



รายงานผลการพิจารณาศึกษา

เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ขอ

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขารการวุฒิสภา



รายงานผลการพิจารณาศึกษา

เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ของ

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โทร. ๙๒๑๙ - ๒๐

ที่ สว ๐๐๑๙.๑๙/(ร ๑๕) วันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาขอหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|---|--------------------------------|
| ๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี | เลขาธิการคณะกรรมการ |
| ๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๗. พลโท อำพน ชูประทุม | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๘. พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๙. นายพิศาล มาณวพัฒน์ | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๐. พลเอก วินัย สร้างสุชาติ | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๑. พลเอก จีระศักดิ์ ชมประสพ | |
| ๑๒. พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม | |
| ๑๓. นางทัศนียา ยุวานนท์ | |
| ๑๔. นายพิทักษ์ ไชยเจริญ | |
| ๑๕. พลเอก วรวิทย์ บุญญะสิทธิ์ | |
| ๑๖. พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข | |
| ๑๗. นางสุนี จึงวิโรจน์ | |

บัดนี้ ...

บัดนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ” เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมวุฒิสภา เพื่อพิจารณา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๘ ต่อไป

(ลงชื่อ) เจตน์ ศิรธรานนท์

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง

(นางสุภาพร วิเชียรเพชร)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

(นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข
สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทร. ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐

นิตยาภรณ์ พิมพ์
กนิษฐา อภिरดา ศุภกร ทาน ๑
สุภาพร ทาน ๒

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



นายเจตน์ ศิรธรานนท์
ประธานคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง



นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง



รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุเวโซ
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม



นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี
เลขานุการคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่เกษ
โฆษกคณะกรรมการ



พลโท อำพน ชูประทุม
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายพิศาล มาณวพัฒน์
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลเอก วินัย สร้างสุขดี
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลเอก จีระศักดิ์ ชมประสพ
กรรมาธิการ



พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม
กรรมาธิการ



นางทัศนียา ยูวานนท์
กรรมาธิการ



นายพิทักษ์ ไชยเจริญ
กรรมาธิการ



พลเอก วรার্থ บัญญัติสิทธิ์
กรรมาธิการ



พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข
กรรมาธิการ



นางสุนี จิงวิโรจน์
กรรมาธิการ

คณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



พลโท อ่ำพน ชูประทุม
ประธานคณะอนุกรรมการ



นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี
รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไช้เกษ
รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง



รองศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต
อนุกรรมการ



นางภรณ์ ลีนุตพงษ์
อนุกรรมการ



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล
อนุกรรมการ



พลเอก ยุทธศักดิ์ ธนะจันิต
อนุกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา
อนุกรรมการ



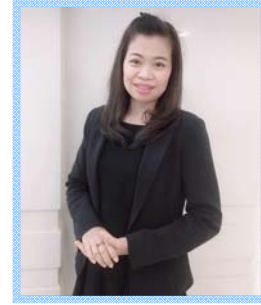
นายสุนทร สุนทรชาติ
อนุกรรมการ



รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์
อนุกรรมการ



นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย
อนุกรรมการและเลขานุการ



นางนิตยาภรณ์ เฟด็จศึก
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



ศาสตราจารย์ภิกขานพินิจ กุลละวณิชย์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



พันเอก ชุมนุมชาติ บานพับทอง
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



ว่าที่ร้อยตรี ชีระพล โชคนำชัย
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



เรือเอก ชิตชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายชาญชัย จันทรรวงชัยกุล
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางสาวสุดคนึง ฤทธิฤกษ์ชัย
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางศิริรัตน์ ตันปชาติ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

รายงานการพิจารณาศึกษา
ของ
คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
การดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ”

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมการการสาธารณสุข และตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) โดยมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของ การเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูป ประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ” เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงาน ผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๘ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาและติดตามระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ประกอบด้วย

อนุกรรมการ

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ๑. พลโท อำพน ชูประทุม | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒. นายทวีวงษ์ จุลกมนตรี | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไช้เกษ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. รองศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต | อนุกรรมการ |
| ๕. รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล | อนุกรรมการ |
| ๖. นางภรณ์ สีนุตพงษ์ | อนุกรรมการ |
| ๗. พลเอก ยุทธศักดิ์ ธนะธนิต | อนุกรรมการ |
| ๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา | อนุกรรมการ |
| ๙. นายสุนทร สุนทรชาติ | อนุกรรมการ |
| ๑๐. รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นายสฤกษ์ดีเดช เจริญไชย | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| ๑๒. นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑. ศาสตราจารย์ยง ภู่วรรณ
๒. นายยงยศ ธรรมวุฒิ
๓. รองศาสตราจารย์ประยุทธ์ ศิริวงศ์
๔. ศาสตราจารย์ชานพินิจ กุลละวณิชย์
๕. พันเอก ชุมนุมชาติ บานพับทอง
๖. ว่าที่ร้อยตรี ธีระพล โชคนำชัย
๗. เรือเอก ชิตชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร
๘. นายเอกลักษณ์ ยิ้มวิไล
๙. นายชาญชัย จันทรรักษ์กุล
๑๐. ศาสตราจารย์นครชัย เผื่อนปฐม
๑๑. นางภาวนา อังคสิทธิ์
๑๒. นายสุรชาติ หนูนักดี
๑๓. นางศิริรัตน์ ตันปิชาติ
๑๔. นางสาวสุดคณิง ฤทธิ์ฤาชัย

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

๑) การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น
ในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ๑. นางสาวมัลลิกา เทพหัสดิน ณ อยุธยา | ผู้อำนวยการกองพัฒนาระบบราชการ ๒ |
| ๒. นายจิรวุฒิ ระโหลฐาน | ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพัฒนาระบบราชการ |
| ๓. นางมนัสสิรี เจียมวิจิตร | นักพัฒนาระบบราชการชำนาญการพิเศษ |

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| ๑. นายสรเสริญ นามพรหม | ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล |
| ๒. นางสาวเสาวลักษณ์ ฉิดจาด | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ |
| ๓. นางสาวณัฐยาภรณ์ เดชา | นักทรัพยากรชำนาญการ |
| ๔. นางสาวศุภักษร รักสัตย์ | นักทรัพยากรชำนาญการ |
| ๕. นายสาธิต พนมแก่น | นักทรัพยากรชำนาญการ |

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| ๑. นายแพทย์สฤกษ์ดีเดช เจริญไชย | รองผู้อำนวยการสำนัก |
| ๒. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | รองผู้อำนวยการสำนัก |
| ๓. นางจารุณี จันทร์เพชร | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ |
| ๔. นางสาวกนกพร ผ่องแผ้ว | นักวิชาการสาธารณสุข |

คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

- | | |
|--|---|
| ๑. ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ อดุม คชินทร | ประธานกรรมการปฏิรูปประเทศ
ด้านสาธารณสุข |
| ๒. นายแพทย์สุชม กาญจนพิมาย | กรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข |
| ๓. รองศาสตราจารย์ศิริอร สิ้นธุ | กรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข |
| ๔. นายแพทย์จรณ เพิ่มบถศรี | ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ
ด้านสาธารณสุข |

๒) การประชุมเพื่อพิจารณาศึกษาวิจัยข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมอง และให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ประกอบการพิจารณาศึกษาและการจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา

๓. ผลการพิจารณา

คณะกรรมการขอเสนอรายงาน เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ” โดยคณะกรรมการมอบหมายให้คณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ดำเนินการพิจารณา ศึกษากรณีดังกล่าว ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณารายงานฉบับนี้แล้ว และมีมติเห็นชอบกับรายงาน การพิจารณาศึกษาดังกล่าว โดยถือว่าเป็นรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ

จากการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการจึงขอเสนอรายงาน การพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ โดยมีรายละเอียดแนบท้ายนี้ เพื่อให้ที่ประชุมวุฒิสภาพิจารณา หากวุฒิสภาให้ความเห็นชอบด้วยกับผลการพิจารณา ศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ขอให้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาและดำเนินการ ตามแต่จะเห็นสมควรต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบไป



(นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี)

เลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

คำนำ

ตามที่คณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งได้มีการศึกษาและติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข รวมถึงพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาอย่างต่อเนื่องและ พบว่า ปัจจุบันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมียังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ประชาชนขาดโอกาส จากการพัฒนาและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานขับเคลื่อน ระบบที่มีสถานะทางกฎหมายที่ชัดเจน การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ยังมีปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ ส่งผลให้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิล่าช้า

ดังนั้น จึงเห็นควรพัฒนาหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงแบบครบวงจร โดยควรมีหน่วยงานสนับสนุนการบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่ระดับภูมิภาค (เขตสุขภาพ) ระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)) และระดับพื้นที่ (รพ.สต.) และเพื่อให้ การพัฒนา รวมถึงเพื่อรองรับและบูรณาการด้านการกระจายอำนาจ จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่ดูแล รับผิดชอบในการบริหารจัดการที่มีสถานะเป็นนิติบุคคล ระดับกรม เพื่อเพิ่มศักยภาพและขับเคลื่อนระบบ สุขภาพปฐมภูมิของประเทศ

พลโท



(อำพน ชูประทุม)

ประธานคณะอนุกรรมการการศึกษา
และติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ของคณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีการศึกษาความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริงและเท่าเทียมกัน ซึ่งได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ๒ ฉบับ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งได้กำหนดภารกิจของการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีอยู่จำนวนมาก เนื่องจากเป็นบริการด่านแรกของบริการสุขภาพประชาชนในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องทุกเพศทุกวัย และผสมผสานครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาล พึ่งพา และจนถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care) ประกอบกับบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นฐานรากของสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนของประเทศมาอย่างยาวนาน และเป็นกลไกที่จะสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประเทศ และเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ในเป้าหมายที่ ๓ ว่าด้วยการบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ รวมถึงการพัฒนากระบวนการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยเป็นการพัฒนาด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่สอดคล้องกับระดับโลกตามปฏิญญาแห่งอัสตานา (Declaration of Astana – WHO)

จากการศึกษาของคณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พบว่า ปัจจุบันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมียังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสจากการพัฒนาและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีสถานะทางกฎหมายที่ชัดเจน การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยยังมีปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ เช่น โครงสร้างเชิงอำนาจในการบริหารจัดการและการประสานงานที่ยังไม่มีอำนาจเพียงพอ หน่วยงานไม่มีสถานะทางกฎหมาย และการไม่มีหน่วยประสานงานหรือหน่วยงานเลขานุการที่มีอำนาจในการประสานจัดการอย่างแท้จริง เป็นเพียงหน่วยงานย่อยภายในระดับกรม ยังขาดกลไกการบริหาร การสั่งการ ส่งผลต่อการประสานงานระดับกระทรวง ระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การปฏิบัติมีความสับสนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิล่าช้า ซึ่งปัจจุบันหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้จัดตั้งเป็นสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) เป็นเพียงหน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีสถานะทางกฎหมาย และแม้ว่า ต่อมาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเสนอตั้งหน่วยงานระดับกอง ภายใต้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ “กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และยังไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนที่จะจัดตั้งกองดังกล่าวได้เมื่อใด

คณะอนุกรรมการเห็นว่า เพื่อให้การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถบรรลุเป้าหมายที่จะส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและทัดเทียมกันอย่างรวดเร็ว จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. ให้มีการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับกระทรวง ควรเป็นหน่วยงานถาวรระดับกรม โดยในขั้นต้นให้เป็นการจัดตั้งหน่วยงานระดับกอง แปรสภาพจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อภารกิจของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งในด้านการให้ความรู้ ประสานงาน การควบคุมคุณภาพมาตรฐานและการติดตามเครือข่ายปฐมภูมิทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถที่จะให้คำรับรองในการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงยกเลิกการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงควรมีสถานะเป็นหน่วยงานระดับกรม แต่ในระยะต้นเพื่อให้มีหน่วยปฏิบัติโดยรวดเร็ว จึงสรุปเสนอแผนการจัดตั้งเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

ระยะแรก : ระยะเร่งด่วน ควรเร่งรัดการจัดตั้งเป็นหน่วยงานระดับกอง โดยแปรสภาพจากสำนักสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกองสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสถานะทางกฎหมาย ภายใต้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจน มีผู้อำนวยการระดับสูงเป็นหัวหน้าหน่วยงาน ซึ่งสามารถประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงานในระยะแรก และให้มีการจัดตั้งหน่วยงานระดับภูมิภาคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อกำกับ ติดตาม ตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระยะที่สอง : ภายใน ๓ - ๕ ปี ภายหลังจากการจัดตั้งหน่วยงานระดับกองในระยะแรกแล้ว ให้มีการปฏิบัติงานควบคู่กับการศึกษางานโครงสร้างและงานที่ชัดเจน จึงมุ่งสู่การพัฒนาให้เป็นหน่วยงานระดับกรม เพื่อให้มีสถานะเป็นนิติบุคคล มีการกำกับดูแลการบริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณ ให้มีประสิทธิภาพได้อย่างคล่องตัว เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจระดับชาติต่อไป

๒. การกำหนดให้มีหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายทั้งในระดับส่วนกลางและระดับภูมิภาค เพื่อให้มีบทบาทในการกำกับ ติดตาม และตรวจสอบการดำเนินงาน รวมถึงการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนการควบคุม กำกับมิให้มีการนำข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในระบบข้อมูลไปเผยแพร่และไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง เพื่อเป็นการคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วยในระบบบริการ

๓. รูปแบบการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรกำหนดให้เป็นการบริหารร่วมกันของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในพื้นที่ เพื่อให้บริการสามารถตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมตามบริบทของพื้นที่

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรกำหนดหน้าที่ให้เป็นหน่วยงานหลักในการสร้างเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อให้เกิดกลไกความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งเป็นพลวัตปฐมภูมิร่วมกัน เพื่อให้มีการดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศทั้งในพื้นที่เขตชนบทและพื้นที่เขตเมืองซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นหน่วยปฐมภูมิในมาตรฐานเดียวกันของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ พร้อมทั้งพัฒนา รพ.สต. ให้มีศักยภาพสูงขึ้น รองรับเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๕. ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีเชื่อมต่อระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการตรวจรักษาขั้นต้นตามระบบการรักษาทางไกล (Telemedicine) และการเชื่อมต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรักษาต่อเนื่อง และประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในระบบ

๖. ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙ (๑) กำหนดว่า “กรณีการขอขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ถือเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบระหว่างแปดพันคนถึงหนึ่งหมื่นสองพันคน ทั้งนี้ เมื่อได้พิจารณาถึงความปลอดภัยและความสะดวกของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่แล้ว อาจพิจารณากำหนดเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามความเหมาะสมก็ได้” นั้น ปัจจุบันมีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้เพียง ๒,๖๙๘ แห่ง (ข้อมูล : มกราคม ๒๕๖๕, สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ) จากเป้าหมาย ๖,๕๐๐ แห่ง และสามารถดำเนินการได้เฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่มีจำนวนประชากรมาก แต่เป็นอุปสรรคต่อการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตชนบทและเขตเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ นอกจากนั้นประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกช่วงปี ๒๕๒๐ - ๒๕๒๑ มาตามลำดับ เช่น การกำหนดให้มีโครงการพัฒนาเพื่อบรรลุ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ปี ๒๕๔๓ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยส่วนใหญ่แทบทุกพื้นที่มีการดำเนินการด้านสาธารณสุขในลักษณะของระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยธรรมชาติ และเป็นระบบที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของคนในท้องถิ่น ซึ่งนับเป็นความยั่งยืน และจากการศึกษาดูงานในพื้นที่โดยเน้นในเรื่องของการพัฒนาด้วยสังคมขับเคลื่อนในรูปแบบปฐมภูมิที่เป็นพลวัต (พลวัตปฐมภูมิ) พบว่า พื้นที่ท้องถิ่นส่วนใหญ่มี่มีความพร้อม หากได้รับการส่งเสริมความรู้เรื่องปฐมภูมิ มีการพัฒนาขีดความสามารถ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สูงขึ้นมีการพัฒนาเทคโนโลยีในรูปแบบ Telemedicine มาใช้ และมีงบประมาณบริหารจำนวนหนึ่งในการบริหารจัดการ จะสามารถดำเนินการเป็นเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ด้วยระยะเวลาที่รวดเร็ว ดังนั้น การกำหนดเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการ อาจจะกำหนดจำนวนที่น้อยกว่า ๘,๐๐๐ คน โดยนำเกณฑ์การพิจารณาถึงความสะดวก ความปลอดภัยของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่มาใช้กำหนดเป็นหลักตามความเหมาะสม จะทำให้ประเทศไทยมีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิได้มากขึ้น ประชาชนได้ผลประโยชน์โดยตรงในเวลาอันรวดเร็ว

๗. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งปัจจุบันมีความขาดแคลนครูพิจารณานำกลยุทธ์คลินิกหมอครอบครัว การจัดแพทย์หมุนเวียนลงตรวจในพื้นที่ต่างๆ การสร้างระบบการตรวจรักษาโดยการนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาเสริมการตรวจรักษา การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการคงอยู่ เพื่อให้สามารถครอบคลุมทุกพื้นที่

๘. ควรพัฒนาและเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนประมาณ ๑,๐๔๗,๔๔๐ คน ให้มีความสามารถในด้านระบาดวิทยา และมีความรู้ความสามารถในด้านเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อรองรับการบริการในชุมชน และการติดต่อประสานงานกับแพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว

๙. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นภารกิจที่สำคัญระหว่างทั้งสองกระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริม

การปกครองท้องถิ่น และการให้บริการระบบบริการปฐมภูมิแก่ประชาชน ซึ่งมีภารกิจภายใต้กำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การถ่ายโอนดังกล่าวจึงมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ทั้งพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจในการถ่ายโอนของ รพ.สต. และบุคลากร รวมถึงระบบการบริหารจัดการงบประมาณ และการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบกับแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีการผลิตและพัฒนาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงควรพิจารณาการถ่ายโอนในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เมื่อหน่วยงานมีความพร้อมทั้งหน่วยงาน รพ.สต. และท้องถิ่น รวมทั้งมีการดำเนินการจัดทำโครงการนำร่อง (Sandbox) และมีการศึกษาในเรื่องดังนี้

๑) ด้านนโยบายและกฎหมาย ควรพิจารณาความทับซ้อนของกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ ทั้งพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจในด้านการบริหารจัดการ รพ.สต. และการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒) ด้านบุคลากร ควรกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานะ ตำแหน่ง และความก้าวหน้าของบุคลากรที่จะถ่ายโอนไป โดยมีระบบกลไกการเสนอกรอบงาน ความก้าวหน้า ความมั่นคงในตำแหน่ง โดยไม่ควรน้อยกว่าเดิมและชัดเจน

๓) ด้านการบริหารจัดการ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยพิจารณาร่วมกัน เพื่อกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการถ่ายโอน และการบริหารจัดการระบบ งบประมาณ และการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงควรมีกระบวนการศึกษาเรื่องการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากภาคประชาชน คนในพื้นที่ และภาคีเครือข่าย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาในการถ่ายโอนและเป็นข้อมูลที่สะท้อนความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งนี้ การถ่ายโอนไม่ควรเร่งรีบดำเนินการเป็นจำนวนมาก โดยควรกำหนดพื้นที่นำร่อง (Sandbox) เพื่อศึกษาการถ่ายโอนในพื้นที่จังหวัดที่ผ่านการประเมินความพร้อมในการรับถ่ายโอน รพ.สต. ก่อนการดำเนินการภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อให้ทราบถึงข้อดีข้อเสียและประสิทธิภาพที่เกิดกับประชาชนอย่างถ่องแท้

จากผลการพิจารณาศึกษาดังกล่าวมีข้อสรุปว่า การจัดตั้งหน่วยขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชน ดังนี้

- เป็นการสร้างระบบการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพต่อประชาชน โดยมีหน่วยงานขับเคลื่อนทั้งระดับส่วนกลาง และระดับภูมิภาค ซึ่งก่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานในทุกพื้นที่ รวมถึงสามารถกำหนดพื้นที่รับผิดชอบการดูแลประชาชนได้อย่างเหมาะสม

- เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนได้รับบริการในชุมชนและมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิดในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก และต่อเนื่อง จนถึงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care)

- เสริมระบบประกันสุขภาพของประชาชนที่มีอยู่เดิม

- ประชาชนได้รับบริการสุขภาพขั้นต้นที่สะดวก รวดเร็ว ลดความแออัด ลดเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายของประชาชน

- ทำให้เกิดบริการสาธารณสุขที่ยั่งยืนด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน

- เกิดความเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

- บุคลากรมีขวัญและกำลังใจอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างยาวนาน มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ และเกิดความมั่นคงของระบบสุขภาพ

สารบัญ

คำนำ	ม
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ฐ
สารบัญ	ด
บทที่ ๑ บทนำ	
๑.๑ ที่มาและความสำคัญของการศึกษา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาการศึกษา	๔
๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาการศึกษา	๔
๑.๔ ระยะเวลาในการพิจารณาการศึกษา	๕
๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะ	๕
๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๕
บทที่ ๒ เอกสารที่ใช้ในการศึกษา	
๒.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐	๗
๒.๒ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)	๗
๒.๓ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ	๘
๒.๔ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับ ๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑)	๘
๒.๕ แผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) ประกาศในราชกิจจานุเบกษา	๘
๒.๖ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๙
๒.๗ นโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๑๐
๒.๘ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	๑๐
๒.๙ คำสั่งแต่งตั้งหน่วยงานการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิปัจจุบัน ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๑๑
๒.๑๐ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒	๑๓
๒.๑๑ บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีต่อประชาชน	๑๓
๒.๑๒ รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการศึกษาติดตามระบบบริการปฐมภูมิที่มีผลต่อ ประชาชน ในคณะกรรมการการศึกษาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา	๑๔
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการและกระบวนการพิจารณาการศึกษา	
๓.๑ การศึกษารวบรวมข้อมูล	๑๗
๓.๒ การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูล และแสดงความคิดเห็นประกอบการพิจารณา	๑๗
๓.๓ การศึกษาดูงานในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการระดับสุขภาพปฐมภูมิ	๑๗

๓.๔ การประชุมศึกษา อภิปราย วิเคราะห์ สังเคราะห์ และเสนอแนะของคณะอนุกรรมการ	๑๗
---	----

บทที่ ๔ ผลการพิจารณาศึกษา

๔.๑ หน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน	๑๙
๔.๒ การกิจหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๑๙
๔.๒.๑ การกิจตามรัฐธรรมนูญ แผนปฏิรูปประเทศ นโยบายและยุทธศาสตร์	๒๐
๔.๒.๒ การกิจตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๐
๑) การกิจด้านการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการ สุขภาพปฐมภูมิ	๒๑
๒) การกิจด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๒๑
๓) การกิจด้านการบริหารจัดการงบประมาณ	๒๑
๔) การกิจด้านการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๒๒
๕) การกิจด้านการบริหารจัดการข้อมูล หรือศูนย์กลางข้อมูล (Data Center)	๒๒
๖) การกิจด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	๒๒
๗) การกิจด้านการพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๒๓
๘) การกิจด้านการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน	๒๔
๙) การกิจด้านการส่งเสริมและพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และการติดตามผลจากการถ่ายโอนภารกิจ	๒๔
๑๐) การกิจสนับสนุนส่งเสริมดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๒๔
๑๑) การกิจด้านอื่น ๆ	๒๔

บทที่ ๕ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๕.๑ บทสรุป	๒๗
๕.๒ ข้อเสนอแนะ	๒๗

ภาคผนวก

- ภาพประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการ	๓๗
- สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงานของคณะอนุกรรมการ	๔๗
- สรุปประเด็นการอภิปรายของสมาชิกวุฒิสภาในการพิจารณารายงานการพิจารณาศึกษา	๘๓

บทที่ ๑

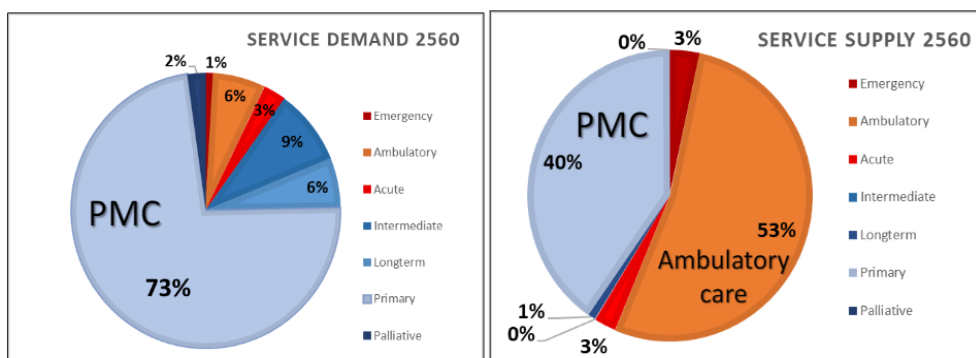
บทนำ

๑.๑ ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน เป็นบริการด่านแรกของบริการสุขภาพประชาชน ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องทุกเพศทุกวัย และผสมผสานครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาล พึ่งพา และจนถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) ซึ่งเป็นแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เบ็ดเสร็จผ่านระบบบริการสุขภาพด่านแรกปฐมภูมิ ระบบการใช้เครือข่าย การส่งต่อ การใช้เทคโนโลยี ผ่านระบบการดูแลสุขภาพและการรักษาทางไกล (Health care & Telemedicine)^๑ การพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายการให้บริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง ประชาชนก็มีโอกาสเข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลสุขภาพด้วยความสะดวก ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในพื้นที่ ด้วยบริการที่เป็นระบบ มาตรฐาน และมีการส่งต่อด้วยข้อมูลสุขภาพตามความจำเป็น ตามบริบทปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ประชาชนได้รับบริการตามเป้าหมายของระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

ทั้งนี้ จากข้อมูลการศึกษาพบว่า การให้บริการสุขภาพของประเทศยังไม่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของคนไทย โดยประชากรทั้งประเทศ ร้อยละ ๗๓ มีอาการเจ็บป่วยสามารถดูแลรักษาได้โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นด่านแรก^๒ แต่กลับพบว่า การบริการสุขภาพประชาชนในประเทศให้ความสำคัญกับการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะการบริการผู้ป่วยนอก (Out-Patient Department : OPD) คิดเป็นร้อยละ ๕๓ ซึ่งเป็นภาระต่อประชาชนที่ต้องเสียเวลารอคอย เสียค่าใช้จ่ายและเป็นภาระต่อผู้ใกล้ชิดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาด้วยตนเอง รวมทั้งเป็นภาระต่อโรงพยาบาล และเป็นภาระงบประมาณของแผ่นดิน จึงเป็นการจัดบริการสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพประชากร

ความต้องการด้านสุขภาพของประชากร
และความไม่สอดคล้องกับรูปแบบบริการ



^๑ ประกาศแพทยสภา ที่ ๕๔/๒๕๖๓ เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์

^๒ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, เรื่อง ความไม่สอดคล้องของรูปแบบการจัดบริการกับความต้องการด้านสุขภาพของประชากร ปี ๒๕๖๐, บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๒๓, ๒๕๖๓, : ๔.

