ดำเนินการออกประกาศจำนวน ๗ ฉบับ เพื่อให้สามารถแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ วรรคหนึ่ง (๓) (๔) (๕) (๖) และ (๗) ภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ คือ ภายใน วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ โดยผลกระดำเนินการประกอบด้วย

๑.๑ ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖ ฉบับ ประกอบด้วย ประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖ ฉบับ

(๑) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๓) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๒) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๓) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๕) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๔) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๖) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๕) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสาธารณสุขและด้านการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามมาตรา ๕ (๗) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๖) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพตามมาตรา ๕ (๗) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

ซึ่งทั้ง ๖ ฉบับได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๒ และภายหลังจากมีประกาศการคัดเลือกดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดให้มีการคัดเลือกคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิจากการแต่งตั้งจนแล้วเสร็จ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ครบทั้ง ๒๕ ตำแหน่ง เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๓ (เกินกรอบเวลาตามบทเร่งรัด ๑๐๔ วัน) และได้มีการประชุมเต็มคณะครั้งแรก เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

๑.๒ ออกประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒ ฉบับ ประกอบด้วย

(๑) ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๒) การกำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๒

ซึ่งทั้ง ๒ ฉบับได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

๒. ดำเนินการออกประกาศหลังจากพระราชบัญญัติมีผลบังคับใช้ ภายใน ๑๕๐ วัน คือ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ฉบับ คือ ร่างประกาศกำหนดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ (มาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง) ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการทบทวนขอบเขตบริการเพื่อเสนอคณะกรรมการเห็นชอบต่อไป

๓. ดำเนินการออกประกาศหลังจากพระราชบัญญัติมีผลบังคับใช้ ภายใน ๑๘๐ วัน คือ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ จำนวน ๒๕ ฉบับ ผลการดำเนินการประกอบด้วย

๓.๑ ประกาศราชกิจจานุเบกษาแล้ว จำนวน ๑ ฉบับ ได้แก่ ประกาศกำหนดแบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๓.๒ อยู่ระหว่างการทบทวนร่างประกาศ เพื่อเสนอคณะกรรมการให้ความเห็นชอบ จำนวน ๒๔ ฉบับ (ตามเอกสารประกอบการศึกษาแนบท้าย)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ามีการดำเนินการออกประกาศล่าช้ากว่าบทเร่งรัดตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่ง ณ วันทำการศึกษาล่าช้ากว่า ๕ เดือนแล้ว ทั้งนี้ ปัญหาอุปสรรคเกิดจากหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมีฐานะหน่วยงานเฉพาะตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งขึ้นเป็นการภายในจึงทำให้ขาดอัตรากำลัง ประกอบกับในช่วงเวลาตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ ที่ผ่านมา ได้มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จึงทำให้ไม่สามารถจัดประชุมคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อดำเนินการประชุมและออกประกาศ ตามกลไกของกฎหมายได้

๔.๓ ด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการดำเนินการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งให้มีศักยภาพสูงขึ้น โดยหน่วยบริการบางแห่งสามารถพัฒนาได้อย่างสมบูรณ์ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่สามารถจัดบริการได้ครบถ้วนมีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำ หรือบางแห่งมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจรักษาผู้ป่วยหรือประชาชนในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามพบประเด็นปัญหาในการพัฒนา ดังนี้

๔.๓.๑ ขาดการดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างต่อเนื่อง ขาดการกำหนดผู้ดูแลประชาชนที่ชัดเจน และการจัดบริการส่วนใหญ่ยังเน้นการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ได้นำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบท รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่พัฒนาให้เป็นระบบเดียวกัน และการเชื่อมโยงไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิยังไม่มีการพัฒนาเท่าที่ควร ตลอดจนพบว่าผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของประชาชนยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สาเหตุจากหน่วยงานของรัฐที่ดำเนินการในเรื่องนี้หลายหน่วยยังมีความเข้าใจในเป้าหมายการดำเนินงานไม่ตรงกัน บางหน่วยงานที่อยู่พื้นที่ห่างไกลยังไม่มีความเข้าใจระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนั้น จึงทำให้มีรูปแบบการดำเนินการไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน ส่งผลต่อความร่วมมือในส่วนของภาคประชาชน รวมทั้งประสิทธิผลของการดำเนินงานลดน้อยลง

๔.๓.๒ ประชาชนในเขตชนบท ขาดโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่กำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลน้อยกว่าประชาชนในเขตเมืองใหญ่หรือเขตเมือง เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีแผนในการจัดตั้งหรือขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระยะ ๑๐ ปี โดยเน้นให้มีการดำเนินการในพื้นที่เขตเมืองใหญ่หรือเขตเมืองเป็นหลัก เนื่องจากมีความพร้อมด้านทรัพยากรมากกว่าในเขตชนบท ซึ่งในความเป็นจริงแล้วแพทย์ในพื้นที่เขตเมืองใหญ่หรือเขตเมืองมีจำนวนมากกว่าในชนบทมาก แต่มีปัญหาเรื่องการกระจายตัวเพราะขาดการบริหารจัดการให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่

๔.๓.๓ ปัญหาตามบริบทที่สำคัญของพื้นที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันท่วงที เช่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร มีปัญหาเรื่องระบบการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อ ในขณะที่พื้นที่ชนบท มีปัญหาเรื่องการเดินทางที่ลำบาก เข้าถึงบริการได้ยาก ขาดแคลนแพทย์และบุคลากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและประชาชน ซึ่งการแก้ปัญหาของแต่ละพื้นที่ต้องการการจัดการและการสนับสนุนที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มีการกำหนดและถ่ายทอดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะกับบริบทในแต่ละพื้นที่เป็นแนวทางในการดำเนินการ แต่ให้แต่ละหน่วยบริการทำการศึกษาจากคู่มือ ตีความ และดำเนินการตามความเข้าใจของตนเอง

๔.๔ ด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ

การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองเป็นแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่กำหนดไว้ตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ โดยในส่วนของบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยมี รพ.สต. เป็นหลักในการให้บริการนั้นเป็นหนึ่งในภารกิจที่ได้มีการถ่ายโอน โดยแม้จะมีแผนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ แล้วก็ตาม แต่ปัจจุบันพบว่า มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จำนวนน้อยมาก เพียง ๕๗ แห่ง ซึ่งจากการศึกษาพบปัญหาและข้อสังเกตที่สำคัญ ดังนี้

๔.๔.๑ ท้องถิ่นที่มีขนาดเล็กงบประมาณไม่ถึง ๒๐ ล้าน จะไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากท้องถิ่นมีระเบียบเกี่ยวกับการใช้งบบุคลากรได้ไม่เกิน ร้อยละ ๔๐ ทำให้ขาดงบพัฒนา อาคาร สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ที่จำเป็น

๔.๔.๒ ระเบียบเงินบำรุง ไม่เอื้ออำนวยต่อการนำมาบริหารงานด้านบุคลากรของ รพ.สต. เช่นเดียวกับศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร

๔.๔.๓ ปัญหาความก้าวหน้าของบุคลากรที่ยังไม่มีความชัดเจน

๔.๔.๔ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้กำหนดให้การดำเนินในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ร่วมปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เพื่อให้บริการที่ครบถ้วนและมีคุณภาพสูงขึ้น ซึ่งทำให้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ตามแผนการถ่ายโอนฯ ไม่สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาในปัจจุบัน

๔.๔.๕ ความไม่ชัดเจนในหลายส่วน อาทิ หากถ่ายโอนไปท้องถิ่นแล้ว การเชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุข การส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจะเป็นรูปแบบใด การตอบสนองและความสอดคล้องในการดำเนินงานต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นอย่างไร หากมีโรคระบาดที่เป็นโรคอุบัติใหม่มีการระบาดทั่วโลก เช่น กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) หน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปแล้วจะรับการระบาดได้หรือไม่ อย่างไร

จึงเป็นข้อสังเกตว่า กว่า ๒๐ ปีที่ผ่านมา การดำเนินงานของ รพ.สต. มีขอบเขตกว้างขวางมากกว่าเดิมมาก ไม่เพียงแต่ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคซึ่งเป็นภารกิจหลักแต่เดิมแล้วยังมีภารกิจด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย ตลอดจนการมีบทบาทสำคัญในการประสานงานเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อจัดบริการสุขภาพ จึงสมควรพิจารณาว่า แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ รวมถึงเกณฑ์ประเมินเพื่อถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันนั้น มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด เพราะหากท้องถิ่นไม่มีความพร้อมในการรับถ่ายโอนอาจทำให้ประชาชนเสียโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และเกิดความสับสนว่า รพ.สต. ควรจะอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขต่อหรือโอนย้ายไปอยู่กับท้องถิ่น

๔.๕ ด้านอัตรากำลังในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมี รพ.สต. จำนวนกว่า ๙,๗๗๕ แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยบริการหลักกว่า ร้อยละ ๘๐ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบทและเขตเมือง ยกเว้นในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองใหญ่ที่จะมีหน่วยบริการอื่นเข้ามาร่วมจัดบริการ เช่น โรงพยาบาลสังกัดมหาดไทย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล คลินิกเอกชน ร้านขายยา หรือ โรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น รพ.สต. เป็นหน่วยงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน มีบทบาทกว้างขวาง โดยจัดบริการสาธารณสุขทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการมุ่งเน้นให้ รพ.สต. มีคุณภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภายใต้นโยบาย รพ.สต. ติดดาว ซึ่งมีการเพิ่มศักยภาพด้านการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพ การจัดให้มีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายลงไปหมุนเวียนเพื่อให้บริการ นอกจากนี้ยังมีบทบาทหน้าที่ในการประสานการดำเนินการด้านสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ในการสนับสนุนและเชื่อมโยงการจัดบริการประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ปัญหาหนึ่งที่สำคัญและท้าทายในระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม ซึ่งเป็นปัญหาต่อการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพราะไม่สามารถจัดสรรกำลังคนให้กับ รพ.สต. หรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ครบถ้วนทุกแห่งได้ครบตามกรอบอัตรากำลังที่ควรต้องมี ทั้งนี้ เนื่องจาก

๔.๕.๑ ไม่สามารถสรรหาและบรรจุสาขาวิชาชีพและฝ่ายสนับสนุนของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเมื่อคำนวณตามการวิเคราะห์ภาระงานต่างมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังที่ควรมี ทั้งแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งเจ้าพนักงาน/นักวิชาการทันตสาธารณสุข ซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากเกณฑ์การจัดสรรตามกรอบอัตรากำลังปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุขไม่สะท้อนภาระงานจริง กล่าวคือ ภาระงานที่นำมาคำนวณในปัจจุบัน เป็นอัตรากำลังที่ยังไม่ได้คิดจากการดำเนินงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ แต่เป็นกรอบตามภาระงานเดิม และการจัดสรรอัตรากำลังจริง อนุญาตให้มีจำนวนบุคลากรได้เพียง ร้อยละ ๘๐ ของกรอบอัตรากำลังเท่านั้น

๔.๕.๒ นโยบาย กฎ ระเบียบข้อบังคับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่สอดคล้องกับการสนับสนุนอัตรากำลังในระดับปฐมภูมิและการดำเนินการ เช่น กรณี รพ.สต. ไม่สามารถจ้างบุคลากรด้านนักกายภาพบำบัดและสายงานอื่น ๆ ได้ เนื่องจากไม่มีกรอบอัตรากำลังใน รพ.สต. แต่มีนโยบายให้มีอัตรากำลังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้แม้มีงบประมาณเพียงพอก็ไม่สามารถมีบุคลากรวิชาชีพที่จำเป็นได้ จึงจำเป็นต้องใช้อัตรากำลังร่วมจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลให้ขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง หรือในหน่วย

บริการภายใต้กรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ไม่มีตำแหน่งผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนครบตามที่กำหนดในประกาศว่าด้วยลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนฯ จึงทำให้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้

๔.๕.๓ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องทำงานที่ไม่ตรงกับสายงานของตัวเอง เช่น งานธุรการ งานการเงิน การบัญชี งานบัญชีเกณฑ์คงค้าง เป็นต้น เนื่องจากขาดอัตรากำลังในสายสนับสนุน

๔.๖ ด้านการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ ปัจจุบันมีเพียง ๑,๕๙๙ คน ซึ่งจากสัดส่วนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อประชากรที่ต้องการในระยะแรก เท่ากับ ๑ : ๑๐,๐๐๐ ดังนั้น ประเทศไทย จึงต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งสิ้นประมาณ ๖,๕๐๐ คน เพื่อให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ภายใน ๑๐ ปี ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยในการเร่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยการอบรมแบบพิเศษที่สร้างแรงจูงใจและสิทธิพิเศษให้แพทย์จบใหม่มาศึกษาต่อในสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหลักสูตร ๓ ปี โดยไม่ต้องลาเรียนแล้วก็ตาม แต่ยังพบว่า แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาแล้วมีความสนใจศึกษาต่อเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนน้อย โดยส่วนใหญ่เลือกเป็นแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลมากกว่า เนื่องจาก

๔.๖.๑ ขาดความก้าวหน้าที่ชัดเจนและค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ประมาณ ๓๐,๐๐๐ – ๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน ทั้งนี้ รวมถึงการขาดระบบการสร้างขวัญกำลังใจให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอีกด้วย

๔.๖.๒ ขาดต้นแบบที่ดี (Role model) ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรุ่นพี่ ซึ่งส่งผลต่อค่านิยมและการตัดสินใจในการเลือกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางเมื่อจบการศึกษา

๔.๖.๓ ขาดการวางแผนที่จัดเจนขาดระบบการจัดการที่ดีเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น การฝึกอบรมแพทย์ไม่มีการกำหนดสัดส่วนหรือเป้าหมายให้ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเท่าไหร่จึงจะเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ หรือการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ สนใจสมัครฝึกอบรมเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น

๔.๗ ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ เพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูลและการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ให้บุคลากรในระดับปฐมภูมิได้มีเวลาในการดูแลและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง

และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ แต่ในปัจจุบันก็ยังพบว่า มีการบันทึกในระบบฐานข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและมีจำนวนมาก อีกทั้งข้อมูลผู้ป่วยและประวัติการรักษายังไม่สามารถเชื่อมโยงกันกับหน่วยบริการทุกระดับ ทำให้การดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ขาดความต่อเนื่องและทำให้ประชาชนได้รับบริการไม่ครบถ้วนหรือได้รับบริการซ้ำ ประกอบกับยังพบว่า ตัวชี้วัดการดำเนินงานยังมีจำนวนมากซึ่งเป็นภาระของเจ้าหน้าที่และเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการดูแลประชาชน เนื่องจากขาดการนโยบายที่เข้มแข็งและต่อเนื่องในการปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ ขาดการลงทุนในระบบโครงสร้างพื้นฐานและโปรแกรมการทำงานที่เป็นเอกภาพอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้ในระดับพื้นที่ต่างคนต่างพัฒนากันตามศักยภาพและงบประมาณที่มี แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้

๔.๘ ด้านระบบงบประมาณ

หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพื่อจัดบริการจากหลายแหล่ง ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น ๒ กลุ่มใหญ่ ดังต่อไปนี้

๔.๘.๑ งบดำเนินงาน/บริการทางการแพทย์

๑) งบบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นงบประมาณส่วนใหญ่ที่ได้รับ โดยได้รับจัดสรรเป็นงบเหมาจ่ายรายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งจัดสรรผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป รพ.ศูนย์) ตามข้อตกลงของกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ประกอบด้วย เป็นงบดำเนินขั้นต่ำ (Fixed cost) ตามขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) งบส่งเสริมป้องกันตามรายหัวประชากรที่รับผิดชอบ งบโอนตามผลงานคุณภาพของ สปสช. เงินจัดทำโครงการฯ เฉพาะด้านส่งเสริมและป้องกันโรค จากงบกองทุนตำบลที่ได้จาก สปสช. และท้องถิ่น

๒) งบดำเนินงานขั้นต่ำ เป็นงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข จัดสรรโดยตรงให้ รพ.สต. เป็นค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำมันรถ เป็นต้น

๓) เงินค่ารักษาพยาบาลที่เก็บจากผู้มารับบริการ

ปัญหา/อุปสรรค ที่พบ

(๑) งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเขตชนบท เนื่องจากต้องจัดสรรผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้ส่วนใหญ่งบประมาณมาถึง รพ.สต. ไม่เพียงพอ

(๒) กรมบัญชีกลางไม่อนุญาตให้ข้าราชการจ่ายตรงที่ รพ.สต. ได้ จึงทำให้ข้าราชการไปรักษาที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

๔.๘.๒ งบลงทุน

๑) งบลงทุนของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในส่วนของ รพ.สต. ได้รับงบประมาณจากรายการงบลงทุนค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ในปีงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนคิดเป็นเพียง ร้อยละ ๑๐ ของวงเงินทั้งหมดเท่านั้น

๒) งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) ประจำปี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย

ในภาพรวม รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท ยังขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องอัลตร้าซาวด์ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือรถยนต์ที่ใช้ในการออกเยี่ยมบ้าน รวมทั้งรถยนต์ที่ใช้จะต้องมีสมรรถภาพสูงการในเข้าถึงผู้ป่วยกรณีพื้นที่ภูเขาสูง ในขณะที่อาคารสถานที่ มีหน่วยบริการบางแห่งที่มีการจัดบริการหลากหลายตามแนวทางของระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ เช่น ต้องจัดให้มีบริการแพทย์แผนไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่มีสถานที่ที่เป็นสัดส่วนของการทำงานและเหมาะสม หรือห้องฉุกเฉินที่จำเป็นต้องต่อเติมเพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน ซึ่งต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก นอกจากนั้นยังพบว่า ครุภัณฑ์บางชนิดหรือบางประเภทได้รับการจัดสรรลงในพื้นที่ที่ไม่มีวิชาชีพนั้น ๆ เช่น อุปกรณ์ทางด้านกายภาพบำบัดได้รับการจัดสรรลงในพื้นที่ที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดทำให้ไม่สามารถใช้อุปกรณ์ได้อย่างคุ้มค่า

ปัญหา/อุปสรรค ที่พบ

(๑) ขาดแผนการลงทุนที่เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่และศักยภาพของบุคลากร ทำให้ไม่สามารถใช้อุปกรณ์หรือครุภัณฑ์ที่ได้รับจัดสรรอย่างคุ้มค่า

(๒) การให้ความสำคัญของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ให้หน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ

๔.๙ ด้านการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน่วยงานตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน จึงมีภารกิจในการประสานงาน และบูรณาการงานต่าง ๆ กับหน่วยงานอื่น ๆ ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่พบว่า การบูรณาการค่อนข้างยาก เนื่องจากส่วนใหญ่ยังมองว่าการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขับเคลื่อนงาน หากต้องมีการบูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือกระทรวงอื่น ควรมีการบูรณาการร่วมกันในระดับกระทรวง และถ่ายทอดถึงระดับ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก ที่ต้องดำเนินการร่วมกับโรงเรียน หรือการป้องกันอุบัติเหตุเด็กจมน้ำ ที่ต้องดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

๔.๑๐ ด้านการปฏิรูป

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล (ช. ด้านอื่น ๆ) **ข้อ (๔) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน และข้อ (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม** โดยในส่วนของการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ มีข้อเสนอให้ปฏิรูประบบใน ๓ ด้าน ได้แก่