สถานการณ์ปัจจุบันได้สะท้อนให้เห็นความจำเป็น ศักยภาพและโอกาสในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ตามแนวทางปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ตั้งไว้ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพจากบริการด่านแรกที่ทำให้การดูแลแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ เพื่อลดความแออัด และลดการรอคอยของประชาชนในโรงพยาบาล อีกทั้งยังมีการดูแลต่อเนื่องทั้งการส่งต่อและรับกลับ ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งให้การดูแลลงไปถึงระดับชุมชนและครอบครัว และยังเป็นการลดภาระงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งจะเป็นไปตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนในด้าน Digital healthcare ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในอนาคตและจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการปรับเปลี่ยนการให้บริการในระบบสุขภาพ จากเดิมเน้นเรื่องการรักษาเป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยกระบวนการดังกล่าว มิได้เกิดขึ้นเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่จะเปลี่ยนฐานการดูแลไปอยู่ที่บ้านหรือชุมชน โดยนำเทคโนโลยีมาใช้^๓

ระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิปัจจุบัน เป็นการบริหารจัดการผ่านเครือข่ายในพื้นที่คือ โรงพยาบาลที่รับผิดชอบเครือข่าย โดยมีการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผ่านสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วน ทั้ง รพ.สต. กว่า ๙,๗๘๗ แห่ง รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้ว กว่า ๒,๖๙๘ แห่ง (ข้อมูล : มกราคม ๒๕๖๕, สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ) โดยภารกิจดังกล่าวครอบคลุมในทุกพื้นที่ของประเทศและมีการบริหารจัดการทั้งด้านเครือข่าย ระบบข้อมูล การส่งต่อ งบประมาณ ทรัพยากร และบุคลากร โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิรูประบบบริการตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นภารกิจเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ กอปรกับจำนวนพื้นที่ในการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทยผ่านกลไกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการส่งต่อ เพื่อให้มีการบริหารจัดการเป็นไปตามเป้าหมาย

นอกจากนี้ ภารกิจของบริการสุขภาพปฐมภูมิยังเป็นภารกิจที่เป็นฐานรากฝังลึกอยู่กับชุมชนมาอย่างยาวนาน โดยประชาชนในพื้นที่ร่วมมือร่วมใจกันในการบริการสุขภาพของชุมชน ทั้งภาวะปกติ และภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อ ทั้งโรคอุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ โดยเฉพาะจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ ซึ่งการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิที่มีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น รพ.สต. เอกชน ผู้นำชุมชน ประชาชน มูลนิธิ อาสาสมัคร จิตอาสา และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถดำเนินงานการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังคมพลวัต (Primary Health System Under Dynamic Society) ได้อย่างเข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพเป็นที่ประจักษ์ชัดเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในเรื่องของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่สร้างกลไกความร่วมมือในทุกภาคส่วน ซึ่งจะเป็นระบบที่เข้มแข็งและยั่งยืนในการดูแลประชาชนในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่สำคัญอีกประการหนึ่งของบริการสุขภาพปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้หลักการการกระจายอำนาจ และเพื่อให้คนในท้องถิ่นได้บริหารจัดการดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่นหรือ

^๓ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข, เรื่อง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่เกี่ยวข้อง ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง), บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการธิการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗, ๒๕๖๔, : หน้า ๔

ชุมชนตนเอง ซึ่งบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นหนึ่งในภารกิจที่ถูกกำหนดให้มีการกระจายอำนาจ โดยการกระจายภารกิจของ รพ.สต. ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งได้เริ่มมีการถ่ายโอนตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยพบว่า ได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ รพ.สต. จำนวน ๒๗ แห่ง ในปี ๒๕๕๑ จำนวน ๑๙ แห่งในปี ๒๕๕๕ จำนวน ๘ แห่งในปี ๒๕๕๗ จำนวน ๑ แห่งในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๖ แห่งในปี ๒๕๖๒ และจำนวน ๘ แห่ง ในปี ๒๕๖๓ รวมทั้งสิ้น ๖๕ แห่ง จาก สอน. และ รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น ๙,๗๘๗ แห่งทั่วประเทศ^๔ จนกระทั่งต่อมาได้มีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดแผนให้ถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัย และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเป็นการปรับแนวทางการถ่ายโอนให้สามารถดำเนินการได้ง่ายขึ้น โดยได้กำหนดให้ประเมิน อบจ. ที่จะรับถ่ายโอนเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับดี ให้รับถ่ายโอนอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง ระดับดีมาก ให้รับการถ่ายโอนได้อย่างน้อย ๒ แห่ง และระดับดีเลิศ ให้รับการถ่ายโอนได้ทุกแห่งในจังหวัด โดยได้ดำเนินการแสดงความจำนงเพื่อถ่ายโอนตามประกาศดังกล่าว จำนวน ๓,๓๖๗ แห่ง^๕

ต่อกรณีดังกล่าว เนื่องจาก รพ.สต. เป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่มีกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ชุมชน ในท้องถิ่นของประเทศกว่า ๙,๗๘๗ แห่ง ซึ่งเป็นฐานรากของสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนของประเทศมาอย่างยาวนาน จึงเป็นฐานสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนั้น การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. อาจมีผลต่อการบริการจัดการระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งด้านการบูรณาการ การประสานความเชื่อมโยง การส่งต่อ และการบริหารจัดการงบประมาณ โดยเฉพาะด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงความก้าวหน้าของบุคลากร ซึ่งควรต้องมีหน่วยงานหลักระดับกรมเพื่อดำเนินการและบูรณาการระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานอื่นในส่วนภูมิภาค รวมถึงการศึกษาถึงผลการบริหารจัดการและการรองรับในกรณีการถ่ายโอนตามการกระจายอำนาจที่มีผลต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งได้มีการศึกษาและติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและพบว่า ปัจจุบันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสจากการพัฒนาและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานขับเคลื่อนระบบที่มีสถานะทางกฎหมายที่ชัดเจน การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยยังมีปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ เช่น โครงสร้างเชิงอำนาจในการบริหารจัดการและการประสานงานที่ยังไม่มีอำนาจเพียงพอ หน่วยงานไม่มีสถานะทางกฎหมาย และ

^๔ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สำนักงานปลัดนายกรัฐมนตรี, แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด, สืบค้น : <https://odloc.go.th/transfer/>.

^๕ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, จำนวน รพ.สต. ที่ประสงค์ถ่ายโอนไป อบจ., บันทึกการประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๓, ๒๕๖๕, : หน้า ๑๖

การไม่มีหน่วยประสานงานหรือหน่วยงานเลขานุการที่มีอำนาจในการประสานจัดการอย่างแท้จริง เป็นเพียงหน่วยงานย่อยภายในระดับกรม ยังขาดกลไกการบริหาร การสั่งการ ส่งผลต่อการประสานงานระดับกระทรวง ระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การปฏิบัติมีความสับสนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิล่าช้า การพัฒนากำลังคน โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังขาดปัจจัยส่งเสริมที่ครบมิติ ทั้งด้านแรงจูงใจ บทบาทหน้าที่ รายได้ และความก้าวหน้า รวมทั้งระบบการพัฒนาคูลากรผลิตได้ตามกรอบกระบวนการคุณภาพตามราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทยสภา จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานหลักเพื่อขับเคลื่อนระดับกรม เพื่อรองรับภารกิจด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานสำหรับประชากรในทุกพื้นที่ ทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตเมืองใหญ่ พื้นที่เขตเมืองและพื้นที่ชนบท เพื่อให้ได้รับบริการด้วยความทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม

ดังนั้น การพัฒนาหน่วยงานเพื่อรองรับภารกิจบริการปฐมภูมิที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแบบครบวงจร นั้น ควรมีหน่วยงานสนับสนุนการบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่ระดับภูมิภาค (เขตสุขภาพ) ระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)) และระดับพื้นที่ (รพ.สต.) และเพื่อให้การพัฒนา รวมถึงเพื่อรองรับและบูรณาการด้านการกระจายอำนาจ จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบในการบริหารจัดการที่มีสถานะเป็นนิติบุคคล ระดับกรม เพื่อเพิ่มศักยภาพและขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา

- ๑) เพื่อศึกษาสถานการณ์ นโยบาย และกฎหมาย รวมถึงการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการขับเคลื่อนนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๓) เพื่อศึกษาแนวทางดำเนินการให้มีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน
- ๔) เพื่อศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้มีหน่วยงานรับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๕) เพื่อศึกษาและติดตามสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา

- ๑) ศึกษารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ แผนยุทธศาสตร์ชาตินโยบายภาครัฐ การขับเคลื่อนนโยบาย ผลการศึกษาทางวิชาการ บทบัญญัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
- ๒) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันภาพรวมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ
- ๓) ศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางขับเคลื่อนนโยบายระบบบริการปฐมภูมิ ให้บรรลุวัตถุประสงค์
- ๔) ศึกษาแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
- ๕) เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งหน่วยงานที่เหมาะสมในการรับผิดชอบระดับต่าง ๆ ทั้งระดับส่วนกลาง ระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่

๖) พิจารณาศึกษาและติดตามสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๔ ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา

ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕

๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะ

“บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

“ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

“เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ”

๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ทราบสถานการณ์ นโยบาย และกฎหมาย รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒) ทราบปัญหาอุปสรรค และผลกระทบที่มีต่อแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาในกรณีต่าง ๆ
- ๓) ทราบแนวทางที่ประชาชนจะได้บริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบการส่งต่อ และระบบการเชื่อมโยงไปสู่หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๔) ทราบความก้าวหน้าการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีหน่วยงานระดับกรมรับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๕) ทราบสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทที่ ๒ เอกสารที่ใช้ในการศึกษา

๒.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

- หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา ๔๗ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐประกอบด้วย ๒ วรรค คือ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

- หมวด ๕ หน้าที่ของรัฐ มาตรา ๕๕ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขข้างต้นต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย โดยที่รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

- หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผลดังต่อไปนี้ ช. ด้านอื่น ๆ (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่ มาตรา ๒๕๙ ยังได้กล่าวถึงการปฏิรูปประเทศตามหมวดนี้ให้เป็นไปตามแผนการปฏิรูปประเทศ ซึ่งฉบับแรกประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ก่อนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ทำให้ต้องปรับปรุงแผนปฏิรูปประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

๒.๒ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

๑) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

๑.๑) ประเด็นที่ ๔.๒ การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ ช่วงการตั้งครรภ์/ปฐมวัย ช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น ช่วงวัยแรงงาน จนถึง ช่วงวัยผู้สูงอายุ

๑.๒) ประเด็นที่ ๔.๕ การส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดีในทุกพื้นที่

๒) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

ประเด็นที่ ๔.๑ การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ โดยมีมิติที่เกี่ยวข้องคือ สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัยทุกเพศภาวะและทุกกลุ่ม และสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการศึกษาโดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อย และกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

๓) ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

๓.๑) ประเด็นที่ ๔.๓ สร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนบนสังคมที่เป็นมิตรต่อสภาพภูมิอากาศ โดยที่เกี่ยวข้อง คือ พัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

๓.๒) ประเด็นที่ ๔.๔ พัฒนาพื้นที่เมือง ชนบท เกษตรกรรม และอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ที่เกี่ยวข้อง คือ เสริมสร้างระบบสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม และยกระดับความสามารถในการป้องกันโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

๒.๓ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

ประเด็นที่ ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย ๕ แผนย่อย ได้แก่

- การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ
- การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี
- การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยมีแนวทางการพัฒนาด้วยการปฏิรูปการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพิงไปยังส่วนภูมิภาค พัฒนารูปแบบและคุณภาพการบริการปฐมภูมิ และเพิ่มขีดความสามารถของระบบและบุคลากร

- การพัฒนาและสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

๒.๔ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับ ๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑)

ประเด็นปฏิรูปที่ ๔ การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ แบ่งเป้าหมายออกเป็น ๓ ช่วงระยะเวลา คือ ๑ ปี ๕ ปี และ ๒๐ ปี และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรายงานการพิจารณาศึกษานี้ คือ กิจกรรมที่ ๕ พัฒนากลไกอภิบาลระบบ (governance)

๑) การจัดทำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำเร็จเสร็จสิ้นไปแล้วภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒) พัฒนากลไกการอภิบาลระบบ โครงสร้างการบริหารจัดการ และจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบบริการปฐมภูมิในทุกกระดับ โดยมีเป้าหมายการเกิดข้อเสนอเชิงโครงสร้างการบริหารจัดการระบบปฐมภูมิ และตัวชี้วัดการเกิดหน่วยงานในการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิในทุกระดับ ภายในปี ๒๕๖๕ ด้วยวงเงิน ๑๓ ล้านบาท

๓) คณะอำนวยการขับเคลื่อนแผนการปฏิรูประบบปฐมภูมิ

๒.๕ แผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๕ กิจกรรม คือ

๑) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ

๒) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

๓) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริบาล การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม

๔) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรม ทั้งถึง เพียงพอ และยั่งยืนด้านการเงินการคลัง

๕) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการ คล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

๒.๖ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๒.๖.๑ หน่วยงานผู้รับผิดชอบขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้กำหนดไว้ใน มาตรา ๓ “สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้มีภารกิจตาม มาตรา ๑๔ ให้สำนักงานรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการ และให้มีหน้าที่ และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิ เสนอต่อคณะกรรมการ รวมทั้งดำเนินการตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผน ดังกล่าว ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วย

(๒) ประสานงาน สนับสนุน และร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยงานของรัฐ องค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ให้เป็นไป ตามพระราชบัญญัตินี้ รวมทั้งนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนตามมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๑) และมาตรการ ตามมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๒)

(๓) เป็นศูนย์กลางฐานข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิ และดำเนินการหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว

(๔) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หน้า ๑๗๒ เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๕๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒

(๕) พัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ

(๖) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

(๗) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เพียงพอกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งดำเนินการเกี่ยวกับแผนกำลังคน

(๘) จัดทำมาตรการที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิเสนอต่อคณะกรรมการ

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่รัฐมนตรี คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการมอบหมาย หรือ ตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่และอำนาจของสำนักงาน

๒.๖.๓ ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (จำนวน ๒๑ ฉบับ)

กลุ่มที่ ๑ : ประกาศที่ออกโดยอาศัยอำนาจของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๑๒ ฉบับ

กลุ่มที่ ๒ : ประกาศที่ออกโดยอาศัยอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒ ฉบับ

กลุ่มที่ ๓ : ประกาศที่ออกโดยอาศัยอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗ ฉบับ

๒.๗ นโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายที่สำคัญ เพื่อดำเนินการในด้านพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

๑) นโยบาย “ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ร่างกายแข็งแรง ทำให้เศรษฐกิจประเทศแข็งแรง” ข้อที่ ๓. การดูแลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และความเหลื่อมล้ำลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ทั้งนี้ การจัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลอย่างทั่วถึง เป็นแนวทางที่สำคัญของการนโยบายนี้อย่างยิ่ง รวมทั้งการพัฒนาและยกระดับ อสม. ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ

๒) นโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกหมอครอบครัว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ดูแลประชาชนเป็นองค์รวมแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม ฟังตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๒.๘ 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”

โดยในส่วนของพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้ถูกบรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ประกอบด้วย ๓ โครงการ ๑) โครงการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๒) โครงการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบบริการปฐมภูมิ และ ๓) โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) โดยมีผลที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อให้ประชากรทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ส่วนบุคคลและครอบครัว และการรักษาพยาบาลเชื่อมโยงจากบ้าน ครอบครัว ชุมชน ไปยังหน่วยบริการทุกระดับ ทั้งส่งไปและรับกลับ เสมือนมีหมอเป็นญาติในครอบครัว มีทีมหมอครอบครัว ปฏิบัติงานเป็นการประจำ รับผิดชอบประชาชนและพื้นที่ชัดเจน แห่งละ ๓ ทีมต่อประชากร ๓๐,๐๐๐ คน โดยให้ครบ ๖,๕๐๐ แห่ง

ทั่วประเทศ ๒๕๖๙ และมีการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ มีประสิทธิภาพ สะท้อนต้นทุนบริการที่แท้จริง PP Community ให้ District Health Board เป็นผู้บริหารจัดการ รวมทั้งประชาชนในท้องถิ่นได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้ ลดการป่วยตายด้วยโรควิถีชีวิต ตลอดจนชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ (การดูแลสุขภาพ การป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพ) อย่างต่อเนื่อง

๒.๙ คำสั่งแต่งตั้งหน่วยงานการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิปัจจุบัน ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เนื่องจากได้มีขึ้นทบทวนมติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ก่อนมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยได้บัญญัติไว้ในหมวดว่าด้วยการปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ข. ด้านอื่น ๆ (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมถึงแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และได้มีคำสั่งจัดตั้งหน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๐๔๕/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๐ จัดตั้งสำนักสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.)

ภารกิจสำนักงาน : ดูแลพัฒนาระบบปฐมภูมิของประเทศ และพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ต่อมาได้มีการปรับภารกิจให้ สปค. ปฏิบัติภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่เป็นกลไกในการดูแลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตในพื้นที่ (อำเภอ/เขต) จึงมีคำสั่งปรับภารกิจสำนักงาน และปรับปรุงคำสั่งใหม่ คือ

๒) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๖๓๙/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๑ จัดตั้งสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานภายใน มีฐานะเทียบเท่ากองในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดภารกิจเพิ่ม ดังนี้

ภารกิจสำนักงาน :

- กำหนดยุทธศาสตร์ และขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- จัดสรรทรัพยากรและบริหารราชการในเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- การขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต

(ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑) ด้วยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่

จากนั้น เมื่อมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับปรุงคำสั่ง โดยจัดตั้งหน่วยงานใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมภารกิจตามที่กฎหมาย คือ

๓) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๔๐๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ จัดตั้งสำนักสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานภายใน มีฐานะเทียบเท่ากองในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภารกิจสำนักงาน :

- ภาระหน้าที่ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
- พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

ทั้งนี้ การจัดตั้งสำนักสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการภายในมีฐานะเทียบเท่ากอง ยังไม่มีสถานะทางกฎหมาย ผู้บริหารและบุคลากรในสำนักงานเป็นคำสั่งให้ช่วยราชการ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ให้เต็มกำลังความสามารถได้ เนื่องจากมีตำแหน่งประจำต้องไปปฏิบัติ และจากการศึกษาพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่) พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้กำหนดการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน พบว่า มีหน่วยงานที่มีสถานะทางกฎหมายภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ก. ราชการบริหารส่วนกลาง ประกอบด้วย

- (๑) กองกลาง
- (๒) กองกฎหมาย
- (๓) กองการต่างประเทศ
- (๔) กองการพยาบาล
- (๕) กองตรวจราชการ
- (๖) กองบริหารการคลัง
- (๗) กองบริหารการสาธารณสุข
- (๘) กองบริหารทรัพยากรบุคคล
- (๙) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
- (๑๐) กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
- (๑๑) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
- (๑๒) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- (๑๓) สถาบันพระบรมราชชนก

ข. ราชการบริหารส่วนภูมิภาค

- (๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- (๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จากการแบ่งส่วนราชการดังกล่าว ซึ่งไม่มีหน่วยงานสำนักสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานภายใต้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน เกี่ยวกับการแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างเสนอจัดตั้ง “กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ” เป็นหน่วยงานภายใต้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานราชการบริหารส่วนกลาง ตาม ก. แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าจะจัดตั้งได้เมื่อใด ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายมีความล่าช้า

๒.๑๐ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

๑) บัญญัติที่กำหนดให้ เทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีอำนาจและหน้าที่ในด้านการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล การจัดให้มีโรงพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ดังนี้

มาตรา ๑๖ ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนี้

- (๑) การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง
- (๒) การจัดให้มีและบำรุงรักษาทางบก ทางน้ำ และทางระบายน้ำ
- ฯลฯ.....

(๑๙) การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล

..... ฯลฯ.....

(๓๑) กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศ

กำหนด

มาตรา ๑๗ ภายใต้บังคับมาตรา ๑๖ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนี้

(๑) การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง และประสานการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

..... ฯลฯ.....

(๑๙) การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุม

โรคติดต่อ

..... ฯลฯ.....

(๒๙) กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศ

กำหนด

๒) ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนาภัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ประกาศราชกิจจานุเบกษา ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔)

๒.๑๑ บันทึกการประชุมคณะกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

- ๑) ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ วันพฤหัสบดีที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๔
- ๒) ครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๔ วันพฤหัสบดีที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๔
- ๓) ครั้งที่ ๒๗/๒๕๖๔ วันพฤหัสบดีที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
- ๔) ครั้งที่ ๒๘/๒๕๖๔ วันพฤหัสบดีที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
- ๕) ครั้งที่ ๒๙/๒๕๖๔ วันพฤหัสบดีที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๔
- ๖) ครั้งที่ ๓๐/๒๕๖๔ วันจันทร์ที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

- ๗) ครั้งที่ ๓๑/๒๕๖๔ วันพฤหัสบดีที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๔
- ๘) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันอังคารที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕
- ๙) ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕
- ๑๐) ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ วันอังคารที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕

๒.๑๒ รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการศึกษาติดตามระบบบริการปฐมภูมิที่มีผลต่อประชาชน ในคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา

คณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษาสถานการณ์ การพัฒนา และการดำเนินการ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนศึกษาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูป ประเทศด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้จัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)” เพื่อนำไปสู่แนวทางการผลักดันให้มีการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิตามสิทธิที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้อย่างมีคุณภาพเท่าเทียมกัน

ผลการพิจารณาศึกษาและข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑) กำหนดทิศทางและนโยบายของระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความชัดเจน รวมทั้งบูรณาการ การทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้เป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้การปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นประเด็นปฏิรูปในระยะเร่งด่วนเป็นลำดับแรก โดยมีผลสัมฤทธิ์ภายใน ๓ - ๕ ปี ร่วมกับการวางแผน การดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และ รับทราบถึงประโยชน์จากการใช้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) ให้มีการสำรวจและศึกษาเพื่อแบ่งเขตพื้นที่การบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เหมาะสมเป็นลำดับแรก เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถพิจารณาความเร่งด่วนในการพัฒนาหน่วยงานปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะให้มีระบบสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศโดยเร็ว

๓) เสนอให้มีการจัดบริการปฐมภูมิตามบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน เนื่องจากการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีความจำเพาะตามบริบทที่หลากหลาย ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ ของประชาชนได้ โดยแบ่งพื้นที่ออกเป็น ๔ ลักษณะ ประกอบด้วย (๑) พื้นที่เขตเมืองใหญ่ ควรเน้นให้บริการ ผสมผสานหลายรูปแบบ ทั้งรัฐและเอกชน ร้านขายยา คลินิกเอกชน โดยเน้นการเชื่อมโยงระบบข้อมูล ระหว่างกัน เช่น เชียงใหม่ สงขลา ขอนแก่น ชลบุรี รวมทั้งเขตปกครองพิเศษ เช่น พัทยา เป็นต้น (๒) พื้นที่ เขตเมือง ควรเน้นความร่วมมือของหน่วยงานปฐมภูมิในพื้นที่ เช่น รพ.สต. ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และ หน่วยบริการทางการแพทย์ โดยควรพัฒนาหน่วยบริการและบุคลากรให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น (๓) พื้นที่ชนบท ควรเน้นพัฒนา รพ.สต. ให้มีศักยภาพสูงขึ้นเป็นหลัก และร่วมกับหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการประชาชน (๔) พื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น รวมทั้งประชากรตามทะเบียนและแฝง ควรใช้ทรัพยากรของหน่วยบริการที่มีทั้งหมด รวมถึงโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลของกระทรวงกลาโหม ตำรวจ และสภากาชาดไทย เข้ามาร่วมดำเนินการ และอาจจำเป็นต้องมีหน่วย บริการปฐมภูมิในรูปแบบใหม่ ๆ มากกว่าพื้นที่อื่น เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงเรียน สถานที่ทำงาน หรือ

โรงงาน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม พื้นที่ของจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร เช่น นครราชสีมา เชียงใหม่ ชลบุรี อาจมีการจัดบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้ง ๔ ลักษณะในพื้นที่เดียวกันก็ได้

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

๕) ควรทบทวนกรอบอัตรากำลังและบทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีความสอดคล้องตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และปรับลดภาระงานที่ไม่มีความจำเป็น ทั้งด้านการรายงานและเอกสารลงให้มากที่สุด

๖) ให้ร่วมกับแพทยสภาและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในการเพิ่มการผลิตและการเพิ่มความคงอยู่ในระบบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยการเพิ่มโอกาสให้นักเรียน/ผู้สนใจในเขตชนบท สามารถเข้าศึกษาอบรมเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้นผ่านโครงการ “๑ ตำบล ๑ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” และพิจารณาเพิ่มแรงจูงใจที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน รวมทั้งต่อยอดโครงการคัดเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อสร้างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้นแบบ (Role Model)

๗) เร่งรัดการพัฒนาาระบบสารสนเทศตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้ง รพ.สต.ทั่วประเทศโดยเร็ว เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่สะดวกและรวดเร็ว ตลอดจนควรมีการลงทุนในการจัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยเพื่อให้เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับหน่วยบริการต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชน เพื่อนำมาสู่การส่งเสริมป้องกันโรคด้วย ซึ่งจะสามารถสร้างความตระหนักรู้และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เพื่อลดการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งจะเป็นผลดีต่อทั้งสุขภาพผู้ป่วย และลดภาระด้านงบประมาณได้ในอนาคต

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

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

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

๑๑) จากบทเรียนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - 19) ควรมีการดำเนินการพัฒนาในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้ (๑) เพิ่มศักยภาพด้านระบาดวิทยา ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งระดับหน่วยงานและบุคลากร 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

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการและกระบวนการพิจารณาศึกษา

การพิจารณาศึกษาการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ การศึกษารวบรวมข้อมูล

โดยคณะอนุกรรมการได้มีการศึกษาตามขั้นตอนวิธีการศึกษาแบบการวิจัยเอกสาร การรับฟังข้อมูลจากหน่วยงานและบุคคลผู้รับผิดชอบ และเป็นผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) รายงานการพิจารณา ศึกษา การสืบค้นข้อมูล รวมทั้งการประชุมเพื่อหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนการศึกษาดูงาน ในพื้นที่ต่าง ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการให้บริการปฐมภูมิแบบครบวงจร และข้อเสนอแนะของการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๒ การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นประกอบการพิจารณา

- ๑) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)
- ๒) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๓) คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

๓.๓ การศึกษาดูงานในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการระดับสุขภาพปฐมภูมิ

- ๑) โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
- ๒) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพหลวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาม้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว อำเภอบางปลาม้า โรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี
- ๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ และโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี
- ๔) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

๓.๔ การประชุมศึกษา อภิปราย วิเคราะห์ สังเคราะห์ และเสนอแนะของคณะอนุกรรมการ

การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการได้จัดให้มีการประชุม รวมถึงการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และได้สรุปสาระสำคัญ เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และข้อเสนอแนะ รวมทั้งการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการประชุมพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงและข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อนำเสนอวุฒิสภาต่อไป

บทที่ ๔ ผลการพิจารณาศึกษา

การศึกษาของคณะอนุกรรมการมีประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีภารกิจที่สำคัญตามที่ได้กำหนดไว้ในกฎหมาย แผนและนโยบายตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ ๒ และบทที่ ๓ โดยเห็นควรให้เสนอต่อคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ประชุมวุฒิสภา เพื่อเสนอไปยังรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๔.๑ หน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน

การขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้มีขึ้นตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ก่อนมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยได้บัญญัติไว้ในหมวดว่าด้วยการปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ข. ด้านอื่น ๆ (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมถึงแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งตั้งหน่วยงานภายใน คือ คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๔๐๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ จัดตั้ง “สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีภารกิจตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใน มีฐานะเทียบเท่ากอง ยังไม่มีสถานะทางกฎหมาย เป็นเพียงหน่วยงานภายในของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารและบุคลากรในสำนักงานเป็นคำสั่งให้ช่วยราชการ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ให้เต็มกำลังความสามารถได้

ปัจจุบันแม้ว่าจะอยู่ระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เสนอจัดตั้ง “กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ” เป็นหน่วยงานภายใต้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่เวลาได้ล่วงเลยมาพอสมควรจนกระทั่งปัจจุบันยังไม่มีการจัดตั้งกองดังกล่าวขึ้น ส่งผลให้การขับเคลื่อนภารกิจของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความล่าช้าและยังเป็นหน่วยงานที่ยังขาดปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้าน บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ/อุปกรณ์

๔.๒ ภารกิจหน่วยงานขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใน ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการขับเคลื่อนทั้งด้านนโยบายและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา ๓ กำหนดให้มี “สำนักงาน” ซึ่งหมายถึง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมาตรา ๑๔ กำหนดให้ สำนักงานรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ และให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบและขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิตามกฎหมาย โดยเฉพาะการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงการดำเนินการตามให้เป็นไปตามกฎหมายและประกาศ

คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยภารกิจหลักของสำนักงานซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

๔.๒.๑ ภารกิจตามรัฐธรรมนูญ แผนปฏิรูปประเทศ นโยบายและยุทธศาสตร์

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพทุกช่วงวัย เพื่อให้เป็นบริการด่านแรกในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน จึงกำหนดให้มีการดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

๑) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวด ๑๖ ว่าด้วยการปฏิรูป มาตรา ๒๕๕ ช. ด้านอื่น ๆ (๔) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชากรในสัดส่วนที่เหมาะสม

๒) ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐ กำหนดให้ประเทศไทยพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยประเด็นยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นระบบบริการปฐมภูมิ คือ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทที่ ๑๓ ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และแผนย่อยตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยมีแนวทางการพัฒนาด้วยการปฏิรูประบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

(๑) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ฉบับแรก ประกาศราชกิจจานุเบกษา ๖ เมษายน ๒๕๖๑ ประเด็นปฏิรูปด้านที่ ๒) ระบบบริการสาธารณสุข โดยให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี การพัฒนากำลังคนสุขภาพด้านปฐมภูมิ (Health Workforce) และการพัฒนากลไกอภิบาลระบบ (Governance)

(๒) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ประกาศราชกิจจานุเบกษา เมื่อ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกอบด้วย ๕ กิจกรรม โดยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ : การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ ๒ : การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

กิจกรรมที่ ๓ : การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหาร การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม

๔.๒.๒ ภารกิจตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

หน่วยงานผู้รับผิดชอบขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิปัจจุบัน คือ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามที่มาตรา ๓ ได้กำหนดให้มี “สำนักงาน” และให้มีการจัดการตามมาตรา ๑๔ ให้สำนักงานรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ และคณะกรรมการ และให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

๑) **ภารกิจด้านการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบสุขภาพปฐมภูมิ** เสนอต่อคณะกรรมการ รวมทั้งดำเนินการตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนดังกล่าว ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยสำนักงานเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ โดยเฉพาะการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการดำเนินการตามประกาศของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๑๔) เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย และบรรลุปเป้าหมายของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒) **ภารกิจด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ** กำหนดกลไกการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นภารกิจเกี่ยวกับการกำหนดสิทธิบุคคลในการได้รับบริการ และกระบวนการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

(๑) สิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยกำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา ๑๕)

(๒) กำหนดให้บุคคลซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลหรือรับบริการสาธารณสุขตามสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมายย่อมได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วย (มาตรา ๑๖)

(๓) กระบวนการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา ๑๗) และให้จัดทำบัญชีรายชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา ๑๘)

(๔) หน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านการให้ข้อมูล การบริการสุขภาพปฐมภูมิและสิทธิของผู้รับบริการแก่ผู้รับบริการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ญาติหรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการ รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด และจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจำนวนที่เหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการในเขตพื้นที่ในสัดส่วนที่เหมาะสม (มาตรา ๒๐ และมาตรา ๒๒)

(๕) การส่งต่อผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการตามความเหมาะสม รวมทั้งจัดทำระบบข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้รับบริการ (มาตรา ๒๓)

๓) **ภารกิจด้านการบริหารจัดการงบประมาณ** การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ประชาชนในด้านงบประมาณได้กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจจ่ายเงินให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายประจำเพื่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนด ทั้งนี้ ในกรณีที่มีความจำเป็นคณะกรรมการดังกล่าวอาจทำความตกลงกับกระทรวงการคลัง คณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐอื่นใดที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการ

รักษาพยาบาลหรือการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อขอรับเงินสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (มาตรา ๑๙)

๔) การกิจด้านการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ การจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเป้าหมายการจัดตั้งเพื่อให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๖,๕๐๐ หน่วย ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี ซึ่งหมายถึงการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ต่อ ๑ หน่วยบริการ หรือ ๑ คน ต่อ ๑๐,๐๐๐ ประชากร และปัจจุบันได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้ว กว่า ๒,๖๘๙ หน่วย เป้าหมายดังกล่าวต้องมีการกำหนดกลยุทธ์ติดตามประเมินผลและขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ และบริบทกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องจัดตั้งขึ้นจากความร่วมมือ ความมีส่วนร่วม และความเชื่อมโยงกันขององค์กรและเครือข่ายที่มีการรวมตัวกันทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่กฎหมายกำหนดไว้ โดยจากการศึกษาของคณะอนุกรรมการและการศึกษาดูงานในพื้นที่พบว่า การบริการสุขภาพปฐมภูมิในลักษณะเครือข่ายเป็นบริการที่มีอยู่แล้วในระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทยในอดีต และเป็นรากฐานที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ตั้งแต่การจัดตั้งสุขศาลา สถานีอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะมีการพัฒนาศักยภาพให้เป็นหน่วยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในปัจจุบันจึงพบว่า สาธารณสุขมูลฐานในอดีต คือ บริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน โดยมีการดำเนินงานในรูปแบบเดียวกัน คือ พลังความร่วมมือชุมชนที่รวมตัวกันสร้างระบบสุขภาพในชุมชนตนเองที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งบ้าน วัด โรงเรียน ครอบครัวและชุมชน โดยมีผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) สถานีอนามัย/รพ.สต. และบุคลากรที่สำคัญ คือ หมออนามัย/พยาบาล/อสม. ให้บริการสุขภาพ การดูแลรักษา การส่งเสริม ป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพ และการให้คำปรึกษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนไปยังโรงพยาบาล โดยมีความร่วมมือและการสนับสนุนของท้องถิ่น และความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน รวมถึงการจัดตั้งมูลนิธิ และการร่วมบริจาคของภาคเอกชนและประชาชน ซึ่งเป็นแนวทางที่เรียกได้ว่าเป็น “พลวัตปฐมภูมิ”

จากการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นพลวัตปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ดังกล่าว เป็นที่ประจักษ์ชัดในการร่วมมือร่วมใจกันดำเนินงานภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จนกระทั่งประเทศไทยได้รับความชื่นชมไปทั่วโลกถึงการมีระบบสาธารณสุขพื้นฐานที่ดี และสามารถเข้าถึงประชาชนได้ในทุกชุมชน และการมี อสม. และ รพ.สต. เป็นกลไกหลักของระบบสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ชุมชน

๕) การกิจด้านการบริหารจัดการข้อมูล หรือศูนย์ข้อมูลกลาง (Data Center) เกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงด้านการจัดทำทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและการกิจด้านพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ

๖) การกิจด้านการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ให้ประชาชน เพื่อให้มีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว ประเด็นภารกิจดังกล่าวสอดคล้องกับกิจกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

(ฉบับปรับปรุง) กิจกรรมปฏิรูปที่ ๒ การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

๗) การกิจด้านการพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เพียงพอกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งดำเนินการเกี่ยวกับแผนกำลังคน

ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นภารกิจที่เป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก และ World Organization of Family Doctors เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เท่าเทียมและเป็นธรรมผ่านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภาโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากปัจจุบันข้อมูลจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สอบได้หนังสืออนุมัติบัตร ๖,๓๗๐ คน และวุฒิปัตร ๙๒๑ คน ทั้งนี้ ในจำนวนแพทย์ที่สอบได้หนังสืออนุมัติบัตรจำนวนมากนั้น มาจากการจัดสอบในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๗ ด้วยบทเฉพาะกาลมีจำนวนถึง ๖,๑๓๐ คน โดยแพทย์กลุ่มนี้ไม่ใช่แพทย์จบใหม่ อาจเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่นอยู่แล้วจึงไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และเวลาที่ผ่านไปเกือบ ๒๐ ปี ทำให้แพทย์กลุ่มดังกล่าวเกษียณอายุราชการ อยู่ในตำแหน่งบริหาร หรือมีอายุมากเกินกว่าที่จะทำเวชปฏิบัติได้อีก ดังนั้น หากนำตัวเลข ๖,๑๓๐ คน ไปหักออกจาก ๖,๓๗๐ คน จะเหลือเพียง ๒๔๐ คน เมื่อนำไปรวมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สอบได้วุฒิปัตรอีก ๙๒๑ คน รวมประเทศไทยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจริง ๑,๑๖๑ คน

โดยในจำนวนนี้ยังขาดข้อมูลการกระจาย และเมื่อพิจารณาศักยภาพกำลังการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทยที่รับผิดชอบโดยราชวิทยาลัย แพทยสภา และโรงพยาบาลที่ใช้เป็นฐานในการให้การฝึกอบรมจะพบว่า มีกำลังการผลิตได้ ๔๑๗ คนต่อปี แต่เนื่องจากเป็นสาขาวิชาที่แพทย์ผู้เรียนขาดแรงจูงใจขาดการส่งเสริมอย่างจริงจังที่เป็นรูปธรรม จึงมีแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมไม่เต็มตามกำลังการผลิต และในบางปีมีแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมเพียงประมาณร้อยละ ๕๐ เท่านั้น ตัวเลขแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทยจึงห่างจากเป้าหมาย ๖,๕๐๐ คน คือ ๔,๓๓๙ คนที่จะต้องผลิตให้ได้ในอีก ๘ ปี นับจากปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๑ เมื่อครบ ๑๐ ปี ตามมาตรา ๔๓ ในท้ายพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ บทเฉพาะกาล โดยยังไม่คำนึงถึงการคงอยู่ในระบบของแพทย์ อีกทั้งปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่วิเคราะห์ความเพียงพอหรือความต้องการกำลังคนด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่แน่นอน ทำให้หน่วยงานผู้ผลิตไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการผลิต นอกจากนี้ กำลังคนสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความขาดแคลนบุคลากรสาขาวิชาชีพสนับสนุนงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะสาขาเภสัชกรรม ทันตกรรม นักกายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย และวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๘) การกิจด้านการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามมาตรา ๒๐ และมาตรา ๒๔

๙) การกิจด้านการส่งเสริมพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และการติดตามผลจากการถ่ายโอนภารกิจ ตามมาตรา ๓๐ เป็นการดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง กลไกและหลักเกณฑ์ในการส่งเสริมและพัฒนาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๓

กรณีดังกล่าวมี รพ.สต. อยู่ในระบบกว่า ๙,๗๘๗ แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จะได้รับการพัฒนาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่มี รพ.สต. บางส่วนได้ถูกถ่ายโอนภารกิจไปอยู่ภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามที่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งได้เริ่มมีการถ่ายโอนมาแล้วบางส่วน ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๑ โดยเป็นการถ่ายโอนสถานีอนามัย และ รพ.สต. ไปท้องถิ่นระดับเทศบาล และ อบต. จำนวน ๖๕ แห่ง จาก รพ.สต. ทั่วประเทศ ๙,๗๘๗ แห่ง จนกระทั่งปัจจุบันได้มีประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ โดยปรับแนวทางการถ่ายโอนให้สถานีอนามัยและ รพ.สต. ไปยัง อบจ. และผลการดำเนินการดังกล่าว พบว่ามี อบจ. ได้แสดงความจำนงรับถ่ายโอนรวม ๔๙ จังหวัด และมี รพ.สต. แสดงความจำนงขอถ่ายโอนไป อบจ. จำนวนกว่า ๓,๓๘๔ แห่ง นั้น กรณีดังกล่าวจะต้องพิจารณาถึงผลของการถ่ายโอน รพ.สต. ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และที่จะมีการถ่ายโอนไปในอนาคต โดยจะต้องมีการกำกับ ติดตามคุณภาพ มาตรฐานบริการ และด้านงบประมาณ บุคลากร โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วย และการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยซึ่งอยู่ภายใต้หน่วยงานของ ๒ กระทรวง

๑๐) การกิจสนับสนุนส่งเสริม ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระบบสุขภาพปฐมภูมิได้กำหนดให้มีกฎหมายเป็นการเฉพาะ โดยมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิทั้งในระดับส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค โดยมีเขตสุขภาพกำกับดูแลทั้งในส่วนจังหวัด อำเภอ และตำบล จนกระทั่งชุมชนและหมู่บ้าน รวมถึงการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีจำนวนประมาณ ๑,๐๔๗,๔๔๐ คน เป็นส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งควรจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิที่จะจัดตั้งขึ้นดังกล่าว เนื่องจากมีการดำเนินงานร่วมกันในการบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ต่าง ๆ อยู่แล้ว เพื่อให้การบริหารจัดการและดำเนินงานมีความเป็นเอกภาพคล่องตัว และพัฒนาศักยภาพ โดยที่ผ่านมามีการดูแล อสม. แบบแยกส่วน ขาดแนวทางหลักเชิงนโยบาย การพัฒนาไม่ชัดเจน ขาดโอกาสในการพัฒนาตน และความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน เมื่อขาดแนวทางกลยุทธ์ที่ชัดเจน อยู่ภายใต้หลายหน่วยงาน จึงควรที่จะมีการพัฒนา อสม. ดังนั้น เป้าหมายการพัฒนาบุคลากร อสม. เพื่อให้มีองค์ความรู้ และศักยภาพเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างนวัตกรรมการดูแลเฝ้าระวังสุขภาพตนเองให้ทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะช่วยให้ทุกคนมีสุขภาพดี สมวัยและรู้เท่าทันเมื่อเจ็บป่วย และส่งต่ออย่างเหมาะสมเพื่อรองรับภารกิจด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงด้านระบาดวิทยาเบื้องต้น

๑๑) การกิจด้านอื่น ๆ อาทิ การจัดทำมาตรการที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ

จากข้อมูลการศึกษาวิเคราะห์ทั้งทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และการศึกษาดูงาน รวมทั้งการรับฟังข้อมูลจากผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ ได้ข้อสรุปว่า

๑. ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงระบบบริการที่ให้บริการปัจจุบัน ตลอดจนนโยบายการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีปริมาณภารกิจความซับซ้อน และต้นทุนในการให้บริการปฐมภูมิ ภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติการขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภารกิจเพื่อการดูแลประชาชน ควรมีหน่วยงานระดับกรมหรือนิติบุคคลที่มีความพร้อมเรื่องกำหนดนโยบาย เป้าหมาย พันธกิจ งบประมาณและบุคลากรที่จำเป็น และสามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครบวงจร ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เฝ้าระวัง รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งต่อ จึงควรมีหน่วยงานระดับกรมในการรับผิดชอบภารกิจดังกล่าว

๒. ตามภารกิจที่กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีขอบเขตงานที่กว้างขวางมากขึ้น มิใช่เพียงแต่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเท่านั้น แต่มีภารกิจเพิ่มขึ้นตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบเพิ่มเติมในการตรวจวินิจฉัยขั้นต้นให้กับพื้นที่รับผิดชอบเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย จึงควรปรับโครงสร้าง รพ.สต. และมีอัตรา ตำแหน่งที่สูงขึ้น มีศักยภาพมากขึ้นในทุกด้านตามความรับผิดชอบ

๓. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีความมุ่งหมายให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามความเหมาะสม โดยไม่ได้กำหนดจำนวนที่แน่ชัด เนื่องจากเห็นว่าสอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน ซึ่งการสร้างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะมีอุปสรรค ทั้งกรณีที่ไม่มีผู้เรียนให้ความสนใจเข้าเรียนแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว และการมีแพทย์ประจำอยู่ในพื้นที่ที่เป็นเขตชนบทจะทำให้ความรู้ถดถอย รวมทั้งเส้นทางความก้าวหน้าไม่แน่ชัด ทำให้การจัดตั้งเครือข่ายปฐมภูมิที่สมบูรณ์จึงมักเกิดขึ้นในเขตเมืองใหญ่หรือเขตเทศบาลที่มีความเจริญ และมีโรงพยาบาลในพื้นที่ ดังนั้น ในช่วงระยะเริ่มต้นนี้ จึงควรนำเทคโนโลยีในการตรวจทางไกล (Telemedicine) รวมทั้งระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจรักษาผู้ป่วยและประวัติผู้ป่วยมาใช้โดยเร่งด่วน พร้อมทั้งดำเนินการขยายการบรรจุแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อไป

๔. ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙ (๑) กำหนดว่า “กรณีการขอขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ถือเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบระหว่างแปดพันคนถึงหนึ่งหมื่นสองพันคน ทั้งนี้ เมื่อได้พิจารณาถึงความปลอดภัยและความสะดวกของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่แล้ว อาจพิจารณากำหนดเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามความเหมาะสมก็ได้” นั้น ปัจจุบันจัดตั้งได้เพียง ๒,๖๙๘ แห่ง จากเป้าหมาย ๖,๕๐๐ แห่ง และสามารถดำเนินการได้เฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่มีจำนวนประชากรมาก แต่เป็นอุปสรรคต่อการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตชนบทและเขตเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ นอกจากนั้นประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกช่วงปี ๒๕๒๐ - ๒๕๒๑ มาตามลำดับ เช่น การกำหนดให้มีโครงการพัฒนาเพื่อบรรลุ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ปี ๒๕๔๓ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยส่วนใหญ่แทบทุกพื้นที่มีการดำเนินการด้านสาธารณสุขในลักษณะของระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยธรรมชาติ และเป็นระบบที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของคนในท้องถิ่น

ซึ่งนับเป็นความยั่งยืน และจากการศึกษาดูงานในพื้นที่โดยเน้นในเรื่องของการพัฒนาด้วยสังคมขับเคลื่อนในรูปแบบปฐมภูมิที่เป็นพลวัต (พลวัตปฐมภูมิ) พบว่า ท้องถิ่นพื้นที่ส่วนใหญ่มีความพร้อม หากได้รับการส่งเสริมความรู้เรื่องปฐมภูมิ มีการพัฒนาขีดความสามารถ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สูงขึ้น มีการพัฒนาเทคโนโลยีในรูปแบบ Telemedicine มาใช้ และมีงบประมาณบริหารจำนวนหนึ่งในการบริหารจัดการ จะสามารถดำเนินการเป็นเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ด้วยระยะเวลาที่รวดเร็ว ดังนั้น การกำหนดเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการ อาจกำหนดจำนวนที่น้อยกว่า ๘,๐๐๐ คน โดยนำเกณฑ์การพิจารณาถึงความสะดวก ความปลอดภัยของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่มาใช้กำหนดเป็นหลักตามความเหมาะสม จะทำให้ประเทศไทยมีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิได้มากขึ้น ประชาชนได้ผลประโยชน์โดยตรงในเวลาอันรวดเร็ว

๕. จากผลการศึกษาเรื่องการบริหารจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าสามารถดำเนินการจัดตั้งได้เฉพาะในพื้นที่ที่มีความพร้อม โดยเฉพาะเขตเมืองใหญ่ และในเขตที่อยู่เขตเมืองที่มีโรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่ และเขตใกล้เคียง แต่ รพ.สต. ในพื้นที่ชนบทไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัจจุบันจะมีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่จดทะเบียนแล้วประมาณ ๒,๖๙๘ หน่วย และหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว สามารถที่จะถ่ายโอนไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ เป็นต้นมา สามารถถ่ายโอนได้เพียง ๖๕ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๐.๖๖ ในจำนวน รพ.สต. จำนวน ๙,๗๘๗ แห่ง ทั้งนี้ เนื่องจากความไม่พร้อมของหน่วยรับถ่ายโอนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความไม่พร้อมของ รพ.สต. ดังนั้น การเร่งรัดการถ่ายโอนจำนวนมากให้กับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะส่งผลเสียต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และจะส่งผลดีหรือผลเสียต่อประชาชนอย่างไร ควรมีการพิจารณาศึกษาอย่างถ่องแท้

บทที่ ๕ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๕.๑ บทสรุป

คณะอนุกรรมการได้พิจารณาศึกษา สภาพปัญหาการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยศึกษาภารกิจ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนภารกิจดังกล่าวพบว่า หน่วยงานที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิให้บรรลุเป้าหมายตามเจตนารมณ์ของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ ซึ่งประสงค์ให้มีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวดูแลประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมในทุกพื้นที่ ประกอบกับการใช้กลไกตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อดำเนินการให้มีบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม การดำเนินการที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร เนื่องจากพบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ ๔ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การไม่มีหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจน โดยคณะอนุกรรมการได้มีข้อเสนอต่อ รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณา เพื่อให้เกิดพลังการขับเคลื่อนที่จะก่อให้เกิดความมั่นคงในระบบสุขภาพของประเทศ โดยสร้างความ เข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการด่านแรกที่ดูแล รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ของประชาชนแบบองค์รวมตั้งแต่แรก เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

๕.๒ ข้อเสนอแนะ

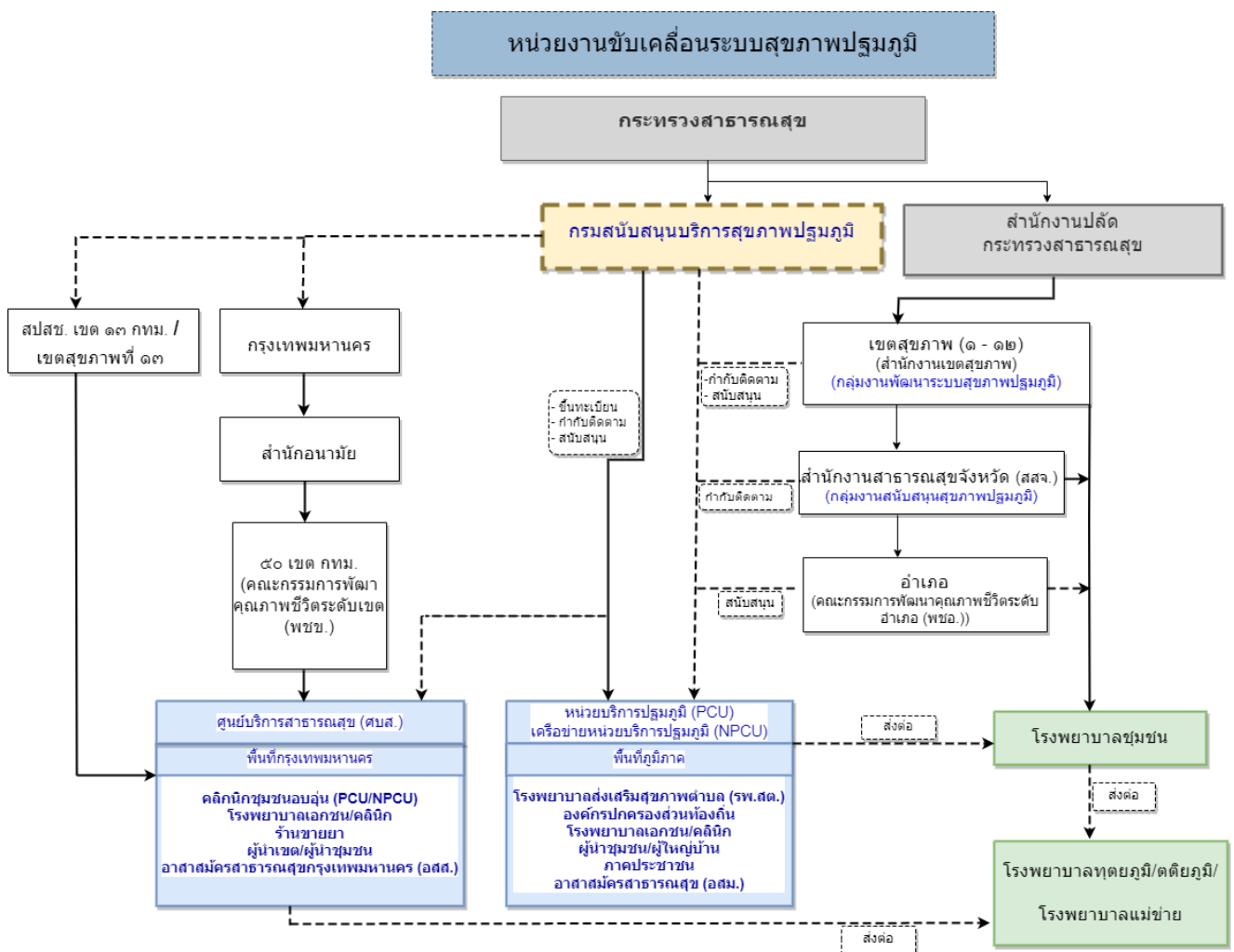
จัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิในปัจจุบัน ได้จัดตั้งเป็นสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ซึ่งเป็นเพียงหน่วยงานภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีสถานะทางกฎหมาย และแม้ว่า ต่อมาสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ได้มีการเสนอตั้งหน่วยงานระดับกอง ภายใต้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ “กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณา ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และยังไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนที่จะจัดตั้ง กองดังกล่าวได้เมื่อใด