๔.๑๐.๑ ด้านการจัดบริการปฐมภูมิ มีข้อเสนอให้ กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการรวมกลุ่มเป็น Primary Care Cluster ดูแลประชาชนร่วมกัน Cluster ละประมาณ ๑ – ๓ หมื่นคน มีการบริหารและหมุนเวียนทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มบริการปฐมภูมิทั้งด้านงบประมาณและบุคลากร จัดให้บริการแก่ประชาชน ตามปัญหาของพื้นที่ และประสานงานร่วมกับองค์กรภาคประชาชน โดยเน้นภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลักมากกว่าการให้บริการรักษาพยาบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและตามความเร่งด่วนในแต่ละพื้นที่

๔.๑๐.๒ ด้านงบประมาณ มีข้อเสนอให้บูรณาการเงินที่เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention : P&P) จากทุกแหล่ง ทุกกองทุน บริหารร่วมที่คณะกรรมการสุขภาพเขตและระดับอำเภอ ให้จัดสรรงบประมาณเพิ่มมากขึ้นกว่าแบบเดิม ๓ - ๔ เท่า โดยจัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเงินก้อน (Lump sum) ตามหัวประชากร และตามเงื่อนไข ข้อตกลงของคณะกรรมการสุขภาพเขตและระดับอำเภอ และปรับหลักเกณฑ์ให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถรับงบประมาณเป็นของตนเองโดยตรง

๔.๑๐.๓ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ มีข้อเสนอให้หมุนเวียนและบริหารบุคลากรทุกสาขาในกลุ่มบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) พัฒนาและใช้ศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่ในการร่วมจัดระบบบริการ รวมทั้งวางแผนพัฒนาและผลิตบุคลากร และกำหนดมาตรการในการธำรงรักษาให้บุคลากรคงอยู่ในระบบได้

ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๑ เห็นชอบร่างแผนการปฏิรูปประเทศและสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑ รับทราบแผนการปฏิรูปประเทศดังกล่าว ซึ่งต่อมาได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๑ แล้วนั้น จากผลการศึกษาพบว่า ในขณะนั้นพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ยังไม่ได้มีผลใช้บังคับและยังอยู่ในขั้นตอนของการร่างกฎหมาย ซึ่งเมื่อได้พิจารณาในรายละเอียดตามกลไกของพระราชบัญญัติดังกล่าวแล้วพบว่า มีหลายส่วนที่สอดคล้องกันกับแผนปฏิรูปประเทศ แต่มีบางส่วนที่มีข้อแตกต่าง เช่น โครงสร้างการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่จำเป็นต้องจัดกลุ่มกันเป็น Cluster หรือกลไกการเงินที่ไม่ได้มีการจัดตั้งเป็นกองทุนเฉพาะ ประกอบกับแผนการดำเนินงานที่เป็นลักษณะนำร่องมากกว่ามุ่งการปฏิรูปให้เกิดความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศซึ่งประโยชน์จะตกแก่ประชาชนมากกว่า

บทที่ ๕

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทที่ ๕
บทสรุปและข้อเสนอแนะ

คณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีการพิจารณาศึกษาและสรุปว่า การพัฒนาและการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสำเร็จเป็นไปตามเป้าหมายที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้กำหนดไว้ และผลักดันให้เป็นไปตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะประเด็นปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมาธิการฯ ได้มี**ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และประเด็นปฏิรูปสาธารณสุขด้านระบบบริการปฐมภูมิ** เพื่อให้พิจารณาดำเนินการในประเด็นที่ยังต้องมุ่งเน้นและให้ความสำคัญ ซึ่งจะทำให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายต่อประชาชนได้ในระยะยาว โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ทิศทางและนโยบายการดำเนินงาน ตลอดจนการบูรณาการกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในข้อ ๔.๑ และ ๔.๑๐ ยังไม่เป็นรูปธรรม และยังพบว่า มีความจำเป็นในการทบทวนความสอดคล้องของแผนงานตามประเด็นการปฏิรูป ในข้อ ๔.๑๐ คณะกรรมาธิการฯ มีข้อเสนอ ดังนี้

๑.๑ **กำหนดให้การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิเป็นประเด็นปฏิรูป ระยะเร่งด่วนเป็นลำดับแรก โดยมีผลสัมฤทธิ์ภายใน ๓ – ๕ ปี และมีความสมบูรณ์ภายใน ๑๐ ปี** เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และเพื่อให้เป็นระบบบริการที่เป็นรากฐานในการดูแลสุขภาพของประชาชนในด่านแรก (First line health care services) มีความเป็นกันเองด้วยคุณภาพและมาตรฐานที่เท่าเทียมกัน มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ไม่เกิดความแออัดในโรงพยาบาล และลดเวลาการรอคอยของประชาชน

๑.๒ บูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายเพื่อให้เกิดการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามเป้าหมาย

๑.๓ ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบและใช้บริการจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอันดับแรก โดยไม่มุ่งไปใช้บริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิก่อน

๒. จากการดำเนินงานปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในลักษณะนำร่องตามแผนปฏิรูปในข้อ ๔.๑๐ **เพื่อให้มีระบบสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศโดยเร็ว คณะกรรมาธิการฯ มีข้อเสนอให้มีการสำรวจและศึกษาเพื่อแบ่งเขตพื้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เหมาะสมเป็นลำดับแรก** เพื่อกำหนดรูปแบบในขั้นต้นและวางมาตรฐานของการดำเนินการระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการให้ความเร่งด่วนในการพัฒนาหน่วยงานปฐมภูมิด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

๓. การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่มีความจำเพาะตามบริบทที่หลากหลายของพื้นที่ ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ จากผลการศึกษาในข้อ ๔.๓ คณะกรรมาธิการฯ เสนอให้มีการจัดบริการปฐมภูมิตามบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น ๔ ลักษณะพื้นที่ ดังนี้

๓.๑ **พื้นที่กรุงเทพมหานคร** : พื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เป็นเขตปกครองพิเศษที่นอกจากจะมีประชาชนตามทะเบียนราษฎร์อยู่อย่างหนาแน่นแล้ว ยังมีประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานอยู่จำนวนมากเช่นกัน ซึ่งเฉพาะการใช้หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนที่มีอยู่อาจจะไม่เพียงพอไม่ครอบคลุม อาจจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรของหน่วยบริการที่มีทั้งหมด รวมถึงโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลของกลาโหม ตำรวจ และสภากาชาดไทย เข้ามาร่วมดำเนินการ และอาจจำเป็นต้องมีหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบใหม่ ๆ มากกว่าพื้นที่อื่น เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงเรียน สถานที่ทำงาน หรือโรงงาน เป็นต้น

๓.๒ **พื้นที่เขตเมืองใหญ่** : เป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากร มีความซับซ้อนของระบบบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกเอกชน และร้านยา เช่น ตัวเมืองเชียงใหม่ สงขลา ขอนแก่น ชลบุรี รวมทั้งเขตปกครองพิเศษ เช่น พัทยา เป็นต้น มีความพร้อมในระบบโครงสร้าง บุคลากร เทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ในการสนับสนุนงานบริการสุขภาพ รวมทั้งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยมีโรงพยาบาลหลายระดับจำนวนมาก ควรเน้นให้บริการผสมผสานหลายรูปแบบ เช่น Extended OPD การสร้างเครือข่ายกับร้านยาคุณภาพ คลินิกเอกชน การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและไอทีเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย

๓.๓ **พื้นที่เขตเมือง** : เป็นพื้นที่ที่มีประชากรไม่หนาแน่นมาก มีโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน จำนวนไม่มาก รวมทั้งมีศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและหน่วยบริการทางการแพทย์ มีสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ พื้นที่ที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ควรพัฒนาหน่วยบริการและบุคลากรให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

๓.๔ **พื้นที่ชนบท :** เป็นพื้นที่ที่มีประชากรน้อย พื้นที่ห่างไกล มี รพ.สต. เป็นหลักและหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับตำบล ควรเน้นการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ให้บริการอย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ ควบคู่กับการพัฒนา รพ.สต. ให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากมีการดำเนินงานอยู่ในทุกพื้นที่

ทั้งนี้ การแบ่งพื้นที่ดังกล่าวมิใช่เป็นการแบ่งตามเขตจังหวัดหรือการแบ่งปริมณฑล โดยในจังหวัดใหญ่ ๆ เช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ชลบุรี ก็มีลักษณะครอบคลุมทั้ง ๔ ลักษณะพื้นที่แต่มีการบริการที่แตกต่างกัน ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิจึงอาจมีหลายรูปแบบและอาจมีมาตรฐานแตกต่างกัน อาทิ พื้นที่กรุงเทพมหานครในพื้นที่เดียวกันอาจเป็นทั้ง ๔ ลักษณะอยู่ในพื้นที่นั้น

นอกจากนี้ยังควรพัฒนาให้มีระบบการรับส่งต่อผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การรักษาพยาบาล มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยบูรณาการภายใต้การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขับเคลื่อนและบูรณาการความเชื่อมโยงของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ตลอดจนการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทย เข้ามาร่วมจัดบริการตามความเหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันพบว่า ในหลายพื้นที่ ซึ่งรวมถึง รพ.สต. ได้มีการนำแพทย์แผนไทยเข้าไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี

๔. จากการศึกษาผลของการจัดสรรทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุข ในข้อ ๔.๓ (ด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ) ข้อ ๔.๕ (ด้านอัตรากำลัง) และ ข้อ ๔.๘ (ด้านระบบงบประมาณ) พบว่า ทรัพยากรส่วนใหญ่ทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ ถูกจัดสรรไปที่เขตเมืองซึ่งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากกว่าจัดสรรไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่าง รพ.สต. ทำให้ประชาชนในเขตชนบทขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม **สำหรับพื้นที่เขตเมืองใหญ่และพื้นที่เขตเมืองจะมีความพร้อมในเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์ดูแลรับผิดชอบในขั้นต้นแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจึงควรมุ่งเน้นพัฒนาในเขตพื้นที่ชนบท และ รพ.สต.เป็นลำดับแรก โดยคณะกรรมาธิการฯ มีข้อเสนอ** ดังนี้

๔.๑ **ควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญและความเร่งด่วนกับการพัฒนากับเขตชนบทเป็นลำดับแรก เพื่อให้ประชาชนเขตชนบทมีการเข้าถึงการรักษาพยาบาลมากขึ้นและรวดเร็ว** โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการพัฒนาด้านเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการรักษาขั้นต้นจากแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากแม้ว่าจะมีแผนในการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภายในระยะเวลา ๑๐ ปี แต่พบว่า มีความเป็นไปได้ยาก ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระยะแรกที่ยังไม่เพียงพอ จึงต้องนำเทคโนโลยีเข้าไปส่งเสริมการให้บริการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

๔.๒ **ต้องเพิ่มขีดความสามารถ รพ.สต.** โดยปรับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณทั้งในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขดูแลและประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือกรมบัญชีกลาง เพื่อปรับกลไกการจัดสรรงบประมาณให้เอื้อต่อการพัฒนาหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ

๔.๓ **ยกระดับ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ**เพื่อเป็นการต่อยอดการดำเนินงานโดยไม่จำเป็นต้องสร้างหน่วยบริการและสรรหาบุคลากรเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก

๔.๔ **สนับสนุนและส่งเสริมให้ รพ.สต.หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในเขตชนบท เพิ่มการประสานงานและการมีส่วนร่วมกับภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และชุมชน**โดยรอบ เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านงบประมาณและความร่วมมือในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กรและจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธาของประชาชนต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น

๕. จากผลการศึกษาในข้อ ๔.๕ (ด้านอัตรากำลังในระบบสุขภาพปฐมภูมิ) พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน อีกทั้งยังมีบทบาทกว้างขวาง ในการจัดบริการสาธารณสุข รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่พบว่า อัตรากำลังที่มีในปัจจุบันต่ำกว่าภาระงานจริง อีกทั้งยังมีภาระงานที่ได้รับเพิ่มจากงานที่ไม่ตรงกับสายงานของตน **กระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนกรอบอัตรากำลังและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพิจารณาปรับลดภาระงานที่ไม่มีความจำเป็น ทั้งด้านการรายงานและเอกสารลงให้มากที่สุด**

๖. จากผลการศึกษาในข้อ ๔.๖ (ด้านการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) **กระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทยสภา และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในการเพิ่มการผลิตและหาวิธีการเพิ่มแรงจูงใจและการคงอยู่ในระบบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้มีจำนวนเพียงพอตามเป้าหมายในระยะ ๑๐ ปี โดยคณะอนุกรรมาธิการฯ มีข้อเสนอ ดังนี้**

๖.๑ เพื่อเพิ่มการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและให้สามารถคงอยู่ในระบบได้ โดยเฉพาะในเขตชนบท ควรจะมีโครงการ “๑ ตำบล ๑ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” ซึ่งเป็นการฝึกอบรม ๓ ปี เพื่อเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ต่อเนื่องหลังจากเรียนจบแพทยศาสตร์บัณฑิต ๖ ปี (โดยไม่สามารถเลือกเรียนแพทย์สาขาอื่นได้) เพื่อเพิ่มโอกาสให้นักเรียนที่จบมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ที่มีศักยภาพและมีความสนใจในการเป็นแพทย์ในเขตชนบทและจบทำงานที่ภูมิลำเนาของตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสามารถเพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตพื้นที่ชนบทได้มากขึ้น

๖.๒ จากที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้มีโครงการคัดเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นประจำทุกปี ควรต่อยอดเผยแพร่เกียรติคุณให้แพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกสามารถเป็นแพทย์ต้นแบบ (Role Model) ของแพทย์รุ่นใหม่ได้

๖.๓ เนื่องจากในปัจจุบันมีแพทย์สนใจฝึกอบรมเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนน้อย เนื่องจากขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม โดยควรร่วมกันในการกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ให้น้อยกว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น

อย่างไรก็ตามควรพิจารณามาตรการที่ไม่เป็นค่าตอบแทนร่วมด้วย เช่น ความก้าวหน้า เนื่องจากพบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ไม่สามารถมีความก้าวหน้าในระดับที่สูงขึ้นได้ตามความเชี่ยวชาญของตนเองได้ เป็นต้น

๗. พัฒนาระบบสารสนเทศให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการภายในระยะเวลา ๓ – ๕ ปี จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูล ในข้อ ๔.๗ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติฯ โดยพัฒนาโปรแกรม Private chat และโปรแกรมระบบยืนยันตัวตนดิจิทัล และ Health Information Exchange (HIE) ซึ่งอยู่ในระยะนำร่องที่จังหวัดกำแพงเพชรและเพชรบูรณ์แล้วนั้น ควรเร่งรัดและผลักดันการนำเทคโนโลยีสื่อสารทางการแพทย์ดังกล่าวมาใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีความสะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งควรมีการลงทุนในการจัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยเพื่อให้เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับโรงพยาบาล หน่วยบริการ คลินิก และร้านยา รวมถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนเพื่อนำมาสู่การส่งเสริมป้องกันโรคด้วย ซึ่งจะสามารถสร้างความตระหนักรู้และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เพื่อลดการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งจะเป็นผลดีต่อทั้งสุขภาพผู้ป่วย และลดภาระด้านงบประมาณได้ในอนาคต

๘. จากประเด็นโครงสร้างการบริหารจัดการและการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น ในข้อ ๔.๔ พบว่า ควรมีการ**ทบทวนหลักเกณฑ์การโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** เนื่องจากจะเห็นได้ว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวไปยังท้องถิ่นยังพบว่า มีปัญหาอยู่มาก ประกอบกับพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มีผลใช้บังคับมาก่อนที่จะมีระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ อีกทั้งปัจจุบันมีการถ่ายโอน รพ.สต. ได้จำนวนน้อยมาก เพียง ๕๗ แห่ง จาก รพ.สต. ทั่วประเทศประมาณ ๙,๗๗๕ แห่ง ซึ่งจะเป็นปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดประโยชน์กับประชาชนทุกพื้นที่ได้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาถึงผลสัมฤทธิ์ของการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวที่มีต่อประชาชน

๙. ควรเร่งรัดการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิในกฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการในขั้นต้น เป็นหน่วยงานระดับกอง เพื่อให้มีหน่วยงานและผู้รับผิดชอบหลัก และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ในปัจจุบัน โดยในขั้นต้นเร่งรัดให้มีการจัดตั้งเป็นหน่วยงานระดับกอง และอาจแปรสภาพเป็นหน่วยงานระดับที่สูงขึ้นต่อไปหากในอนาคตมีปริมาณงานที่เกินกำลัง

๑๐. จากการดำเนินงานเกี่ยวกับกฎหมายในการออกประกาศตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในข้อ ๔.๒ พบว่า เนื่องจากอัตรากำลังของหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในขับเคลื่อนมีจำนวนไม่เพียงพอ และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) **ทำให้การออกประกาศตามพระราชบัญญัติฯ มีความล่าช้ากว่ากรอบที่กำหนดเป็นเวลา ๕ เดือน จึงมีความจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินการออกประกาศซึ่งยังไม่ได้เข้าสู่การพิจารณาอีกกว่า ๒๕ ฉบับ ให้แล้วเสร็จโดยเร็ว** ซึ่งถึงแม้ว่ากรอบเวลาดังกล่าวจะเป็นเพียงบทเร่งรัด แต่หากปล่อยให้เนิ่นช้าออกไป ก็จะทำให้กระทบกับการดำเนินการปฏิรูปและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวมได้ เนื่องจากประกาศกำหนดต่าง ๆ จะเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีคุณภาพเท่าเทียมกัน

๑๑. บทเรียนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการดำเนินการพัฒนาในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑๑.๑ **เพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ** โดยเพิ่มศักยภาพของหน่วยงานและบุคลากรด้านปฐมภูมิ อสม. และ รพ.สต. เกี่ยวกับด้านระบาดวิทยา เพื่อรองรับสถานการณ์เกี่ยวกับโรคที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะอุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ ในการป้องกันและเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในพื้นที่ โดยศึกษาบทเรียนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น การเพิ่มเทคโนโลยีเครื่องมือ และองค์ความรู้บุคลากร รวมทั้งควรมีการเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปการณ์ เช่น เจลแอลกอฮอล์ หน้ากากทางการแพทย์ ชุด PPE เพื่อเป็นมาตรการเชิงรุกการป้องกันการระบาดของโรคติดต่อโดยอาจกำหนดให้มีไว้ในพื้นที่ชุมชนด้วย

๑๑.๒ **เสริมโครงสร้างการบริหารจัดการให้มีความเข้มแข็ง** โดยควรกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในเชิงวิชาการ และด้านการบริหารจัดการ บุคลากร งบประมาณ รวมถึงประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ อาจพิจารณาว่า รพ.สต. และ อสม. หากมีการถ่ายโอนไปแล้ว จะมีความพร้อมในทางวิชาการเกี่ยวกับการสอบสวนโรคที่อยู่ใต้การกำกับดูแลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้อย่างไร และการอยู่ภายใต้องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น อาจมีความเชื่อมโยงกับทางการเมือง ซึ่งอาจมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับนโยบายของผู้นำท้องถิ่นที่จะสนับสนุนบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

๑๑.๓ **การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อต่าง ๆ** ควรพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมตามบริบทในชุมชน ที่อาจจะส่งผลต่อการกระจายเชื้อโรคด้วย เช่น สิ่งแวดล้อม สุนัขจรจัด ขยะ คุณภาพชีวิต ซึ่งต้องสร้างความสมดุลระหว่างอำนาจและองค์ความรู้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร, และคณะ. สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๔๗ – ๒๕๕๘. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.).