คณะอนุกรรมการเห็นว่า หน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับกระทรวง นั้น ควรเป็นหน่วยงานที่สามารถตอบสนองต่อภารกิจตามแนวทางการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามที่กล่าวไว้แล้วในบทที่ ๔ ทั้งในด้านการให้ความรู้ การประสานงาน การควบคุมติดตามเครือข่ายปฐมภูมิทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถที่จะให้ คำรับรองในการจดทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและยกเลิกการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงควรเป็น หน่วยงานระดับกรม โดยในระยะต้นเพื่อให้มีหน่วยปฏิบัติโดยรวดเร็ว จึงเสนอแผนการจัดตั้งเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

ระยะแรก : ระยะเร่งด่วน ควรเร่งรัดการจัดตั้งเป็นหน่วยงานระดับกอง โดยแปรสภาพ จากสำนักสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็น “กองสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ซึ่งมีสถานะ ทางกฎหมาย ภายใต้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจน

มีผู้อำนวยการระดับสูงเป็นหัวหน้าหน่วยงาน ซึ่งสามารถประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงานในระยะแรก และให้มีการจัดตั้งหน่วยงานระดับภูมิภาคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อกำกับ ติดตาม ตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระยะที่สอง : ภายใน ๓ - ๕ ปี ภายหลังจากจัดตั้งหน่วยงานระดับกองในระยะแรกแล้ว ให้มีการปฏิบัติงานควบคู่กับการศึกษางานโครงสร้างและงานที่ชัดเจน จึงมุ่งสู่การพัฒนาให้เป็นหน่วยงานระดับกรม เพื่อให้มีสถานะเป็นนิติบุคคล มีการกำกับดูแลการบริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณ ให้มีประสิทธิภาพได้อย่างคล่องตัว เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจระดับชาติต่อไป **ตั้งแผนภูมิภาพข้อเสนอโครงสร้างหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้**



จากแผนภูมิภาพดังกล่าว มีข้อเสนอ ดังนี้

๑) ให้มีการจัดตั้งหน่วยงานนโยบายสูงสุดเป็นหน่วยงานระดับกรม คือ “กรมสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ” เพื่อให้มีบทบาทภารกิจขับเคลื่อนนโยบายตามกฎหมายที่ชัดเจน ทั้งความก้าวหน้าทางวิชาการของหน่วยงานในระบบ มีการบริหารจัดการด้านงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรได้อย่างก้าวหน้า และมีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นคงทางสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒) ให้มีหน่วยงานระดับภูมิภาค เป็นกลุ่มงานหนึ่งภายใต้เขตสุขภาพ (กลุ่มงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (กลุ่มงานสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ) เพื่อกำกับ ติดตาม และตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับกรุงเทพมหานคร มีสำนักอนามัยเป็นหน่วยงานกำกับดูแลด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๓) หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ อย่างน้อยควรมีหน่วยงานที่ร่วมกันเป็นเครือข่ายจัดตั้งที่ประกอบด้วย (๑) พื้นที่กรุงเทพมหานคร มีคลินิกชุมชนอบอุ่น หรือศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านยา ผู้นำเขต ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) (๒) พื้นที่ต่างจังหวัด มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่เป็นผู้ร่วมดำเนินการ

นอกจากนี้ จากการพิจารณาศึกษาและจากการศึกษาดูงาน พบว่า การบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการดำเนินงานที่มีความร่วมมือของทุกภาคส่วนในทุกพื้นที่ ซึ่งร่วมมือกันดำเนินการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ขั้นต้น ทั้งภาครัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต. และ อสม. ซึ่งเป็นพลวัตปฐมภูมิร่วมกัน และควรได้รับการพัฒนาให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรกำหนดหน้าที่ให้เป็นหน่วยงานหลัก ในการสร้างเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อให้เกิดกลไกความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งเป็นพลวัตปฐมภูมิร่วมกัน เพื่อให้มีการดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศทั้งในพื้นที่เขตชนบทและพื้นที่เขตเมืองซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นหน่วยปฐมภูมิในมาตรฐานเดียวกันของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ พร้อมทั้งพัฒนา รพ.สต. ให้มีศักยภาพสูงขึ้น รองรับเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. รูปแบบการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรกำหนดให้เป็นการบริหารร่วมกันของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในพื้นที่ เพื่อให้บริการสามารถตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมตามบริบทของพื้นที่

๓. การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกำหนดจำนวนประชากรขั้นต่ำในเขตพื้นที่รับผิดชอบจำนวนขั้นต่ำ ๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน ปัจจุบันสามารถจัดตั้งได้ ๒,๖๙๘ แห่ง จากเป้าหมาย ๖,๕๐๐ แห่ง ซึ่งสามารถดำเนินการได้เฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่มีจำนวนประชากรมาก แต่เป็นอุปสรรคต่อการจัดตั้งหน่วยบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่มีจำนวนประชากรไม่ครบตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งต้องมีการรวมตัวกันในหลายพื้นที่ จึงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ ทั้งที่มีการดำเนินการในรูปแบบความร่วมมือที่เป็นพลวัตปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่อยู่แล้ว จึงไม่ควรกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ และให้สามารถจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้ตามจำนวนประชากรที่มีอยู่และตามความพร้อมของพื้นที่พลวัตปฐมภูมิดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิ และการสนับสนุนงบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงงบประมาณอื่น ๆ ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิในพื้นที่

๔. ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙ (๑) กำหนดว่า “กรณีการขอขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ถือเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบระหว่างแปดพันคนถึงหนึ่งหมื่นสองพันคน ทั้งนี้ เมื่อได้พิจารณาถึงความปลอดภัยและความสะดวกของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่แล้ว อาจพิจารณากำหนดเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามความเหมาะสมก็ได้” นั้น ปัจจุบันจัดตั้งได้เพียง ๒,๖๙๘ แห่ง จากเป้าหมาย ๖,๕๐๐ แห่ง สามารถดำเนินการได้เฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่มีจำนวนประชากรมาก แต่เป็นอุปสรรคต่อการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตชนบทและเขตเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

นอกจากนั้น ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกช่วงปี ๒๕๒๐ – ๒๕๒๑ มาตามลำดับ เช่น การกำหนดให้มีโครงการพัฒนาเพื่อบรรลุ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ปี ๒๕๔๓ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยส่วนใหญ่แทบทุกพื้นที่มีการดำเนินการด้านสาธารณสุขในลักษณะของระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยธรรมชาติ และเป็นระบบที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของคนในท้องถิ่น ซึ่งนับเป็นความยั่งยืน และจากการศึกษาดูงานในพื้นที่โดยเน้นในเรื่องของการพัฒนาด้วยสังคมขับเคลื่อนในรูปแบบปฐมภูมิที่เป็นพลวัต (พลวัตปฐมภูมิ) พบว่า ท้องถิ่นพื้นที่ส่วนใหญ่มีความพร้อม หากได้รับการส่งเสริมความรู้เรื่องปฐมภูมิ มีการพัฒนาขีดความสามารถ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สูงขึ้น มีการพัฒนาเทคโนโลยีในรูปแบบ Telemedicine มาใช้ และมีงบประมาณบริหารจัดการจำนวนหนึ่งในการบริหารจัดการ จะสามารถดำเนินการเป็นเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ด้วยระยะเวลาที่รวดเร็ว ดังนั้น การกำหนดเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการ อาจกำหนดจำนวนที่น้อยกว่า ๘,๐๐๐ คน โดยนำเกณฑ์การพิจารณาถึงความสะดวก ความปลอดภัยของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่มาใช้กำหนดเป็นหลักตามความเหมาะสม จะทำให้ประเทศไทยมีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิได้มากขึ้น ประชาชนได้ผลประโยชน์โดยตรงในเวลาอันรวดเร็ว

๕. จากปัญหาการขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีเข้ามาตรวจรักษา โดยเป็นเทคโนโลยีพื้นฐานที่ทำให้เกิดหมอคนที่ ๓ ซึ่งสามารถชดเชยปัญหาการขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จะไปปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างดี เนื่องจากเป็นการตรวจรักษาขั้นต้น ดังนั้น จึงควรพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพของเทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่ช่วยการรักษา การนัดหมายผู้ป่วย และการเชื่อมโยงประวัติการรักษาผู้ป่วยที่เชื่อมโยงตั้งแต่บริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อและการรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และมีการเข้าใช้บริการเป็นลำดับแรกมากขึ้น

๖. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการกึกมากขึ้นจากเดิมที่มุ่งเน้นเฉพาะการส่งเสริมป้องกันโรค ปัจจุบัน รพ.สต. เป็นหน่วยบริการที่อยู่ในเป้าหมายการพัฒนาให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการด่านแรกของบริการสุขภาพประชาชนในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องทุกเพศทุกวัย และผสมผสานครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยจนระยะสุดท้ายของชีวิต จึงควรยกระดับ รพ.สต. ให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี

โดยเฉพาะการเพิ่มขวัญและกำลังใจให้บุคลากรอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างยาวนานเกิดความมั่นคงของระบบสุขภาพ โดยการเพิ่มความก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

๗. การกำหนดให้มีหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายทั้งในระดับส่วนกลางและระดับภูมิภาค เพื่อให้มีบทบาทในการกำกับ ติดตาม และตรวจสอบการดำเนินงาน รวมถึงการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนการควบคุม กำกับมิให้มีการนำข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในระบบข้อมูลไปเผยแพร่และไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง เพื่อเป็นการคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วยในระบบบริการ

๘. ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลตั้งแต่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปยังโรงพยาบาลทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ครอบคลุมและเป็นระบบข้อมูลสุขภาพกลางของประเทศ

๙. ควรพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เพียงพอ โดยในระยะแรกที่ไม่สามารถมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงพอต่อการให้บริการ ควรมีการนำเทคโนโลยีสื่อสารเพื่อตรวจรักษาทางการแพทย์ โดยเฉพาะระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รวมถึงระบบการติดต่อสื่อสารอื่นระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยในชุมชน เพื่อช่วยสนับสนุนให้ประชาชนได้รับบริการจากแพทย์ ทั้งนี้ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระยะแรก และเร่งผลิตและพัฒนาแพทย์และบุคลากรให้เพียงพอรองรับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

๑๐. ควรพัฒนาและเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนประมาณ ๑,๐๔๗,๔๔๐ คน ให้มีความสามารถในด้านระบาดวิทยา และมีความรู้ความสามารถในด้านเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อรองรับการบริการในชุมชน และการติดต่อประสานงานกับแพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว

๑๑. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นภารกิจที่สำคัญระหว่างทั้งสองกระทรวง ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และการให้บริการระบบบริการปฐมภูมิแก่ประชาชน ซึ่งมีภารกิจภายใต้กำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การถ่ายโอนดังกล่าวจึงมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ทั้งพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจในการถ่ายโอนของ รพ.สต. และบุคลากร รวมถึงระบบการบริหารจัดการงบประมาณ และการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีการผลิตและพัฒนาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑) ด้านนโยบายและกฎหมาย ควรพิจารณาความทับซ้อนของกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ ทั้งพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจในด้านการบริหารจัดการ รพ.สต. และการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒) ด้านบุคลากร ควรกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานะ ตำแหน่ง และความก้าวหน้าของบุคลากรที่จะถ่ายโอนไป โดยมีระบบกลไกการเสนอกรอบงาน ความก้าวหน้า ความมั่นคงในตำแหน่ง โดยไม่ควรน้อยกว่าเดิมและชัดเจน

๓) ด้านการบริหารจัดการ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยพิจารณาร่วมกัน เพื่อกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการถ่ายโอน และการบริหารจัดการระบบ งบประมาณ และการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงควรมีกระบวนการศึกษาเรื่องการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากภาคประชาชน คนในพื้นที่ และภาคีเครือข่าย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาในการถ่ายโอนและเป็นข้อมูลที่สะท้อนความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งนี้ การถ่ายโอนไม่ควรเร่งรีบดำเนินการเป็นจำนวนมาก โดยควรมีกำหนดพื้นที่นำร่อง (Sandbox) เพื่อศึกษาการถ่ายโอนในพื้นที่จังหวัดที่ผ่านการประเมินความพร้อมในการรับถ่ายโอน รพ.สต. ก่อนการดำเนินการภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อให้ทราบถึงข้อดีข้อเสียและประสิทธิภาพที่เกิดกับประชาชนอย่างถ่องแท้

ภาคผนวก

ภาคผนวก
ภาพประกอบการประชุม

ภาพประกอบการประชุม
ของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



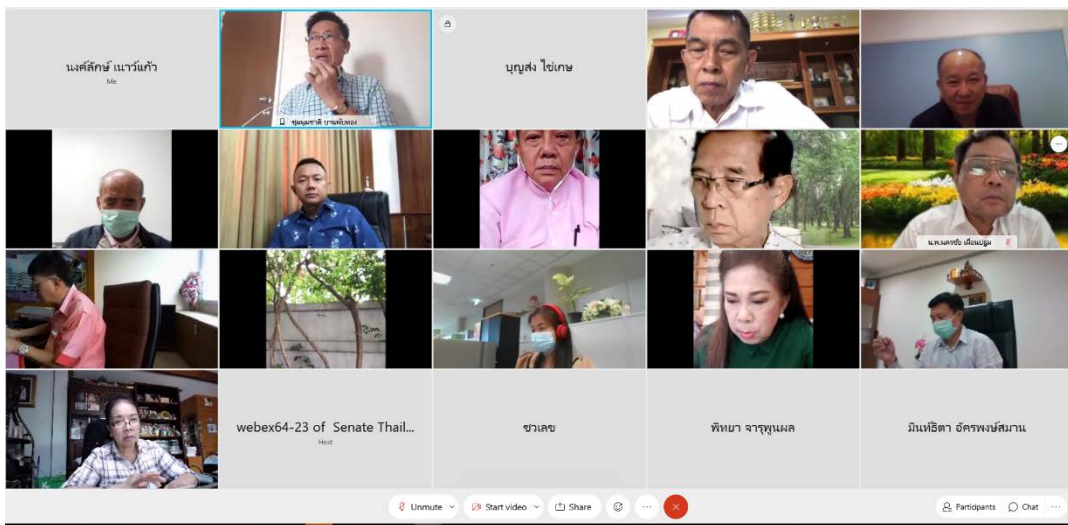


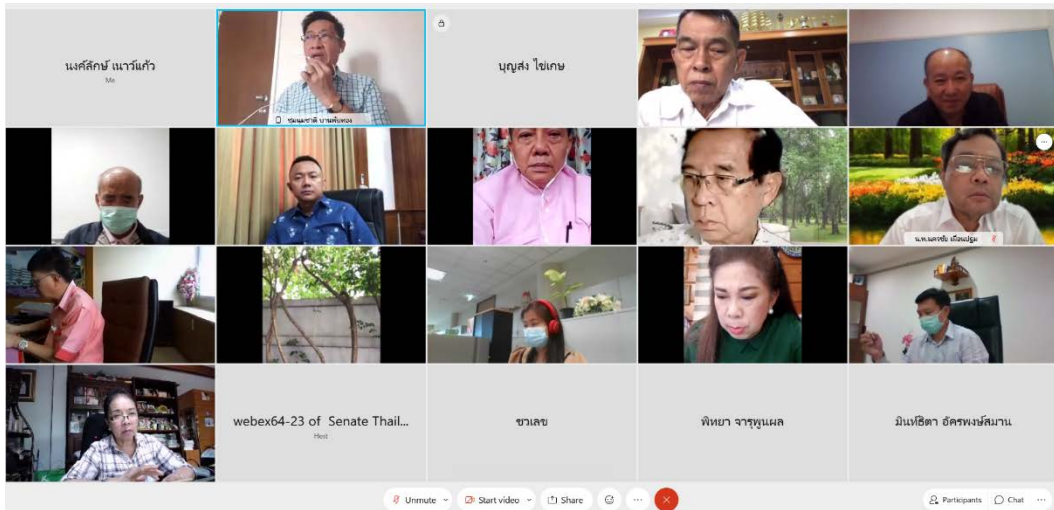
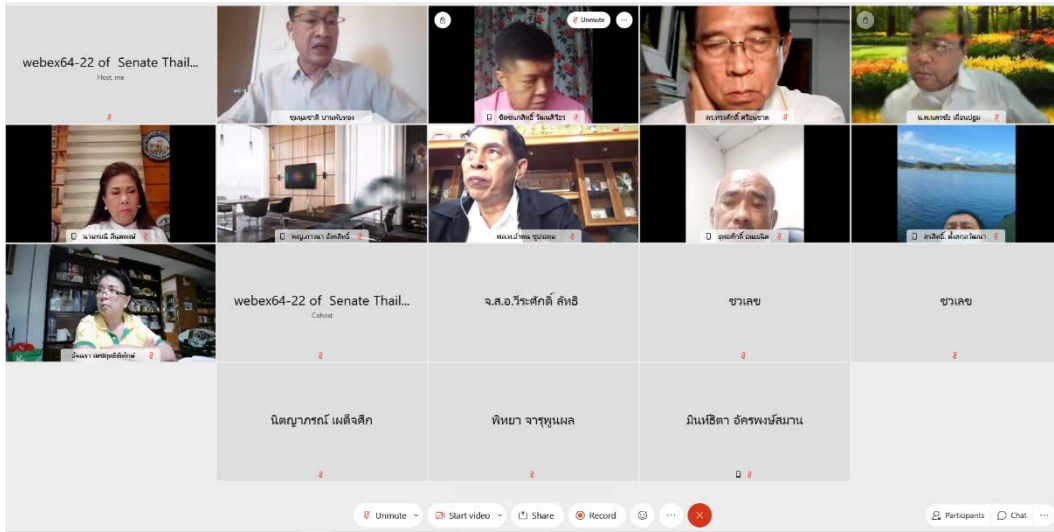


ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) เข้าร่วมประชุมกับคณะอนุกรรมการ เมื่อวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๔



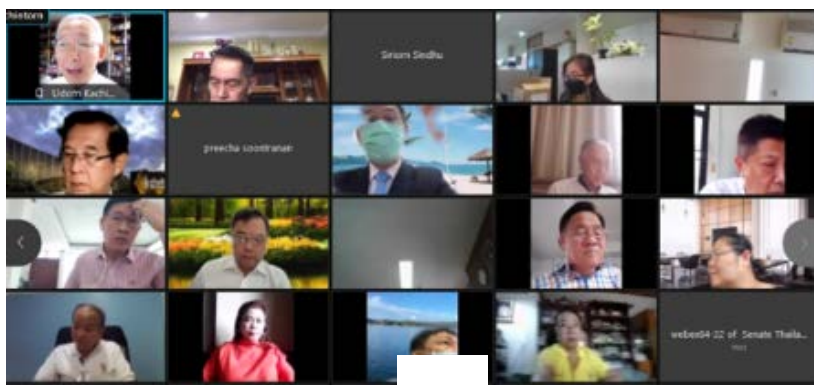
ภาพประกอบการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม Cisco Webex Meeting)
(ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด ๑๙)





ผู้แทนคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุมกับคณะอนุกรรมาธิการ เมื่อวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๔
(ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์)



ภาคผนวก

สรุปผลการเดินทางไปศึกษาดูงานของคณะอนุกรรมการ

จังหวัดนนทบุรี

จังหวัดสุพรรณบุรี

จังหวัดร้อยเอ็ด

สรุปการเดินทางศึกษาดูงาน
คณะกรรมการการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
วันจันทร์ที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๔
ณ จังหวัดนนทบุรี

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



๑. ข้อมูลทั่วไป

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นโรงพยาบาลแห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของอธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ชื่อเดิม คือ โรงพยาบาลชลประทาน ซึ่งเดิมอยู่ภายใต้กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ต่อมาปี ๒๕๔๕ โอนมาอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาปี ๒๕๕๐ ได้โอนย้ายเข้าเป็นหน่วยบริการภายใต้มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเพิ่มเป้าหมายการผลิตแพทย์ของมหาวิทยาลัย และเปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ เป็นโรงพยาบาลขนาด ๔๐๐ เตียง และมีศักยภาพขยายเพิ่มขึ้นเป็น ๕๐๐ เตียง มีความเป็นเลิศหลายด้าน อาทิ ด้านมะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ เปลี่ยนถ่ายกระจกตาต่อไป

เขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ พื้นที่อำเภอปากเกร็ด จำนวน ๑๒ ตำบล จำนวนประชากร ๓๑๙,๙๘๗ คน นอกจากนี้มีประชากรแฝงต่างด้าวอีกประมาณเท่าตัว

ประชากร UC ที่รับผิดชอบภายในหน่วยบริการในเครือข่าย รวม ๔๙,๕๔๒ คน ซึ่งโดยปกติโรงเรียนแพทย์จะไม่รับประชากร UC แต่ด้วยมีความต่อเนื่องจากการอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการดูแลต่อเนื่องถึงปัจจุบัน

โครงสร้างการบริหารร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ

ศูนย์การแพทย์ฯ อยู่ภายใต้เขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข เขต ๔ โดยมีคณะกรรมการเขตสุขภาพ หรือ อปสข. เขต ๔ ควบคุมดูแล และกำหนดนโยบายต่าง ๆ ภายในเขต สำหรับระดับจังหวัด มีการกำกับดูแลโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ที่อยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์การแพทย์ มีจำนวน ๕ รพ.สต. ประกอบด้วย รพ.สต.บางตลาด รพ.สต.บ้านใหม่ รพ.สต.ประเสริฐอิสลาม รพ.สต.เกาะเกร็ด และ รพ.สต.ศาลากุล รวมถึงศูนย์เทศบาล ๑ และศูนย์เทศบาล ๒ รวมทั้งศูนย์สุขภาพ โดยแบ่งการบริหารออกเป็น PCC ๓ คลัสเตอร์ ประกอบด้วย PCC : ศูนย์สุขภาพ (โรงพยาบาลชลประทาน) PCC : บ้านใหม่บางตลาด และ PCC : ศาลาเกาะประเสริฐ

การบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือ โรคโควิด ๑๙

ศูนย์การแพทย์ฯ มีการบริหารจัดการโดยหลัก ๙S และคณะกรรมการอำนวยการที่ประกอบด้วย ๖ คณะอนุกรรมการ ส่งผลให้มีการดำเนินงานที่เป็นระบบ เชื่อมโยง และรวดเร็ว มีการควบคุมการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านเข้า-ออกอาคาร จุดคัดกรอง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย นอกจากนี้มีการลดสัดส่วนผู้ป่วยวอร์ดอื่น เพื่อเพิ่มจำนวนวอร์ดโรคโควิด ๑๙ และเพิ่มห้องความดันลบ รวมถึงมีการปรับปรุงอาคารเก่าเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด ๑๙ โดยใช้งบบริจาคของมูลนิธิชัยพัฒนา และเงินบริจาคของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีแผนเพื่อรองรับการแพร่ระบาดในระลอกต่อไป หรือระลอก ๕ ด้วยแล้ว โดยเฉพาะระบบ ICU จากเงินบริจาคของมูลนิธิชัยพัฒนา

สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด ๑๙ โดยส่วนใหญ่เป็นแพทย์อายุรกรรม และแพทย์อื่นหมุนเวียนดูแลใน CI ประกอบกับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย HI และ CI โดยมีการสำรองงบประมาณเพื่อป้องกันให้บุคลากร โดยเฉพาะชุด PPE จำนวน ๒ ล้านบาทต่อเดือน โดยงบประมาณส่วนใหญ่มาจากการบริจาคทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคเอกชน รวมถึงการฉีดวัคซีนให้บุคลากร ทั้งนี้ การดำเนินงานมีความร่วมมือกับเทศบาลนครปากเกร็ด รวมทั้งการร่วมดูแลศูนย์ CI ทั้งในโรงเรียนและวัด นอกจากนี้มีการดูแลผู้ป่วยในระบบ HI โดยปัจจุบันที่ดูแล รวม ๑,๒๓๒ คน

๒. การดำเนินงานด้าน Primary Care

ขอบเขตงานปฐมภูมิ :

๑) การตรวจรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเป็นองค์รวม โดยยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งหมายถึงการที่ไม่ได้รักษาผู้ป่วยทุกคนเหมือนกัน แต่รักษาตามกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

๒) การส่งเสริม ป้องกันโรค คัดกรองความเสี่ยง และเฝ้าระวังโรค (Health promotion and prevention)

๓) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและครอบครัว ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลแบบประคับประคอง

๔) การบริหารจัดการร่วมกับเครือข่าย รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครปากเกร็ด

พื้นที่รับผิดชอบ : อำเภอปากเกร็ด ในพื้นที่หมู่ ๑ ตำบลบางตลาด จำนวน ๓ ชุมชน
สถานสงเคราะห์ ๑๕ แห่ง วัด ๒ แห่ง และโรงเรียน ๔ แห่ง ซึ่งมีการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลปากเกร็ด
โดยการส่งต่อผู้ป่วย

การตรวจรักษา : (หมอประจำตัว ประจำชุมชน ดูแลต่อเนื่อง) การตรวจรักษาดำเนินการ
โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มุ่งเน้นให้มีการดูแลต่อเนื่อง โดยให้แพทย์ฯ ประจำใน รพ.สต. และ PCU
ที่ศูนย์การแพทย์รับผิดชอบ โดยให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลต่อเนื่องกับแพทย์ประจำตัว และประจำพื้นที่ชุมชน
เพื่อให้แพทย์ได้ทราบปัญหาสุขภาพ และป้องกัน ส่งเสริม และรักษาตามบริบทผู้ป่วยในพื้นที่ และเมื่อพบ
ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายสามารถติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้ต่อเนื่อง

นอกจากนี้ มีการดูแลทุกช่วงวัย โดยเข้าถึงประชาชน เพื่อลดอุปสรรคการเข้าสู่ระบบ
การรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กในสถานสงเคราะห์ ผู้พิการซ้ำซ้อน

การส่งเสริมป้องกันโรค คัดกรองความเสี่ยง และเฝ้าระวังโรค :

โรคไม่ติดต่อ :

๑) พื้นที่ชุมชน : มีการลงพื้นที่คัดกรองร่วมกับชุมชน โดยมี อสม. และประธานชุมชน
ซึ่งชุมชนมีความต้องการ โดยชุมชนกำหนดพื้นที่เป็นจุดตรวจคัดกรอง และขอให้ทีมแพทย์ของศูนย์การแพทย์
ร่วมกับ รพ.สต. ออกตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะกลุ่มสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ

๒) วัด : วัดชลประทานได้จัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรัง และให้ทีมแพทย์ออกตรวจคัดกรองพระภิกษุ
ภายในวัดดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

๓) สถานสงเคราะห์ : การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานสงเคราะห์ ทั้งเด็กที่บกพร่อง
ทางร่างกาย และบกพร่องทางสมอง และเด็กพิการซ้ำซ้อน รวมถึงสถานสงเคราะห์กลุ่มผู้ใหญ่ ทั้งผู้ป่วยจิตเวช
และผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ตลอดจนสถานสงเคราะห์เด็กดีที่ถูกทอดทิ้ง มีการให้ความรู้แก่พี่เลี้ยงสถานสงเคราะห์
และการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก

โรคติดต่อ :

- ดำเนินการโดยการตรวจคัดกรองในพื้นที่ และให้ความรู้แก่กับเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์
ในการดูแล ป้องกัน และการเฝ้าระวัง ตลอดจนการนำเข้าสู่การรักษา รวมถึงการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่
ในการป้องกันตนเอง

- การตรวจคัดกรอง : ดำเนินการร่วมกับเทศบาล โดยขอรับงบประมาณเพื่อตรวจคัดกรอง เช่น
ตรวจคัดกรองวัณโรค โดยเอกซเรย์ปอดเด็กในสถานสงเคราะห์

- การควบคุม ป้องกันโรค : เมื่อพบโรคติดต่อ จะมีการนำทีมแพทย์ให้การดูแลควบคุมโรค
ในพื้นที่ และการให้วัคซีนป้องกันโรค เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่

- งานอนามัยโรงเรียน : การให้ความรู้ผู้ปกครอง ครู และเด็กด้านสุขอนามัย และป้องกัน
โรคติดต่อ เช่น โรคมือเท้าปาก

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการดูแลแบบประคับประคอง :

- เป็นการดูแลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล (ทุติยภูมิ) สู่บ้าน/ชุมชน โดยส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับทีม
เยี่ยมบ้านของสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์ทีมกลางของโรงพยาบาล และทีมแพทย์
ประจำ รพ.สต. สำหรับสหวิชาชีพอื่น เช่น นักกายภาพ มีการบริหารจัดการร่วมกัน เช่น กรณี รพ.สต. ใดไม่มี
นักกายภาพ ก็จะให้นักกายภาพของโรงพยาบาลออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการและสอนการฟื้นฟูผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือการใช้แพทย์แผนไทยให้การบริหารร่างกายแทนนักร่างกายภาพได้ รวมถึงการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและการแนะนำวิธีการดูแลช่องปาก

- บทบาทของ อสม. ทำหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านกับทีมแพทย์ และติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การติดตามวัดความดัน เบาหวาน

- Long term care : มีโครงการ Long term care ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของ รพ.สต. บ้านใหม่ ร่วมกับเทศบาลนครปากเกร็ด และได้รับงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ร่วมกับเทศบาลนครปากเกร็ด จัดสร้างศูนย์ออกกำลังกาย

- Palliative care : เป็นการดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาล การติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในคลินิก และที่บ้าน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

นอกจากนี้ มีการบูรณาการการเรียนการสอนของแพทย์ประจำบ้าน โดยให้นักศึกษาแพทย์ ทำการศึกษา/วิจัย ไปดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อบูรณาการทั้งด้านการเรียนการสอนและแนวคิดเกี่ยวกับ Primary care ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงทำการศึกษา/วิจัยในพื้นที่ชุมชน ซึ่งดำเนินการโดย รพ.สต.

การบริหารจัดการเครือข่าย รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล :

- ศูนย์การแพทย์เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณให้ รพ.สต. และศูนย์เทศบาลที่อยู่ภายใต้เครือข่าย รวมถึงการประสานงานด้านนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขไปสู่ รพ.สต. และศูนย์เทศบาล โดย รพ.สต. จะมีการติดตามผลงานจากสำนักงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานกำกับดูแล

- ศูนย์การแพทย์สนับสนุนบุคลากร เช่น สนับสนุนแพทย์ใน รพ.สต. ที่ขาดแคลน รวมถึงการสนับสนุนพยาบาล ในการออกตรวจคัดกรองพื้นที่ชุมชนของ รพ.สต. เช่น การเจาะเลือดในชุมชน

- การจัดส่งของใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ให้กับ รพ.สต.

- การประสานงานเชิงระบบในการรับส่งต่อผู้ป่วย

ทั้งนี้ ศูนย์การแพทย์ฯ ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย พร้อมให้การสนับสนุน หากมีการแจ้งความประสงค์จากเครือข่าย

ตัวอย่างการดำเนินงานในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สำคัญ คือ การดำเนินงาน HI และ CI

- การส่งเสริมให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันโรค

- การเฝ้าระวังป้องกันโรค เช่น การติดตามผู้ป่วยติดเชื้อ/สัมผัสเสี่ยง เพื่อนำมาตรวจคัดกรอง รักษา รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน โดยดำเนินงานร่วมกับเทศบาลนครปากเกร็ด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการออกตรวจเชิงรุก

- การนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ HI และ CI รวมทั้งการประสานงานกับ สสจ. เพื่อนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลสนาม ซึ่งอยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลปากเกร็ด

- ศูนย์การแพทย์ร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อที่พบในพื้นที่เครือข่ายบริการของ รพ.สต. รวมทั้งประสานงานกับเทศบาลเพื่อกำกับติดตาม เฝ้าระวังบ้านที่มีผู้ป่วยติดเชื้อกักตัวภายในบ้าน รวมถึงการจัดเก็บขยะติดเชื้อ ตลอดจนมีโปรแกรมการติดต่อข้อมูลระหว่างผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการทั้งในระบบ HI และ CI

- เครือข่ายร่วมบริการภายนอก คือ ศูนย์มิตรภาพบำบัด และมูลนิธิการจกเงา ทำหน้าที่ประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อรับและจัดส่งอุปกรณ์และอาหารแห้งให้กับผู้ป่วยในพื้นที่

และการจัดส่งของ อุปกรณ์ป้องกันให้กับ รพ.สต. รวมทั้งการจัดส่งทางไปรษณีย์ และการเดินทางมารับเองที่มีการจัดหมายเวลาและสถานที่

- การใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ รวมถึงการติดต่อประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ตลอดจนการรักษาผู้ป่วยผ่านระบบ Telemedicine ร่วมกับเทศบาล ทั้งด้านการจัดระบบและสถานที่ รวมถึงการจัดส่งยา

- การสนับสนุนรถฉุกเฉินให้กับ รพ.สต. ที่ออกฉีดวัคซีน ตามที่ สสจ. กำหนด และรถเอกซ์เรย์เคลื่อนที่

- การร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเกร็ด และเทศบาลนคร เพื่อจัดตั้ง CI ในพื้นที่ต่าง ๆ รวมถึงการจัดตั้งในโรงเรียน

จากการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้พบว่า ระบบ Telemedicine มีประโยชน์ต่อการช่วยการรักษาเป็นอย่างมาก และทำให้ได้ศึกษาและคุ้นเคยกับระบบดังกล่าวมากขึ้น ซึ่งจะนำมาพัฒนาต่อยอดต่อการติดตามรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และความดัน รวมถึงการจัดส่งยา โดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วย Palliative care ให้กับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ตลอดจนการใช้ติดต่อประสานงานข้อมูลการติดตามผู้ป่วยร่วมกับ อสม. และการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน

- เนื่องจากศูนย์การแพทย์เป็นหน่วยบริการภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การรับทราบนโยบาย และการติดตามข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขล่าช้าบางกรณี

- งบประมาณการดูแลผู้ป่วยพิการ และสถานสงเคราะห์ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่อยู่ในการดูแลจำนวนมาก แต่งบประมาณยังไม่เพียงพอ

- การสนับสนุนเครื่องมือที่จำเป็นในงานปฐมภูมิยังมีไม่เพียงพอในหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ข้อจำกัดเชิงพื้นที่ในเขตเมืองมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม เช่น รพ.สต. ตั้งอยู่คนละฝั่งของถนนทำให้ไม่อยู่เขตพื้นที่เดียวกัน ส่งผลให้การติดตามดูแลไม่ครอบคลุม จึงจำเป็นต้องประสานประสานหลายหน่วยงานภายนอกเพื่อส่งต่อผู้ป่วยต่อเนื่อง

- มีการหมุนเวียนทรัพยากรบุคคลจากเครือข่ายที่มีการบริหารต่างกันในการออกตรวจพื้นที่

๓. การดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน

การดำเนินงานด้านศูนย์สุขภาพ ขึ้นตรงต่อโรงพยาบาลชลประทาน ก่อตั้งในปี ๒๕๔๙ โดยใช้พื้นที่ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เนื่องจากเริ่มจัดตั้งจากการมีผู้ป่วยเด็กและสถานสงเคราะห์จำนวนมาก และไม่สะดวกต่อการเดินทางไปโรงพยาบาล รวมถึงเป็นที่ที่มีความเหมาะสมต่อการจัดตั้งเป็น PCU เพื่อลดความแออัดและเป็นด่านหน้า

จุดแข็งของบริการ : ให้บริการแบบ One stop service เหมือนกับโรงพยาบาลชุมชน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๘ คน ทันตแพทย์ เกสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ซึ่งมีบริการเจาะเลือดและทราบผลในหน่วย PCU จึงเป็นจุดแข็งที่แตกต่างจาก รพ.สต. มีการดูแลผู้ป่วยประมาณ ๑๕๐ - ๑๙๐ คนต่อวัน

จุดอ่อนของบริการ : การส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบัตรทองที่ไม่ใช่เจ็บป่วยฉุกเฉิน และต้องเข้ารับรักษาในทุติยภูมิ จะต้องเสียเวลา ๑ วันเพื่อรับใบส่งตัวจาก PCU ก่อน ประกอบกับการใช้ใบส่งตัวในรูปแบบเดิมที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง (ใบส่งตัว ๓ สี) จึงควรใช้ระบบการส่งต่อโดยระบบไอทีที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง PCU โรงพยาบาล และจะทำให้แพทย์ทราบถึงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยได้โดยสะดวกรวดเร็ว

สำหรับการร่วมบริการในระบบ HI และ CI และการตรวจ ATK เชิงรุก ได้ดำเนินการร่วมกับ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานปฐมภูมิในชุมชน

- ผู้สูงอายุที่ขาดการดูแล อยู่เพียงลำพัง ทำให้ไม่สามารถมารับการตรวจรักษาได้ตามกำหนด
- ผู้พิการในสถานสงเคราะห์ที่มีจำนวนมาก
- โรคที่พบบ่อย คือ ความดันสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ทางเดินหายใจ และโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

คลินิกผู้สูงอายุต้นแบบในชุมชน : เป็นการจัดตั้งโดยผู้นำชุมชน เพื่อชุมชน โดยจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุต้นแบบในชุมชนปากด่าน ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นชุมชนเก่าแก่กว่า ๒๐๐ ปี และถือเป็นชุมชนชนบท แต่ล้อมรอบด้วยความเจริญภายนอกชุมชน โดยผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและผู้พิการจำนวนมาก ผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นประธาน อสม. ด้วย จึงได้นำปัญหาไปปรึกษากับเครือข่ายโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในชุมชน จึงได้จัดตั้งคลินิกขึ้น โดยพื้นที่บริจาคของบุตรหลานจอมพล ถนอม กิตติขจร จึงได้ตั้งชื่อว่า “คลินิกกิตติขจร” เป็นคลินิกผู้สูงอายุต้นแบบ โดยความร่วมมือของโรงพยาบาล เทศบาล และคนในชุมชน ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการ Long term care

กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

- การดูแลผู้พิการ : คลินิกได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์กายภาพสำหรับผู้พิการ Long term care จากเทศบาล และ สสจ. ร่วมกับการดูแลโดยทีม อสม.
- การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการออกตรวจเป็นประจำ ๒ เดือน/ครั้ง การเจาะเลือด ๖ เดือน/ครั้ง โดยเมื่อตรวจเสร็จแล้วผู้สูงอายุสามารถกลับบ้านได้ทันที เพื่อให้ทีมพยาบาลนำไปยามาส่งจ่ายจากโรงพยาบาล และส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านโดย อสม. โดยดำเนินการทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์โรคติดต่อ
- อสม. เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเปิดดำเนินการมากกว่า ๖ ปี และสามารถดำเนินการขับเคลื่อนได้เป็นอย่างดีภายใต้ อสม. และทำหน้าที่เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทีมแพทย์จากโรงพยาบาลออกตรวจ เช่น การวัดความดัน การเจาะเลือด
- การบริหารจัดการคลินิกผู้สูงอายุ : โดยคณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุชุมชน ประกอบด้วย ผู้แทนศูนย์การแพทย์ (แพทย์/พยาบาล ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว) ผู้นำชุมชน อสม. และ Care Manager
- มีการพัฒนา อสม. ให้เป็น Caregiver เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- งบประมาณ การดูแลผู้สูงอายุเบิกจ่ายจากงบ Long term care ของโรงพยาบาล โดยการจ้าง Caregiver และ Care manager ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

คณะอนุกรรมการได้ตั้งประเด็นคำถาม

๑. หากมีการกระจายอำนาจ โดยถ่ายโอนภารกิจให้ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในอนาคตอาจรวมถึงการกระจายโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงต่อหน่วยบริการและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประเด็นดังกล่าวจะมีผลกระทบหรือการดำเนินงานด้านปฐมภูมิในพื้นที่อย่างไร หรือไม่

กรณีดังกล่าว ศูนย์การแพทย์ฯ เป็นหน่วยบริการนอกกระทรวงสาธารณสุขที่มีการดูแลงานด้านปฐมภูมิด้วย ประกอบกับเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ผลิตแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว การดำเนินงานกับกระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นการประสานงานร่วมกันที่มิใช่การบังคับบัญชา โดยให้การสนับสนุน

ด้านการประสาน บริการ ส่งต่อ ยาและเวชภัณฑ์ ดังนั้น หากมีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ก็จะต้องทำหน้าที่ด้านการประสานงานร่วมกันกับชุมชน และมีการพึ่งพาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยที่ รพ.สต. เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งศึกษาเรียนรู้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๒. งบประมาณเพื่อการดูแลผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ โดยศูนย์การแพทย์ใช้งบประมาณจากส่วนใด และงบประมาณหลักควรอยู่ภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์หรือไม่

กรณีดังกล่าว เป็นการดูแลในลักษณะบูรณาการร่วมกัน โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดูแลด้านบุคคล ส่วนด้านสุขภาพและสาธารณสุขเป็นภารกิจของหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยศูนย์การแพทย์เป็นหน่วยบริการภายนอกกระทรวงจึงไม่สามารถตั้งงบประมาณดังกล่าวได้ จึงมีการดูแลโดยภารกิจในฐานะโรงพยาบาล โดยมีบางส่วนจากการดูแลผู้ป่วยยากไร้ และบางส่วนจากผู้ป่วยสถานสงเคราะห์ที่มีเลข ๑๓ หลักที่สามารถเบิกจ่าย สปสช. ได้ คิดเป็นร้อยละประมาณ ๗๐ แต่ก็ยังขาดในส่วนที่ไม่มีบัตรประชาชน อย่างไรก็ตาม ส่วนหนึ่งของงบประมาณมาจากการบริจาค จึงทำให้สามารถดำเนินการได้มากขึ้น

๓. การสร้างเครือข่ายร่วมบริการกับ รพ.สต. จะขยายได้เพิ่มขึ้นหรือไม่ และการดูแลผู้ป่วยในเครือข่าย รพ.สต. มีการเบิกจ่ายค่าบริการอย่างไร

กรณีดังกล่าว ปัจจุบันศูนย์การแพทย์มีเครือข่าย รพ.สต. เป็น PCU จำนวน ๕ แห่ง เนื่องจากที่ผ่านมามีข้อจำกัดเรื่องแพทย์เวชฯ ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ ในอนาคตซึ่งการผลิตแพทย์เวชฯ ได้มากขึ้นแล้ว จึงมีแผนที่จะขยายเครือข่าย รพ.สต. ได้มากขึ้น โดยขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคลากร รพ.สต. ที่จะดำเนินการด้วย สำหรับงบประมาณการบริการเป็นส่วนหนึ่งของ รพ.สต. โดยศูนย์การแพทย์ให้การสนับสนุนเฉพาะบุคลากรแพทย์เวชฯ และการจัดส่งยาในราคาต้นทุน สำหรับเวชภัณฑ์/ครุภัณฑ์ให้การสนับสนุนด้วยงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) ตามฐานประชากรและผลงานที่จัดสรรผ่านโรงพยาบาล โดยงบประมาณค่าเหมาจ่ายรายหัวของ สปสช.

๔. การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) รพ.สต. บ้านใหม่

- บุคลากรของ รพ.สต. จำนวน ๑๑ คน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน (แพทย์หญิงชยามณี สัมเี่ยมวรพงษ์) สังกัดโรงพยาบาลชลประทาน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต. บ้านใหม่ และมีพยาบาลวิชาชีพ ๓ คน (ด้านเวชปฏิบัติครอบครัว) นักวิชาการสาธารณสุข ๓ คน รวมทั้งวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ทันตภิบาล และการแพทย์แผนไทย

- กำกับดูแลโดยสาธารณสุขอำเภอ

- ประธานชุมชนบ้านใหม่สามัคคี ๕ เป็นผู้นำชุมชนที่เป็นเครือข่ายของ รพ.สต.

รพ.สต. บ้านใหม่เป็นพื้นที่เขตชุมชนเมือง รับผิดชอบ ๑๐ ชุมชน ครอบคลุมประชากรตำบลบ้านใหม่ ๓๓,๓๐๕ คน มีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

ผลงานเด่น

- ศูนย์ Day Care ตามโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม แนวพุทธในชุมชนตำบลบ้านใหม่ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ส่งผลให้มีความทุกข์น้อยลง

การให้บริการ

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบริการออกตรวจเป็นประจำทุกวันพุธ (ช่วงเช้า) และการออกเยี่ยมบ้าน ช่วงบ่าย โดยทีมแพทย์ พยาบาล บุคลากร และนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงทีมโรงพยาบาลออกเยี่ยมบ้าน ร่วมด้วยในบางกรณีที่ต้องมีการดูแลมากขึ้น

- มีระบบให้การปรึกษาสุขภาพผ่านระบบแอปพลิเคชัน ๓ หมอ ของกระทรวงสาธารณสุข และ แอปพลิเคชัน Line ซึ่งสามารถดำเนินการเสริมประสิทธิภาพการบริการได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

- มีการประสานงานกับโรงพยาบาลชลประทาน ด้านการรับยา และการรับเงินค่าตอบแทน เป็นต้น

- มีเครือข่ายร่วมบริการกับคลินิกชุมชนอบอุ่น

งานเยี่ยมบ้าน

- มีการส่งข้อมูลไป-กลับ ระหว่าง รพ.สต. ชุมชน กับโรงพยาบาล เพื่อออกเยี่ยมบ้าน

- มีการประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากชุมชนที่ออกเยี่ยมบ้าน

งบประมาณ

- การจัดสรรงบ UC ผ่านโรงพยาบาลชลประทาน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดสรรงบของ สปสช. แบ่งเป็น ๑๓ กองทุน โดยมีเงื่อนไขการเบิกจ่ายแต่ละกองทุนตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด เบิกจ่ายผ่าน CUP ซึ่งเป็นผู้จัดสรรตามความจำเป็นของหน่วยบริการภายใน CUP โดยเฉพาะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) นอกจากนี้ มีการจัดสรรตามค่างาน การจัดสรรตามโครงการที่เสนอภายใต้กองทุน และการจัดสรร เพื่อการบริหารจัดการ เป็นต้น

- เงินบำรุงของ รพ.สต. ปัจจุบันมีสถานะคงเหลือประมาณกว่า ๒ ล้านบาท

- กองทุนในชุมชน เช่น กองทุนพัฒนาไฟฟ้า ช่วยสนับสนุนการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ ซึ่งเป็น เครือข่ายของชุมชนในการสนับสนุน

- กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

การดำเนินงานที่สำคัญ

- การดำเนินงานของแพทย์เวชฯ มีทั้งการออกตรวจ และการให้คำปรึกษา

- มี อสม. เป็นเครือข่ายร่วมดูแล จำนวน ๑๐๗ คน รวมถึงชมรมผู้สูงอายุ หน่วยบริการสังกัด กระทรวงกลาโหมในพื้นที่ และชมรมต่าง ๆ ที่เป็นภาคีเครือข่ายความร่วมมือ

- มีการเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ และการป้องกัน รวมถึงการออก ให้บริการเชิงรุกในชุมชน โรงเรียน และโรงงาน โดยร่วมกับโรงพยาบาลเอกชน เทศบาลนครปากเกร็ด และมีการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลประทาน ซึ่งมีความร่วมมือร่วมกับภาคีเครือข่าย มูลนิธิ และจิตอาสาส่งผู้ป่วย ทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม HI และ CI

- มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการนอกพื้นที่รับผิดชอบ เช่น โรงพยาบาลปากเกร็ด เพื่อจัดบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ให้ประชาชน และวัคซีนสำหรับผู้ติดบ้าน ติดเตียง

- มีการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดำเนินการสร้างความร่วมมือ ด้านต่าง ๆ ในชุมชน เช่น การกำจัดขยะ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นต้น

- มีการประสานงานการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในกลุ่มอาคารชุดผ่านนิติบุคคล โดยให้การส่งเสริม สุขภาพตามระดับผู้พักอาศัยที่ต้องการการดูแลแต่ละระดับ รวมถึงผ่านเครือข่าย อสม. ที่พักอาศัยในอาคารชุด

ทั้งนี้ ผู้พักอาศัยในอาคารชุดบางแห่งมีศักยภาพการดูแลตนเองสูง หรือบางแห่งต้องการการดูแลมาก โดยความต้องการที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยติดเตียง และการฉีดวัคซีน

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ประเด็นดังกล่าว ในส่วนบุคลากร มีความเห็นว่า มีความผูกพันกัน กระทรวงสาธารณสุขมายาวนาน และหากมีการถ่ายโอนที่มีการพัฒนาและความก้าวหน้า รวมถึงค่าตอบแทนที่ดีขึ้น อาจจะเป็นแนวทางที่เลือกถ่ายโอนไปได้ ทั้งนี้ ภายใต้อาคารการณปัจจุบันยังไม่มี ความชัดเจน ในประเด็นดังกล่าว อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในด้านภารกิจการส่งเสริม ป้องกันโรค อาจจะทำให้ ประชาชนได้ประโยชน์มากขึ้น แต่ด้านการส่งต่อผู้ป่วยอาจจะมีปัญหา อุปสรรค

ข้อค้นพบจากการศึกษาดูงาน

๑. การดำเนินงานด้านปฐมภูมิของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หรือโรงพยาบาลชลประทาน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีใต้อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยผลิตแพทย์สาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และมีการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ร่วมกับหน่วยด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง รพ.สต. และชมรมสุขภาพต่าง ๆ ที่มีใช้ลักษณะหน่วยบังคับบัญชา โดยมีลักษณะการประสานงานร่วมกัน และให้หน่วยบริการปฐมภูมิบริหารจัดการด้วยตนเอง ภายใต้อาณัติของศูนย์การแพทย์ในด้านต่าง ๆ คือ

- สนับสนุนบุคลากรแพทย์ออกตรวจใน รพ.สต. เพื่อให้ทราบปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และให้การดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงพยาบาลร่วมบริการประชาชน

- สนับสนุนการจัดการจัดส่งยา (ในราคาต้นทุน) ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคล่องตัว รวมถึงการจัดสรรงบประมาณด้านเวชภัณฑ์/ครุภัณฑ์ จากงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) ไปให้บริการปฐมภูมิโดยตรง เพื่อบริหารจัดการด้วยตนเอง

๒. การดำเนินงานปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอปากเกร็ด มีเครือข่ายพลวัตปฐมภูมิในพื้นที่ ดำเนินการอยู่แล้ว โดยมีความร่วมมือให้บริการประชาชนในชุมชนจากทุกภาคส่วน ทั้งโรงพยาบาลชลประทาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพ คลินิก มูลนิธิ องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนครปากเกร็ด) ผู้นำชุมชน และ อสม. ประชาชน/เอกชน สนับสนุนและการบริจาค ส่งผลให้เกิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยกตัวอย่าง การจัดตั้งคลินิกดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ริเริ่มโดยผู้นำชุมชน เพื่อคนในชุมชน โดยจัดตั้งเป็นคลินิกผู้สูงอายุต้นแบบชุมชนปากด่าน โดยใช้กระบวนการสร้างแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน สร้างโมเดลต้นแบบในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วม และแต่งตั้งคณะกรรมการของคลินิกชุมชนมี อสม. Caregiver และจิตอาสาเป็นกำลังสำคัญ ดำเนินการ ทำให้เกิดพลังความร่วมมือในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล และเข้าถึงบริการได้ในพื้นที่ชุมชนและเกิดเครือข่ายความร่วมมือโดยการเข้าไปสนับสนุนการดำเนินงาน จากทุกภาคส่วน ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากรแพทย์หมุนเวียนให้บริการ/แนะนำ และจัดส่งยา/เวชภัณฑ์ ซึ่งถือเป็นเครือข่ายที่มีใช้ลักษณะบังคับบัญชาในลักษณะเครือข่ายพลวัตปฐมภูมิ

- ๓. มีการใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางการแพทย์ช่วยดำเนินงาน ทั้ง Telemedicine แอปพลิเคชัน ๓ หมอ และ Line ทำให้ส่งเสริมการดำเนินงานในสถานการณ์ปัจจุบันได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น การดำเนินงานของชุมชนพื้นที่อำเภอปากเกร็ด มีการดำเนินงานที่ครอบคลุม “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมทั้งการส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง

และมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมบุคลากรผู้ให้บริการที่เชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์สาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ตามหลักการของ “เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ที่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิได้



**สรุปการเดินทางศึกษาดูงาน
คณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ระหว่างวันอังคารที่ ๒๖ – วันพุธที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๔
ณ จังหวัดสุพรรณบุรี**

การศึกษาดูงานในครั้งนี้ได้รับเกียรติจากนายชูชีพ พงษ์ไชย รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี และนายธีระพล โขคนำชัย นายอำเภอบางปลาม้า พร้อมด้วยคณะผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่ให้การต้อนรับ คณะเดินทางของคณะกรรมการ โดยมีพลโท อำพน ชูประทุม ที่ปรึกษาคณะกรรมการ ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน เป็นหัวหน้าคณะเดินทาง