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). รายงานข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

นายยงยุทธ ภู่ประดับกฤต. การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ : ศึกษากรณีแนวทางการออกอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒.

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ ๔.๐ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๒). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา

ข้อมูลประกอบเพื่อการพิจารณาศึกษา

๑ . ประวัติความเป็นมาของระบบสุขภาพปฐมภูมิในต่างประเทศ
- ๑.๑ ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศอังกฤษ
- ๑.๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศออสเตรเลีย

๒ ประวัติความเป็นมาของระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย

๓ สถานการณ์ การพัฒนา และการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๓.๑ นโยบายและยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๓.๒ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ๓.๓ กฎหมายลำดับรองตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
- ๓.๔ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๓.๕ ระบบข้อมูลตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
- ๓.๖ กำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๓.๗ การพัฒนายกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครกรุงเทพมหานคร อสส.
- ๓.๘ บทบาทและภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการรองรับสถานการณ์และควบคุมโรคติดเชื้อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อมูลประกอบการพิจารณา

๑. ประวัติความเป็นมาของระบบสุขภาพปฐมภูมิในต่างประเทศ

แม้ว่าบริการสุขภาพปฐมภูมิได้มีการกล่าวถึงในประเทศไทยมาระยะเวลาหนึ่งแล้วก็ตาม แนวความคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยยังขาดการทำความเข้าใจในรายละเอียด เพราะยังมีการเข้าใจกันอยู่ว่าบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น หรือเป็นเพียงบริการด่านหน้า (gate keeper) หรือเป็นบริการสำหรับคนจนในประเทศที่ยากจน ทั้งที่ความจริงแล้วบริการสุขภาพปฐมภูมิไม่ใช่แค่เรื่องดังที่กล่าวมาเท่านั้น โดยในทางทฤษฎี บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพที่เป็นด่านแรก (first line health services) ของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (medical care and public health) ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (integrated) ได้อย่างต่อเนื่อง (continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (holistic) ให้แก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตน และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล นอกจากนั้น บริการสุขภาพปฐมภูมิยังเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการเป็นพิเศษ รวมทั้งมีการออกแบบหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการใช้งบประมาณและทรัพยากร การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการ ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีและการจัดบุคลากร ที่เหมาะสมและสอดคล้องตามลักษณะการให้บริการและสภาพพื้นที่อีกด้วย

๑.๑ ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศอังกฤษ

ในประเทศอังกฤษซึ่งเป็นประเทศที่มีบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิเจริญก้าวหน้ามากและเป็นต้นแบบของประเทศไทยในการพัฒนา นั้น พบว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติหรือที่เรียกว่า National Health Services (NHS) ซึ่งจัดตั้งขึ้นช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือที่เรียกว่า General practitioner (GP) เป็นผู้ให้บริการหลัก (เทียบเท่ากับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย) โดยบริการสุขภาพปฐมภูมิของ NHS นี้ ยังเป็นหัวใจของระบบบริการสุขภาพของประเทศ แม้ว่าแพทย์ GP เป็นเอกชนที่ให้บริการตามสัญญาที่มีกับ NHS มิใช่ผู้ให้บริการในฐานะลูกจ้างหรือพนักงานของ NHS ก็ตาม ฐานะผู้ประกอบวิชาชีพอิสระของแพทย์ GP และ **การใช้สัญญาในการบริหารความสัมพันธ์ระหว่าง NHS กับแพทย์ GP เป็นลักษณะสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิของอังกฤษนับแต่เริ่มตั้ง NHS วิวัฒนาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ**

อังกฤษจึงมักเกี่ยวข้องกับการปรับแก้ไขเงื่อนไขของสัญญาการให้บริการให้เหมาะสม และการให้การสนับสนุนของรัฐแก่แพทย์ GP ในการปรับปรุงพัฒนาคลินิกและการให้บริการของตนให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนไปในแต่ละยุคสมัย

การจัดโครงสร้างของหน่วยงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของการจัดโครงสร้างของหน่วยงานในระบบ NHS ซึ่งปัจจุบันปรากฏอยู่ในกฎหมายจำนวน ๒ ฉบับสำคัญ คือ National Health Service Act of ๒๐๐๖ และ Health and Social Care Act of 2012 ซึ่งมีเนื้อหาบางส่วนแก้ไขเพิ่มเติม NHS Act ด้วย โดยหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีดังนี้

๑) Secretary of State for Health หรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับระบบสาธารณสุขโดยตรงและรับผิดชอบต่อรัฐสภาในเรื่องที่เกี่ยวกับ NHS ซึ่งรวมถึงระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วย ต่อมาได้กำหนดให้ Secretary of State for Health มีหน้าที่ในการส่งเสริมการให้บริการด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ปรับปรุงคุณภาพของบริการด้านสุขภาพ และรายงานต่อรัฐสภาเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ให้บริการในระบบ NHS ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้ให้บริการ

๒) NHS มีหน้าที่ในการจัดให้มีบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างทั่วถึงในประเทศอังกฤษตามเท่าที่จำเป็น กล่าวคือ มีหน้าที่เลือกทำสัญญากับคลินิก GP หรือผู้ให้บริการอื่นนอกเหนือจาก GP เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่

๓) ผู้ให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในประเทศอังกฤษ คือ แพทย์ GP โดยจะมีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการ โดย GP จะทำงานในคลินิก นอกจากจะมีบริการจากแพทย์และคลินิก GP แล้ว บริการการแพทย์ปฐมภูมิยังมีการให้บริการจากหน่วยพยาบาลชุมชนที่ทำงานร่วมกับคลินิก GP ซึ่ง NHS เป็นผู้ให้บริการโดยตรง และ

๔) มี Care Quality Commission (CQC) เป็นหน่วยงานดูแลผู้ให้บริการด้านสุขภาพและสังคม (health and social care service providers) มีหน้าที่กำกับดูแลผู้ให้บริการด้านสุขภาพและสังคม เช่น บริการรถพยาบาล สำหรับการกำกับดูแลคลินิก GP จะมีการเข้าไปตรวจสอบตามคลินิกและจัดทำรายงานการตรวจสอบ พร้อมให้คะแนนว่าคลินิกอยู่ในระดับดีเด่น (outstanding) ดี (good) ต้องปรับปรุง (requires improvement) หรือบกพร่อง (inadequate)

ประเภทของสัญญาการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิมี ๓ ประเภทด้วยกัน ได้แก่

๑) General Medical Services contract (GMS contract) โดยมีสาระสำคัญของสัญญา คือ บริการ ค่าตอบแทนของผู้ให้บริการ และการระงับข้อพิพาท

๒) Personal Medical Services contract (PMS contract) เป็นสัญญาที่มีการเจรจาและตกลงกันในระดับพื้นที่ (local) เพื่อขยายบริการสุขภาพปฐมภูมิให้รองรับความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม และ

๓) Alternative Provider Medical Service Contract (APMS contract) เป็นสัญญาที่ NHS สามารถเลือกใช้ได้ตาม section ๘๓(๒) NHS Act ที่กำหนดว่า NHS ทำสัญญากับบุคคลใดก็ได้เพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นการเปิดให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพนอกเหนือจากแพทย์ GP โดยเฉพาะผู้ประกอบการเอกชนเชิงพาณิชย์ (commercial sector) หรืออาสาสมัคร (voluntary sector) เข้ามาทำสัญญาเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ประเทศอังกฤษกำลังมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงจากการแบ่งแยกระหว่างการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ระบบสุขภาพชุมชน และระบบสุขภาพทุติยภูมิอย่างชัดเจนไปสู่การดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ซึ่งก็เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับสถานการณ์และความจำเป็นที่เปลี่ยนไปของสังคมที่ประชากรมีชีวิตที่ยืนยาวกว่าในอดีตมาก ซึ่งการดูและสุขภาพของประชาชนไม่จำกัดแต่เพียงการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยเพื่อยืดอายุของชีวิตอีกต่อไป แต่ยังรวมถึงการดูและให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างที่ยังมีชีวิตอยู่ด้วย บทบาทของบุคลากรจากการแพทย์ชุมชนและการบริการทางสังคมจึงมีความสำคัญและประเทศอังกฤษก็พยายามดำเนินนโยบายไปในแนวทางนี้ **นอกจากนี้ บริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบันมีความต้องการแพทย์เฉพาะทางน้อยลง แต่ต้องการบริการดูแลรักษาทั่วไปมากขึ้น รัฐบาลอังกฤษจึงเลือกที่จะลดจำนวนทันตแพทย์ จักษุแพทย์ และเภสัชกรในระบบ และเพิ่มจำนวนพยาบาลซึ่งสามารถทำงานร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการให้บริการสุขภาพและส่งเสริมการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น**

๑.๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศออสเตรเลีย

ในประเทศออสเตรเลียกำหนดให้การดูแลสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนภายใต้กฎหมาย National Health Act of ๑๙๕๓ โดยรัฐบาลสหพันธรัฐ (Federal Government) มีบทบาทสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดี สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนไม่ให้สูงจนเกินไป ให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ และให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นที่น่าพึงพอใจ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศออสเตรเลียจะมีการให้บริการที่หลากหลาย ผู้ให้บริการที่หลากหลาย และมีการให้บริการในหลายบริบท เนื่องจากประเทศออสเตรเลียมีหลักการสำคัญที่จะให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีการบริการที่เข้าถึงได้อย่างทั่วถึง ให้บริการโดยทีมแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นประการด่านแรกในการเข้าถึงระบบการแพทย์และบริการสาธารณสุขในชุมชนส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นปัจจัยสำคัญในระบบการส่งต่อผู้ป่วยต่อไป แต่เนื่องจากประเทศออสเตรเลียปกครองในระบอบสหพันธรัฐต่อมารัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐต่าง ๆ จึงได้กำหนดแนวทางการปฏิรูประบบการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกัน

ในข้อตกลงว่าด้วยการปฏิรูประบบสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Reform Agreement of 2011) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกรอบแนวทางใหม่ในการบริการจัดการเงินทุนสำหรับโรงพยาบาลรัฐ และการเพิ่มเงินทุนสำหรับสนับสนุนการบริการในโรงพยาบาลรัฐอีกจำนวน ๑๙,๘๐๐ ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียภายในสิบปี มุ่งเน้นการลดระยะเวลาการรอสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและสำหรับการผ่าตัดที่รอได้ (elective surgery) เพิ่มความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในระบบสุขภาพและสาธารณสุขทั้งระบบ เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการวางแผนร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐและเขตอาณา ตลอดจน **การจัดตั้งองค์กรที่ทำหน้าที่ประสานงานและบูรณาการการให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิในแต่ละรัฐ (Medicare Locals หรือ Primary Health Networks) กำหนดการแบ่งความรับผิดชอบในการจัดการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข** โดยให้รัฐบาลมลรัฐเป็นผู้บริหารจัดการโรงพยาบาลในแต่ละรัฐ และรัฐบาลกลางรับผิดชอบด้านนโยบายและการจัดสรรเงินทุนเต็มจำนวนสำหรับโครงการดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ (เว้นแต่จะมีการตกลงไว้เป็นอย่างอื่น) ตลอดจนมีบทบาทนำในการกำหนดนโยบายสำหรับการดำเนินการที่เกี่ยวกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (National Primary Health Care Strategy of 2010) มีองค์ประกอบสำคัญ ๕ ประการ ได้แก่

(๑) การบูรณาการในระดับภูมิภาค เพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Medicare Local)

(๒) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศรวมถึง E-Health (ตั้งหน่วยงานดูแล)

(๓) การสร้างบุคลากรด้านการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

(๔) โครงสร้างพื้นฐานด้านการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ

(๕) การให้การสนับสนุนด้านการเงินและการเพิ่มสมรรถภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

โดยมีการปฏิรูปที่สำคัญใน ๔ ด้าน คือ

(๑) เพิ่มการเข้าถึงการรักษาและลดความไม่เท่าเทียม

(๒) การพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรัง

(๓) สร้างเสริมและมุ่งเน้นการป้องกันโรค โดยริเริ่มความตกลงความเป็นหุ้นส่วนระดับชาติว่าด้วยการสาธารณสุขเชิงป้องกัน จัดตั้งหน่วยงานด้านการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Medicare Locals) เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพปฐมภูมิ จัดทำรายงานสุขภาพชุมชน (Health Community Reports) เพิ่มการควบคุมยาสูบ

(๔) เสริมสร้างมาตรฐาน ความปลอดภัย สมรรถภาพ และความรู้รับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพ

กรอบยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (National Primary Health Care Strategic Framework of ๒๐๑๓) ได้วางกรอบไว้ ๔ ประการ ดังนี้

(๑) สร้างระบบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค

(๒) พัฒนาการเข้าถึงการสุขภาพปฐมภูมิผ่านระบบการให้บริการแบบบูรณาการที่ให้การรักษาอย่างมีคุณภาพทั่วทั้งประเทศและลดความเหลื่อมล้ำของช่องว่างในการให้บริการด้านสาธารณสุข

(๓) ดำเนินการจัดการแก้ไขปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและความเป็นดีอยู่ดีโดยเน้นย้ำไปที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองโรค และการแทรกแซงในระยะเริ่มต้นผ่านการดำเนินการอย่างเป็นระบบทั้งในระดับชาติ มลรัฐ และระดับท้องถิ่น

(๔) ผู้บริโภคและผู้ให้บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิมีปฏิสัมพันธ์และร่วมกันเพิ่มพูนคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการด้านสาธารณสุขปฐมภูมิโดยช่วย Australian Commission on Safety and Quality in Health Care จัดตั้งตัวชี้วัดสมรรถนะในการให้บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิระดับชาติและมาตรฐานในการให้บริการทางการรักษา

Primary Care Network มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลพัฒนาการบูรณาการการดูแลรักษาพยาบาลในท้องถิ่น โดยกรอบการดำเนินงานของ Primary Care Network มีรายละเอียดในส่วนต่าง ๆ ดังนี้

(๑) บทบาทของ Primary Care Network เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ คือ เพื่อประเมินความต้องการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ช่วยอำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุนผู้ให้บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะ GP สนับสนุนการทำงานของ GP ในการคงไว้ซึ่งมาตรฐานการให้บริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพสูง ดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบ E-Health และประสานความร่วมมือด้านเงินทุนหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่าง ๆ ในท้องถิ่น

(๒) โครงสร้างองค์กร ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ คณะกรรมการบริหาร (Boards) คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการแพทย์ (Clinical Councils) และคณะกรรมการที่ปรึกษาของชุมชน (Community Advisory Committee)

(๓) งบประมาณสนับสนุน แบ่งออกเป็น ๔ ส่วน ได้แก่ งบดำเนินการ (operational funding) งบรายจ่ายอื่น (flexible funding) งบดำเนินโครงการ (programme funding) และงบประมาณเพื่อการส่งเสริมนวัตกรรมและสร้างแรงจูงใจ (innovation and innovation funding)

(๔) การจัดซื้อจัดจ้างจะมีปัจจัยวัดความคุ้มค่าเงิน ประกอบด้วย ความสอดคล้องและตรงตามวัตถุประสงค์ ประสบการณ์และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของผู้รับจ้าง ความยืดหยุ่น คล่องตัว ความสามารถในการปรับตัวรับนวัตกรรม ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นทั้งหมด โดยการจัดจ้างผู้ให้บริการรายย่อยมีข้อกำหนด คือ ต้องส่งเสริมการแข่งขันในขั้นตอนการจัดจ้าง

อย่างเป็นธรรมและไม่เลือกปฏิบัติ ใช้เงินทุนที่รัฐบาลกลางจัดสรรให้อย่างคุ้มค่า เกิดประสิทธิผล และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง Primary Health Care ไม่ดำเนินการซ้ำซ้อนกับบริการของภาครัฐหรือเอกชนอื่นที่มีอยู่ มีกระบวนการตัดสินใจกำหนดนโยบายที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ บริหารจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน และดำเนินกระบวนการที่สอดคล้องกับขนาดและขอบเขตของการจัดจ้างนั้น

(๕) การดำเนินการตามวาระเร่งด่วนและการประเมินผล ตัวชี้วัดในระดับชาติจะสะท้อนสัมฤทธิ์ผลในการดำเนินการตามวาระแห่งชาติด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วย ความสำเร็จในการลดอัตราการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มแรก อัตราการดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต โดยตัวชี้วัดในระดับชุมชมและองค์กรจะวัดจากการจัดตั้งคณะกรรมการบริการและคณะกรรมการที่ปรึกษาที่มีคุณภาพและทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ประเมินความต้องการพื้นฐานในชุมชนและแผนการดำเนินงานรายปี และจัดทำรายงานสถานการณ์ใช้จ่ายงบประมาณประจำปี

เปรียบเทียบระบบสุขภาพปฐมภูมิ อังกฤษ ออสเตรเลีย และประเทศไทย

ประเด็นเปรียบเทียบ	อสเตรเลีย	อังกฤษ	ไทย
๑. สถิติพื้นฐาน (WHO)			
๑.๑ Total population (2016)	๒๔,๑๒๖,๐๐๐	๖๕,๗๘๙,๐๐๐	๖๘,๘๖๔,๐๐๐
๑.๒ Gross national income per capita (PPP international $, 2013)	๔๒,๕๔๐	๓๕,๗๖๐	๑๓,๕๑๐
๑.๓ Life expectancy at birth m/f (years, 2016)	๘๑/๘๕	๘๐/๘๓	๗๒/๗๙
๑.๔ Probability of dying under five (per 1,000 live births, 2017)	๔	๔	๑๐
๑.๕ Probability of dying between 15 and 60 years m/f (per 1,000 population, 2016)	๗๗/๔๕	๘๑/๕๒	๒๐๓/๙๑
๑.๖ Total expenditure on health per capita (Intl $, 2014)	๔,๓๕๗	๓,๓๗๗	๖๐๐
๑.๗ Total expenditure on health as % of GDP (2014)	๙.๔	๙.๑	๔.๑
๒. ความท้าทาย/ปัญหาอุปสรรค	๑. ระบบสุขภาพมีความซับซ้อน (Complex system) ๒. โรคเรื้อรังที่ซับซ้อนซับซ้อน ๓. ความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ เนื่องจากบริบทของพื้นที่ห่างไกล	๑. เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ๒. การขาดแคลนกำลังคน ๓.การพัฒนาสมรรถนะความเชี่ยวชาญชำนาญในวิชาชีพ	๑. สังคมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมากขึ้นปัญหาซับซ้อนขึ้น ๒. ระบบบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพขับเคลื่อนโดยโรงพยาบาลใหญ่ดูแลเป็นโรค

ประเด็นเปรียบเทียบ	อสเตรเลีย	อังกฤษ	ไทย
	๔. การควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งหากมีการระบาดในประเทศจะยากต่อการควบคุม	๔. ประชาชนมีความต้องการคุณภาพบริการสูงขึ้น ต้องการการดูแลใกล้บ้าน ๕. การป้องกันโรคที่ป้องกันได้	๓. ประชาชนขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ๔. ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้น/งบประมาณจำกัด
๓. ระบบลงทะเบียน (Registration system) * GP General Practitioner คือ Family Doctor	- ประชาชนต้องลงทะเบียนกับ GP โดย ๙๙% ปชช. มี GPs และปชช.แต่ไม่จำเป็นต้องไปพบ Family Doctor ก่อน สามารถไปพบแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นได้ (ไม่เป็น full gate keeper) ~ ๒,๐๐๐ คน/GP	- มีระบบลงทะเบียนประชาชนทุกคนมีแพทย์ GP - ปชช. ต้องไปพบ GP ก่อนเป็น Full Gate Keeper ปชก. ~ ๑,๒๐๐ - ๑,๕๐๐ คน/GP	- ไม่มีระบบลงทะเบียนแพทย์คู่กับประชาชน - ปชช. สามารถไปพบแพทย์ specialist ได้อิสระ/ตามสิทธิ - สิทธิ UC มีลงทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ไม่ได้กำหนดการลงทะเบียนกับแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ
๔. ระบบสารสนเทศข้อมูล (EHR & EMR or Global Medical Record)	- ระบบมี Centralized Electronic Medical Records หรือ Global Medical Record (GMR) - การพัฒนาระบบ ๔ คือ มี Platform กลางเพื่ออำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหลายหน่วยงานแบบ “กระจายศูนย์” โดยมี Data Catalogue กลางของประเทศ ในขณะที่ข้อมูลจะยังถูกเก็บไว้ที่หน่วยงานต้นทาง - มี Admin และ Data scientist ดูแลระบบในแต่ละ Health Center / Surgery		- ไม่มีระบบ Centralized Electronic Medical Records - พัฒนาระดับที่ ๓ มีการ “เชื่อมโยงอัตโนมัติรายหน่วยงาน” เชื่อมโยงแบบระบบสู่ระบบ (System to System) จากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงาน - ระบบข้อมูลยัง fragment ซ้ำซ้อน และไม่เชื่อมโยงกัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	อสเตรเลีย	อังกฤษ	ไทย
	- ระบบข้อมูลสารสนเทศจะเชื่อมกับกลไกการจ่ายเงิน โดยกรณีลงทะเบียนจะจ่ายแบบ capitation payment (adjusted ตามโครงสร้างประชากรและปัญหาสุขภาพ) และไม่มี copayment for Registered population (ถ้าไม่ลงทะเบียนจะมี Copay)		
๕. การทำงานร่วมกันเป็นทีม (Collaboration & Matrix team)	- ในประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย มีระบบที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มี Primary Care Network: PCN = Cluster working โดยการรวมตัวกันของ GPs รวมถึงสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกลุ่มสนับสนุน และมีจำนวนประชากร ที่เหมาะสมประมาณ 5 หมื่น - 1 แสน คน (เทียบได้กับ พชอ.) เพื่อพัฒนารูปแบบการเชื่อมโยงการทำงานดูแลสุขภาพ (Innovative model) เพื่อ Share Resource		- การทำงานร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพที่มีแพทย์ Fammed ยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะ Collective &Transformative Leadership - รูปแบบการดูแลประชาชนแบบ People/Patient Centered Care โดย Multidisciplinary team ยังไม่ชัดเจนในระดับปฐมภูมิ
๖. กลไกการเงินการคลัง (Financial Mechanism)	- ระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลียได้รับการจัดสรรงบประมาณจากหลายหน่วยงาน ทั้งจากรัฐ (State) หรือเขตปกครองพิเศษ (Territory) และรัฐบาลกลางสหพันธรัฐ สำหรับการให้บริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากระบบ	- มีกองทุนเดียว NHS เป็นผู้ดูแลในภาพรวม จัดสรรงบประมาณให้กับ Clinical Commissioning Groups (CCGs) เป็นกลุ่มที่นำโดยแพทย์ ซึ่งรวมถึงกลุ่ม GP ในพื้นที่	มี ๓ กองทุนหลัก และมีความเหลื่อมล้ำของสิทธิการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในแต่ละกองทุนที่เกี่ยวข้อง ขอบเขตและสิทธิบริการปฐมภูมิของแต่ละสิทธิ ไม่ชัดเจน

ประเด็นเปรียบเทียบ	อสเตรเลีย	อังกฤษ	ไทย
	เมดิแคร์ (สำหรับบริการทางการแพทย์นอกโรงพยาบาลและบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน) ในขณะที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากรัฐและเขตปกครองพิเศษ - การจัดสรรงบประมาณในลักษณะนี้อาจจะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของออสเตรเลีย เพราะมีความเป็นไปได้ที่ฝ่ายรัฐและฝ่ายสหพันธรัฐจะผลักภาระค่าใช้จ่ายไปให้อีกฝ่ายรับผิดชอบ เพื่อให้ง่ายต่อการส่งต่อคนไข้จากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิยังอาจจะขาดแรงจูงใจที่จะพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วย	- จุดประสงค์ของการนี้คือเพื่อให้ GP และแพทย์อื่น ๆ มีอำนาจที่จะตัดสินใจว่าจะให้บริการอะไรและอย่างไรสำหรับผู้ป่วยของพวกเขา - CCGs ดูแลโดย NHS England รวมถึงการเก็บสัญญา NHS - สำหรับการปฏิบัติงานของ GP CCGs ดำเนินการโดยการว่าจ้าง (หรือซื้อ) บริการด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึง Elective hospital care/ Rehabilitation care/ Urgent and emergency care / Most community health services/ Mental health & learning disability services	

๒. ประวัติความเป็นมาของระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย

การพัฒนาระบบปฐมภูมิในสังคมไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดในประวัติศาสตร์ของการพัฒนาด้านสุขภาพของไทย โดยจากร่างแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ ๔.๐ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ อาจจะแบ่งพัฒนาการด้านการพัฒนาระบบปฐมภูมิได้ ๔ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ยุคการต่อสู้กับโรคติดต่อและปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากความยากจน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ คือการต่อสู้กับปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญและอันตราย เช่น กาฬโรค ฝีดาษ อหิวาตกโรค คุดทะราด เป็นต้น เป็นช่วงที่ระบบปฐมภูมิได้รับการพัฒนาในฐานะที่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ประสบปัญหาอยู่ในพื้นที่ชนบท และห่างไกล ถือเป็นช่วงเวลาแห่งการพัฒนาพื้นฐานประเทศที่สำคัญหลาย ๆ ด้านพร้อมกัน

ระยะที่ ๒ ยุคการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการวางเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ คือ การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน Primary Health Care; PHC) และการการบริการพื้นฐานที่จำเป็น (Basic health service; BHS) ดังปรากฏในคำประกาศอัลมา อตา (Alma Ata declaration) และกฎบัตรเพื่อการพัฒนาทางสุขภาพ (Charter of Health Development) นับเป็นการวางระบบปฐมภูมิที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมที่สุดในสังคมไทย

ระยะที่ ๓ ยุคการพัฒนาสิทธิทางสุขภาพของประชาชน เป็นการพัฒนาที่เริ่มจากการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างหลักประกันทางสุขภาพ การเปลี่ยนมุมมองการบริการสุขภาพจากการสงเคราะห์ทางสุขภาพไปสู่สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ คือ การพัฒนาสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกาศใช้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ระบบปฐมภูมิในการเปลี่ยนแปลงยุคนี้มีการปรับเปลี่ยนอย่างมาก มีการให้ความสำคัญกับระบบการเงินการคลัง และจัดการความสัมพันธ์ใหม่ในระบบสุขภาพที่เน้นระบบหน่วยคู่สัญญาเพื่อระบบบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care/; CUPs) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของระบบปฐมภูมิไปสู่นิยามและความสัมพันธ์แบบใหม่

ระยะที่ ๔ ยุคเทคโนโลยีทางชีวภาพและการสร้างสรรค์เป็นการพัฒนาในเป้าหมายใหม่ที่เน้นการพัฒนาให้สอดคล้องกับความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงระบาดวิทยาใหม่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่อินเทอร์เน็ตเข้ามาในชีวิตเป็นสังคมแบบดิจิตอล ส่งผลให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบปฐมภูมิใหม่จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนอย่างมากทั้งระบบเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อมูลและเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป หรือเครื่องมืออุปกรณ์ โดยเฉพาะการใช้

อุปกรณ์การสื่อสารแบบใหม่ที่ทำให้สังคมเป็น โครงข่ายทางสังคม (Social network) ที่เชื่อมร้อยผู้คนในรูปแบบใหม่ อันส่งผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพแบบใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) และปฏิญญาแห่งอัสตานาซึ่งเป็นการแสดงเจตนารมณ์ในพันธ์สัญญาอัลมา-อตา (Alma-Ata) ที่มีการจัดทำขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๒๑ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ดังนี้ ๑) ภาครัฐและสังคมส่งเสริมคุ้มครองสุขภาวะของประชาชน ๒) การสาธารณสุขมูลฐานและการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ เข้าถึงราคาที่เหมาะสม ๓) เสริมพลังประชาชนและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ และ ๔) นโยบายสาธารณะที่เอื้อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

สำหรับรูปแบบการปฏิรูปครั้งสำคัญของระบบปฐมภูมิภาครัฐในประเทศไทย ทั้งระบบอาจจะแสดงให้เห็นได้จากการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง จากต้นแบบ “โครงการอยุธยา” ในยุคก่อนมีนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๔ ภายหลังมีนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบบริการปฐมภูมิได้เปลี่ยนแปลง เป็น **ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit; CMU)** และมีโครงการโรงพยาบาลลดความแออัดเพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ตามแนวคิดการจัดตั้งหน่วยคัดกรองผู้ป่วยหรือ Gate keeper และในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งจะเห็นได้จากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๖ ส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทั่วไปนั้น ในกระทรวงสาธารณสุขมี สถานีอนามัย (Health center) ซึ่งมีพัฒนาการมาจากจากโอสถศาลามาจนถึงปัจจุบันเป็นเวลามากกว่าหนึ่งร้อยปี ได้มีการพัฒนารูปแบบเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit; PCU) จนในที่สุดพัฒนาเป็น**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. (Health Promoting Hospital)** ในปัจจุบัน ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลจะมีพัฒนาการที่แตกต่างกันไป (ปัจจุบันใช้ชื่อเรียกว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นต้น)

ในภาคเอกชนส่วนใหญ่การจัดบริการเป็นคลินิกเอกชนที่เปิดอิสระ มีบทบาทสำคัญเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล ส่วนบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่เปิดเพียงบางเวลาเท่านั้น และทำงานด้านการสาธารณสุขได้อย่างจำกัด แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการประจำภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการจัดบริการทั้งด้านรักษาส่งเสริมป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพอย่างครบวงจรมากขึ้น โดยมีการกระจายตัวในรูปแบบโรงพยาบาล คลินิกอบอุ่นและศูนย์บริการสาธารณสุขมากขึ้นตามลำดับ ปัจจุบันภาคเอกชนในกรุงเทพมหานครมีคลินิกชุมชนอบอุ่น ๑๕๖ แห่ง ในภาพรวมปัจจุบันปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒๕๙

แห่งและที่เป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน ๑๙๙ แห่ง) ส่วนสถานบริการปฐมภูมิที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสังกัดอื่นๆ ในภาครัฐ ส่วนใหญ่ยังคงจัดบริการปฐมภูมิเป็นลักษณะผู้ป่วยนอก ยังมิได้เน้นการให้บริการในลักษณะของ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวม

แม้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิมาโดยตลอด ทั้งจากหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการสังกัดกระทรวงอื่น และหน่วยบริการภาคเอกชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านรูปแบบการดำเนินการของ **“หมอครอบครัว”** โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับกลุ่มสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการนี้ยังมีปัญหาในเรื่องต่าง ๆ เช่น ข้อจำกัดด้านกำลังคนและศักยภาพของบุคลากรซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ปัญหาความเข้มแข็งของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการเดี่ยวทำให้ขาดศักยภาพและความเชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพประชาชน ปัญหาด้านงบประมาณที่ขาดการบูรณาการ รวมทั้งปัญหาของการขาดหลักเกณฑ์การดำเนินการที่เป็นรูปธรรม ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์ตามกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมุ่งเน้นให้มีการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นระบบ มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและกำหนดหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน ตลอดจนเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิแบบเดี่ยวให้เป็นลักษณะแบบเครือข่าย ซึ่งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการในรูปแบบของ **“คลินิกหมอครอบครัว”** และกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อบูรณาการการใช้จ่ายงบประมาณเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและบริการสาธารณสุขให้เป็นเอกภาพ รวมทั้งให้มีการพัฒนาด้านกำลังคนและศักยภาพของบุคลากรให้มีความต่อเนื่อง อันจะเป็นการส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน อันเป็นการดำเนินการเพื่อให้การปฏิรูปประเทศบรรลุผล ตามมาตรา ๕๕ ประกอบกับมาตรา ๒๕๘ ช. (๕) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

จากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นไม่สามารถ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการจัดทำร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว เสนอและผ่านกระบวนการพิจารณาตามลำดับขั้นตอนของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จนมีการตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๖ หมวด และบทเฉพาะกาล มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๓ มาตรา ประกอบด้วย ประกอบด้วย บททั่วไป มาตรา ๑ – ๔ หมวด ๑ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๕ - ๑๔) หมวด ๒ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๑๕ - ๒๓) หมวด ๓ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา ๒๔ - ๒๙) หมวด ๔ การส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๓๐ - ๓๒) หมวด ๕ พนักงานเจ้าหน้าที่ (มาตรา ๓๓ - ๓๖) หมวด ๖ บทกำหนดโทษ (มาตรา ๓๗ - ๔๐) บทเฉพาะกาล (มาตรา ๔๑ - ๔๓)

๓. สถานการณ์ การพัฒนา และการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๑ นโยบายและยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินการใน ๒ ส่วน ประกอบด้วย

๓.๑.๑ กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยราชการหลักที่มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๕๔ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนายุทธศาสตร์ และแปลงนโยบายของกระทรวงเป็นแผนการปฏิบัติราชการ ตลอดจนจัดสรรทรัพยากรและบริหารราชการประจำทั่วไปของกระทรวง

๑) นโยบาย “ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ร่างกายแข็งแรง ทำให้เศรษฐกิจประเทศแข็งแรง” **ข้อที่ ๓. การดูแลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน**

(๑.๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่เขตสุขภาพ ลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) **จัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลอย่างทั่วถึง** รวมทั้งการพัฒนาห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และกำลังคนที่เพียงพอ

(๑.๒) พัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้าน ในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ เข้าถึงข้อมูล และแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางไปพบแพทย์

(๑.๓) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ได้แก่ ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ระบบคิว ระบบงานบริการของโรงพยาบาลระบบส่งต่อ ตลอดจนการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการสุขภาพให้เป็นหนึ่งเดียว เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๒) นโยบายเร่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกหมอครอบครัว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ดูแลประชาชนเป็นองค์รวมแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งได้จัดตั้งสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ส่วนกลาง

ปี ๒๕๖๒ มีการปรับเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว ให้เหมาะกับบริบทและขนาด รพ.สต. โดยคงมาตรฐานด้านบริการประชาชน เน้นการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. มีการพัฒนาทีมพี่เลี้ยง และทีมประเมินระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ส่วนคลินิกหมอครอบครัว เน้นการจัดตั้งในเขตเมือง/เขตประชากรหนาแน่น พัฒนาคุณภาพให้มีต้นแบบคลินิกหมอครอบครัวระดับเขต/จังหวัด มีเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน (๓S) และมีพัฒนาแอปพลิเคชันใช้ในคลินิกหมอครอบครัว สำหรับประชาชนและผู้ให้บริการ สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เน้นให้เข้าใจเจตนารมณ์ของ พชอ. ที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นเจ้าของร่วมและการมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะของ พชอ. พัฒนากลไกการเยี่ยมเสริมพลัง ทั้งจากส่วนกลาง เขต และจังหวัด และเชื่อมโยงกับระบบบริการ รพ.สต./ คลินิกหมอครอบครัว

ปี ๒๕๖๓ พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการกำหนดให้ร้อยละ ๗๐ ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตทีมีคุณภาพ มีการพัฒนาและกำหนดให้มีมาตรการการลดความแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล โดยการเพิ่มการให้บริการใน PCC เขตเมือง การรับยาที่ร้านขายยา การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ และการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน ๘๐,๐๐๐ คน เป็น อสม. หมอประจำบ้าน และร้อยละ ๗๕ ของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

๓) ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ๑) ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention& Promotion Excellence) ๒) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) บริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ประกอบด้วย ๑๖ แผนงาน ๔๘ โครงการ

โดยในส่วนของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้ถูกบรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ประกอบด้วย ๓ โครงการ ๑) โครงการผลิตและ

พัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๒) โครงการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบบริการปฐมภูมิ และ ๓) โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

โดยมีผลที่คาดว่าจะได้รับ ประกอบด้วย

(๑) ประชากรทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคส่วนบุคคลและครอบครัว และการรักษาพยาบาลเชื่อมโยงจากบ้าน ครอบครัว ชุมชน ไปยังหน่วยบริการทุกระดับ ทั้งส่งไปและรับกลับ เสมือนมีหมอเป็นญาติในครอบครัว มีทีมหมอครอบครัว ปฏิบัติงานเป็นการประจำรับผิดชอบประชาชนและพื้นที่ชัดเจน แห่งละ ๓ ทีมต่อประชากร ๓๐,๐๐๐ คน โดยให้ครบ ๖,๕๐๐ แห่งทั่วประเทศในปี ๒๕๖๙

(๒) มีการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ มีประสิทธิภาพ สะท้อนต้นทุนบริการที่แท้จริง PP Community ให้ District Health Board เป็นผู้บริหารจัดการ

(๓) ประชาชนในท้องถิ่นได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้

(๔) ลดการป่วยตายด้วยโรควิถีชีวิต

(๕) ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ (การดูแลสุขภาพ การป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ) อย่างต่อเนื่อง

(๖) ระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิสามารถตอบสนองการดำเนินงานตามภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิผล

๓.๑.๒ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะสำนักงานเลขานุการที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ มาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจ คือการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการดำเนินการตามประกาศของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑) ร่างแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๗๒

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับกรอบระบบสาธารณสุขตามองค์การอนามัยโลก หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ สถานการณ์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และมีการสำรวจความคิดเห็นและการประชุมระดมสมองของผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับ

ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ร่างแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๗๒ ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

• **วิสัยทัศน์ (Vision)** : เป็นระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี

• **พันธกิจ (Mission)**

๑. พัฒนาศักยภาพและผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

๒. ส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓. พัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ

๔. ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

• **ค่านิยม (Core value)**

P : People - Center Care ใส่ใจประชาชน

H : Holistic คิดแบบองค์รวมเป็นระบบ

C : Community Participation ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

S : Sustainable พัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน

• **เป้าหมาย (Goals)**

- ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ
- ภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ
- ประชาชนมีสุขภาพดี

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิฉบับนี้ จะเป็นกรอบการดำเนินงานด้านปฐมภูมิของชาติที่มีเอกภาพและชัดเจน เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีตั้งแต่เริ่มต้นด้วยการพัฒนาฐานราก คือ ระบบปฐมภูมิที่เข้มแข็งและแข็งแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน และมีความเป็นเจ้าของร่วมกันในทิศทางที่จะก้าวต่อไป ซึ่งขณะนี้ร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ อยู่ระหว่างการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
๑. ยุทธศาสตร์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิทุกรูปแบบที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้
๒. ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อสร้างเอกภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ	เพื่อเชื่อมโยงหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอยู่หลากหลายในกระทรวง/หน่วยงานต่าง ๆ เข้าหากันอย่างเป็นระบบและมีการสร้างความร่วมมือโดยมีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน
๓. ยุทธศาสตร์การจัดการกำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงพอ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องตามภารกิจ
๔. ยุทธศาสตร์การอภิบาลและสร้างระบบธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	เพื่อให้กฎหมายตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้รับการพัฒนาและบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
๕. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น	เพื่อให้ประชาชนและชุมชนท้องถิ่นร่วมมือกันสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