คณะผู้ให้การต้อนรับ

๑. นายชูชีพ พงษ์ไชย รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี
๒. นายธีระพล โขคนำชัย นายอำเภอบางปลาม้า
๓. นายแพทย์อนวัชช์ รักษ์วรรณวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า
๔. นายพัทธพงษ์ ตั้งสะสม สาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า
๕. นายสมจิตร ทับทีมขาว กำนันตำบลวัดดาว
๖. นางรันทม ทับทีมขาว ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลวัดดาว
๗. ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
๘. ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลวัดดาว
๑๐. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว
๑๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาม้า



๑. ข้อมูลทั่วไปของอำเภอบางปลาม้า

อำเภอบางปลาม้าประกอบด้วย ๑๔ ตำบล มีโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง ขนาด ๖๐ เตียง คือ โรงพยาบาลบางปลาม้า และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อำเภอบางปลาม้า มีจำนวน ๑๗ แห่ง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ๑,๔๗๒ คน ประชากรรวมจำนวน ๗๖,๔๙๓ คน โดยเฉลี่ย อสม. ๑ คน ต่อ ๑๖ ครัวเรือน ผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป) คิดเป็น ร้อยละ ๒๓.๒๔ ของประชากร และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

๑.๑ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในพื้นที่อำเภอบางปลาม้า

การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิตามกฎหมายดังกล่าว ได้กำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บุคลากร และประชากรตามจำนวนที่กำหนด ทั้งนี้ ในพื้นที่อำเภอบางปลาม้า ไม่มีหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีจำนวนประชากรครบตามหลักเกณฑ์การจัดตั้ง (ประชากร ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน) จึงมีการจัดตั้งเป็น “เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ : NPCU” รวมกันตั้งแต่ ๒ แห่งขึ้นไป ซึ่งในพื้นที่อำเภอบางปลาม้า มีจำนวนรวม ๖ เครือข่าย

สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของตำบลวัดดาว คือ รพ.สต.วัดดาว ร่วมกับ รพ.สต. บางปลาม้า เป็น ๑ เครือข่าย จัดตั้งขึ้นในปี ๒๕๖๓ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการในเครือข่าย นอกจากนี้ มีคณะผู้ให้บริการในเครือข่าย ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขของทั้งสอง รพ.สต. ร่วมกัน

การพัฒนาของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่าย โดยดำเนินการตามมาตรฐาน ๓S คือ

S = Staff: มีคณะผู้ให้บริการครบตามหลักเกณฑ์ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบุคลากรคณะผู้ให้บริการตามสัดส่วนที่เหมาะสม

S = Structure: มีการจัดบริการที่เข้าถึงง่าย และมีจุดบริการตามหลักเกณฑ์ เช่น บริการแพทย์แผนไทย บริการฉีดวัคซีน และอื่น ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ทุกวัย

S = System: บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา

- บริการทุกคน : ทุกกลุ่มวัย รวมถึงกลุ่มเปราะบาง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

- บริการทุกอย่าง : ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้ง

การคุ้มครองผู้บริโภค

- บริการทุกที่ : บริการทั้งเชิงรับ ในหน่วยบริการ และเชิงรุก นอกหน่วยบริการ และการเยี่ยมบ้าน

- บริการทุกเวลา : การติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา โดยสื่อสารด้วยเทคโนโลยี

๑.๒ การดำเนินการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙

สถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่อำเภอบางปลาม้า ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๔

- ผู้ติดเชื้อสะสม ๑,๔๐๖ ราย (ติดเชื้อรายใหม่ ๒ ราย)

- ผู้ติดเชื้อสูงสุดอยู่ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม ๒๕๖๔ ทำให้บริการ

ในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ นายอำเภอบางปลาม้า จึงได้ร่วมกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลและหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อจัดตั้งโรงพยาบาลสนามอำเภอบางปลาม้า (ศูนย์แรกรับผู้ป่วย

วัดสวนหงส์) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ โดยมีนายอำเภอบางปลาม้าเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามดังกล่าว

- มีการติดตั้งแยกสัดส่วนระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ พร้อมทั้งติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อติดตามการรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ ในช่วงเดือนกันยายนที่ผ่านมาจนกระทั่งปัจจุบันผู้ป่วยเริ่มมีจำนวนลดลงเหลือผู้ป่วยในการดูแลไม่ถึงสิบคนต่อวัน อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเข้มแข็งของการดำเนินการในพื้นที่ที่สามารถยับยั้งการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว

นอกจากนี้ ช่วงที่มีการแพร่ระบาดจำนวนมากยังมีการจัดตั้งศูนย์ Community Isolation (CI) โดยจัดตั้งในพื้นที่วัดจระเข้ใหญ่ เพื่อรองรับการแยกกักผู้ที่มีความเสี่ยงออกจากชุมชน

การจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙

- ผู้ให้บริการดูแลใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารทางกลุ่มไลน์ โดยเมื่อทราบว่า มีผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงจะมีการเพื่อติดต่อประสานเพื่อดำเนินการอย่างรวดเร็ว ทั้งการตรวจคัดกรอง สอบสวนโรค แยกกักรวมถึงการตรวจ ATK เชิงรุกในพื้นที่ชุมชน ส่วนราชการ และตลาดนัด เป็นต้น

การให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙

- มีการให้บริการเชิงรุก ทั้งในโรงพยาบาลบางปลาม้า หน่วยบริการในพื้นที่ และจุดบริการหน่วยบริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชน และให้บริการฉีดวัคซีนให้กับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในบ้านผู้ป่วย โดยรวมมีประชาชนในพื้นที่อำเภอบางปลาม้าได้รับวัคซีนแล้วกว่า ๒๖,๐๐๐ ราย

จากนั้น นางสมพร อินเจริญสินธุ์ หัวหน้าเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาม้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว (NPCU บางปลาม้า) ได้ให้ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

๒. ข้อมูลทั่วไปตำบลบางปลาม้า ตำบลวัดดาว

๒.๑ เขตการปกครองของตำบลบางปลาม้า ประกอบด้วย ๑๒ หมู่บ้าน ๒,๔๖๙ ครัวเรือน และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๒ แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลบางปลาม้า และเทศบาลตำบลบางปลาม้า ประชากรตำบลบางปลาม้า รวม ๘,๔๒๑ คน สัดส่วนผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ ๒๕

๒.๒ เขตการปกครองของตำบลวัดดาว ประกอบด้วย ๑๐ หมู่บ้าน ๑,๖๖๑ ครัวเรือน และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑ แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลวัดดาว ประชากรตำบลวัดดาว รวม ๖,๐๔๒ คน สัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ ๒๔

๒.๓ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ



การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการจัดตั้งเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของตำบลวัดดาว (NPCU) ประกอบด้วย การรวมกันระหว่าง รพ.สต.วัดดาว กับ รพ.สต. บางปลาม้า เป็น ๑ เครือข่าย จัดตั้งขึ้นในปี ๒๕๖๓

บุคลากรของ NPCU

ดำเนินงานโดยใช้บุคลากรร่วมกัน คือ แพทย์ ๑ คน จากโรงพยาบาลบางปลาม้า พยาบาลประจำ รพ.สต. บางปลาม้า ๑ คน และประจำ รพ.สต. วัดดาว ๒ คน นักวิชาการและเจ้าพนักงาน

สาธารณสุข จำนวน ๔ คน และหัวหน้าเครือข่ายฯ จำนวน ๑ คน เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ๒ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน

การดำเนินงานของ NPCU

จัดตั้งเป็น NPCU ในปี ๒๕๖๓ กำหนดให้มีการออกตรวจโดยมีทีมแพทย์ ณ รพ.สต. บางปลาหมอช่วงเช้า และช่วงบ่ายออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พร้อมทั้งสหวิชาชีพของ รพ.สต. บางปลาหมอและวัดดาว อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ในปัจจุบันจึงมีการออกตรวจเฉพาะในวันพฤหัสบดี ณ รพ.สต. บางปลาหมอ เดือนละ ๑ ครั้ง

นอกจากนี้ ได้มีพยาบาลเข้ารับการฝึกอบรมเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน ๑ คน ซึ่งจะสามารถดูแลร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้

งบประมาณ

- รพ.สต. บางปลาหมอ ปัจจุบันมีงบประมาณคงเหลือ (เงินบำรุง) ณ สิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๔ จำนวน ๘๒๔,๙๙๐ บาท

- รพ.สต. วัดดาว ปัจจุบันมีงบประมาณคงเหลือ (เงินบำรุง) ณ สิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๔ จำนวน ๓๘๓,๕๘๙ บาท

กิจกรรมการดำเนินงานของ NPCU

การดำเนินงานทั้งเชิงรุก-รับ มีความครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดย รพ.สต. แต่ละแห่งดำเนินการตามภารกิจหลักในหน่วยบริการตนเอง และร่วมให้บริการสำหรับการบริการที่ต้องร่วมกันเป็นเครือข่ายและการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน ดังนี้

- การบริการสำหรับทุกกลุ่มวัยเน้นการให้บริการด้านส่งเสริมและป้องกัน ส่วนงานด้านการรักษาให้บริการเฉพาะการรักษาขั้นต้น โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติดำเนินการรักษาตามภารกิจ

- การรับฝากครรภ์ ให้บริการทุกวันจันทร์ โดยตรวจสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์ประเมินไม่มีความเสี่ยงหรือไม่ซับซ้อน เพื่ออำนวยความสะดวก

- ตรวจพัฒนาการเด็ก ให้บริการในวันนัดรับวัคซีน และนัดเพิ่มเติมกรณีไม่ได้มารับวัคซีนตามนัด

- แพทย์แผนไทย ให้บริการ ณ รพ.สต.บางปลาหมอ โดยสามารถเข้ารับการตรวจประเมินอาการ และส่งให้เข้ารับบริการได้ใน รพ.สต.วัดดาวได้ด้วย

- การติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อมีการส่งตัวกลับมาดูแลต่อที่บ้าน เช่น การให้คำแนะนำในการดูแล การกายภาพ และการลดภาวะแทรกซ้อน

การให้บริการตามกลุ่มวัย

- กลุ่มเด็กเล็กอายุ ๐ - ๕ ปี : เน้นให้บริการส่งเสริมพัฒนาการ และวัคซีน และออกให้บริการเด็กที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็กต่าง ๆ เพื่อให้บริการตรวจสอบสุขภาพ และฟัน

สำหรับในช่วงสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ การให้บริการต่าง ๆ อาจลดลงบ้าง แต่ยังคงให้บริการที่จำเป็น เช่น วัคซีน นอกจากนี้ มีการเตรียมความพร้อมสำหรับเปิดภาคเรียน เช่น การให้บริการฉีดวัคซีน การทำความสะอาด

- กลุ่มวัยเด็ก อายุ ๖ - ๑๔ ปี : เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพ ให้บริการในโรงเรียน รวมถึงการให้ความรู้ในการล้างมือ การเว้นระยะห่างและการป้องกันอื่น ๆ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

- กลุ่มวัยรุ่น อายุ ๑๕ - ๒๑ ปี : เน้นให้ความรู้และการวางแผนครอบครัว เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร รวมถึงส่งเสริมป้องกันยาเสพติด

- กลุ่มวัยทำงาน อายุ ๒๒ - ๕๙ ปี : เน้นการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก รวมถึงโรคเบาหวานและความดัน ตลอดจนการส่งเสริมการออกกำลังกาย

- กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป : เน้นการส่งเสริมป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และกลุ่มโรคเรื้อรัง สายตา และสมอง

สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เน้นการออกเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการฝึกอบรม Care giver เพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นประจำทุกเดือน

การดำเนินงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

เนื่องจากสถานการณ์เกิดขึ้นหลายระลอก จึงทำให้สามารถเตรียมความพร้อมการดำเนินงานเชิงรุก-รับได้ โดยมีความร่วมมือกันของ อบต. ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

- การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ (การตรวจ ATK เชิงรุก จำนวน ๖,๕๒๑ ราย พบผลบวกจำนวน ๑๔๙ ราย)

- การตรวจคัดกรองกลุ่มบุคคลที่เดินทางเข้าพื้นที่

- การจัดตั้งศูนย์โรงพยาบาลสนาม และ CI ระดับอำเภอ ส่วนระดับตำบล มีการจัดตั้งศูนย์ตรวจคัดกรองและรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อแยกออกจากครอบครัวโดยเร็ว ซึ่งเป็นจุดเด่นของการทำงานในพื้นที่ เนื่องจากมีการจัดตั้งศูนย์ขึ้นได้ในทุกตำบล ทำให้สามารถแยกกลุ่มเสี่ยงจากการตรวจคัดกรองด้วย ATK ออกจากครอบครัว เพื่อทำการสอบสวนและควบคุม ก่อนมีการตรวจยืนยันผลด้วย RT-PCR และเมื่อเป็นผู้ติดเชื้อให้นำเข้าระบบการรักษาทั้งในโรงพยาบาลสนาม Hospital และโรงพยาบาลตามอาการผู้ป่วย จึงทำให้สามารถยับยั้งการแพร่ระบาดในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว

- การจัดตั้งศูนย์รองรับการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากและเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ โดยจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่รักษาตัวในระยะ ๑๐ วัน เพื่อให้เข้าดูแลรักษาต่อในศูนย์ต่อเนื่องให้ครบ ๑๔ วัน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคนอื่นเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ทั้งนี้ การดำเนินงานในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในกลุ่มประชาชนจำนวนมาก จึงทำให้เกิดเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน โดยกำนันตำบลวัดดาว ได้ดำเนินการโดยมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมรวมทั้งการออกพื้นที่บริการประชาชน ซึ่งทุกหน่วยงานในพื้นที่มีการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาพร้อมกันได้เป็นอย่างดีในทุกกิจกรรม



จากนั้น คณะอนุกรรมการได้สอบถามและเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ตรวจสอบเด็กเป็นผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่หรือไม่ จำนวนเท่าใด

ต่อกรณิดังกล่าว ได้มีการตรวจพบผู้ป่วยวัยเด็กทั้งที่เป็นเด็กก่อนวัยเรียน และเด็กวัยเรียน ซึ่งเมื่อทราบผลตรวจจะรีบประสานงานกับโรงเรียน และนำเข้ารับการรักษาตามระบบ อย่างไรก็ตาม มีผู้ปกครองบางครอบครัวที่ไม่แจ้งข้อมูลการติดเชื้อของเด็ก เนื่องจากมีทั้งเด็กที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการ

๒. เมื่อตรวจคัดกรอง ATK แล้วมีผลเป็นบวก ได้นำฟ้าทะลายโจรให้ผู้มีความเสี่ยงในขั้นต้นหรือไม่

ต่อกรณิดังกล่าว เมื่อทราบผลการตรวจ ATK เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะรีบดำเนินการและนำยาฟ้าทะลายโจรให้ผู้ป่วยรับประทานทันทีในขั้นต้น เพื่อนำผู้ป่วยตรวจยืนยันด้วย RT-PCR และ X-ray ตามลำดับ

๓. สัดส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่ NPCU มีจำนวนประมาณ ร้อยละ ๒๕ ประกอบกับมีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ โดยมีการตรวจสุขภาพ รวมถึงด้านปัญหาด้านสายตา ต่อกรณิดังกล่าว ได้พบปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคเรื้อรังประการใดหรือไม่ และมีการบริหารจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชนอย่างไร เช่น การมีส่วนร่วม

ร่วมของครอบครัวและชุมชน หรือการจัดโครงการพิเศษสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว โดยเฉพาะโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ตามงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ต่อกรณีดังกล่าว พื้นที่ที่ได้จัดโครงการ Long term care ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน ๔๕ คน โดย Care giver เข้าไปดำเนินการให้คำแนะนำช่วยเหลือ และสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วย รวมถึงการกระตุ้นผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองได้ด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้าน ได้มีการกระตุ้นจนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาเป็นผู้ปกติได้ สำหรับผู้ป่วยติดเตียงจะไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในการดูแลได้นำระบบการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะไลน์ เพื่อขอคำแนะนำการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (ดีเด่น) โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ติดบ้านได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและสมอง ลดอาการผู้สูงอายุติดบ้านและสมองฝ่อได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้ ประธานชมรมผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุได้มีการประยุกต์กับโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยจัดทำโครงการดังกล่าวเพื่อใช้งบประมาณจาก สปสช. และบางส่วนจากการบริจาคของผู้ร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น ด้านการออกกำลังกาย ด้านสนทนาการ (ร่ายย้อนยุค) ด้านการส่งเสริมอาชีพ (ทำไม้กวาด ฝ้ายขาม้า) การทำกายภาพบำบัด

๔. ปัจจุบันมีการตรวจเชิงรุกด้วย ATK พบผลเป็นบวกจำนวนกี่ราย/วัน และการฉีดวัคซีนแยกเป็นเข็มแรก และครบ ๒ เข็มแล้วจำนวนกี่ราย

ต่อกรณีดังกล่าว ในระดับอำเภอการตรวจ ATK เชิงรุกกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ชุมชนแออัดและตลาดนัด รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงต่ำในบ้าน เมื่อพบผลเป็นบวกก็สามารถเก็บตัวอย่างของบุคคลดังกล่าวส่งตรวจ RT-PCR ไปยังโรงพยาบาลได้ทันที โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยเข้าไปตรวจในโรงพยาบาลด้วยตนเอง โดยไม่ได้ทำการตรวจเชิงรุกทุกวัน แต่จะกำหนดแผนในการออกตรวจ เป็นสัปดาห์ละหนึ่งครั้งหรือสองสัปดาห์ต่อครั้ง และกรณีที่จะต้องตรวจเชิงรุกเป็นพิเศษแล้วแต่กรณี ส่วนระดับพื้นที่ ได้มีการออกตรวจ ATK เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ ATK จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และท้องถิ่น

สำหรับข้อมูลการฉีดวัคซีนปัจจุบันเป็นข้อมูลภาพรวมระดับอำเภอ และรวมจำนวนผู้ฉีดทุกราย โดยเป็นผู้ที่ฉีดครบ จำนวน ๒ เข็มแล้วประมาณ ร้อยละ ๓๐

๕. หน่วยบริการ NPCU มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล และทีมแพทย์ในการออกเยี่ยมบ้านอย่างไร

ต่อกรณีดังกล่าว ดำเนินงานของ NPCU จะมีการจัดคู่มือแนวทางการดำเนินงานสำหรับการประสานงานระหว่าง NPCU ทีมแพทย์ และโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันมีแพทย์ในโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว จำนวน ๒ คน โดยจัดให้แพทย์แต่ละคนรับผิดชอบ รพ.สต. ที่เป็น NPCU ตามความรับผิดชอบของแพทย์แต่ละคน และประชาชนทุกคนจะมีชื่อและเบอร์โทรแพทย์ประจำตัวของแต่ละคน เมื่อประชาชนเข้ารับบริการใน รพ.สต. รวมถึงการออกเยี่ยมบ้าน และมีปัญหาที่ต้องปรึกษาแพทย์เจ้าหน้าที่ก็สามารถโทรปรึกษาแพทย์ประจำตัวได้ที่ โดยไม่มีแพทย์ประจำอยู่ใน รพ.สต. แต่ออกตรวจใน รพ.สต. ประจำเดือนละ ๑ ครั้ง อย่างไรก็ตาม ช่วงสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ จะมีการติดต่อปรึกษาแพทย์โดยทางโทรศัพท์และไลน์เป็นหลัก รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องในบ้าน/ชุมชน ก็จะแจ้งให้ รพ.สต. ทราบผ่านทางโทรศัพท์และไลน์เช่นกัน ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าว

เป็นไปตามนโยบาย ๓ หมอ ซึ่งได้ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงการมีแพทย์ประจำตัวของแต่ละคน โดย รพ.สต. จะเป็นผู้ประสานงานและการรักษาแพทย์ประจำตัวของแต่ละคน

๖. การดำเนินงานของ NPCU ได้มีส่วนร่วมดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่หรือไม่ เช่น อบต. เทศบาล หรือภาคเอกชนร่วมดำเนินการหรือบริจาค และ อสม.

ต่อกรณีดังกล่าว ได้มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นกำลังหลักของการดำเนินงานดูแลรับผิดชอบ ๑ คน ต่อ ๑๕ - ๑๖ ครัวเรือน นอกจากนี้ อบต. ให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับผู้ดูแลหรือนักบริบาล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. รวมถึงการสนับสนุนเครื่องมือ และ พาหนะการเดินทางไปปฏิบัติงานและการรับส่งผู้ป่วย ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์โรคติดต่อ

๗. ประชาชนที่ปฏิเสธการรับวัคซีนมีจำนวนเท่าใด และอยู่ในช่วงกลุ่มวัยใดมากที่สุด

ต่อกรณีดังกล่าว ส่วนใหญ่พบการปฏิเสธการฉีดมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า ๘๐ ปี แต่ในช่วงระยะหลังที่ผ่านมาเริ่มมีความสนใจรับการฉีดมากขึ้น

๘. การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความคิดเห็นอย่างไร

ต่อกรณีดังกล่าว ผู้แทน รพ.สต. แสดงความคิดเห็นว่า มีความกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการดำเนินการภายใต้โครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่า จะสามารถสนับสนุนบทบาทภารกิจด้านสาธารณสุข และความก้าวหน้าของบุคลากรอย่างไร

๙. ภายใต้สถานการณ์โรคระบาดโควิด ๑๙ ประกอบกับสถานการณ์น้ำท่วมมีการบริหารจัดการทั้งสองปัญหาอย่างไร

ต่อกรณีดังกล่าว หน่วยงานบริการสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จัดสรรงบประมาณออกเยี่ยมบ้าน และการจัดสรรงบประมาณและกระสอบทรายเพื่อป้องกันน้ำท่วม รวมถึงการช่วยเหลืออื่น ๆ ในด้านสาธารณสุข รวมถึงการนำเงินบำรุงของหน่วยบริการมาใช้บริหารจัดการสถานการณ์น้ำท่วมได้ด้วย ตลอดจนการสนับสนุนการใช้ยาสำหรับโรคต่าง ๆ ในสถานการณ์น้ำท่วมจากโรงพยาบาลบางปลาหมอ

โดยสรุปในการศึกษาดูงานครั้งนี้ คณะอนุกรรมการได้รับข้อมูลการดำเนินงานในพื้นที่ซึ่งมีการดำเนินงานให้บริการสุขภาพประชาชนที่มีความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพร้อมทั้งข้อเสนอแนะทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นกลไกที่เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด/ตำบล รพ.สต., อสม., ผู้นำชุมชน และภาคประชาชน รวมถึงผู้สนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งจะสามารถสร้างความยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ ทั้งนี้ แม้ว่าปัจจุบันจะไม่สามารถมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ทุกหน่วยบริการ ประกอบกับการให้บริการด้านปฐมภูมิเป็นเพียงการให้บริการรักษาขั้นต้นที่ไม่มีความยุ่งยาก หรือความซับซ้อนของโรคก็สามารถที่จะมีแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายหมุนเวียนให้บริการและให้คำปรึกษาได้ผ่านทางเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบันที่สามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลา อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่า แนวทางดังกล่าวเป็นแนวทางที่ได้มีการดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในชนบท แต่การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มี การจัดตั้งเท่าที่ควร ดังนั้น จึงควรขยายแนวทางดังกล่าวให้มีการดำเนินการและให้มีการจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเร็ว เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมอย่างเป็นระบบ และเครือข่ายความร่วมมือของแต่ละพื้นที่จะสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้สามารถตอบสนองกับปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ของตนเองได้ โดยกลไกความร่วมมือของทุกฝ่ายในแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง

และยั่งยืน เป็นพลวัตหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปสู่การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป



๓. โรงพยาบาลสนามอำเภอบางปลาม้า (ศูนย์แรกรับผู้ป่วย วัดสวนหงส์)

คณะเดินทางได้ตรวจเยี่ยมและศึกษาดูงานการให้บริการของโรงพยาบาลสนามอำเภอบางปลาม้า (ศูนย์แรกรับผู้ป่วย วัดสวนหงส์) ซึ่งเป็นศูนย์ที่ได้รับความร่วมมือจากเจ้าอาวาสวัดสวนหงส์ ในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามอำเภอบางปลาม้า โดยมีการเปิดรับผู้ป่วยกลุ่มแรกในวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔ เพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ได้จำนวน ๑๕๐ เตียง โดยรองรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวของอำเภอบางปลาม้า ทั้งผู้ป่วยในพื้นที่และผู้ป่วยที่แจ้งความประสงค์ขอกลับมารักษาตัวตามภูมิลำเนา ซึ่งการแยกผู้ป่วยออกจากบ้าน นำมาพักคอยหรือพักรักษาที่โรงพยาบาลสนามระดับอำเภอ เพื่อช่วยลดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนในครอบครัวและชุมชน และยังช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาในศูนย์ดังกล่าวจำนวน ๘ ราย โดยบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นบุคลากรจากโรงพยาบาลบางปลาหม้อ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายในศูนย์ดังกล่าว ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น และหายป่วยเป็นปกติ



ข้อสรุปจากการศึกษาดูงาน

๑. พื้นที่อำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระบบเครือข่ายพลวัตปฐมภูมิ ที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาขั้นต้น การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งต่อและรับกลับอยู่แล้วในพื้นที่ก่อนการจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการดำเนินงานโดยความร่วมมือในชุมชน ที่ประกอบด้วย รพ.สต. วัดดาว และ รพ.สต. บางปลาหม้อ ซึ่งแต่ละแห่งดูแลประชากรไม่ถึง ๘,๐๐๐ คน จึงไม่สามารถจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ จึงต้องมีการรวมตัวกันเพื่อให้ได้จำนวนประชากรตามที่กฎหมายกำหนด (๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน) ทั้งนี้ การเป็นเครือข่ายพลวัตปฐมภูมิในพื้นที่สามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี แต่ด้วยข้อจำกัดด้านจำนวนประชากรดังกล่าว จึงไม่สามารถจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิได้ ทำให้ขาดโอกาสในการได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อบริหารจัดการการดูแลสุขภาพชุมชนของพื้นที่ตนเอง จึงควรมีการปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์การจัดตั้งให้เป็นไปตามบริบทของชุมชน

๒. ประชาชนมีการบริหารจัดการกันเองในพื้นที่ รวมถึงการใช้พื้นที่วัดเพื่อจัดตั้งเป็น รพ.สต. วัดดาว ซึ่งต่อมาได้จัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยโรงพยาบาลเป็นเครือข่ายร่วมดำเนินการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร ยาและเวชภัณฑ์ และให้สามารถจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิได้

๓. มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคนในชุมชน ตามความต้องการของชุมชน และเริ่มต้นดำเนินการของผู้นำชุมชน (กำนันตำบล) โดยจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ และสนับสนุนการดำเนินส่งเสริมสุขภาพ โดย รพ.สต. และโรงพยาบาลในการสนับสนุนงบประมาณ

๔. มีการนำเทคโนโลยีติดต่อสื่อสารมาใช้สนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยขั้นต้นใน รพ.สต. รวมถึงการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลบางปลาหม้อ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย

๕) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลบางปลาหม้อ รวมถึงการรับกลับเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๖. มีการออกตรวจเยี่ยมบ้าน การดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

๗. มีการพัฒนาบุคลากรพยาบาลให้มีความสามารถในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการเฉพาะ ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพและตอบสนองต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการในพื้นที่ชนบทได้มากยิ่งขึ้น

๘. การดำเนินงานภายใต้สถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ในพื้นที่อำเภอบางปลาม้ามีความร่วมมือกันของทั้งภาครัฐ ภาคการเมือง และท้องถิ่น เพื่อกำหนดนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การบริหารจัดการสถานการณ์ในพื้นที่สามารถยับยั้งการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ พื้นที่อำเภอบางปลาม้าได้ริเริ่มจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ป่วยในระยะแรกได้อย่างทันการณ์ เพื่อแยกผู้ติดเชื้อออกจากชุมชนและลดจำนวนการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้กลไกการบริหารจัดการแบบบูรณาการที่มีนายอำเภอประสานการดำเนินงานให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงาน ภาคเอกชน และประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ มีการใช้พื้นที่วัด (วัดสวนหงส์) โดยความอนุเคราะห์ของเจ้าอาวาส เพื่อปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลสนาม โดยมีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลบางปลาม้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงการบูรณาการด้านงบประมาณของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการบริจาคของภาคเอกชน และการสนับสนุนอาหารจากผู้ประกอบการในพื้นที่ เช่น โรงสีข้าว ผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงปลา เลี้ยงกุ้ง และไก่ไข่ ร่วมเป็นเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

จากนั้น คณะเดินทาง โดยคณะอนุกรรมการกิจกรรมการ และคณะผู้แทนในพื้นที่ ได้มอบสิ่งของเครื่องใช้เพื่อยังชีพในสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ และสถานการณ์น้ำท่วมในพื้นที่อำเภอ บางปลาม้า









คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการผู้ร่วมเดินทางไปศึกษาดูงาน

- | | |
|--|--|
| ๑. พลโท อำพน ชูประทุม | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
และประธานคณะอนุกรรมการ
(หัวหน้าคณะเดินทาง) |
| ๒. รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล | ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ |
| ๓. นางภรณ์ ลีบุตรพงษ์ | ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ |
| ๔. เรือเอกชิตชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร | ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ |
| ๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา | ผู้อำนวยการประจำคณะกรรมการ |
| ๖. นางภาวนา อังคสิทธิ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๗. พันเอก ชุมนุมชาติ บานพับทอง | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๘. ว่าที่ร้อยตรี ธีระพล โชคนำชัย | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๙. รองศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ | อนุกรรมการ |
| ๑๐. รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ | อนุกรรมการ |
| ๑๑. พลเอก ยุทธศักดิ์ ธนะธนิต | อนุกรรมการ |
| ๑๒. นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก | เลขานุการคณะเดินทาง |
| ๑๓. นางกนิษฐา กาวีนิ | เลขานุการคณะเดินทาง |

สรุปการเดินทางศึกษาดูงาน
คณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ระหว่างวันพฤหัสบดีที่ ๑๑ – วันศุกร์ที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
ณ จังหวัดร้อยเอ็ด

การรับฟังบรรยายสรุปการดำเนินงาน ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



หน่วยงานที่เข้าร่วมการบรรยาย ประกอบด้วย
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสวนพะยอม สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
นวมินทร์ราชินี
รวมทั้งผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมด้วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ได้ให้การต้อนรับ

๑. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A ขนาด ๘๒๐ เตียง รับผิดชอบประชาชน
จำนวน ๒๐ อำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๙ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

จำนวน ๒๒๙ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๒ แห่ง ศูนย์แพทย์ชุมชน จำนวน ๑ แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล จำนวน ๑ แห่ง

วิสัยทัศน์ “เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำระดับประเทศ คุณภาพและมาตรฐานการรักษาระดับสากล”
ค่านิยมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

• ฝึกฝนตนเอง • เร่งสร้างสิ่งใหม่ • ใส่ใจประชาชน • ถ่อมตนอ่อนน้อม

อัตลักษณ์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

๑. ซื่อสัตย์ ๒. ประหยัด ๓. รับผิดชอบ ๔. กตัญญูกตเวทิตา

บุคลากรแพทย์ : มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขา

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้

๑) สาขามะเร็ง : เป็นศูนย์มะเร็งที่ให้การรักษาแบบครบวงจรพัฒนาศักยภาพระบบบริการเพื่อรองรับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สาขามะเร็ง ด้านพยาธิวิทยาในระดับหนึ่ง ได้แก่ ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา มีบ้านพักผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสร้างจากเงินบริจาค รองรับผู้ป่วยมะเร็งฉายแสง ลดค่าใช้จ่าย และลดการเดินทางของผู้ป่วย สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยฉายรังสีจากต่างจังหวัดในภาคอีสานได้

๒) สาขาหัวใจ ปัจจุบันเป็นศูนย์หัวใจระดับ ๒ ซึ่งสามารถให้บริการตรวจสวนหัวใจ โดยมีคัติ interventions ส่งผลทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วย acute stemi ได้ การดำเนินการด้านการผ่าตัดหัวใจ มีศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอกและมีศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอกจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มาเป็นพี่เลี้ยงและร่วมปฏิบัติในกรณีซับซ้อน ทำให้สามารถให้บริการผ่าตัด Open Heart surgery ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ร่วมกับทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการรักษา โดยไม่ต้องเดินทางไปไกลและลดระยะเวลาการรอคอยในการผ่าตัดหัวใจได้

๓) สาขาอุบัติเหตุ เป็นศูนย์อุบัติเหตุ ระดับ ๒ มีแพทย์และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาพร้อมให้การรักษาผู้ป่วยทั้งในจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดใกล้เคียง จากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลร้อยเอ็ดกว่าปีละ ๗๐,๐๐๐ ราย ได้พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน รวมทั้งดำเนินงานด้านมาตรการองค์กร จนส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดร้อยเอ็ดลดลง

๔) สาขาทารกแรกเกิด มีกุมารแพทย์เฉพาะทาง สาขาทารกแรกเกิด ได้พัฒนาระบบ fast track ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย สามารถดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยได้อย่างมีคุณภาพและสามารถผ่าตัดโรคทางศัลยกรรมทารกได้ อัตราการตายของทารกแรกเกิดลดลง

๕) สาขาบริจาคอวัยวะ ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลสมาชิกสมทบศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ปลูกถ่ายไตได้ สามารถปรับทัศนคติ ความเชื่อ ความเข้าใจของประชาชน เรื่องการบริจาคอวัยวะ ในผู้ป่วยสมองตาย โดยถือเป็นช่วยชีวิตอีกชีวิตหนึ่งและเป็นการสร้างกุศลอันยิ่งใหญ่

ผลการให้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด

จากการจัดบริการที่หลายระดับ ทำให้มีผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจำนวนมาก สรุปได้ดังนี้

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีอัตราการครองเตียง ร้อยละ ๑๑๗.๓๓ และจำนวนวันนอนเฉลี่ย ๔.๔ วันต่อราย ซึ่งหมายถึง มีจำนวนผู้ป่วยที่ล้นเตียงโรงพยาบาลทุกวัน ในขณะที่ยังไม่มีโรงพยาบาลอำเภอเมืองมารับผิดชอบในกลุ่มประชาชนอำเภอเมือง ทำให้เกิดปัญหาความแออัด ซึ่งผู้รับบริการอำเภอเมืองส่วนใหญ่นั้นป่วยเป็นโรคที่ไม่ซับซ้อน ต้องมารอคิวร่วมกับผู้ป่วยนอกเขตที่ส่งต่อเข้ามาพบแพทย์เฉพาะทางที่มีปัญหา

ซับซ้อน จึงทำให้ต้องรอคอยในระยะเวลาที่ยาวนาน ในขณะที่เดียวกันแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางก็ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคที่ซับซ้อนได้เต็มที่

ปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕ พบว่า แผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเกือบร้อยละ ๕๐ เป็นประชาชนในเขตอำเภอเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้คำนึงถึงความสำคัญในการจัดบริการที่เหมาะสมดังกล่าวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ จึงได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอเมืองร้อยเอ็ดขึ้น ถึงแม้ว่าได้เคยทดลองการจัดรูปแบบบริการโรงพยาบาลอำเภอเมือง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยให้บริการแยกส่วนแต่อยู่ในบริเวณเดียวกัน ซึ่งพบว่า สามารถลดระยะเวลาการรอคอยได้ แต่ทางกายภาพยังไม่สามารถลดความแออัดได้ชัดเจน เพราะยังตั้งอยู่ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นสถานที่เดียวกัน รวมถึงปัญหาสถานที่จอดรถก็ไม่เอื้ออำนวยแก่ผู้มารับบริการ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงได้จัดตั้งโครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่ายโดยจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน ในเขตเทศบาล ๒ แห่ง เพื่อให้บริการประชาชนในเขตเมือง จำนวน ๒๐ ชุมชน และพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง เพื่อให้บริการประชาชนนอกเขตเทศบาลด้วย

ต่อมารัฐธรรมนูญกำหนดไว้ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจึงได้ขออนุญาตใช้อาคารของที่ราชพัสดุ บริเวณด้านทิศตะวันออก ศาลากลางจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๒ เพื่อจัดบริการประชาชน ช่วยลดความเหลื่อมล้ำ สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีคุณภาพทัดเทียมกัน โดยพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชน และเปิดคลินิกหมอครอบครัวมีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างความศรัทธาและมั่นใจแก่ประชาชนในการรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว

ในปัจจุบันเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จำนวน ๒๐ ชุมชน มีโรงพยาบาลจूरีเวช (เอกชน) รับผิดชอบ ๖ ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด รับผิดชอบเขตชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดรับผิดชอบ ๗ ชุมชน โดยจัดตั้งเป็นบริการแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสวนพยอม

ในส่วนของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีหน่วยคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งเป็น ๓ CUP ได้แก่

รายชื่อโรงพยาบาล	พื้นที่รับผิดชอบ	จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	๑๕ ตำบล ๗ ชุมชน	๑๓๗,๗๐๒ คน
เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	๗ ชุมชน	๗,๗๕๕ คน
โรงพยาบาลจूरีเวช	๖ ชุมชน	๑๑,๗๒๑ คน

ข้อมูลทั่วไปอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

- ๑) พื้นที่รับผิดชอบ ๑๕ ตำบล จำนวน ๒๐๑ หมู่บ้าน ๒๐ ชุมชน ๑ เรือนจำ
- ๒) ประชากร จำนวน ๑๕๗,๑๗๘ คน ๔๑,๓๒๔ ครัวเรือน
- ๓) การปกครองระดับพื้นที่ แบ่งเป็น เทศบาลเมือง ๑ แห่ง เทศบาลตำบล ๓ แห่ง อบต. ๑๒ แห่ง
- ๔) มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล จำนวน ๑๕ แห่ง

๕) สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง
- โรงพยาบาลเอกชน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี ขนาด ๑๐๐ เตียง และโรงพยาบาล ขนาด ๑๐๐ เตียง
- รพ.สต. ๑๘ แห่ง CMU ศูนย์สุขภาพชุมชน ๑ แห่ง
- คลินิกเอกชน ๖๐ แห่ง

ประชากรในเขตรับผิดชอบ CUP โรงพยาบาลร้อยเอ็ดปี ๒๕๖๔ เป็น กลุ่มเด็ก และกำลังศึกษา ร้อยละ ๒๘.๙ กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ ๕๓ และผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๐.๘ จะเห็นว่า กลุ่มสูงอายุวัยพึ่งพิงมากขึ้น ดังนั้น ต้องเตรียมระบบการดูแลสุขภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น

สาเหตุการป่วยของประชาชน อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพอนามัยของประชาชนเขตเมือง ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหานี้โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้ให้ความสำคัญทั้งในระยะก่อนป่วย โดยการให้ความรู้กับประชาชน ส่งเสริมทักษะการรักษาสุขภาพ การตรวจคัดกรองสุขภาพ จัดระบบให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการรักษาที่รวดเร็วและได้มาตรฐาน รวมถึงการติดตามการรักษาที่บ้าน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงติดตามการรักษาการกินยาของผู้ป่วยด้วย

เป้าหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU

- ๑) เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพพื้นฐานปกติที่เป็นบริการด่านแรก
- ๒) บริการสุขภาพพื้นฐานเป็นบริการหลัก ในระบบบริการสุขภาพทุกมิติ
- ๓) ให้บริการเป็นประจำอย่างต่อเนื่องแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกสิทธิ์ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

๔) มีประชากรและพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน เป็นผู้ประสานส่งต่อเชื่อมโยงบริการให้แก่แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเฉพาะทางอื่น ๆ เมื่อจำเป็น

หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานภายใต้รูปแบบ Primary care cluster นี้ จัดทำขึ้นภายใต้เจตนารมณ์ของนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เป้าประสงค์ที่สำคัญ

๑) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึงประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการด่านแรกได้เพิ่มมากขึ้นและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีขึ้น

๒) เพื่อการเชื่อมโยงระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยผ่านการบูรณาการ service plan ทุกสาขากับบริการปฐมภูมิที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชากรตามกลุ่มวัย และทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชนด้วย เพื่อสร้างทีมดูแลสุขภาพประจำครอบครัวที่นำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชนด้วย เพื่อสร้างทีมดูแลสุขภาพประจำครอบครัวที่นำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่องครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั้งประเทศให้เกิดขึ้นภายใน ๑๐ ปี เพื่อช่วยให้บุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ช่วยเหลือกันในรูปแบบการจัดบริการร่วมและเกิดการจัดการทรัพยากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Primary care cluster หมายถึง การร่วมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพ

ให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและมีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปทุมภูมินั้น ๆ ทั้งนี้ อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิมหรือจัดตั้งหน่วยบริการเสริมใหม่ เพื่อให้ได้มาตรฐาน โดยจัดบุคลากร ตามเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๑:๑๐,๐๐๐
ทันตแพทย์	๑:๓๐,๐๐๐
ทีมพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	๑:๒,๕๐๐
ทันตภิบาล	๑:๑๐,๐๐๐
เภสัชกร	๑:๓๐,๐๐๐
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๑:๑๕,๐๐๐
นักวิชาการสาธารณสุข	๑:๕,๐๐๐
แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	๑:๑๐,๐๐๐
กายภาพบำบัด	๑:๓๐,๐๐๐

CUP โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้ดำเนินการจัดตั้ง Primary care cluster แล้ว จำนวน ๗ ทีม ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการบริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ด้วยเทคโนโลยี โดยการสนับสนุนด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ยาเวชภัณฑ์ เช่น ทรูลซ์ฟพลาย และอื่น ๆ

หน่วยปทุมภูมิจัดตั้งเป็น PCC จำนวน ๗ ทีม ๑๑ หน่วยบริการ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ออกปฏิบัติงานอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง โดยมีสัดส่วน PCU ๒๐ หน่วยบริการ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกปฏิบัติงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง สำหรับระดับตำบลหน่วยบริการปทุมภูมิ โดยพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา ในส่วนของนโยบาย ๓ หมอ ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ได้ดำเนินการตามนโยบาย โดยประชาชนทุกคนสามารถติดต่อและมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อหมอของตนเอง โดยอำเภอเมืองมีหมอคนที่ ๑ คือ อสม. ครอบคลุมพื้นที่ ร้อยละ ๑๐๐ หมอคนที่ ๒ คือ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน ๑๒๑ คน มีหมอคนที่ ๓ ดูแลประชาชนในพื้นที่ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๘ คน และแพทย์อื่น ๆ ที่รับมอบหมาย จำนวน ๑๕ คน

ผลลัพธ์การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า .

๑) ด้านผู้ให้บริการ (รพ./รพ.สต.)

• ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่ รพ.สต. ใกล้บ้านใกล้ใจลดการเกิดอาการแทรกซ้อน ซึ่งจะเป็นภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐในอนาคต

- แพทย์มีเวลามากขึ้นในการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละราย
- ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการติดตามเยี่ยมโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
- ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้

๒) ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

• ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร (เฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.สต. ๘,๑๑๕ ราย ถ้าเดินทางมาโรงพยาบาล จะมีค่าเดินทาง ค่าอาหารและน้ำ เฉลี่ยคนละ ๒๐๐ บาท คิดเป็น ๑,๖๒๓,๖๐๐ บาท)

๓) ด้านระบบบริการ

- ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรคเบาหวาน (DM) จำนวน ๘,๑๑๕ คน ความดันโลหิตสูง ๑๒,๘๙๐ คน โรคอื่นๆ ๑๕,๗๑๗ คน ได้
- เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลให้ประชาชนมีความมั่นใจในการไปรับบริการที่ รพ.สต. มากขึ้น
- การส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็วมากขึ้นพบแพทย์เฉพาะทางได้ทาง Green Channel เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งต่อมารับบริการ

การดำเนินงานด้านสถานการณ์โควิด ๑๙

สถานที่กักกันตัว ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย

๑) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม/สถานที่กักกันตัว โดยได้รับการสนับสนุนด้านสถานที่ เช่น วัดบ้านวัดบ้านสีแก้ว ด้านงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ให้การบริจาคสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ อาหาร

๒) โครงการรับผู้ป่วยโควิด ๑๙ กลับบ้าน สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาคเอกชน เป็นค่าจ้าง เหมารถบัส รถตู้ชีพ ค่าอาหาร

๓) การฉีดวัคซีนโควิดแก่ประชาชน ได้รับการสนับสนุนด้านอาคารสถานที่จากจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านงบประมาณในการเช่าสถานที่จากสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ประชาชนทั่วไปสนับสนุนอาหารและเครื่องดื่ม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จ้างเหมารถนำประชาชนมารับการฉีดวัคซีน ซึ่งผลการฉีดวัคซีนโควิด อำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีการฉีดวัคซีนโควิด สูงถึงร้อยละ ๗๕.๒ ครอบคลุมสูงสุดเป็นอันดับ ๑ ของจังหวัดร้อยเอ็ด

การแสดงความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

- อสม. มีความเห็นว่า โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มุ่งหวังให้คนในชุมชนได้มีความรู้เรื่องสาธารณสุข จึงได้มีการลงพื้นที่ไปแนะนำให้ความรู้ของโรคที่ควรระวังในแต่ละช่วง โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ดีมาก โรงพยาบาลมีการลงพื้นที่ดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีการจัดอบรม เช่น คัดกรองมะเร็งเต้านม การคัดกรองความดัน เบาหวาน เป็นที่ภูมิใจที่ได้ร่วมปฏิบัติงานกับชุมชน โดยความร่วมมือโรงพยาบาลสวนพะยอมและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในการเข้ามาให้ความรู้ โดยความรู้ที่ได้รับในแต่ละครั้งที่มีการอบรมสามารถนำไปปฏิบัติได้กับประชาชน

- นายก อบต. มีความเห็นว่า องค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีบุคลากรเพียงพอ แต่ใช้รับความร่วมมือจากส่วนราชการมาช่วยกัน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ประสงค์จะให้ มี ๓ หมอ แต่ในพื้นที่มีถึง ๕ หมอ โดยเพิ่มเติม หมอชาวบ้าน และหมอมือสุข ที่จะผ่านการอบรมโดยใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าไปดูแลผู้ป่วยในครัวเรือนที่อยู่ชุมชน โดยบทบาทของท้องถิ่นที่มีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้สามารถบริหารจัดการสุขภาพมีประสิทธิภาพ ทำให้ชาวบ้านในพื้นที่มีความภาคภูมิใจกับบทบาทของท้องถิ่น

๒. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสวนพะยอม

ปัจจุบันจัดตั้งเป็นบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสวนพะยอม รับผิดชอบประชากรในเขตพื้นที่ ๗ ชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ครอบคลุมประชากร ๑๐,๙๐๐ คน ใช้ทรัพยากรการตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ร่วมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีแพทย์ออกตรวจ

ทุกวันพร้อมทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย และเภสัชกร จัดบริการในวันและเวลาราชการ ส่วนวันหยุดราชการ มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป บริการตรวจรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อน และบริการฉีดยา ทำแผลแก่ผู้ป่วยรายเก่ามีทีม หมอครอบครัว ๑ ทีม ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ สำหรับบริการปฐมภูมิ ดูแลประชาชนเชิงรุก แบบใกล้บ้านใกล้ใจ ดูแลทุกมิติของสุขภาพ ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย รวมทั้งการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัยอย่างทั่วถึง ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการปฐมภูมิที่เป็นด่านแรกได้รวดเร็ว และมีคลินิกพิเศษเพื่อลดความแออัดให้ประชาชนเข้าถึงง่าย เช่น คลินิกสุขภาพเด็กดี ตรวจพัฒนาการและฉีดวัคซีนเด็ก ตรวจมะเร็งปากมดลูก และเปิดศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ทันตแพทย์ และสหวิชาชีพทุกวันจันทร์บ่าย เพื่อคัดกรองดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ มีการดำเนินงานพื้นที่ด้านอื่น ๆ ดังนี้

- ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง คิดเป็น ร้อยละ ๑๘ มีกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า มีภาวะติดสังคม ร้อยละ ๙๖ ติดบ้าน ร้อยละ ๒-๗ และติดเตียง ร้อยละ ๐.๔๖ มีการขับเคลื่อนสุขภาพ ผู้สูงอายุผ่านกิจกรรม Long term care โดยแต่ละตำบลดำเนินการในทิศทางเดียวกัน และมีผู้สูงอายุที่ต้อง ดูแลรายบุคคล และมีกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งโดยภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในระดับสูงถึง ร้อยละ ๘๒

- การจัดการปฐมภูมิจะต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในด้านการรักษาก่อน เพื่อให้ ประชาชนมีความเชื่อมั่นกับระบบการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคด้วย รวมทั้งการจัดระบบบริการที่สอดคล้อง กับความต้องการทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับคนในชุมชน เช่น ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนมีหลายปัญหา ทั้งผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง พิกการ และจิตเวช

- การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอร้อยเอ็ด มีการใช้กลไกของ พชอ. และ พชต. โดยให้ชาวบ้านมาร่วมสร้างพลังการขับเคลื่อนบริการสุขภาพในชุมชน รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อในระดับ ตำบลให้มีความเข้มแข็ง

- ระบบบริการจะต้องมีความเชื่อมโยงทั้งระบบตั้งแต่ปฐมภูมิในชุมชน อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ส่งต่อและเมื่อรับกลับผู้ป่วยไปดูแลในชุมชน และเชื่อมโยงกับหน่วยบริการ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

- สำหรับประเด็นการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ปัจจุบันจังหวัดร้อยเอ็ดมี รพ.สต. ๒๒๙ แห่ง อยู่ระหว่างการแสดงความประสงค์ขอรับการถ่ายโอน จำนวน ๑๑๖ แห่ง โดยในเบื้องต้นได้มีการหารือกัน เกี่ยวกับรูปแบบการถ่ายโอน และเห็นว่า ควรเริ่มต้นจากการถ่ายโอนภารกิจ มากกว่าการถ่ายโอนบุคลากร โดยไม่ชี้ว่า ภารกิจเป็นของใคร แต่ควรกำหนดเป้าหมายภารกิจที่มีผลต่อประชาชน ซึ่งเริ่มดำเนินการในพื้นที่ อำเภอพนมไพร โดยให้มีภาคเอกชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาครัฐ มีความร่วมมือในการจัดการดูแลร่วมกัน ดังนั้น การถ่ายโอนภารกิจในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด หากไม่ยึดติดกับปัญหาด้านบุคลากร แต่หากเป้าหมาย ภารกิจเพื่อประชาชน จะทำให้การถ่ายโอนเกิดประโยชน์

๓. การรับฟังความคิดเห็นของผู้แทนโรงพยาบาลหนองฮี

เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก อยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลจากเขตเมือง มีการดำเนินงานด้านบริการ ปฐมภูมิ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีการพัฒนาให้มีระบบกลไกความเชื่อมโยงเชื่อมประสานกับ ทุกระดับ ทั้งกับ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ในการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วยไปยังชุมชน รวมถึงความเชื่อมโยง

กับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อในระดับที่สูงขึ้น โดยใช้หลักการ Family medicine โดยเชื่อมประสานจากโรงพยาบาลถึงบ้านคนไข้ ด้วยทีมหมอครอบครัวทีมเดียวกัน ซึ่งมีแพทย์ ๑ คนดูแลประชากร ๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน และมีผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในระดับที่ดี ทำให้แพทย์ได้มีโอกาสเรียนรู้เพิ่มขึ้นและเชื่อมโยงตั้งแต่ในชุมชนถึงทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมถึงประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ในพื้นอำเภอหนองไผ่ได้มีโมเดลการดูแลส่งเสริมสุขภาพแบบบ้าน วัด โรงเรียน ทำให้สามารถควบคุมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ได้กว่า ร้อยละ ๕๒

๔. เยี่ยมชมและฟังบรรยายสรุปสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

ผู้นำชุมชน ที่มีส่วนร่วมการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑) ดร.พระครูวิจิตร ปัญญาภรณ์ เจ้าคณะอำเภอศรีสมเด็จ เจ้าอาวาสวัดป่าสีแก้ว ต.สีแก้ว อ.เมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

๒) นายจักรพงษ์ จันทรมบัติ รองปลัดเทศบาลตำบลสีแก้ว

พร้อมด้วยสาธารณสุขอำเภอ กำนันตำบลสีแก้ว ประธาน อสม. ตำบลสีแก้ว และประธานศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ ตำบลสีแก้ว รวมทั้งคณะผู้บริหารและบุคลากรสถานีอนามัยฯ

โดยคณะอนุกรรมการได้รับบรรยายสรุปการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลสีแก้ว โดยมี ดร.พระครูวิจิตร ปัญญาภรณ์ เจ้าคณะอำเภอศรีสมเด็จ เจ้าอาวาสวัดป่าสีแก้ว ต.สีแก้ว อ.เมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งถือเป็นผู้นำชุมชนที่ก่อให้เกิดการประสานความร่วมมือกันของพื้นที่ โดยเริ่มตั้งแต่ระบบสาธารณสุขมูลฐานในปี ๒๕๓๗ ต่อมาปี ๒๕๔๕ ได้เริ่มสร้างความร่วมมือกันในพื้นที่ของสถานีอนามัยตำบลสีแก้ว โดยเห็นว่า ระบบสาธารณสุขมูลฐานของพื้นที่ควรมีความมั่นคง จึงมีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมถึงหน่วยงานในพื้นที่ โดยเฉพาะสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ แห่งนี้ จนกระทั่งปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากขึ้น และมีแพทย์หมุนเวียนให้บริการ มีพยาบาล บุคลากร รวมถึงบุคลากรด้านทันตกรรม และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