๒) การดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒.๑ ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) พัฒนาคู่มือ แนวทางการจัดตั้งและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ สำหรับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒) ดำเนินการตามประกาศ ฯ ข้อ ๑๑ โดยให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินการอยู่ในลักษณะเดียวกัน (คลินิกหมอครอบครัว) ก่อนวันที่ประกาศตามข้อ ๒.๑ นี้มีผลใช้บังคับ โดยให้มีการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตามประกาศนี้ ภายในหกสิบวันนับแต่ประกาศใช้บังคับพบว่า มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการขึ้นทะเบียน ทั้งสิ้น ๑,๑๔๘ หน่วย

๓) จัดทำแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๗๒) ตามประกาศฯ โดยให้แต่ละจังหวัด

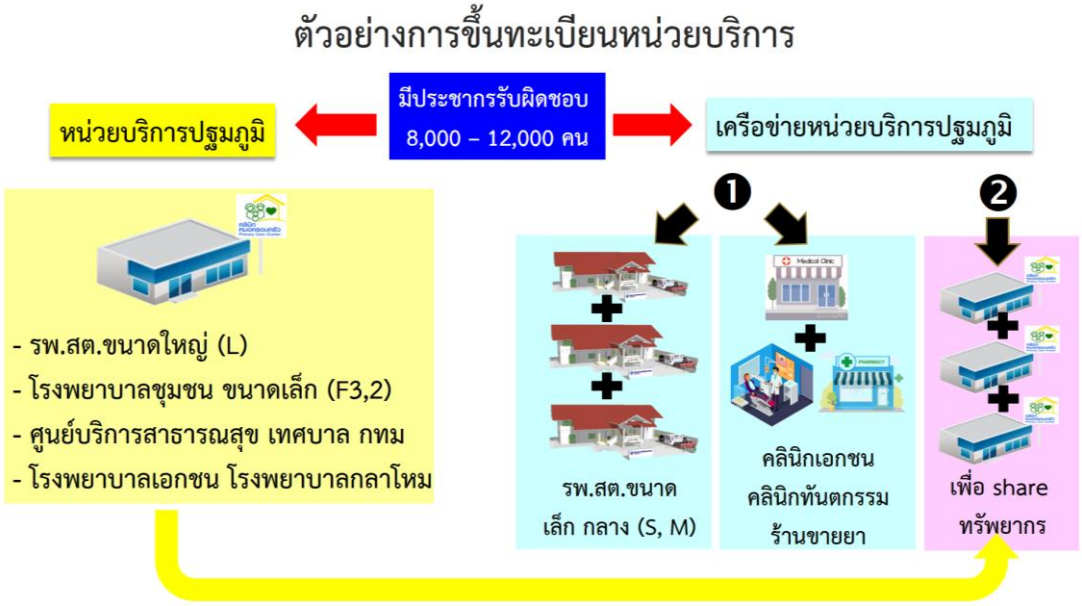
เป็นผู้จัดทำแผนการจัดตั้งพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจะเปิดดำเนินการเปิดบริการภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๗๒ ทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ และอยู่ระหว่างการประสานการจัดทำแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑๐ ปี) รวมทั้งหมด ๕,๕๒๖ หน่วย ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ ๕๕,๓๔๑,๗๓๔ คน

จังหวัด	ปี พ.ศ.											
	๕๙ - ๖๒	๖๓	๖๔	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	๗๑	๗๒	สรุป
เขตสุขภาพที่ ๑	๑๒๒	๑๔๘	๗๑	๕๙	๒๙	๒๙	๓๒	๑๔	๒๐	๘	๑๐	๕๔๒
เขตสุขภาพที่ ๒	๘๙	๔๓	๕๑	๓๓	๒๒	๒๔	๑๓	๑๓	๖	๔	๕	๓๐๓
เขตสุขภาพที่ ๓	๙๘	๓๙	๒๙	๓๓	๓๒	๑๗	๑๐	๑๐	๓	๐	๑	๒๗๒
เขตสุขภาพที่ ๔	๙๙	๘๕	๓๔	๓๑	๒๖	๒๓	๒๑	๒๒	๑๙	๑๕	๓๒	๔๐๗
เขตสุขภาพที่ ๕	๘๔	๑๐๑	๔๑	๔๔	๓๙	๒๗	๒๒	๑๖	๑๘	๑๕	๑๔	๔๒๑
เขตสุขภาพที่ ๖	๘๗	๑๓๙	๓๙	๔๖	๕๐	๓๘	๒๙	๓๕	๒๒	๒๒	๒๙	๕๓๖
เขตสุขภาพที่ ๗	๑๐๕	๗๙	๕๙	๕๗	๓๔	๓๘	๓๒	๑๘	๑๑	๑๐	๕	๔๔๘
เขตสุขภาพที่ ๘	๖๒	๑๕๒	๕๖	๖๐	๔๐	๔๐	๒๗	๑๙	๑๙	๑๑	๑๐	๔๙๖
เขตสุขภาพที่ ๙	๑๑๑	๑๘๘	๘๒	๗๗	๔๕	๔๑	๒๔	๑๕	๗	๘	๖	๖๐๔
เขตสุขภาพที่ ๑๐	๑๐๓	๙๘	๔๑	๕๑	๓๓	๒๘	๔๐	๒๕	๑๔	๘	๑๓	๔๕๔
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๖๕	๗๗	๖๓	๖๖	๕๑	๓๒	๒๐	๑๓	๔	๓	๓	๓๙๗
เขตสุขภาพที่ ๑๒	๑๒๓	๘๑	๕๒	๔๖	๓๙	๓๒	๑๘	๑๕	๑๒	๗	๗	๔๓๒
กทม.	๗๕	๑๓๙	อยู่ระหว่างการประสานการจัดทำแผนการจัดตั้งฯ									๒๑๔
รวม	๑,๒๒๓	๑,๓๖๙	๖๑๘	๖๐๓	๔๔๐	๓๖๙	๒๘๘	๒๑๕	๑๕๕	๑๑๑	๑๓๕	๕,๕๒๖

๔) กำหนดเป้าหมายการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยได้มีการกำหนดเป้าหมายขยายหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑๒ เขตสุขภาพ และ ๑ เขต กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ครอบคลุมประชากร ร้อยละ ๔๐ ของพื้นที่ รวมทั้งหมด ๒,๕๙๒ หน่วย มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จะเปิดดำเนินการเปิดบริการภายในปี ๒๕๖๓ มีจำนวน ๑,๓๖๙ หน่วย ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ ๒๖,๘๘๔,๙๖๐ คน คิดเป็น ร้อยละ ๔๐.๓๙

๕) กำหนดรูปแบบการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยจะต้องมีประชากร ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน ต่อ ๑ หน่วย ซึ่งกรณีพื้นที่ที่ประชากรไม่ครบตามกำหนด อาจได้รับการยกเว้น โดยโครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑ หน่วย ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ๑) จำนวนประชากร ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน ๒) สถานที่ ซึ่งอาจเป็น รพ.สต. หรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขท้องถิ่น เป็นต้น ทั้งนี้ บาง รพ.สต. อาจจับรวมกลุ่มตั้งแต่ ๒ รพ.สต. ขึ้นไป เพื่อให้มีประชากรครบรวมกันเป็นหนึ่งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ ๓) บุคลากรประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย ๒ คน นักวิชาการสาธารณสุข อย่างน้อย ๒ คน และบุคลากรอื่น ๆ สำหรับศูนย์สาธารณสุขชุมชนในเขตเมืองภายใต้ รพศ./รพท. ซึ่งได้มีการแบ่งพื้นที่ในเขตชุมชนหนาแน่น เป็น PCC และในพื้นที่ที่จำนวน

ประชากรไม่ครบตามหลักเกณฑ์อาจได้รับการยกเว้น เช่น พื้นที่ในเขตทุรกันดาน และพื้นที่ชายแดน



๖) การดำเนินงานกับหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข : ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิฉบับดังกล่าว ในรายละเอียด ดังนี้

- แจ้งประสานกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในกรณีที่หากไม่สามารถดำเนินการได้ตามข้อ ๓ วรรคหนึ่ง (๖) และข้อ ๑๓ ของประกาศดังกล่าว (มีจำนวนวิชาชีพไม่เป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนด) เพื่อนำมารวบรวมและรายงานให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบต่อไป

- แจ้งประสานกับสภาการสาธารณสุขชุมชน กรณีผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่ไม่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ที่ได้รับอนุมัติเลขทะเบียนวิชาชีพ มีเพียง ๑๖,๐๖๙ คนเท่านั้น จึงได้จัดทำข้อเสนอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ความเห็นชอบแก่ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่ไม่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน สามารถปฏิบัติงานได้ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาให้ความเห็นชอบแก่ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่ไม่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน สามารถปฏิบัติงานได้ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

๒.๒ ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การกำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๒

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้ร่วมกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย พัฒนาหลักสูตรการอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” เพื่อใช้ในการอบรมแก่แพทย์ที่จะปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้รับบริการ แทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๒ หลักสูตร โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นชอบหลักสูตรดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (*ตามหนังสือที่ สธ ๐๒๓๙.๐๒/๖๑ ลงวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๓*) ได้แก่

(๑) หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. ๒๕๖๒ ระยะเวลา ๑๔ วัน

(๒) หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ ระยะเวลา ๔ วัน

๓.๒ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓.๒.๑ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

พระราชบัญญัติดังกล่าวประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ โดยมีสาระสำคัญและกลไก ดังนี้

๑. เหตุผลในการตราพระราชบัญญัติ โดยที่มาตรา ๔๗ วรรคหนึ่ง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา ๕๕ บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมาตรา ๒๕๘ ช. ด้านอื่น ๆ (๕) บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้น สมควรมีกฎหมายเพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติดังกล่าว โดยการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งนี้ เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

๒. สาระสำคัญและกลไกของกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หมวด ๑ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๕ ถึงมาตรา ๑๔)

๑) องค์ประกอบ กำหนดให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ กรรมการโดยตำแหน่งจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนเจ็ดคน กรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนสี่คน ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ จำนวนสามคน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวนหนึ่งคน สาธารณสุขอำเภอ จำนวนหนึ่งคน ผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนหนึ่งคน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จำนวนหนึ่งคน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการสาธารณสุขและด้านการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ด้านละหนึ่งคน และแต่งตั้งจากผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพ จำนวนสองคน และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการ (มาตรา ๕)

๒) หน้าที่และอำนาจ กำหนดให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีหน้าที่และอำนาจในลักษณะการกำกับดูแลเชิงนโยบายควบคู่ไปกับการกำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว (มาตรา ๑๐)

๓) กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ (มาตรา ๑๔)

หมวด ๒ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๑๕ ถึงมาตรา ๒๓)
กำหนดกลไกการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

๑) สิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๑.๑) กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยบริการสุขภาพปฐมภูมิดังกล่าวต้องมีการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพด้วย ทั้งนี้ บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนด (มาตรา ๑๕)

๑.๒) กำหนดให้บุคคลซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลหรือรับบริการสาธารณสุขตามสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมายย่อมได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วย โดยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอาจขยายให้ได้รับนอกเหนือหรือเพิ่มเติมจากที่กำหนดไว้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี หรือตามที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิตกลงกับคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐอื่นใดที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสวัสดิการหรือสิทธิดังกล่าว แล้วแต่กรณี (มาตรา ๑๖)

๒) กระบวนการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒.๑) กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา ๑๗)

๒.๒) กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร ร่วมกันจัดทำบัญชีรายชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น และแจ้งให้ผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อในเขตพื้นที่ทราบถึงการใช้สิทธิรับบริการสุขภาพปฐมภูมิและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้รับบริการ ทั้งนี้ ผู้รับบริการอาจขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งตนมีรายชื่อได้ (มาตรา ๑๘)

๒.๓) กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจจ่ายเงินให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายประจำเพื่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนด ทั้งนี้ ในกรณีที่มีความจำเป็นคณะกรรมการดังกล่าวอาจทำความตกลงกับกระทรวงการคลัง คณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐอื่นใดที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลหรือการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อขอรับเงินสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (มาตรา ๑๙)

๒.๔) กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอาจกำหนดสถานที่ วัน และเวลาการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสม รวมทั้งแจ้งผู้รับบริการเพื่อรับบริการสุขภาพปฐมภูมิตามสถานที่ วัน และเวลานั้น (มาตรา ๒๒)

๓) หน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและสิทธิของผู้รับบริการแก่ผู้รับบริการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ญาติหรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการ รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด และจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจำนวนที่เหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการในเขตพื้นที่ในสัดส่วนที่เหมาะสม (มาตรา ๒๐ และมาตรา ๒๒)

๔) การส่งต่อผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

กำหนดให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งดูแลผู้รับบริการดำเนินการให้มีการส่งต่อผู้รับบริการดังกล่าว ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการ และให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อดำเนินการตามความเหมาะสม รวมทั้งให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจัดให้มีระบบข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้รับบริการ (มาตรา ๒๓)

หมวด ๓ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา ๒๔ ถึงมาตรา ๒๙)

๑) กำหนดให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิวางมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบด้วย (มาตรา ๒๔)

๒) กำหนดกรณีที่พนักงานเจ้าหน้าที่เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิใดไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้รายงานต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน เมื่อสอบสวนแล้วเสร็จให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาต่อไป และในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดังกล่าว ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งแจ้งให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง หรือในกรณีที่กระทำโดยมีเจตนา ให้มีคำสั่งแจ้งให้ปฏิบัติโดยถูกต้องและมีคำสั่งให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นชำระค่าปรับทางปกครอง หรือแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษต่อไป (มาตรา ๒๕ และมาตรา ๒๖)

๓) กำหนดให้ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ผู้นั้นมีสิทธิร้องเรียนต่อผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เพื่อให้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการให้เหมาะสมและถูกต้องตามกฎหมาย หากผู้รับบริการยังไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้อง ให้มีสิทธิร้องเรียนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีการสอบสวน หากผลการสอบสวนปรากฏว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นไม่ได้กระทำตามที่ถูกร้องเรียน ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นมีการกระทำตามที่ถูกร้องเรียน ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแจ้งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นทราบพร้อมมีคำสั่งแจ้งให้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการให้เหมาะสมและถูกต้อง หรือมีคำสั่งให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นคืนเงินค่าบริการที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้รับบริการพร้อมดอกเบี้ย (มาตรา ๒๗)

๔) กำหนดกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นการกระทำที่ร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาดำเนินการสั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมาย แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รับผิดชอบเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นในกรณีที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐ หรือแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวต่อไป (มาตรา ๒๘)

๕) กำหนดหลักเกณฑ์การอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๒๙)

หมวด ๔ การส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๓๐ ถึงมาตรา ๓๒)

๑) กำหนดให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนดกลไกและหลักเกณฑ์ในการส่งเสริมและพัฒนาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๓๐)

๒) กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอาจขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว (มาตรา ๓๑)

๓) กำหนดให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริม ปรับปรุง และพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้น (มาตรา ๓๒)

หมวด ๕ พนักงานเจ้าหน้าที่ (มาตรา ๓๓ ถึงมาตรา ๓๖)

กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเวลาระหว่างพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกหรือในเวลาทำการของสถานที่นั้น เพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหรือหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบหรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง และหากพบการกระทำเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ให้ยึดหรืออายัดเอกสารหรือหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป (มาตรา ๓๓)

หมวด ๖ บทกำหนดโทษ (มาตรา ๓๗ ถึงมาตรา ๔๐)

กำหนดโทษสำหรับผู้ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งเรียกมาให้ถ้อยคำหรือให้ส่งเอกสารหรือหลักฐาน ของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ คณะอนุกรรมการ คณะกรรมการสอบสวน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่หรือไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ และกำหนดให้เป็นความผิดที่เปรียบเทียบได้ (มาตรา ๓๗ มาตรา ๓๘ และมาตรา ๔๐)

บทเฉพาะกาล (มาตรา ๔๑ ถึงมาตรา ๔๓)

(๑) กำหนดรองรับการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในวาระเริ่มแรก (มาตรา ๔๑)

(๒) กำหนดให้ดำเนินการออกประกาศตามพระราชบัญญัตินี้ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ เว้นแต่กรณีการออกประกาศเพื่อกำหนดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยห้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ (มาตรา ๔๒)

(๓) กำหนดให้ภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและพื้นที่ หากหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนไม่มีหรือมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ ให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดให้มีแพทย์อื่นซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการ รวมทั้งเข้าถึงข้อมูลในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และสถาบันอุดมศึกษาดำเนินการเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพ

ทางการแพทย์และสาธารณสุขดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ ในกรณีที่มีเหตุจำเป็น ให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการขยายระยะเวลาออกไปอีกเป็นระยะเวลาตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา (มาตรา ๔๓) (ที่มา : การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ : ศึกษากรณีแนวทางการออกอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒, นายยงยุทธ ภู่ประดับกฤต)

๓.๒.๒ กฎหมายลำดับรองตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าว มีกฎหมายลำดับรองจำนวนรวมทั้งสิ้น ๓๔ ฉบับ ประกอบด้วย

๑) ประกาศที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นผู้ออก จำนวน ๒๕ ฉบับ

๒) ประกาศที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ออกโดยคำแนะนำของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒ ฉบับ

๓) ประกาศที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ออก จำนวน ๗ ฉบับ

๑. ประกาศที่ได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา จำนวน ๙ ฉบับ

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖ ฉบับ

(๑) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๓) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๒) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๓) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๕) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๔) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๖) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๕) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการสาธารณสุขและด้านการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามมาตรา ๕ (๗) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๖) การคัดเลือกและการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จากผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพ ตามมาตรา ๕ (๗) แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๗) กำหนดแบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒ ฉบับ

(๘) ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

(๙) การกำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. ประกาศที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน จำนวน ๒๕ ฉบับ

ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒๓ ฉบับ เรียงตามลำดับความสำคัญในการดำเนินงาน

(๑) ร่างประกาศกำหนดผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพ

(๒) ร่างประกาศกำหนดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ (มาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง)

(๓) ร่างประกาศกำหนดหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๒๐ วรรคสอง)

(๔) ร่างประกาศ เรื่อง ข้อมูลด้านสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๑๕ วรรคสอง, มาตรา ๒๑ และมาตรา ๒๓ วรรคสี่)

(๕) ร่างประกาศ เรื่อง การส่งข้อมูลของการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในหน่วยบริการ กลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา ๑๕ วรรสอง, มาตรา ๒๑ และมาตรา ๒๓ วรรคสี่)

(๖) ร่างประกาศกำหนดหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๒๐ วรรคสอง)

(๗) ร่างประกาศการดำเนินการจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ การเปลี่ยนแปลงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสถานที่ วัน และเวลาในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งการแจ้งผู้รับบริการเพื่อรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๒๒ วรรคสี่)

(๘) ร่างประกาศกำหนดการส่งต่อและการรับการส่งต่อผู้รับบริการ (มาตรา ๒๓ วรรคสี่)

(๙) ร่างประกาศการจัดทำบัญชีรายชื่อ การแจ้ง และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา ๑๘ วรรคสี่)

(๑๐) ร่างประกาศกำหนดหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการ (มาตรา ๒๐ วรรคสอง)

(๑๑) ร่างประกาศกำหนดหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการ (มาตรา ๒๐ วรรคสอง)

(๑๒) ร่างประกาศกำหนดกลไกและหลักเกณฑ์ในการส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๓๐)

(๑๓) ร่างประกาศการรับฟังความคิดเห็น (มาตรา ๓๒ วรรคสอง)

(๑๔) ร่างประกาศกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๒๔)

(๑๕) ร่างประกาศกำหนดหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๒๐ วรรคสอง)

(๑๖) ร่างประกาศกำหนดผู้มีสิทธิร้องเรียนต่อผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา ๒๗ วรรคหนึ่ง

(๑๗) ร่างประกาศการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๒๙ วรรคสาม)

(๑๘) ร่างประกาศกำหนดหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบ (มาตรา ๔๐ วรรคหนึ่ง)

(๑๙) ร่างประกาศการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการเรียกคืนเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (มาตรา ๑๗ วรรคสาม)

(๒๐) ร่างประกาศกำหนดรายการของค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และการรับการจ่าย และการเก็บรักษาเงินค่าใช้จ่าย และการเรียกคืนเงินค่าใช้จ่าย (มาตรา ๑๙ วรรคสอง)

(๒๑) ร่างประกาศกำหนดรายการของค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และการรับ การจ่าย และการเก็บรักษาเงินค่าใช้จ่าย และการเรียกคืนเงินค่าใช้จ่าย (มาตรา ๑๙ วรรคสอง)

(๒๒) ร่างประกาศการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว รวมทั้งการกำหนดรายการค่าใช้จ่าย การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการเรียกคืนเงินค่าใช้จ่าย (มาตรา ๓๑ วรรคสอง)

(๒๓) ร่างประกาศกำหนดหน่วยบริการอื่น (มาตรา ๓ นิยามคำว่า “หน่วยบริการ”)

ประกาศที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ออกโดยคำแนะนำของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒ ฉบับ

(๑) ร่างประกาศแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ (มาตรา ๔ วรรคหนึ่ง)

(๒) ร่างประกาศการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ (มาตรา ๓๓ วรรคสอง)

๓.๒.๓ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

๑. สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๑ กำหนดให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น" ประกอบด้วย

๑) นายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรี ซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน

๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา เลขาธิการ ก.พ. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และอธิบดีกรมการปกครอง

๓) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนสิบสองคน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดสองคน ผู้บริหารเทศบาลสามคน ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลห้าคน และผู้บริหารกรุงเทพมหานคร ผู้บริหารเมืองพัทยา หรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้น รวมสองคน ทั้งนี้ โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท

๔) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสิบสองคน ประกอบด้วยบุคคล ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญ ในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านการพัฒนาท้องถิ่น ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น ในสาขารัฐศาสตร์ หรือรัฐประศาสนศาสตร์ และด้านกฎหมาย ทั้งนี้ การสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่นายกรัฐมนตรีกำหนด

๑.๒ มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑) จัดทำแผนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการ เพื่อขอความเห็นชอบ จากคณะรัฐมนตรี และรายงานต่อรัฐสภา กำหนดการจัดบริการสาธารณะตามอำนาจและหน้าที่ระหว่างรัฐ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองปรับปรุงสัดส่วนภาษี และอากรและรายได้ ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ด้วยกันเอง โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง เป็นสำคัญ

๒) กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลาง และราชการส่วนภูมิภาค ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสานการถ่ายโอนข้าราชการ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และพนักงานรัฐสาหกิจ ระหว่างส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับคณะกรรมการพนักงานส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการกำหนดอำนาจ และหน้าที่การจัดสรรภาษี และอากรเงินอุดหนุน เงินงบประมาณที่ราชการส่วนกลาง โอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการถ่ายโอนภารกิจข้างต้น

๓) ให้ข้อเสนอแนะ ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการกระจายอำนาจ เพื่อให้การกระจายอำนาจเป็นไปตามแผนฯ ที่วางไว้ เช่น มาตรการด้านการเงิน การคลัง การภาษีอากร การตราพระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา ออกกฎกระทรวง ประกาศ การจัดระบบตรวจสอบ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น

๑.๓ ในการจัดทำแผนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำแผนดังกล่าว ให้ดำเนินการที่จำเป็น ดังนี้

๑) ให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะที่รัฐดำเนินการอยู่ให้เสร็จสิ้น ภายในสี่ปี หากยังไม่แล้วเสร็จภายในสี่ปี ให้รัฐทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ และช่วยเหลือท้องถิ่น ให้ถ่ายโอนภารกิจให้แล้วเสร็จ ภายในสิบปี

๒) กำหนดการจัดสรรภาษี และอากรเงินอุดหนุน และรายได้อื่น ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ไม่น้อยกว่าร้อยละยี่สิบ ของรายได้รัฐบาล และในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ไม่น้อยกว่าร้อยละสามสิบห้า ของรายได้รัฐบาล ให้คณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ พิจารณาทบทวนแผนการกระจายอำนาจฯ ทุกระยะเวลาไม่เกินห้าปี

๑.๔ ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ

โดยมีสาระสำคัญในเรื่องกำหนดรายละเอียดของอำนาจหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละรูปแบบจะต้องกระทำ กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีดำเนินการในการจัดสรรสัดส่วนภาษี และอากรให้เพียงพอ เสนอให้แก้ไขหรือจัดให้มีกฎหมายที่จำเป็น เพื่อให้ดำเนินการได้ตามแผน พร้อมทั้งจัดระบบการบริหาร และการบริหารงานบุคคล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าวต้องกำหนดรายละเอียด และกำหนดหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้งระยะเวลาในการดำเนินการ ให้ชัดเจน

๒. ขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

๑) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำกับดูแล และบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม ในแง่สถานะสุขภาพ ระหว่างประชาชนในพื้นที่

รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น กำหนดมาตรฐานกลาง มาตรฐานบริการ ควบคุมคุณภาพ และตรวจสอบ

๒) ให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ที่มีกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งเป็น กสพ. และให้กรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เลือกกันเอง เพื่อเป็นประธาน และรองประธาน กสพ. ทั้งนี้ กสพ. เป็นกลไกของท้องถิ่นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยให้มีผู้แทนของรัฐ ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนสถานบริการ และผู้ทรงคุณวุฒิ มีส่วนร่วม โดยสามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ที่มีขนาดย่อมลงมากกว่าจังหวัดได้ หากมีความจำเป็น ทั้งนี้ คณะกรรมการ กสพ. จะประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนส่วนราชการ ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ที่จะเข้ามาทำหน้าที่ร่วมกัน

๓) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ คือ อำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ และแผนความต้องการทรัพยากร รวมทั้งงบประมาณ และบุคลากร กำหนดหลักเกณฑ์ และจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะด้านงบประมาณ รวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขในการบริการ ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศ ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข การกำกับดูแล การตรวจสอบ ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ ในระดับพื้นที่ หรือจังหวัดนั้นๆ ด้วย ตามที่กำหนดไว้ในแผนกระจายอำนาจ

๓.๑ กสพ. มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจที่เห็นว่าสามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้ โดยโอนให้ อบต. หรือเทศบาล และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการโดย กสพ. เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ หรืองานป้องกันโรคบางเรื่อง รวมทั้งงานรักษาพยาบาล หรือฟื้นฟูสภาพอย่างง่ายๆ และงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

๓.๒ สำหรับสถานบริการจะถ่ายโอนไปทั้งระบบ เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยสถานพยาบาล ๓ ระดับ โดยงานบริการสุขภาพที่ต้องใช้เทคนิควิชาชีพและต้องการระบบส่งต่อ ให้ดำเนินการทั้งระบบเป็นเครือข่ายสถานบริการ ภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ โดยยึดหลักให้มีความคล่องตัว และมีอำนาจในการตัดสินใจเพื่อการบริหารงานทั้งระบบเป็นเครือข่ายบริการ และอาจพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรที่มีการบริหารงานเป็นอิสระอย่างเต็มรูปแบบภายใต้การกำกับของท้องถิ่น (Local Autonomous Body)

๔) แนวทางการประเมินความพร้อม หากท้องถิ่นมีความพร้อมและร้องขอให้มีการโอนสถานบริการ กสพ. จะโอนให้เมื่อผ่านเกณฑ์ความพร้อม ทั้งนี้ โดยยึดหลักว่าท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพเป็นเครือข่าย และสถานบริการสุขภาพมีความคล่องตัว ในการบริหารจัดการภายใน อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการถ่ายโอนงานด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ให้ กสพ. และให้ กสพ. พิจารณามอบหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะงานด้านส่งเสริม ควบคุม และป้องกัน ตามขีดความสามารถที่เป็นจริง โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่

๓. แผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑) ภารกิจที่ต้องถ่ายโอน ภารกิจหลักที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอน คือ การจัดบริการสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล นั่นก็หมายความว่า การบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ (๒๕ แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (๖๗ แห่ง) โรงพยาบาลชุมชน (๗๑๔ แห่ง) และสถานีอนามัย (๙,๖๖๑ แห่ง) จะต้องถูกถ่ายโอนให้อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของท้องถิ่น ซึ่งได้มีข้อตกลงเบื้องต้นร่วมกันแล้วว่า ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งเป็นกลไกของท้องถิ่น เป็นผู้กำกับดูแลเครือข่าย สถานบริการสุขภาพ ทั้ง ๓ ระดับ โดยไม่มีการแยกส่วนว่า สถานีอนามัยยกให้ อบต. โรงพยาบาลชุมชนยกให้เทศบาล หรือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ยกให้ อบจ.

๒) งบประมาณที่ต้องถ่ายโอน งบประมาณบริการสุขภาพจะต้องถ่ายโอนไปตามภารกิจ ซึ่งแต่เดิมงบประมาณจะอยู่ภายใต้แผนงาน โครงการต่าง ๆ ที่ทางสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดทำคำขอ เช่น แผนงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด แผนงานสวัสดิการสาธารณสุข และประกันสุขภาพ โครงการประกันสุขภาพการรักษาพยาบาลผู้รายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นต้น

๒.๑) งบประมาณในเรื่องการก่อสร้างสถานบริการสุขภาพขึ้นใหม่ หรือการจัดหาครุภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ของโรงพยาบาล ยังคงจัดตั้งงบประมาณไว้ที่ส่วนกลาง เพราะต้องกระจายงบประมาณไปให้ มีความครอบคลุมทั่วถึง และเท่าเทียมกันของพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ

๒.๒) การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการก่อสร้าง และคุณลักษณะของครุภัณฑ์ เพื่อให้ทาง กสพ. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อก่อสร้างหรือจัดหาครุภัณฑ์ ให้แก่สถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้จะต้องให้มีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้แทนจากภาคประชาสังคม เข้าไปมีส่วนร่วม ในการกำกับ และตรวจสอบการดำเนินการตลอดจนต้องเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชน

๓) บทบาทของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องปรับเปลี่ยนไป โดยการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จะมีผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบ โครงสร้าง กลไก กระบวนการ และวิธีการทำงานในพื้นที่ นอกจากนี้ จะยังส่งผลกระทบต่อการปรับองค์กรในกระทรวงสาธารณสุขเอง เช่น การรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาค กับกองสาธารณสุขภูมิภาค เป็นสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเครือข่าย บริการสุขภาพในพื้นที่

๓.๓ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ และกรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวง

มหาดไทย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา อธิบดีกรมบัญชีกลาง เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้จัดให้มีประชุมเพื่อสรรหาและคัดเลือกในตำแหน่งอื่น ๆ ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวแล้ว ซึ่ง**รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามในคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๐๗/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๓ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเรียบร้อยแล้ว** ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

๑. กรรมการซึ่งมาจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา ๕ (๓)

๑) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด

นายศราวุธ สันตินันตรักษ์ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู

๒) ผู้บริหารเทศบาล

นายทวี กุลคำธรกิตติ์ นายกเทศมนตรีธรรมศาลา จังหวัดนครปฐม

๓) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล

นายธีรศักดิ์ พานิชวิทย์ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหม้อ จังหวัดเพชรบุรี

๔) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง

พลตำรวจเอก อัศวิน ขวัญเมือง ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

๒. กรรมการซึ่งมาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรา ๕ (๔)

๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

นางปภาชุดา อึ๊งภากรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ จังหวัดนนทบุรี

๒) ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

นายจตุภูมิ นีละศรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

๓) ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

นางสาวจิตรลดา บุตรงามดี ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ กรุงเทพมหานคร

๓. กรรมการซึ่งมาจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ ตามมาตรา ๕ (๕)

๑) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายปิติ ทั้งไพศาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

๒) สาธารณสุขอำเภอ

นายประพันธ์ ใยบุญมี สาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

๔. กรรมการซึ่งมาจากผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ตามมาตรา ๕ (๖)

๑) ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

นายยรรยง ผลพอตน คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา

๒) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นายศิวโรฒ จิตนิยม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดกาญจนบุรี

๓) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

นางวิศัลย์สิริ ตันตระกูล อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เขตคันนายาว

๕. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ตามมาตรา ๕ (๗)

๑) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสาธารณสุข

ศาสตราจารย์วุฒิคุณ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

๒) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อภินันท์ อร่ามรัตน์

๓) ผู้ทรงคุณวุฒิองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่การแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพ

(๑) นายชูชัย ศุภวงศ์ มูลนิธิแพทย์ชนบท

(๒) ศาสตราจารย์พิเศษ ไพจิตร ปวะบุตร มูลนิธิพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามในคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๐๔/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เรื่อง มอบหมายและแต่งตั้งให้ข้าราชการเป็นกรรมการและเลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ ในคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามมาตรา ๕ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ รายละเอียดคือ

• มอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการ

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ ได้แก่ นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ

• แต่งตั้งเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

๑) ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

๒) รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบงานกฎหมาย ได้แก่ นายแพทย์สฤษดิ์เดช เจริญไชย

ซึ่งได้มีการประชุมคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา ๙.๓๐ นาฬิกา ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร อาคาร ๑ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีมติให้ตั้งคณะอนุกรรมการ จำนวน ๗ คณะ เพื่อให้การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สามารถขับเคลื่อนได้ตามเจตนารมณ์และระยะเวลาที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย

๑. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร เป็นประธาน

๒. คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นประธาน

๓. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- นายแพทย์อภินันท์ อร่ามรัตน์ เป็นประธาน

๔. คณะอนุกรรมการคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- นายแพทย์กิตตินันท์ อนรรฆมณี เป็นประธาน

๕. คณะอนุกรรมการกฎหมาย
- รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านกฎหมาย เป็นประธาน

๖. คณะอนุกรรมการพิจารณากลั่นกรองอุทธรณ์ฯ
- นายแพทย์ศราวุธ สันตินันตรักษ์ เป็นประธาน

๗. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร
- ศาสตราจารย์วุฒิคุณ นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธาน

๓.๔ ระบบข้อมูลตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยโครงสร้างและรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ นั้น ประกอบด้วย ลักษณะของบริการสุขภาพปฐมภูมิ กล่าวคือ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่

ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิดังกล่าวจึงเชื่อมโยงกับกลไกการบริหารจัดการทางการเงินกับสิทธิรักษาพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ สิทธิตามสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิตามประกันสังคม และสิทธิตามหลักประกันสุขภาพ โครงสร้างของข้อมูลด้านสุขภาพจึงเป็นการจัดเก็บและประมวลผลเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ การเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพดังกล่าวอาจทำด้วยวิธีการใดก็ได้ โดยเฉพาะการจัดเก็บข้อมูลและการบริหารจัดการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากมีต้นทุนการดำเนินการไม่มากแต่มีประสิทธิภาพสูง

ดังนั้น เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิจึงสมควรกำหนดให้มีแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการดังกล่าว จึงจำเป็นต้องออกประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิว่าด้วยเรื่อง ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. .... ซึ่งขณะอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำและรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูล โดยพัฒนาให้เกิด Digital Health ID และ Health Information Exchange (HIE) Platform โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับบริษัท TOT และ NDID เพื่อจัดให้มีการดำเนินการขึ้นทะเบียนแพทย์คู่ประชาชนเพื่อรองรับการขับเคลื่อนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

๑) พัฒนาโปรแกรม Private chat

โดยเป็นการดำเนินการร่วมกับ **บริษัท ทริปเปิลทีบรอดแบนด์ จำกัด (มหาชน)** หรือ **๓BB** ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนของการทดลอง API ที่ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำขึ้น สำหรับการจับคู่ชื่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับประชาชน ซึ่งได้ทำอบรมและทดลองใช้โปรแกรม ในพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร สามารถ Download Application ชื่อ “คุยกับหมอ”เพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพกับทีมหมอครอบครัวและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำตัวได้

๒) โปรแกรมระบบยืนยันตัวตนดิจิทัลและ Health Information Exchange (HIE)

เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข **บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน)** หรือ **TOT** และ **บริษัท National Digital ID จำกัด** หรือ **NDID** โดยลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เพื่อการศึกษาและจัดทำต้นแบบ (Prototype) ระบบยืนยันตัวตนดิจิทัล (Digital ID) และ Health Information Exchange (HIE) Platform เพื่อรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนของการ Planning and Design ในส่วนของ Backend and Frontend architecture

Data Set	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จัดทำแบบร่างของ standard data set และจะหาข้อสรุป
KIS (Key Information Summary)	มีข้อมูล ๒ ชุด คือ ๑) ชุดสำหรับประชาชน เป็นการสังเคราะห์และสรุปเพื่อทำให้ประชาชนเข้าใจและใช้สำหรับดูแลตนเอง (เป็นส่วนหนึ่งของ Personal Health Record: PHR ของประชาชน) ๒) ชุดสำหรับการใช้งานร่วมกันของแพทย์ (ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เฉพาะทาง) และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในชุมชนและในระบบสุขภาพทั้งหมดในภาพรวม
PDPA (Personal Data Protection Act)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้หารือผู้เชี่ยวชาญ และมีแนวทางว่าจะมีการขอ Consent เพื่อการใช้ประโยชน์จากเชื่อมโยงข้อมูล ตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว โดยสามารถดำเนินการ บนพื้นฐานของการอยู่ภายใต้กรอบกฎหมายในทุกฉบับ

โดยในขณะนี้ ได้มีการลงพื้นที่ จังหวัดกำแพงเพชรและจังหวัดเพชรบูรณ์ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๒ และจะมีการขยายผลต่อไป

๓.๕ กำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๕.๑ อัตรากำลังและความเพียงพอ

๑) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงพอในระยะเวลา ๑๐ ปี โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยตรง

๒. การรับสมัครแพทย์อื่นเพื่ออบรมระยะสั้นเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งดำเนินการโดยราชวิทยาลัย

๓. การต่ออายุราชการแพทย์เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โดยต่ออายุราชการอีก ๓ ปี ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้วเป็นเวลากว่า ๓ ปี ปีละ ๒๐ คน โดยต่ออายุราชการครั้งละ ๒ ปี

๔. การต่ออายุราชการแพทย์ในสาขาอื่นที่จำเป็น ซึ่ง อกพ. กระทรวงดำเนินการโดยได้รับความเห็นชอบจาก กพ.