ต่อมามีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาสถานีอนามัยฯ ขึ้น ประกอบด้วย วัด บ้าน โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชน เพื่อให้มีกองทุนต่อยอดในการพัฒนา ทั้งด้านบุคลากรและด้านอื่น ๆ จึงทำให้มีบริการที่ครอบคลุมและพัฒนามากขึ้น ประชาชนได้รับการอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมถึงความร่วมมือกันในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทั้งในด้านการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม

ความร่วมมือของเทศบาลตำบลสีแก้ว ได้ร่วมเป็นเครือข่ายร่วมดำเนินการกับสถานีอนามัย โดยมีการตั้งงบประมาณอุดหนุนประจำปีไว้ จำนวน ๒๕๐,๐๐๐ บาทต่อปี รวมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นของ สปสช. และการสมทบของเทศบาล จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อปี รวมงบประมาณของท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชน จำนวนรวม ๗๕๐,๐๐๐ บาทต่อปี นอกจากนี้ มีการสนับสนุนงบประมาณของเทศบาล มีการจัดตั้งงบประมาณงานด้านสาธารณสุขเชิงป้องกัน มีความร่วมมือกันชุมชน โรงเรียน และท้องถิ่น

การดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อโควิด ๑๙ มีการสนับสนุนงบประมาณของเทศบาลเพื่อส่งเสริม และป้องกันในชุมชนเกี่ยวกับจุดพักคอย ชุดป้องกัน หน้ากากอนามัย และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นจำนวนเงินกว่า ๑.๙ ล้านบาท นอกจากนี้ ในอนาคตมีแผนโครงการสนับสนุนด้านการฟอกไตแก่ประชาชนในพื้นที่

ความร่วมมือของกำนันตำบลสีแก้ว ซึ่งเป็นผู้นำชุมชน ได้ร่วมมือกับชุมชนดำเนินการ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นมีการเสนอรับบริจาคจากประชาชนในชุมชนตำบลสีแก้ว ซึ่งมีจำนวน ๒๒ หมู่บ้าน ได้มีการร่วมกันจัดทำถุงยังชีพ เพื่อแจกจ่ายให้กับผู้ติดเชื้อ และจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม

ความร่วมมือของภาคประชาชน โดยประธานศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งได้มีการจัดตั้งเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่โดยได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก ซึ่งมีงบประมาณดำเนินการส่วนหนึ่งมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสีแก้ว

ความร่วมมือของ อสม. ซึ่งถือเป็นหมอกคนที่ ๓ ทำให้เกิดการเชื่อมรอยต่อระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเป็นครอบครัวเดียวกัน โดยการ อสม. ในพื้นที่มีการฝึกอบรมโดยให้ อสม. ออกเยี่ยมบ้านด้วย เพื่อให้เป็นการฝึกอบรมและการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทั้งการวัดความดัน และการเจาะเลือด และในสถานการณ์โรคโควิด ๑๙ ให้ทำหน้าที่นำไปแจกจ่ายให้กับประชาชน

ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีการดำเนินการชุมชนต้นแบบในการเสริมสร้างสุขภาพพื้นที่อำเภอเมือง ซึ่งปัจจุบันที่ ๒ แห่ง คือ หมู่ ๙ ตำบลแคนใหญ่ และหมู่ ๑๐ ตำบลสีแก้ว โดยเป็นชุมชนปลอดยาเสพติด ยาอันตราย และยาฆ่าแมลง เนื่องจากในอดีตประชาชนเข้าถึงยาได้ง่ายและมีการใช้ยาจนเกิดอันตราย จึงมีการสร้างทีม อสม. ผู้นำชุมชน และเครือข่ายองค์กรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อติดตามการใช้ยาของประชาชน ทำให้ปัจจุบันการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่อำเภอเมือง ร้อยละ ๙๓ ปลอดยาเสพติด และยาอันตราย และทั้ง ๒ ชุมชนดังกล่าวข้างต้น เป็นชุมชนต้นแบบที่ปลอดยาเสพติด และยาอันตราย ร้อยละ ๑๐๐ ทั้งนี้ การดำเนินงานสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในแต่ละด้านร่วมกัน ติดตาม ตรวจสอบในพื้นที่อย่างจริงจัง โดยการศึกษา วิเคราะห์โรคที่เกิดขึ้นในชุมชน เพื่อให้ทราบปัญหาสาเหตุ และหาแนวทางแก้ไข จึงทำให้ทราบว่า ปัญหาโรคในชุมชนเกิดจากยา และอาหาร จึงให้ความรู้กับทั้งร้านยา เพื่อปลูกฝังแนวคิดการจำหน่ายยาที่ถูกต้อง ไม่เป็นอันตราย รวมถึงการตรวจสอบผลิตภัณฑ์จากภาคเกษตรชุมชน ให้มีการปลูกผักปลอดยาฆ่าแมลง และจัดพื้นที่จำหน่ายผักปลอดสารพิษในชุมชน เพื่อกระจายสินค้าด้วย ทั้งนี้ ดำเนินการให้สำเร็จจะต้องมีความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เกิดความร่วมมือกัน เช่น การออกตรวจพื้นที่การปลูกผัก ได้ร่วมกับพัฒนาชุมชนและเกษตรอำเภอ เพื่อให้ความรู้กับเกษตรกรผู้ปลูก

ข้อค้นพบจากการศึกษาดูงาน

๑. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีความสมบูรณ์ มีความเป็นมาตรฐาน มีความร่วมมือเป็นเครือข่ายของแต่ละภาคส่วนทำให้เกิดความยั่งยืน มีการขับเคลื่อนโดยภาคชุมชนที่มีแนวทางสอดคล้องในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดความร่วมมือ จึงควรส่งเสริมและต่อยอดให้มีการดำเนินงานที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะการผลักดันขยายผลให้ทุกชุมชนในพื้นที่ร่วมมือกัน และบริหารจัดการร่วมกัน เป็นตัวอย่างแนวทางการพัฒนาและความร่วมมือ ที่ควรได้ผลักดันให้เกิดการขยายผลดำเนินการในพื้นที่อื่น ๆ เพิ่มขึ้น

๒. การดำเนินงานด้านปฐมภูมิที่มีความร่วมมือของบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชน ประชาชน จะก่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพในชุมชน และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้แบบองค์รวม รวมทั้งความร่วมมือกับองค์กรในพื้นที่ชุมชนบริหารจัดการร่วมกัน โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายของชุมชนให้การสนับสนุนส่งเสริมในแต่ละด้าน ทั้งด้านบุคลากรการแพทย์/พยาบาล หมุนเวียนให้บริการ

๓. การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีการดำเนินการทั้งภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน) และหน่วยบริการของเทศบาลนคร และภาครัฐ ซึ่งแบ่งจำนวนประชากรรับผิดชอบอย่างชัดเจน และรับการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากรที่ดูแล โดยระบบการส่งต่อมีความเชื่อมโยง

กับทุติยภูมิ และตติยภูมิทั้งของภาคเอกชนและภาครัฐในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำให้บริการปฐมภูมิ การกระจายการดูแลโดยทุกภาคส่วนที่มีประสิทธิภาพ

๔. การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. หากท้องถิ่นมีความชัดเจน และมีความพร้อม สามารถทำให้ ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น จะเป็นความพึงพอใจของประชาชน ประกอบกับ มีการกำหนดความก้าวหน้า ของบุคลากรได้อย่างชัดเจนก็จะทำให้การถ่ายโอนเป็นไปได้อย่างดี โดยในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ดได้มีการถ่ายโอนภารกิจบางส่วนแล้ว ซึ่งไม่พบปัญหาอุปสรรคของการให้บริการ และความเชื่อมโยงในระบบ การส่งต่อ



ภาคผนวก

สรุปประเด็นการอภิปรายของสมาชิกวุฒิสภา
ในการพิจารณารายงานการพิจารณาศึกษา
ในการประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๕ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง)
วันอังคารที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

สรุปประเด็นการอภิปรายของสมาชิกวุฒิสภาในการพิจารณารายงานการพิจารณาศึกษา
เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ในการประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๕ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง)
วันอังคารที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

นายอำพล จินดาวัฒนะ สมาชิกวุฒิสภา ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็นต่อการจัดตั้ง
หน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพ
ปฐมภูมิ สรุปได้ดังนี้

๑. “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” เป็นคำที่ซ้อนกันกับ “ระบบการสาธารณสุขมูลฐาน”
ซึ่งประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข และประธานคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบ
บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน (พลโท อำพน ชูประทุม) ได้กล่าวถึงความหมายของระบบ
สุขภาพปฐมภูมิไว้แล้ว พร้อมทั้งได้ยกตัวอย่างว่า หากมีอาการเจ็บไข้เล็กน้อย มีการดูแลรักษาตัวเอง
หรือดูแลรักษาตนเองในครอบครัวและชุมชน ไม่จำเป็นต้องมีผู้มีความรู้สูงมากในการดูแลช่วยเหลือ หรือ
มีเพียงอาสาสมัครดูแล ให้คำแนะนำ มีค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก รักษาด้วยวิทยาการและเทคโนโลยีที่ไม่ซับซ้อน
เรียกว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน หรือ Primary health care” ซึ่งดำเนินการมา ๔๕ ปีแล้ว โดยประเทศไทย
มีความโดดเด่นในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำ การตรวจสุขภาพ การป้องกันโรค
การรับยาอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้ คือ การสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ซึ่งจะอยู่ในชุมชน อยู่ในท้องถิ่น
เป็นธรรมชาติ เป็นวิธีการจัดการด้านสาธารณสุขที่เน้นประชาชนจัดการกันเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
แพทย์ พยาบาล และบุคคลด้านสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง

อีกส่วนหนึ่งที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary medical care” จะมีองค์กร
หรือสถาบัน โดยทั่วไปที่เป็นภาพที่จำได้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึง
คลินิกแพทย์ คลินิกทันตแพทย์ หรือร้านขายยา โดยคลินิกหรือหน่วยของโรงพยาบาลที่ออกไปให้บริการ
ที่จะต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์มากขึ้น และปัจจุบันกฎหมายกำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
ทำหน้าที่เป็นแพทย์ประจำตัวให้กับประชาชนและครอบครัว ซึ่งจะทราบข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูล
การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ และมีประวัติการรักษาต่อเนื่องของบุคคลและครอบครัว แต่หากมี
การเจ็บป่วยมากเกินขีดความสามารถที่หน่วยใน “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” จะดูแลได้ จะส่งต่อไปรักษา
ในระบบสุขภาพระดับทุติยภูมิ กล่าวคือ การส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพที่ต้องใช้
เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ทำการรักษาได้ยาก
โรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และหากเป็นโรคที่จะต้องมีการรักษาที่ซับซ้อน หรือต้องมีการผ่าตัด
เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง หรือการผ่าตัดใหญ่ จะต้องส่งต่อไปยังระบบสุขภาพระดับตติยภูมิ

โดยคณะกรรมการฯ เห็นว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญต่อการดำเนินการ
ด้านสาธารณสุข ในประเด็นนี้ตนเห็นด้วยและไม่ขัดแย้งแต่อย่างใดและเห็นว่าในประเทศไทยยังคง
ต้องพัฒนาในเรื่องดังกล่าวต่อไป เนื่องจาก “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” เป็นการบริการด้านสุขภาพที่

ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และสามารถเชื่อมโยงไปยังระบบการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน และมีได้ให้บริการด้านสาธารณสุขในสถานบริการเท่านั้น แต่จะต้องออกไปให้บริการในพื้นที่ชุมชนด้วย แม้แต่โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ออกไปให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชนที่กำหนดแบ่งพื้นที่กันไว้ชัดเจนแล้ว สำหรับในพื้นที่ชนบทหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่คนทั่วไปจำได้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ผ่านมามีบุคลากรสาธารณสุขประจำอยู่หน่วยบริการดังกล่าว ไม่มีแพทย์อยู่ประจำ แต่จะมาปฏิบัติงานเป็นครั้งคราว แท้ที่จริงแล้วในหลายเมืองที่อยู่ต่างจังหวัดจะมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เช่น เทศบาล จะมีศูนย์บริการสาธารณสุข หรือในกรุงเทพมหานคร จะมีศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกอบอุ่น หรือคลินิกอื่นจำนวนมาก ตลอดจนมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กรุงเทพมหานครมีความพยายามที่จะขยายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่คุณภาพยังไม่ดีเท่าที่ควร จึงอาจกล่าวสรุปในประเด็นแรกว่า การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งปัจจุบันกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ กลับไม่มีบริการสุขภาพปฐมภูมิ เมื่อเจ็บป่วยจะต้องไปพบแพทย์เป็นครั้ง ๆ ที่สถานบริการสาธารณสุขระดับระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ซึ่งในมิติการรักษานั้น คุณภาพอาจจะดีกว่าการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพดีกว่า สามารถดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่สูงมากนัก

๒. ในสถานการณ์จริงหากมองย้อนไปในอดีตเมื่อ ๕๐ ปีที่แล้ว การบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะอยู่ในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข สถานีนอนามัย ประมาณกว่า ๑๐,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศอยู่ในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ในปัจจุบันเริ่มเปลี่ยนไปตามบริบทของสังคม การบริการสุขภาพปฐมภูมิปรับเปลี่ยนไปและไม่ได้อยู่ในการดำเนินการของส่วนราชการส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุข แต่กำลังจะกระจายอำนาจการบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล ท้องถิ่น ซึ่งปัจจุบันได้ดำเนินการไปแล้วส่วนหนึ่ง โดยการกระจายอำนาจในการบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือส่งต่อบทบาทหน้าที่ดังกล่าวจะเหมาะสมหรือไม่ อยู่ระหว่างการดำเนินการในช่วงรอยต่อหรือไม่ หรือได้มีการเตรียมการเพียงพอหรือไม่นั้น ตนจะขอวางประเด็นดังกล่าวไปก่อน แต่จะขอกว่าการดำเนินการในปัจจุบันกรุงเทพมหานครก็เข้ามามีบทบาทในการดูแลการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และมีหน่วยบริการที่ดำเนินการ ไม่ว่าจะกรุงเทพมหานคร โรงเรียนแพทย์ คลินิกทันตแพทย์ และคลินิกเอกชน รวมทั้งร้านขายยาด้วย เป็นเครือข่ายของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบันและอนาคตจะเป็นลักษณะพหุภาคี มีเจ้าภาพหรือเจ้าของหลายส่วน ทั้งนี้ จะเห็นได้จากตัวอย่างกรณีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ระบาดในเมือง ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ จะต้องเข้าระบบการรักษาตัวเองที่บ้าน (Home Isolation: HI) ซึ่งในกรุงเทพมหานครก็มีการจัดการให้มีระบบการรักษาตัวเองที่บ้านเช่นกัน และมีพี่เลี้ยง คือ คลินิกชุมชนอบอุ่น และคลินิกแพทย์ รวมทั้งมีร้านขายยา มีระบบประกันต่าง ๆ เข้ามาดูแลเป็นเครือข่ายระบบการรักษาตัวเองที่บ้านไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นโอกาสที่ทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความเข้มแข็งขึ้น

สรุปได้ว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิมิได้เป็นภารกิจที่จะต้องดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ในวันข้างหน้าจะมีผู้รับผิดชอบดำเนินการให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ที่หลากหลาย ทำงานเป็นภาคีเครือข่าย ไม่ใช่จัดการเบ็ดเสร็จโดยกระทรวงสาธารณสุข แต่กระทรวงสาธารณสุขจะทำหน้าที่ในฐานะเป็นหน่วยงานทางด้านสุขภาพระดับชาติ (National Health Authority) ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแล สนับสนุน ประสานงาน และขับเคลื่อนเพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง

๓. เห็นด้วยกับข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิของคณะกรรมการการสาธารณสุข โดยเห็นว่า หน่วยงานดังกล่าวจะต้องอยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะที่เป็นความเห็นต่างเพียงเล็กน้อยว่าการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นหน่วยงานระดับกรม แต่ควรผลักดันให้เกิดเป็นหน่วยงานระดับกองหรือระดับสำนักที่จะทำหน้าที่ประสานงานขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นพหุลักษณะซึ่งจะต้องเป็นองค์กรที่จะต้องมีความรู้ในการจัดทำนโยบาย การประสานงาน การเชื่อมโยงเพื่อให้ผู้คนเข้ามาร่วมกันดำเนินการ และเป็นองค์กรที่มีความเก่งในด้านการดูแล สนับสนุนให้หน่วยงานหรือบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันสร้างมาตรฐานบริการ มาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการพัฒนาคน โดยสำนักงานหรือกองนี้ควรมีหน้าที่ประสาน สนับสนุนการดำเนินการที่จะต้องมีความเชี่ยวชาญ ๒ - ๓ เรื่อง ได้แก่

๑) ความรู้ทางวิชาการในเชิงระบบ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข มีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นเครื่องมืออยู่แล้ว และจะต้องทำงานร่วมกับ สวรส. ในการผลักดันนโยบายที่มีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติ นำไปสู่นโยบายเพื่อการปฏิบัติ

๒) ความเชี่ยวชาญในการขับเคลื่อนพัฒนาระบบอย่างจริงจัง เชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อร่วมกันจัดทำมาตรฐานในการดำเนินการ

๓) ความเชี่ยวชาญในการพัฒนาคน การบริหารจัดการให้คนและหน่วยงานทำงานร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม เพื่อจะให้มีการจ่ายเงินสนับสนุนหน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

เพราะฉะนั้นการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงไม่ควรเป็นหน่วยงานที่มีสถานะเป็นนิติบุคคล

นายพิศาล มาณวพัฒน์ สมาชิกวุฒิสภา ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็นต่อการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ สรุปได้ว่า บทบาทของสมาชิกวุฒิสภา คือ การดำเนินงานด้านนิติบัญญัติ แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่เป็สมาชิกวุฒิสภา นั้น จะเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่มีความหลากหลาย เช่น อดีตแพทย์ที่มีประสบการณ์ทางการรักษาพยาบาล นักเศรษฐศาสตร์ ผู้บริหาร รวมทั้งอดีตนายทหาร เช่น พลโท อ่ำพล ชูประทุม ประธานคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ที่ทำงานด้วยพลัง ความมุ่งมั่น ความทุ่มเท โดยคำนึงถึงผลประโยชน์พี่น้องประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ การดำเนินการที่ผ่านมายังเป็นเพียงในขั้นของการเริ่มต้น พระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นหัวใจและเป็นพื้นฐานที่ฝ่ายบริหารจะปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวด ๕ หน้าที่ของรัฐ มาตรา ๕๕ ซึ่งบัญญัติว่า

“มาตรา ๕๕ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงอย่างต่อเนื่อง”

กรณีดังกล่าว รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายตั้งแต่เข้ารับตำแหน่งว่าจะดำเนินการสร้างนำซ่อม โดยการป้องกัน ดีกว่าการรักษา ซึ่งจากการเดินทางไปศึกษาดูงานในพื้นที่ร่วมกับคณะกรรมการการสาธารณสุขในหลายจังหวัด อาทิ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดกระบี่ และจังหวัดจันทบุรี พบว่า ภารกิจของหน่วยงานในพื้นที่เกือบทั้งหมดของบุคลากรเป็นงานการรักษา โรงพยาบาลทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุขมีสถิติชัดเจนว่า โรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ๔ โรคแรกที่คร่าชีวิตคนไทยมากที่สุดและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และโรคเบาหวาน โรคไม่ติดต่อเหล่านี้สามารถป้องกันได้จากพฤติกรรม แต่กลับใช้บุคลากรและงบประมาณเกือบทั้งหมดไปเพื่อการรักษา ซึ่งมีทั้งการสร้างอาคาร จัดซื้อเครื่องมือแพทย์ เครื่องฉายรังสี รวมถึงการใช้จ่ายรักษาโรคที่มีราคาแพงก็ตาม แต่สถิติคนของผู้ป่วยกลับไม่ลดลง ยกตัวอย่างจากการเดินทางไปศึกษาดูงานในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีผู้ป่วยโรคนี้จำนวนมากและประสงค์ให้มีแพทย์เฉพาะด้านระบบทางเดินปัสสาวะ กรณีดังกล่าว ควรที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษา เป็นการวิธีป้องกันตามสาเหตุของโรคซึ่งเกิดขึ้นในพื้นที่

ดังนั้น จึงสนับสนุนข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิของคณะกรรมการการสาธารณสุข โดยมีเหตุผล ดังนี้

๑) ทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับการยกระดับ มีสมรรถนะ มีงบประมาณในเรื่องของการป้องกันดีกว่ารักษาอย่างชัดเจน

๒) เป็นการสร้างพลังให้กับบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรระดับรากหญ้า คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีจำนวนกว่า ๑ ล้านคนที่เป็นมดงานสามารถเข้าถึงประชาชนทุกครอบครัว ได้มีความรู้ ได้มีสมรรถนะที่จะตอบสนองสุขภาพเพื่อการป้องกันดีกว่ารักษามากขึ้น

๓) เป็นการตอบโจทยความยั่งยืนของระบบการคลังของการสาธารณสุขในประเทศไทย เนื่องจากงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขมีจำนวนพุ่งสูงขึ้นทุกปี สังคมของไทยเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัย ซึ่งงบประมาณเหล่านี้หากไม่นำมาใช้ในเรื่องการป้องกัน งบประมาณด้านการรักษา คงจะไม่สามารถดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนต่อไปได้

๔) เป็นการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมให้ประชาชนทุกคนได้มีความตระหนักรู้ สามารถที่จะป้องกันตัวเองจากโรคร้ายไข้เจ็บที่คร่าชีวิตคนไทยจำนวนมาก ตอบโจทยสังคมสูงวัยที่ต่อไปคนจะต้องมีอาการเจ็บป่วย ติดเตียง จะต้องได้รับการดูแลรักษาที่บ้านที่มีระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นหัวใจในการดำเนินงาน

สำหรับการจะจัดตั้งเป็นหน่วยงานระดับกรมหรือไม่ นั้น ตนไม่สามารถสรุปความเห็นในเรื่องดังกล่าวได้ แต่ตนเห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องยกระดับหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขที่จะเน้นการยกระดับสมรรถนะของบุคลากรระดับรากหญ้า

ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนให้สามารถให้ความรู้ในการป้องกันโรคภัยต่าง ๆ และดูแลประชาชนในช่วงวัยสุดท้ายได้

นายกิตติ วะสีนนท์ สมาชิกวุฒิสภา ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็นต่อการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยในลำดับแรกได้กล่าวชื่นชมคณะกรรมการการสาธารณสุขที่ได้จัดทำรายงานการพิจารณาศึกษาเรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ พร้อมทั้งได้ให้ข้อมูลเหตุการณ์ย้อนกลับไปในช่วงที่ตนรับราชการที่ได้เคยเข้าไปร่วมประชุม WHO ในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ ซึ่งมีการผลักดันเรื่องสุขภาพถ้วนหน้า โดยประเทศไทยก็ได้รับการชื่นชมเกี่ยวกับการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้ รายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าวนี้นี้มีประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDG) โดยกล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดี (health and well-being) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ดำเนินการในเรื่องดังกล่าวระดับแนวหน้าในภูมิภาคนี้

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่จะเสนอให้นำ “โครงการสุขภาพศาลาพระราชทาน” ซึ่งอยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาปรับปรุงห้องพยาบาลในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และพัฒนาศักยภาพครู พยาบาล ตำรวจตระเวนชายแดนให้มีความเข้มแข็งเพื่อเป็น “สุขภาพศาลาพระราชทาน” ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแบบผสมผสานแก่ประชาชนในถิ่นทุรกันดารที่การสาธารณสุขเข้าไม่ถึง และตามแนวชายแดน หรือพื้นที่เสี่ยงภัยต่อความมั่นคงของประเทศ ทำให้ประชาชนสามารถได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่เข้าถึงได้ อย่างมีคุณภาพมาตรฐานและเท่าเทียม ทัวถึง และพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วย

รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ”
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะผู้รับผิดชอบ

ในการจัดทำรายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นายต้นพงศ์ ตั้งเต็มทอง

รองเลขาธิการ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นางสุภาพร วิเชียรเพชร

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน

นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์

นิติกรชำนาญการ

นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก

นิติกรชำนาญการ

นางกนิษฐา กาวีโน

นิติกรชำนาญการ

นางสาวอภिरดา บัวทอง

วิทยากรชำนาญการ

นายศุภกร จันทร์ศรีสุริยวงษ์

วิทยากรปฏิบัติการ

นางกนกพร สาดประดับ

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวนงคัลักษณ์ เนาว์แก้ว

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวผกามาศ มีแป้น

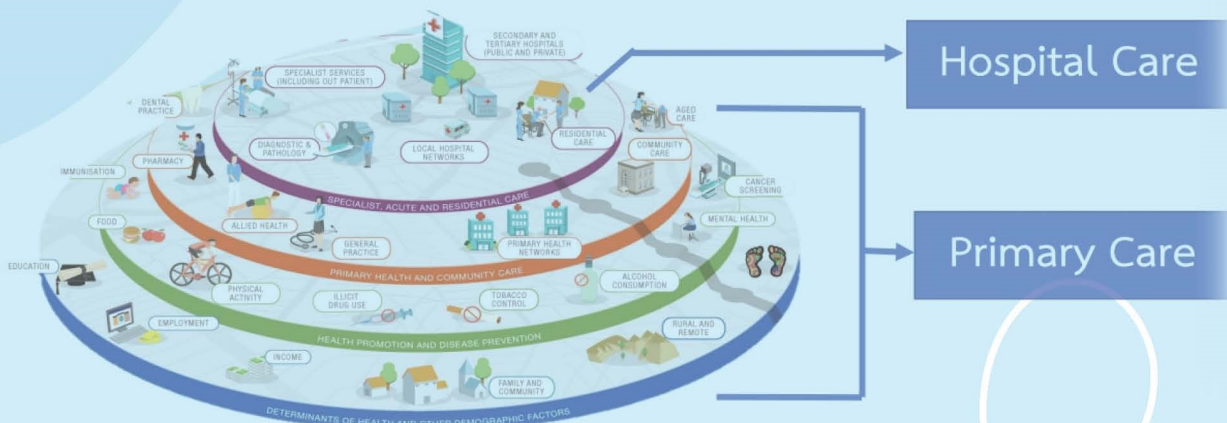
พนักงานสนับสนุนการประชุม

นางสาววรรณวิสา ไทยสกุล

พนักงานสนับสนุนการประชุม

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐ ๒ ๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐, Ema : healthcom๕๘@gmail.com**

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



Hospital Care

Primary Care



ออกแบบและพิมพ์ที่ สำนักการพิมพ์
 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
 ○ ๒๕๓๑ ๙๔๑๕, ○ ๒๕๓๑ ๙๔๖๖,
 ○ ๒๕๓๑ ๙๔๗๒, ○ ๒๕๓๑ ๙๔๗๖