๒) พยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด จำนวน ๑๔,๑๔๘ ตำแหน่ง แต่พบว่า ความต้องการพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. เมื่อคิดเป็นสัดส่วนพยาบาลต่อประชากร ๑ : ๒,๕๐๐ จำเป็นต้องมีจำนวน ๑๘,๕๘๐ อัตรา ดังนั้น ความพอเพียงจึงคิดเป็นร้อยละ ๗๖.๑๔ ของความต้องการทั้งหมด

๓) ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน (นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข) ผู้ซึ่งปฏิบัติงานใน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากปฏิบัติงานตามวิชาชีพแล้ว ต้องไปปฏิบัตินอกเหนือจากงานวิชาชีพ โดยทำหน้าที่ช่วยเหลือทีมสหวิชาชีพอื่นในการทำงานเนื่องจาก คลินิกหมอครอบครัวส่วนใหญ่เน้นการปฏิบัติงานเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทำให้การดำเนินงานในเรื่องของการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคโดยผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มศักยภาพและต่อเนื่อง

๓.๕.๒ โครงการที่เกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- โครงการอบรมแนวคิด และทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (อว.) จำนวน ๑๐๐ คน

- โครงการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster) (ระยะสั้น) จำนวน ๑๐๐ คน

- โครงการอบรมหลักสูตร Basic Family Medicine for Primary Care Doctor เพื่อพัฒนาแพทย์ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๒๐๐ คน

๓.๕.๓ โครงการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ

๑) แพทย์เวชศาสตร์ครบครัว

๑.๑) โครงการอบรมแนวคิดและทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (อว.) จำนวน ๑๐๐ คน

๑.๒) โครงการ Refresher Course for Family Physician Doctor จำนวน ๑๐๐ คน

๑.๓) โครงการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ “คลินิกหมอครอบครัว” (ระยะสั้น) จำนวน ๑๐๐ คน

๑.๔) โครงการอบรมหลักสูตร Basic Family Medicine for Primary Care Doctor เพื่อพัฒนาแพทย์ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๒๐๐ คน

๒) สหสาขาวิชาชีพ

๒.๑) โครงการหลักสูตรทันตสาธารณสุข (ทันตกรรมครอบครัว) จำนวน ๓๖ คน

๒.๒) โครงการพัฒนาทันตาภิบาลเพื่อคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๑๕๐ คน

๒.๓) โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๔๑๐ คน

๒.๔) โครงการอบรมหลักสูตรนักกายภาพบำบัด (ปี ๒๕๖๓ งดจัด)

๒.๕) โครงการอบรมหลักสูตรอบรมระยะสั้น หลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิ: เภสัชกรรมครอบครัวและชุมชน จำนวน ๑๒๐ คน

๒.๖) โครงการอบรมหลักสูตรสมรรถนะนักสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๔๐๐ คน

๓) ด้านบริหารจัดการ

๓.๑) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๑๘๐ คน

๓.๒) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๓๐๐ คน

๓.๕.๔ การพัฒนาอาจารย์แพทย์

- โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาอาจารย์และผู้รับผิดชอบการดำเนินงานหลักสูตร Basic Family Medicine for Primary Care Doctor จำนวน ๗๐ คน
- โครงการอบรม Training for Trainer (TOT) (อาจารย์แพทย์ใหม่) จำนวน ๕๐ คน

๓.๖ การพัฒนายกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.)

นอกเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาล (พลเอก ประยุทธ จันทร์โอชา) ได้กำหนดนโยบาย ข้อ ๙.๓ “การพัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้านควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้านในการดูแลประชาชนให้เข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เป้าหมายการพัฒนาอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ๘๐,๐๐๐ คน ได้รับค่าตอบแทน ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน คัดเลือกจากประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน/ตำบลตำบลละ ๑ คน ระยะเวลาการฝึกอบรม ระหว่างกันยายน ๒๕๖๒ – มีนาคม ๒๕๖๓ และตั้งมีการติดตามประเมินผลระหว่าง เมษายน - กันยายน ๒๕๖๓ โดยหลักสูตรการอบรม ๖ วิชา รวม ๑๘ ชั่วโมง งบประมาณ ๒๐,๐๗๘,๐๐๐ บาท ประกอบด้วยวิชาต่าง ๆ คือ ๑) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ ๒) การส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๓) ภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ ๔) เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ และแอปพลิเคชั่นด้านสุขภาพ และ ๕) ผู้นำการสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

บทบาทและหน้าที่ อสม. สนับสนุนให้มีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ทุกครอบครัวเป็นพี่เลี้ยง อสค. เฝ้าระวังป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย

สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ ใช้เครื่องมือสื่อสาร และแอปพลิเคชั่นคัดกรองประเมินสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหาและรายงานผล

สำหรับอบรมหลักสูตร เพิ่มพูนทักษะ ๑๐,๐๐๐ คน ได้รับค่าป่วยการเพิ่มขึ้นอีกเดือนละ ๑,๕๐๐ บาทต่อเดือน คัดเลือกจาก ๘๐,๐๐๐ คน โดยคัดเลือกจากประธาน อสม. ระดับตำบล หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่แทน เพื่อปฏิบัติหน้าที่กระจายอยู่อย่างน้อยตำบลละ ๑ คน โดยหลักสูตรการอบรมเพิ่มพูน ๖ ชั่วโมง งบประมาณ ๓๐,๔๐๐,๐๐๐ บาท เพื่อเป็นผู้นำในการพัฒนาสุขภาพชุมชน และการจัดบริการสุขภาพชุมชนที่จำเป็นร่วมกับทีมหมอครอบครัว และการประเมินผล อสม. โดยสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) ร่วมกับสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งนี้ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้กำหนดเป้าหมายจัดตั้งให้ครอบคลุมประชากร ร้อยละ ๔๐ ภายในปี ๒๕๖๓ และปัจจุบันได้มีการจัดตั้งหน่วยบริการเพิ่มขึ้นอีกจำนวน ๑,๐๙๘ หน่วย รวมเป็นทั้งสิ้น จำนวน ๒,๒๒๒ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ โดยการจัดตั้งกว่าร้อยละ ๓๐ เป็นการพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ที่มีอยู่เดิมให้มีความสามารถเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร อสส. คือ ประชาชนที่สมัครหรือได้รับการคัดเลือกจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยในการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยจะต้องผ่านการฝึกอบรมภาคบังคับตามหลักสูตรที่สำนักอนามัยกำหนด และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนตามความรู้และบทบาทหน้าที่ที่ได้รับหมอบหมาย

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.)

- รับผิดชอบดูแลประชาชนไม่น้อยกว่า ๑๕ – ๓๐ ครัวเรือนต่อ ๑ ชุมชน และให้บริการงานสาธารณสุขมูลฐาน ๑๔ ด้าน
- จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของพื้นที่
- เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน
- เป็นผู้ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่และองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันมี อสส. ขึ้นทะเบียน (ยอดสะสมปี ๒๕๒๗ – ๒๕๖๒) จำนวน ๓๕,๒๐๙ คน ในจำนวนนี้เป็น อสส. ที่มีสถานภาพปฏิบัติงาน จำนวน ๑๐,๗๓๗ คน มีจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนที่ขึ้นทะเบียน ๑,๓๐๐ แห่ง และ อสส.ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ๔,๘๙๓ คน

อสส. ที่มีสถานภาพปฏิบัติงาน จำนวน ๑๐,๗๓๗ คน ได้รับค่าป่วยการเช่นเดียวกับ อสม. คือ คนละ ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน และ อสส. ที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนจะได้รับเงินเพิ่มอีกคนละ ๑๔๐ บาทต่อวัน ทั้งนี้ ได้มีแนวทางพัฒนาศักยภาพ อสส. และให้ได้รับค่าป่วยการเพิ่มเป็น ๑,๕๐๐ บาทต่อเดือน เช่นเดียวกับ อสม.

การฝึกอบรมยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เป็นหมอประจำบ้านของกรุงเทพมหานครควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ส่งเสริมสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติบทบาท อสส. หมอประจำบ้าน เพื่อเป็นแกนนำเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ และขับเคลื่อนงานตามบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้น เพื่อลดโรค และปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพภาคประชาชนไปสู่ประชาชน จึงได้จัดทำโครงการฝึกอบรมยกระดับ อสส. เป็น อสส. หมอประจำบ้านของกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวน ๒๗๒ คน ประกอบด้วย ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครศูนย์บริการสาธารณสุข ๑ – ๖๘ และ อสส. ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง ๆ ละ ๓ คน กำหนดระยะเวลาดำเนินการโครงการระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ – มีนาคม ๒๕๖๓

สำหรับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน ของ อสส. พบว่า ภายใต้บทบาทหน้าที่เป็นจิตอาสา โดยไม่มุ่งหวังผลกำไร ดูแลประชาชนทุกชุมชนใน ๕๐ เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า ชุมชนแต่ละแห่งในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความแตกต่างกันมาก และมีจำนวนครัวเรือนที่แตกต่างกัน บางชุมชนมีความแออัด การทำหน้าที่ของ อสส. ต้องให้การดูแลช่วยเหลือทุกช่วงวัย และทุกโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การปฏิบัติหน้าที่บางกรณีที่ภาครัฐไม่ได้สนับสนุนงบประมาณ อสส. ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยด้วยงบประมาณของตนเอง เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น

สัดส่วนการดูแลประชากรของ อสส. ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประชากรหนาแน่น และบริบทสังคมเมืองที่มีความโดดเดี่ยวไม่รวมกลุ่ม การปฏิบัติหน้าที่ของ อสส. จึงมีความยากลำบากในการเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มและทุกครัวเรือน ซึ่งมีความแตกต่างกับพื้นที่ต่างจังหวัด ดังนั้น จึงต้องออกแบบการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๓.๗ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองเป็นแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ และได้มีบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญ ได้แก่ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งมีหลักการสำคัญ ในการกำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการถ่ายโอนอำนาจจากรัฐส่วนกลางไปสู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่างเป็นระบบ โดยมีแผนการ

กระจายอำนาจฯ เป็นเครื่องมือสำคัญ แม้ว่าในภายหลังจะได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ หลักการการกระจายอำนาจ ให้แก่ท้องถิ่นยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลง และเป็นเหตุผลสำคัญที่ได้มีการกำหนดให้มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเกิดขึ้น

แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามที่ปรากฏในแผนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ.๒๕๔๓ ซึ่งถือเป็นแผนฯ ฉบับแรก ระบุว่าการสาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งที่ปรากฏในแผนฯ ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยระบุภารกิจด้านสาธารณสุขหลายประการที่จะต้องมีการถ่ายโอนไปยัง อปท. ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมที่มีความสำคัญและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย ข้อมูลจากการศึกษาและติดตามผลการดำเนินงาน ภายหลังการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจฯ (ฉบับแรก) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ พบว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากนัก แม้ว่าจะมีการกำหนดภารกิจด้านสาธารณสุขให้มีการถ่ายโอนให้กับ อปท. แต่จากการติดตามประเมินผล พบว่าไม่มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ในแผนฯ เท่าที่ควร คณะกรรมการ กกถ. ในฐานะองค์กรนโยบายระดับชาติ ที่ทำหน้าที่กำกับและติดตามการกระจายอำนาจได้ติดตามในประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมาโดยตลอด และส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญเกิดขึ้น คือ การเสนอรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับความพร้อมและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งเป็นพื้นที่ ๔ รูปแบบ คือ ๑) ถ่ายโอนแบบแยกส่วน ๒) ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ ๓) จัดตั้งเป็นองค์กรมหาชน และ ๔) จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ สำหรับกรณีรูปแบบการถ่ายโอนแบบแยกส่วน ได้มีการเสนอให้ถ่ายโอนสถานบริการในพื้นที่ไปสังกัด อปท.ในระดับต่าง ๆ ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ได้มีแนวคิดที่เสนอให้มีถ่ายโอนสถานีอนามัยไปสู่ อปท. ในระดับต่าง ๆ

ต่อมาในแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ ๒ ที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ประเด็นการถ่ายโอนสถานีอนามัยไป อปท. ได้มีการระบุอย่างชัดเจนไว้ในแผนฯ และมีการกำหนดเงื่อนเวลาดำเนินการให้แล้วเสร็จในระยะสุดท้ายของแผนฯ คือ พ.ศ.๒๕๕๓ ซึ่งหากไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จก็ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. ประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงมุ่งไปประเด็นการถ่ายโอนสถานีอนามัยไป อปท. เป็นสำคัญ ช่วงเวลาดังกล่าวได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ กล่าวคือ คณะกรรมการ กกถ. ได้มีมติอนุมัติให้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัย ไป อปท. และในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้มีการขับเคลื่อนอย่างเข้มข้นและจริงจังที่อาศัยแรงผลักดันทางการเมืองและภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขส่งผลให้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยไป อปท. อย่างสมบูรณ์โดยกำหนดเป้าหมายการถ่ายโอนไว้ทั้งสิ้น จำนวน ๓๕ แห่ง และได้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัย ๒๒ แห่ง ได้สำเร็จเป็นครั้งแรกและตามมาอีก ๖ แห่ง ในภายหลัง รวมเป็น ๒๘ แห่ง แต่ปัญหาที่พบ คือ ยังขาดการวางแผนและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ คือ การพัฒนาความเข้มแข็งและศักยภาพของ อปท. ทั้งระดับ

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ รวมทั้งความไม่ชัดเจนและการสนับสนุนนโยบายที่ยังไม่ดีเพียงพอ ส่งผลให้สถานีอนามัยจำนวน ๗ แห่งที่เป็นเป้าหมายการโอนในระยะแรก ได้มีการยกเลิกการถ่ายโอนซึ่งมีสาเหตุทั้งด้วยเหตุผลจากทางผู้โอนและผู้รับโอนประกอบกัน และการถ่ายโอนสถานีอนามัยไป อปท. ในระยะต่อมาก็ไม่ได้มีการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและชัดเจนอย่างเพียงพอจากผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และในด้านของ อปท.ที่รับโอนก็เกิดความไม่มั่นใจและไม่แน่ใจต่อความยั่งยืนของนโยบาย มี อปท. หลายพื้นที่ได้ปรับเปลี่ยนท่าทีจากการยินดีรับโอนไปสู่การปรับโครงสร้างกรอบอัตรากำลังและจัดสร้างสถานบริการ รวมถึงหาทางในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพรวมต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของการจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศในที่สุด

ปัจจุบันมีการถ่ายโอน รพ.สต. ได้ค่อนข้างน้อยมาก คือ ประมาณ ๕๗ แห่ง จาก รพ.สต. ทั่วประเทศ ประมาณ ๙,๗๗๕ แห่ง คิดเป็นเพียงร้อยละ ๐.๖ โดยจากการประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๕๑ พื้นที่พบว่า มีปัญหาค่อนข้างหลากหลาย เช่น การถ่ายโอนเกิดจากผู้บริหารของอปท.และสาธารณสุข ไม่ได้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ขาดการสื่อสารที่ดี ไม่ได้จัดตั้งกองสาธารณสุขขึ้นมาดูแลหน่วยบริการที่ถ่ายโอน มีกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรค โดยเฉพาะเรื่องความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่ และกรอบอัตรากาลังสายวิชาชีพ เป็นต้น

๓.๘ บทบาทและภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการรองรับสถานการณ์และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้ดำเนินการประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และภาคีเครือข่ายที่ ดำเนินการในพื้นที่

๑. มาตรการป้องกันเชิงรุกการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- เคาะประตูบ้าน ต้านโรค COVID-19 ค้นหากลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในบ้าน
- ออกติดตามผู้ป่วยเฝ้าระวังโรค COVID-19 ในพื้นที่โดยมีการตรวจวัดอุณหภูมิ สอบถามอาการ
- บันทึกข้อมูลตามแบบรายงานติดตามโรค COVID-19 และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19
- วางระบบการป้องกันควบคุมโรคใน Camp คนงาน โรงงาน คอนโด อพาร์ทเมนท์ หมู่บ้าน และสถานที่เสี่ยง
- รณรงค์ให้ความรู้ แจกเจลแอลกอฮอล์ ให้คำแนะนำ
- จัดตั้งจุดคัดกรอง ตรวจวัดไข้ พระ และประชาชนในสถานที่ต่าง ๆ เช่น วัด ด่าน

๒. ร่วมสอบสวนโรคควบคุมและเฝ้าระวังการระบาดร่วมกับทีมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอ (Communicable Disease Control Unit : CDCU)

๓. การบริหารจัดการและดูแลโรคเรื้อรัง (NCDs Management)

- กลุ่มควบคุมโรคได้ : อสม. DRUG DELIVERY / Drive thru รับยา / ผู้ใหญ่บ้าน ท้องถิ่น รับยาแทน

- กลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ : Telemedicine, Self-care เชิงรุก เยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามความจำเป็น

๔. ดูแลติดตามกลุ่มประชาชนที่ต้อง Home Isolation & Quarantine โดยร่วมกับ สสจ., โรงพยาบาล สสอ., รพ.สต., อสม., ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น ท้องที่ ฯลฯ ในการเตรียมบ้านและชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล หรือกักตัวที่บ้าน โดยมีการสื่อสารจัดการความรู้ของคนในชุมชน

๕. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) DRUG DELIVERY

- ลดการแพร่กระจายของโรค COVID-19

- ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) รับยาต่อเนื่องหรือบริการทางการแพทย์ตามความจำเป็น โดยโรงพยาบาลจัดส่งยาทางไปรษณีย์ หรือส่งยาและประวัติการรักษาไปที่ รพ.สต. หรือร้านยาใกล้บ้าน เพื่อรับยาใกล้บ้าน ผ่าน รพ.สต. ร้านยาใกล้บ้าน จะลดความเสี่ยงในการสัมผัสโรค ลดความแออัดในโรงพยาบาล

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (รพ.สต.) และ อสม. มีการตรวจประเมินอาการ วัดความดันโลหิต ฯลฯ สามารถ ปรึกษาผ่านระบบ Telemedicine,ด้วย program social กับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- อสม. ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ตรวจเช็คยากับคนไข้ที่นำไปส่งว่า ตรงกับยาเดิมที่รับประทานหรือไม่ พร้อมให้คำแนะนำ

- แจ้งนัดหมายรับยาครั้งต่อไป ตามใบนัดให้คนไข้ตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมาย

ภาคผนวก ข.

คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการ ศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีต่อประชาชน

คำสั่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ที่ ๖ /๒๕๖๒
เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๓/๒๕๖๒ วันพุธที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมาธิการการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนาพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมาธิการเห็นสมควรตั้งคณะอนุกรรมาธิการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาและติดตามการดำเนินงานในด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๙ และระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมาธิการซึ่งมิใช่กรรมาธิการในคณะ พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงมีมติตั้งคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ซึ่งคณะอนุกรรมาธิการคณะนี้ ประกอบด้วย

<u>ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ</u>

๑. รองศาสตราจารย์ประยุทธ ศิริวงษ์
๒. รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์
๓. พันเอก ชุมนุมชาติ บานพับทอง
๔. ว่าที่ร้อยตรี ธีระพล โชคนำชัย
๕. เรือเอก ชิดชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร
๖. นายเอกลักษณ์ ยิ้มวิไล
๗. ศาสตราจารย์นครชัย เผื่อนปฐม
๘. รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล
๙. รองศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต
๑๐. นายชาญชัย จันทร์วรชัยกุล

อนุกรรมาธิการ ...

อนุกรรมาธิการ

๑. พลโท อำพน ชูประทุม	ประธานคณะอนุกรรมาธิการ
๒. นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี	รองประธานคณะอนุกรรมาธิการ คนที่หนึ่ง
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ	รองประธานคณะอนุกรรมาธิการ คนที่สอง
๔. นางภรณี ลีนุตพงษ์	อนุกรรมาธิการ
๕. ศาสตราจารย์ยง ภู่วรวรรณ	อนุกรรมาธิการ
๖. นายยงยศ ธรรมวุฒิ	อนุกรรมาธิการ
๗. พลเอก ยุทธศักดิ์ ธนะธนิต	อนุกรรมาธิการ
๘. นายสุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา	อนุกรรมาธิการ
๙. รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์	อนุกรรมาธิการ
๑๐. นางศิริรัตน์ ตันปิชาติ	อนุกรรมาธิการและเลขานุการ
๑๑. นางนิตญาภรณ์ เผด็จศึก	อนุกรรมาธิการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. พิจารณาศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านกฎหมายสาธารณสุข รวมทั้งการพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับสิทธิของประชาชนการรักษาพยาบาล ระบบการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย และการบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่น

๒. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมาธิการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมาธิการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมาธิการ

๓. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมาธิการมอบหมาย และจัดทำผลการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมาธิการ ภายในเวลา ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่มีคำสั่งแต่งตั้ง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

คำสั่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ ๑๐ / ๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน (เพิ่มเติม)

ตามที่ได้มีคำสั่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ ๖/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาและติดตามการดำเนินงานในด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๙ ประกอบกับระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมาธิการซึ่งมิใช่กรรมาธิการในคณะ พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเห็นควรแต่งตั้ง นายสุนทร สุนทรชาติ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นอนุกรรมาธิการ เพิ่มเติม

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

คำสั่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ที่ ๒ /๒๕๖๓
เรื่อง แต่งตั้งที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน (เพิ่มเติม)

ตามที่ได้มีคำสั่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ ๖/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาและติดตามการดำเนินงานในด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๙ ประกอบกับระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมาธิการซึ่งมิใช่กรรมาธิการในคณะ พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเห็นควรแต่งตั้งที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ เพิ่มเติม ดังนี้

๑) นางภาวนา อังคสิทธิ์
๒) นายสุรชาติ หนุนภักดี
๓) นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

คำสั่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ที่ ๗ /๒๕๖๓
เรื่อง เปลี่ยนแปลงตำแหน่งในคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน

ตามที่ได้มีคำสั่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ ๖/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน และคำสั่ง ที่ ๒/๒๕๖๓ เรื่องแต่งตั้งที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการฯ เพิ่มเติม เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาและติดตามการดำเนินงานในด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๙ ประกอบกับระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมาธิการซึ่งมิใช่กรรมาธิการในคณะ พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเห็นควรเปลี่ยนแปลงตำแหน่งอนุกรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ ดังนี้

๑) นางศิริรัตน์ ตันปิชาติ อนุกรรมาธิการและเลขานุการ เปลี่ยนเป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

๒) นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ เปลี่ยนเป็นอนุกรรมาธิการและเลขานุการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

ภาคผนวก ค.

ภาพการประชุมและการศึกษาดูงาน ของคณะอนุกรรมาธิการ

ภาพประกอบการประชุม
ของคณะอนุกรรมาธิการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๒ – สิงหาคม ๒๕๖๓

นายพรีวงษ์ จุลกมนตรี
รองประธานคณะอนุกรรมาธิการ
นายยงยศ ธรรมวุฒิ
อนุกรรมาธิการ
BOSCH
BOSCH

รองศาสตราจารย์ประยุทธ ศิริวงษ์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ
รองประธานคณะอนุกรรมาธิการ คนที่สอง
BOSCH

นายสุรชาติ พนุนภักดี
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ
นายชาญชัย จันทร์วรชัยกุล
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

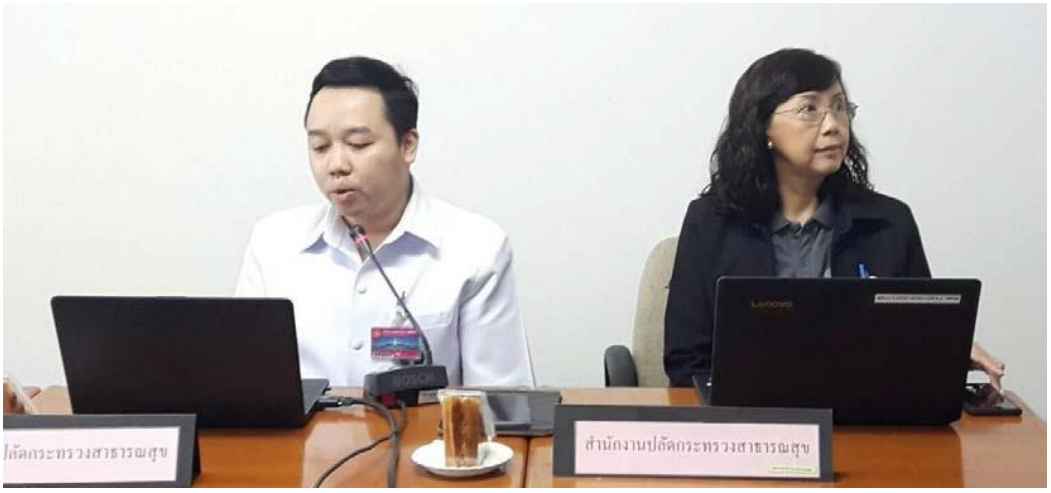
BOSCH
ศาสตราจารย์ชง ภู่วรวรรณ
อนุกรรมาธิการ

BOSCH

BOSCH
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

BOSCH
BOSCH
BOSCH
กรุงเทพมหานคร

นายชาญชัย จันทร์วรชัยกุล
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ
รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ
รองศาสตราจารย์พิเชิง กุลละวณิชย์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ


สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ
พลเอก ยุทธศักดิ์ ธนะธนิต
อนุกรรมาธิการ
รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

เรือเอก เภสัชกร ชิดชนกสิทธิ์ วัฒนศิริ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

ศาสตราจารย์นครชัย เผื่อนปฐม
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

พันเอก ชุมนุมชาติ บานพับทอง
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

รพ.สต.ท่าชัง จ.สงขลา

รพ.สต.สบหาร จ.แม่ฮ่องสอน

รพ.สต.สบหาร จ.แม่ฮ่องสอน

รพ.สต.ท่าพระ จ.ขอนแก่น

ว่าที่ร้อยตรี อีระพล โชคม่าย
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ

BOSCH

ภก.ดร. ศิริวัตน์ ตันปิชาติ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิ

นายสุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา
อนุกรรมาธิการ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

นายสุนทร สุนทราชี
อนุกรรมาธิการ

โรงพยาบาลเลิดสิน
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
BOSCH

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
BOSCH

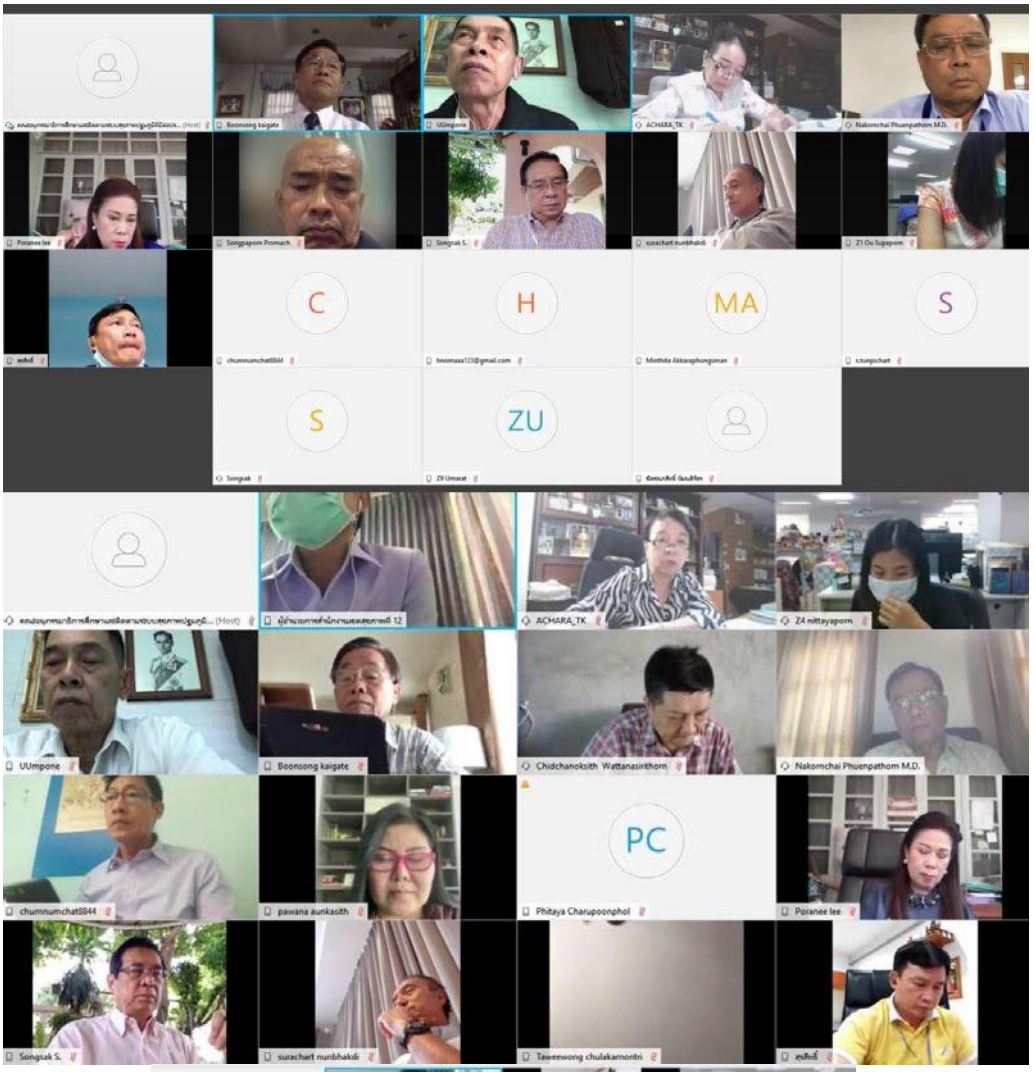
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

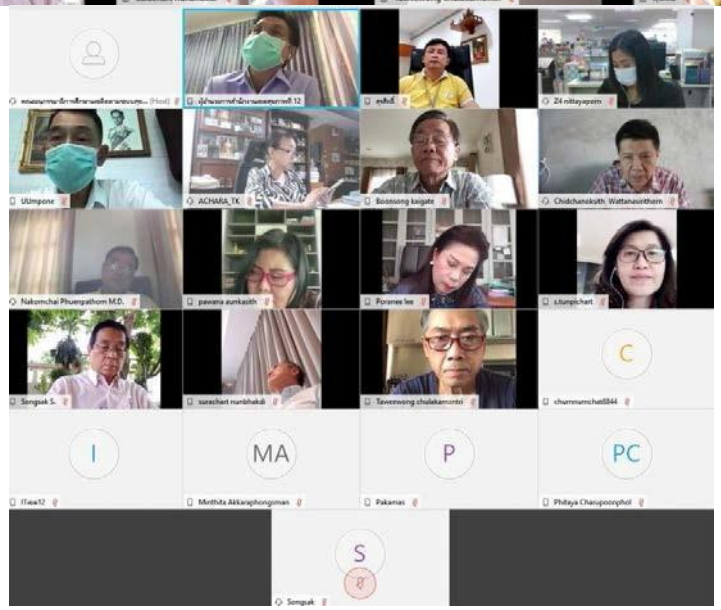
สำนักงบประมาณ

นายสุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา
อนุกรรมาธิการ
พลเอก อุทรศักดิ์ อนะจนิต
อนุกรรมาธิการ

นางนิตญากรณ์ เผือศิก
อนุกรรมาธิการและผู้ช่วยเลขานุการ

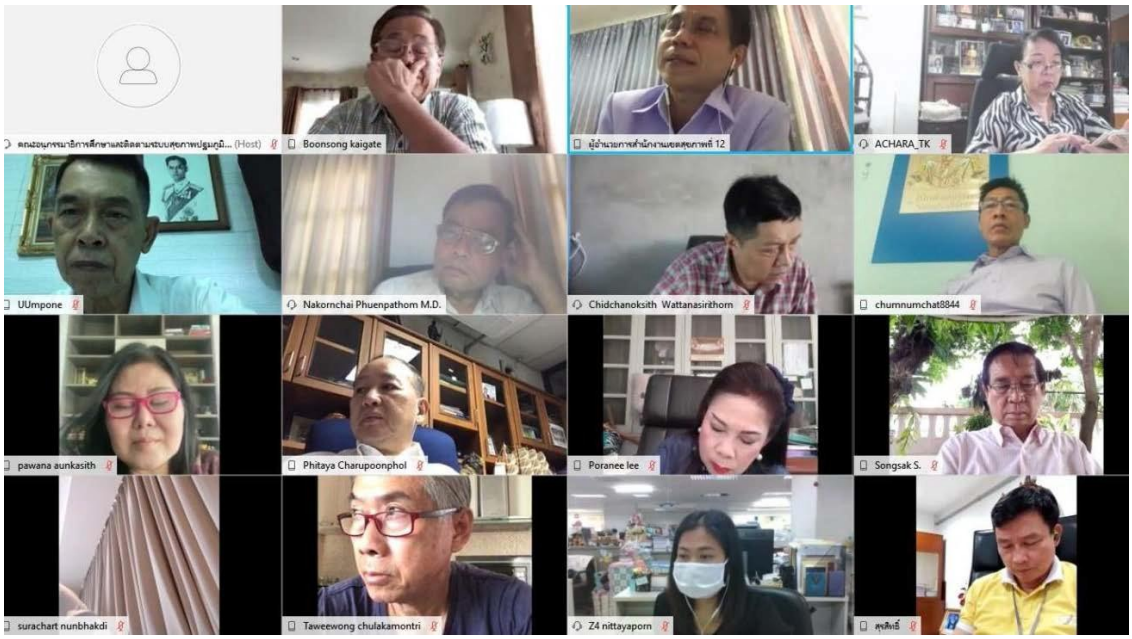
ภาพประกอบการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม Cisco Webex Meeting)
(ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19)
(Coronavirus Disease 2019 (CIVID-19)
ระหว่างวันที่ ๑๔ เมษายน – ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓



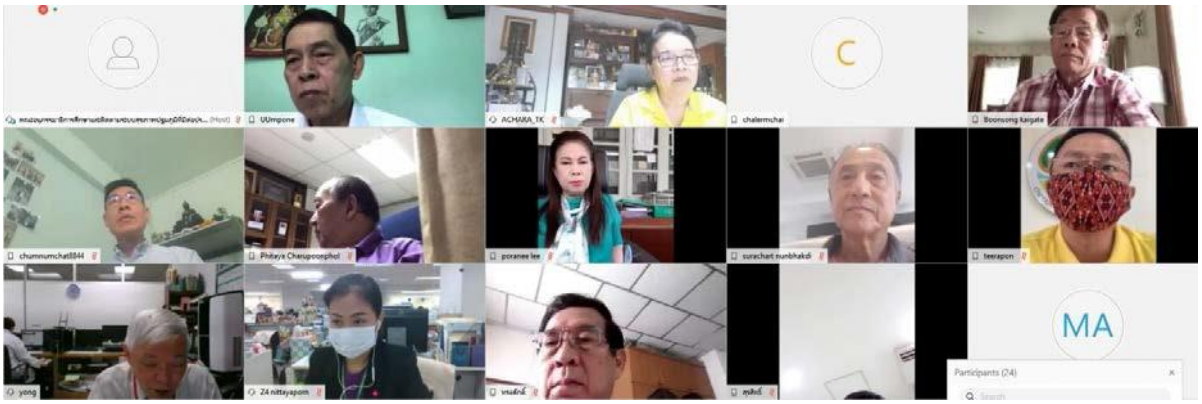


UUmpone
ACHARA_TK
chalermchai
Nakornchai Phuenpathom M.D.
Phitaya Charupoonphol
poranee lee
teerapon
Z4 nittayaporn

Nakornchai Phuenpathom M.D.
pawana aunkasith
teerapon
UUmpone
ACHARA_TK
Boonsong kaigate
chumnumchat8844
Phitaya Charupoonphol
MA
PL
S
Minthita Akkaraphongsman
poranee lee
s.tunpichart


Boonsong kaigate
ACHARA_TK
UUmpone
Nakornchai Phuenpathom M.D.
Chidchanoksith Wattanasirithorn
chumnumchat8844
pawana aunkasith
Phitaya Charupoonphol
Poranee lee
Songsak S.
surachart nunbhakdi
Taweewong chulakamontri
Z4 nittayaporn

TRAT
UUmpone
Boonsong kaigate
ACHARA_TK
Chidchanokkith Wattanasirithorn
Nakorncha Phuenpathom M.D.
pawana aunkasith
Poranee lee
Phitaya Charuposonphol
surachart nunbhakdi
Taweewong chulakamontri
Z4 nittayaporn
teerapon
A
C
MA
S
Participants (22)
Z10 pakamas
UUmpone
ACHARA_TK
chumnumchat8844
Methita Akkaraphongsuwan
s.tunpichet


UUmpone
ACHARA_TK
chalermchai
Boonsong kaigate
chumnumchat8844
Phitaya Charuposonphol
poranee lee
surachart nunbhakdi
teerapon
yong
Z4 nittayaporn
MA
Participants (24)

จังหวัดตราด

UUmpone
ACHARA_TK
Boonsong kaigate
Chidchanoksith Wattanasirithorn
Nakornchai Phuenpathom M.D.
pawana aunkasith
Poranee lee
Songsak S.
surachart nunbhakdi
Taweewong chulakamontri
chumnumchat8844

Chidchanoksith Wattanasirithorn
Phitaya Charupoonphol
chumnumchat8844
Z4 Nittayaporn
MA
Minthita Akkaraphongsman
PA
pawana aunkasith
SP
Songpaporn Promach
TC
Taweewong chulakamontri
ZN
Z8 Nongrak Nao
ZU
Z9 Umarat

การศึกษาดูงาน

วันพฤหัสบดีที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๓

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี

ศึกษาดูงาน
ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๘ จี๊ด-ทองคำ บำเพ็ญ
ศูนย์ราชการกรุงเทพมหานคร (เกียกกาย)

รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง “การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)”

<u>คณะผู้รับผิดชอบ</u>
<u>ในการจัดทำรายงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา</u>

นายต้นพงศ์ ตั้งเติมทอง	ผู้อำนวยการสำนักกรรมาธิการ ๓

<u>ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา</u>

นางสุภาพร วิเชียรเพชร	ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน
นางพิมพ์รวีย์ สุจินดาวัฒน์	นิติกรชำนาญการ
นางนิตญาภรณ์ เผด็จศึก	นิติกรชำนาญการ
นางกนิษฐา กาวีนุ	นิติกรชำนาญการ
นางสาวอภิรดา บัวทอง	วิทยากรชำนาญการ
นายศุภกร จันทร์ศรีสุริยะวงษ์	วิทยากรปฏิบัติการ
นางกนกพร สาดประดับ	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
นางสาวนงค์ลักษ์ เนาว์แก้ว	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
นางสาวอุมารัตน์ อัยรา	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
นางสาวผกามาศ มีแป้น	พนักงานสนับสนุนการประชุม

****สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมาธิการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข**
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ – ๒๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๐
โทร. ๐๘๒ ๗๘๒ ๔๑๘๖, Email : healthcom58@gmail.com

ออกแบบโดย : สำนักการพิมพ์
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
๐ ๒๘๓๑ ๕๘๘๐, ๐ ๒๘๓๑ ๙๔๗๑ - ๒, ๐ ๒๘๓๑ ๙๔๗๕

ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ
ISO
9001:2015
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM