



รายงานการพิจารณาคึกษา เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ”

ของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ



สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ



รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง

ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ของ

คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำนักกรรมการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ



(สำเนา) บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ที่ สว (สนช)(กมธ ๓) ๐๐๑๙/ (ร ๙๕๓) วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ”

กราบเรียน ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ด้วยในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๗ วันพฤหัสบดีที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๗๘ (๘) กำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมการคณะนี้ประกอบด้วย

- | | |
|---|--------------------------------|
| ๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. นายธำรง ทิศนาอนุชลี | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. พลเอก โปฏก บุนนาค | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. รองศาสตราจารย์สรณ บุญใบชัยพฤกษ์ | เลขานุการคณะกรรมการ |
| ๖. พลเอก กิตติ อินทสร | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๗. นางสุรางคณา วายุภาพ | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๘. พลเรือเอก ไกรสร จันท์สุวรรณิชย์ | กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๙. พลเรือเอก จักรชัย ภู่อริญญศ | กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๐. พลเอก จิระเดช โหมกชะสมิต | กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๑. ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต | กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๒. ศาสตราจารย์กิตติคุณภิรมย์ กมลรัตน์กุล | กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๓. พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ | กรรมการ |
| ๑๔. นายมรรณพ เดชวิทักษ์ | กรรมการ |
| ๑๕. พลเอก รังสาathy แซ่มเชื้อ | กรรมการ |
| ๑๖. พลเรือเอก รัตนะ วงษาโรจน์ | กรรมการ |
| ๑๗. พลเอก วินัย สร้างสุขดี | กรรมการ |
| ๑๘. พลเรือเอก วัลลภ เกิดผล | กรรมการ |
| ๑๙. นายสมพล พันธุ์มณี | กรรมการ |
| ๒๐. พลเอก สุรใจ จิตต์แจ้ง | กรรมการ |
| ๒๑. พลโท อำพน ชูประทุม | กรรมการ |

บัดนี้ ...

บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ” เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติเพื่อพิจารณาต่อไป ตามข้อบังคับการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๙๖

(ลงชื่อ) เจตน์ ศิรธรานนท์

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

สมานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำเนาถูกต้อง



(นางสุภาพร วิเชียรเพชร)

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข

สำนักกรรมการ ๓

สำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข

โทร. ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙-๒๐

โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๐

พิมพ์र्वีร์ย์ พิมพ์

พิมพ์र्वีร์ย์/กนิษฐา ทาน

สุภาพร ตรวจ

คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ



นายเจตน์ ศิรธรานนท์
ประธานคณะกรรมการ



นายอรรถ ทัศนัญชลี
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุดมชัย บุญยะลีพรรณ
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง



พลเอก โปลูก บุญนาค
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม



รองศาสตราจารย์สรณ บุญใบชัยพฤกษ์
เลขานุการคณะกรรมการ



พลเอก กิตติ อินทสร
โฆษกคณะกรรมการ



นางสุรางคณา วายุภาพ
โฆษกคณะกรรมการ



พลเรือเอก ไกรสร จันทรสุวานิชย์
กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเรือเอก จักรชัย ภูเจริญยศ
กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเอก จิระเดช โมกษะสมิต
กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ



ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต
กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ



ศาสตราจารย์กิตติคุณภิรมย์ กมลรัตนกุล
กรรมการและที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ
กรรมการ



นายมรรณพ เดชวิทักษ์
กรรมการ



พลเอก รังสาทรย์ แซ่มเชื้อ
กรรมการ



พลเรือเอก รัตนะ วงษาโรจน์
กรรมการ



พลเอก วินัย สร้างสุขดี
กรรมการ



พลเรือเอก วัลลภ เกิดผล
กรรมการ



นายสมพล พันธุ์มณี
กรรมการ



พลเอก สุรใจ จิตต์แจ่ม
กรรมการ



พลโท อำพน ชูประทุม
กรรมการ

คณะกรรมการพิจารณาจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข



พลเอก โปฏก บุนนาค
ประธานคณะกรรมการ



พลโท อำพน ชูประทุม
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๑



นายแพทย์ดาวฤกษ์ สิ้นธุณิชย์
รองประธานคณะกรรมการ คนที่ ๒



ศาสตราจารย์ยง ภู่วรรณ
อนุกรรมการ



นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา
อนุกรรมการ



รอ. เก้าชกรชิตชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร รน.
อนุกรรมการ



เก้าชกรหญิง ดร.ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ
อนุกรรมการ



พลเอก พหล จันทระประภา
อนุกรรมการ



รศ.ดร.ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ
อนุกรรมการ



รศ. อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์
อนุกรรมการ



นางพิมพ์รวิทย์ สุจินดาวัฒน์
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



นางกนิษฐา กาวีณุ
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

รายงานการพิจารณาศึกษา
ของ
คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ”

ด้วยในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๗ วันพฤหัสบดีที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๗๘ (๘) กำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ” เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๙๖ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำรายงานการพิจารณาการศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข ประกอบด้วย

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ๑) พลเอก โปฏก บุนนาค | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒) พลโท อำพน ชูประทุม | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓) นายแพทย์ดาวฤกษ์ สิ้นธวัชชัย | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔) เรือเอก เกสัชกรชิตชนกสิทธิ์ วัฒนศิริธร | อนุกรรมการ |
| ๕) รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ | อนุกรรมการ |
| ๖) ศาสตราจารย์ นายแพทย์ยง ภู่วรรณ | อนุกรรมการ |
| ๗) พลเอก พหล จันทระประภา | อนุกรรมการ |
| ๘) นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา | อนุกรรมการ |
| ๙) รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ | อนุกรรมการ |
| ๑๐) เกสัชกรหญิง ดร. ศิริรัตน์ ต้นปิชาติ | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| ๑๑) นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๒) นางกนิษฐา กาวีนิ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๒. วิธีการพิจารณา

๑) การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และแสดงความคิดเห็น เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

- นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข**สำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว**

(๑) นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์

สาธารณสุขนิเทศ ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการ สำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัว

(๒) นายแพทย์สฤทธ์์เดช เจริญไชย

รองผู้อำนวยการ สำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัว

(๓) นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง

รองผู้อำนวยการ สำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัว

(๔) นางจรรุณี จันทร์เพชร

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ

(๕) นายกอลิต ชุมชวด

นักวิชาการสาธารณสุข

(๖) นางสาวฉวีพร ทรัพย์ดี

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

(๗) นายชัชพิมพ์ ชินวงศ์

เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ปฏิบัติการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

(๑) นายแพทย์ชูชัย ศรีขำ

รองเลขาธิการ สปสช.

(๒) นายแพทย์วีระพันธ์ ลีธนะกุล

ผู้อำนวยการ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

(๓) นางสาวบุษกร สุรรังสรรค์

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

(๔) นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์

หัวหน้ากลุ่มงาน สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร**สำนักงานการแพทย์**

(๑) นางพิชญา นาควัชระ

ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

(๒) นางสุพรรณณี พูนเพิ่มสุขสมบูรณ์

นักวิชาการสาธารณสุข

สำนักอนามัย

- นายแพทย์สุนทร สุนทรชาติ

รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศศลักษณ์ ผู้จัดการงานวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

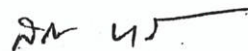
๒) การพิจารณาโดยศึกษาข้อมูล ข้อเท็จจริง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แผนปฏิรูปประเทศ กฎหมาย เอกสารจากหน่วยงาน เอกสารทางวิชาการ รายงานวิจัยต่าง ๆ และ เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งผลการพิจารณาศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการต่อไป

๓) การเดินทางลงพื้นที่ไปศึกษาดูงานด้านระบบการแพทย์ปฐมภูมิของหน่วยบริการต่าง ๆ ภายในประเทศ และศึกษาดูงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ณ สหราชอาณาจักร

๓. ผลการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการพิจารณาจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข ได้เสนอรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ” ต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณารายงานฉบับนี้แล้ว และมีมติให้ความเห็นชอบกับรายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าว โดยถือว่าเป็นรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ

ดังนั้น จากการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าว คณะกรรมการจึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ เพื่อให้ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้พิจารณา หากสภานิติบัญญัติแห่งชาติให้ความเห็นชอบกับผลการพิจารณาศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ขอได้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป



(รองศาสตราจารย์สรณ บุญใบชัยพฤกษ์)

เลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

บทสรุปผู้บริหาร

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยตามมาตรฐานสากล มีการให้บริการการรักษาในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีการกระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันพบการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้เจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยที่สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก ส่งผลกระทบต่อระบบการจัดบริการสาธารณสุขในทุกระดับ ปัญหาความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปัญหาพฤติกรรมทางสุขภาพซึ่งนำไปสู่โรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพระดับปัจเจกบุคคล และสังคม โดยมีผลกระทบยาวของประเทศไทยในด้านสุขภาพเศรษฐกิจและสังคม หลักการกำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนจัดระบบสาธารณสุขในอนาคตย่อมมีความสำคัญซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ หมวด ๕ หน้าที่ของรัฐ ในมาตรา ๕๕ บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง” ซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางการส่งเสริมสุขภาพแทนการรักษาโรค โดยมุ่งเน้นการปฏิรูปประเทศในระดับปฐมภูมิซึ่งกำหนดในหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ข. ด้านอื่น ๆ (๕) บัญญัติว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) และแผนปฏิรูปประเทศด้านระบบสาธารณสุข ในระบบบริการปฐมภูมิ ทางคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติเห็นความสำคัญต่อประเด็นดังกล่าว จึงจัดตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินการตามเจตนารมณ์ที่รัฐธรรมนูญได้กำหนด

รายงานฉบับนี้เป็นผลการศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ศึกษาการให้บริการสาธารณสุขของการดำเนินการด้านการแพทย์ปฐมภูมิ ซึ่งได้กำหนดไว้ในนโยบายของรัฐบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกลไกการบริหารระบบการแพทย์ปฐมภูมิของประเทศนำไปสู่การพัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทปัจจุบันและอนาคต และเพื่อเป็นข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะให้กับรัฐบาลและส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิ นำไปสู่การดำเนินการที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชน ซึ่งมีขอบเขตของการพิจารณาศึกษาภายใต้บทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และนโยบายภาครัฐ ผลการศึกษาทางวิชาการ บทบัญญัติตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง กรอบระบบสาธารณสุขตามองค์การอนามัยโลก และภาพรวมของระบบการแพทย์ปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเกี่ยวข้องโยงกับผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ขั้นตอนกระบวนการศึกษาโดยการศึกษาดูงานในสถานพยาบาลทุกระดับ หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบพื้นที่ชุมชนในหลายจังหวัดและกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๓ แห่ง พร้อมกับเชิญหน่วยงาน คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยรับฟังข้อมูลข้อคิดเห็นต่อการปฏิรูป

การดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิในปัจจุบันเพื่อสะท้อนแนวคิดต่อการพัฒนาระบบงานสาธารณสุขตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมิ่วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์ขั้นต้น โดยมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อลดความแออัดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลัก และมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยจัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข รวมเป็นทีมหมอครอบครัว โดยจัดให้มี ๑ ทีมหมอครอบครัว ต่อจำนวนประชากร ๑๐,๐๐๐ คน ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตร ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีมหมอครอบครัว จำนวน ๓ ทีม มารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ ๑ Cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็นสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ ๑ แห่ง จนถึง ๓ แห่ง ได้ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่า

จากการพิจารณาศึกษา สามารถแบ่งรูปแบบการดำเนินการเป็นพื้นที่บริการได้ ๓ บริบท กล่าวคือ

๑. บริบทเขตเมืองใหญ่ เป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากร มีความพร้อมในระบบโครงสร้าง บุคลากร เทคโนโลยี และเครื่องมือทางการแพทย์ในการสนับสนุนงานบริการสุขภาพ รวมทั้งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งสังกัดหน่วยงานที่หลากหลายส่งผลต่อระบบการจัดการที่แตกต่างกันทั้งความรับผิดชอบและระบบบริหาร เช่น หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลเอกชน คลินิก และร้านยา กรณีดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิในเขตเมืองใหญ่ ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล การรักษาพยาบาลขาดความต่อเนื่องของประชาชนที่ย้ายถิ่น ความเป็นปัจเจกบุคคลของประชาชนที่เลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล คลินิกเอกชน ขาดระบบข้อมูลการบริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับภาครัฐและเอกชน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและความเชื่อมั่นของประชาชนในการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. บริบทเขตเมือง เป็นพื้นที่ที่มีประชากรไม่หนาแน่นมาก มีโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้นบางแห่ง เป็นการออกแบบงานบริการให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ ที่ยึดโยงกับบริบท และวัฒนธรรมของพื้นที่ ประชาชนมีความคิดริเริ่มและมีส่วนร่วมในการจัดให้มีบริการในรูปแบบศูนย์บริการทางการแพทย์ของชุมชน การดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิในบริบทเขตเมือง ปัจจุบันมีการขยายผลการดำเนินงานในหลายจังหวัดโดยนำภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

๓. บริบทเขตชนบท เป็นพื้นที่ที่มีประชากรน้อย พื้นที่ห่างไกล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยบริการทางการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับตำบล ให้บริการในพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์เป็นสำคัญ เขตชนบทได้มีโครงสร้างของระบบการแพทย์ปฐมภูมิไว้เบื้องต้นจัดเป็นด้านหน้าด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการบริการให้กับประชาชนในแต่ละอำเภอและตำบล ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายประชาชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอเชิงนโยบาย ด้านโครงสร้างของระบบการจัดการ ด้านงานบริการสาธารณสุข

๑. ดำเนินการการแพทย์ปฐมภูมิ โดยจัดรูปแบบการดำเนินการตามพื้นที่ใน ๓ บริบท คือ บริบทเขตเมืองใหญ่ บริบทเขตเมือง และบริบทเขตชนบท จัดการสำรวจพื้นที่และกำหนดหน่วยงานในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบพร้อมทั้งงานที่รับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน เพื่อหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดำเนินงานให้บริการได้เต็มรูปแบบ โดยกำหนดโครงสร้างระบบการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความชัดเจนทั้งด้านอัตรากำลัง การบริหารจัดการพื้นที่ และงบประมาณให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ทั้งตำแหน่งหน้าที่ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ

๒. การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิควรจัดบริการแบบรวมกลุ่มโดยสร้างระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คลินิกเอกชน และร้านยา เพื่อดูแลประชาชนให้มีประสิทธิภาพ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น และพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาพยาบาลระหว่างหน่วยแพทย์ปฐมภูมิ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการรักษาพยาบาลทางไกลและสร้างระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

๓. รัฐต้องเร่งรัดจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และประชาชนต้องดำเนินการตามขั้นตอนของการรักษาพยาบาลโดยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นลำดับแรก ไม่ข้ามขั้นตอนการรักษาพยาบาล เพื่อรับการรักษาเบื้องต้นโดยไม่ต้องเดินทางไกลไปยังโรงพยาบาล และลดความแออัดในโรงพยาบาล ยกเว้นกรณีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ทั้งนี้ระบบคลินิกหมอครอบครัวควรดำเนินการในพื้นที่เขตชนบทเป็นลำดับแรก โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชน สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งควรปรับปรุงหลักเกณฑ์วิธีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ พร้อมกับบูรณาการงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยงานอื่น และควรจัดระบบการประเมินผล การรับรองคุณภาพ การบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ สร้างกลไกการตรวจสอบในระบบเพื่อสร้างมาตรฐานของระบบการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิ

๕. ด้านการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรรนำโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดต่าง ๆ เป็นฐานการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยการใช้สื่อการสอนทางไกลร่วมกับมหาวิทยาลัยเพื่อเสริมเพิ่มขึ้นจากระบบเดิม และมีการจัดงบประมาณเพื่อดำเนินการขั้นต้น ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกษียณอายุราชการร่วมปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ปฐมภูมิเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในขั้นต้น

๕. จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดความเชื่อมั่นของระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิให้กับประชาชน และปรับเปลี่ยนทัศนคติมาใช้บริการระบบปฐมภูมิก่อนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายในทุกหน่วยงาน และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเป็นช่องทางในการให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่อ่านและทำความเข้าใจได้โดยง่ายผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

ข้อเสนอเชิงนโยบาย ด้านกฎหมาย

๑. ควรเร่งดำเนินการจัดให้มีการตรากฎหมายเกี่ยวกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข เพื่อรองรับให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

๒. ควรมีกฎหมายเฉพาะด้านสุขภาพเพื่อให้หน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนที่เป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้

๓. ปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดสรรงบประมาณจากรายได้ที่จัดเก็บจากท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนในการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพอนามัยให้กับประชาชนในพื้นที่

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทสรุปผู้บริหาร | ก-ง |
| บทที่ ๑ บทนำ | |
| ๑.๑ ความสำคัญและความจำเป็นของการมีระบบการแพทย์ปฐมภูมิของประเทศไทย | ๑ |
| ๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา | ๑ |
| ๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา | ๒ |
| ๑.๔ คำนียามศัพท์เฉพาะ | ๒ |
| ๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | ๒ |
| บทที่ ๒ ขั้นตอนการพิจารณาศึกษา | ๕ |
| บทที่ ๓ การพิจารณาศึกษา | ๙ |
| ๓.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ | ๙ |
| ๓.๒ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ นโยบายรัฐบาล และแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข | ๙ |
| ๓.๓ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง (มีนาคม ๒๕๖๑) โดยคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข | ๑๑ |
| ๓.๔ กรอบระบบสาธารณสุขตามองค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) | ๑๕ |
| ๓.๕ แนวคิด และหลักการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ของกระทรวงสาธารณสุข | ๑๗ |
| ๓.๖ ทบทวนวรรณกรรม | ๑๘ |
| ๓.๗ สรุปข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการนำเสนอต่อคณะกรรมการ การสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำรายงานการพิจารณา ศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข | ๒๒ |
| ๓.๘ สรุปข้อมูลจากการเดินทางลงพื้นที่ไปศึกษาดูงาน ณ หน่วยงานปฏิบัติ หรือหน่วยบริการผู้ให้บริการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ | ๕๕ |
| ๓.๙ การเดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ณ สหราชอาณาจักร | ๑๐๑ |
| บทที่ ๔ ผลการพิจารณาศึกษาวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ | ๑๐๕ |
| บทที่ ๕ บทสรุป | ๑๑๓ |
| บรรณานุกรม | ๑๑๕ |
| ภาคผนวก | |
| - ภาพการเดินทางลงพื้นที่ไปศึกษาดูงานภายในประเทศ | ๑๑๗ |

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ความสำคัญและความจำเป็นของการมีระบบการแพทย์ปฐมภูมิของประเทศไทย

ระบบการบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีการให้บริการทั้งในระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ ซึ่งให้การรักษาตามมาตรฐานสากล แต่ปัจจุบันพบอัตราการเติบโตของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี และโรคติดต่อที่ระบาดอย่างรุนแรง จึงส่งผลเกิดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคให้กับประชาชนของระดับปฐมภูมียังขาดความชัดเจนและต่อเนื่อง หากภาครัฐมีการปรับเปลี่ยนทิศทางการบริการในทุกระดับย่อมส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ กำหนดไว้ในหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศมาตรา ๒๕๘ (ข) ด้านอื่น ๆ (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่จะพัฒนาองค์กรแห่งความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ด้านที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ด้านที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ด้านที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และด้านที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

ดังนั้น คณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำรายงานการศึกษาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงได้ระดมความคิดเห็น กำหนดแนวทาง ข้อเสนอแนะ ข้อพิจารณาที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care) รวมถึงการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษาศึกษา

๑.๒.๑ เพื่อทบทวนกลไกการบริหารระบบการแพทย์ปฐมภูมิของประเทศไทย นำไปสู่การพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทปัจจุบันและอนาคต

๑.๒.๒ เพื่อเป็นข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะให้กับรัฐบาลและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิ นำไปสู่การดำเนินการที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์ ในการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชน

๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา

๑.๓.๑ ศึกษาบทบัญญัติภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย นโยบายภาครัฐ มาตรการ ผลการศึกษาทางวิชาการ บทบัญญัติตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๑.๓.๒ ศึกษาภายใต้ขอบเขตผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

๑.๓.๓ ศึกษาภาพรวมของระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัวของประเทศไทย

๑.๔ คำนิยามศัพท์เฉพาะ

๑.๔.๑ ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care : PC) หมายถึง ระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขขั้นต้นระดับชุมชน ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

๑.๔.๒ กลุ่มบริการปฐมภูมิ หรือคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน ๓ ทีม ซึ่งแต่ละทีมประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ

๑.๔.๓ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) หมายถึง สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรม หรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าว สามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิในเครือข่ายได้

๑.๔.๔ ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพ โดยใช้อำเภอเป็นฐาน มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกัน ทั้งด้านสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคีภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อน การดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเข้าด้วยกัน

๑.๔.๕ คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) หมายถึง สถานบริการที่เป็นหน่วยทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะต้องมีผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาทำสัญญาซื้อบริการกับผู้ให้บริการ (Provider) ได้แก่ สถานพยาบาล

๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๕.๑ ระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยมีกลไกการบริหารจัดการระบบ และการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทปัจจุบันและอนาคต

๑.๕.๒ รัฐบาลและส่วนราชการที่เกี่ยวข้องนำข้อเสนอแนะ และข้อพิจารณาไปใช้ประกอบการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เพื่อเกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชน

๑.๕.๓ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

๑.๕.๔ ประชาชนเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุม ทัวถึง ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการรับบริการ

๑.๕.๕ ลดความแออัดของหน่วยบริการ สถานพยาบาลภายใต้บริบทพื้นที่ต่าง ๆ

๑.๕.๖ สร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจให้กับประชาชน ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน คุณภาพ และปลอดภัย

บทที่ ๒ ขั้นตอนการพิจารณาศึกษา

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการให้บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการดำเนินการด้านการแพทย์ปฐมภูมิซึ่งได้กำหนดไว้ในนโยบายของรัฐบาลเป็นสำคัญ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดทำรายงานการพิจารณาการศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาในเรื่องดังกล่าวเสนอต่อรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการดังนี้

- ๑) ทบทวนเจตนารมณ์ บทบัญญัติภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
- ๒) ศึกษาระบบ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) นโยบายรัฐบาล และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- ๓) ศึกษาแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง (มีนาคม ๒๕๖๑) โดยคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
- ๔) ศึกษากรอบระบบสาธารณสุขตามองค์การอนามัยโลก
- ๕) ทบทวนจากเอกสารทางวิชาการ รายงานการวิจัย บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวทั้งในประเทศ และต่างประเทศ
- ๖) ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะทำงาน ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประกอบด้วย
 - (๑) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 - (๒) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 - (๓) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
 - (๔) สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
 - (๕) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 - (๖) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
 - (๗) สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.)*

* สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) เปลี่ยนเป็น สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ตั้งแต่วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

๓) ลงพื้นที่ศึกษาดูงานหน่วยงานปฏิบัติ หรือหน่วยบริการผู้ให้บริการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ประกอบด้วย

- (๑) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สังกัดกรมการแพทย์ทหารอากาศ
 - (๒) ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาม เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
 - (๓) ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ ช่วง นุชเนตร เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร
 - (๔) โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
 - (๕) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
 - (๖) โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง
 - (๗) โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง
 - (๘) โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม
 - (๙) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม
 - (๑๐) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน
 - (๑๑) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะมุกด์ จังหวัดตรัง
 - (๑๒) คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จังหวัดนครพนม
 - (๑๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองพร้าว จังหวัดตราด
- ๘) เดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ณ สหราชอาณาจักร







บทที่ ๓
การพิจารณาศึกษา

๓.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๑๖ หมวด ๒๗๙ มาตรา โดยในส่วนที่เกี่ยวกับการบริการด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ได้กำหนดไว้ดังนี้

- หมวด ๕ หน้าหนึ่งของรัฐ ในมาตรา ๕๕ บัญญัติว่า

“รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

- หมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ ในมาตรา ๒๕๘ ข. ด้านอื่น ๆ

(๔) บัญญัติว่า “ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน”

(๕) บัญญัติว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม”

๓.๒ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ นโยบายรัฐบาล และแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

๓.๒.๑ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี มีกรอบการพัฒนาเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ คือ “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุข และตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรายได้ระดับสูงเป็นประเทศพัฒนาแล้ว และสร้างความสุขของคนไทย สังคมมีความมั่นคง เสมอภาค และเป็นธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบเศรษฐกิจ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี มี ๖ เป้าหมาย คือ

เป้าหมายที่ ๑ : ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข

เป้าหมายที่ ๒ : ยกระดับศักยภาพในหลากหลายมิติเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจ

อย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายที่ ๓ : พัฒนาคมนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ

เป้าหมายที่ ๔ : สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

เป้าหมายที่ ๕ : สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

เป้าหมายที่ ๖ : ภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม

ทั้งนี้ เป้าหมายที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาค มีวัตถุประสงค์ เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำไปสู่สังคมที่เสมอภาค และเป็นธรรม กรอบแนวทางที่ให้ความสำคัญที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข คือ การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ

๓.๒.๒ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม : การกระจายการจัดบริการภาครัฐให้มีความครอบคลุมและทั่วถึง ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพในด้านการศึกษา สาธารณสุข โครงสร้างพื้นฐาน และการจัดสวัสดิการ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร ให้มีการกระจายตัวอย่างเป็นธรรม สร้างปัจจัยแวดล้อมทางธุรกิจ รวมทั้งการปรับกฎหมาย กฎระเบียบให้เกิด การแข่งขันที่เป็นธรรม

แนวทางการพัฒนา : บริหารจัดการการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ผ่านการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนไปสู่ระดับจังหวัด ภาค และระดับประเทศ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควบคู่ไปกับการจัดการการให้บริการระบบควบคุมโรคที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งนำเทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในพื้นที่ห่างไกล

แผนงานการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาในพื้นที่ห่างไกลอย่างครอบคลุม : โครงการขยายระบบแพทย์ทางไกล

๑) สำคัญ เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และ ลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ามารักษาในโรงพยาบาลในเมืองหลัก/เมืองใหญ่ การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อช่วยให้คำแนะนำและการรักษา จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพทางการรักษาทั้งมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะในการ ให้คำปรึกษา ขณะที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางไกลและเสียค่าใช้จ่ายมาก และหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงก็สามารถส่งต่อและเตรียมการรักษาได้ทัน

๒) หน่วยงานดำเนินงาน กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดอื่น

๓.๒.๓ นโยบายของรัฐบาล

นโยบายของรัฐบาล ภายใต้การบริหารงานของ พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ซึ่งได้มีการแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ในข้อ ๓ “การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม การสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยให้มีการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ” และในข้อ ๕ “การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยให้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากร ไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่าการรอให้เจ็บป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขต แทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ...”

รัฐบาลได้มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนภายใต้มติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ ในประเด็นการขับเคลื่อนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการปฏิรูประบบสาธารณสุข (MOPH ๔.๐)

๓.๒.๔ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปี ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวไปสู่อายุเฉลี่ย ๘๐ เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยการดำเนินงานในรูปแบบของคลินิกหมอครอบครัว การบริการจัดการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ เป็นต้น ด้วยยุทธศาสตร์ ๓ เครื่องยนต์ ได้แก่ ๑) ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความมั่นคง (Inclusive Growth Engine) ๒) ขับเคลื่อนเศรษฐกิจ สร้างความมั่งคั่ง (Productive Growth Engine) ๓) สร้างสมดุลในการพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน (Green Growth Engine) ซึ่งนโยบายเกี่ยวกับการจัดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ถูกบรรจุไว้เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความมั่นคง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ซึ่งมีการกำหนดแผนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การปฏิรูปด้านสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนรับบริการทุกที่ ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

๓.๓ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง (มีนาคม ๒๕๖๑) โดยคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

การจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ดำเนินการภายใต้กรอบของรัฐธรรมนูญที่กำหนดไว้ ในหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ ในมาตรา ๒๕๘ ข. ด้านอื่น ๆ (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งกำหนดไว้ในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในเรื่องและประเด็นการปฏิรูปที่ ๔ : ระบบบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมของการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) เพื่อประโยชน์ต่อประชาชน สังคม และประเทศชาติ ซึ่งมุ่งเน้นทุกระดับ ดังนี้

๑) ประชาชน : ประชาชนมีสุขภาพดีแม้อยู่ไกลโรงพยาบาลบนหลักการสร้างนำซ่อม
๒) สังคม : ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมถึงประชาชนกลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

๓) ประเทศ : มีระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนไทย ด้วยการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เป็นธรรมและยั่งยืน

๓.๓.๑ การปฏิรูปประเทศด้านระบบบริการสาธารณสุข ในระบบบริการปฐมภูมิมีการกำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้น ๑ ปี ระยะกลาง ๕ ปี และระยะยาว ๒๐ ปี ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

๓.๓.๑.๑ เป้าหมายระยะสั้น ๑ ปี

๑) จัดทำกรณีตัวอย่างรูปแบบ การเชื่อมภาครัฐและเอกชน ทั้งภายในภาครัฐ ภาคเอกชน รวมทั้งในสถาบันการศึกษา ให้มีการวางระบบพื้นฐานและมีแผนการดำเนินการในระยะยาว พร้อมกับการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชน

๒) วางระบบการควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) บนพื้นฐานการพัฒนาตัวชี้วัด (Key Performance Indicators: KPI) เพื่อการบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพ สุขภาวะ คุณภาพบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ การลงทุนที่คุ้มค่าในสัดส่วนต่อจำนวนประชากร

๓) ด้านการเงินการคลัง

ก. มีการพัฒนา “ชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific Package)” เพื่อตอบสนองตามความจำเพาะและความจำเป็นทางสุขภาพภายในอำเภอ หรือเขต (กรุงเทพมหานคร) ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) บนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรภายในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมทางการเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรุงเทพมหานคร เป็นการนำร่องอย่างน้อย ๑๐ อำเภอ ในจังหวัดต่าง ๆ และ ๑ เขตในกรุงเทพมหานคร

ข. มีการจัดตั้งกองทุนบริการปฐมภูมิ (Primary Care Fund) โดยเป็นกองทุนเฉพาะสำหรับระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว รวมถึงกลไกการบูรณาการงบประมาณจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนงบประมาณสำหรับคลินิกหมอครอบครัวและระบบปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๔) ด้านระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี

ก. มีชื่อแพทย์ผู้ดูแลคู่กับชื่อประชาชน และพัฒนาให้มีระบบการบันทึกข้อมูลการรักษาของประชาชน (Global Medical Records: GMRs) โดยแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลมีชื่อคู่กับประชาชนจำนวนอย่างน้อย ๑๐ แห่ง โดยกำหนดให้กระจายใน ๙ อำเภอ และจำนวน ๑ เขต ในกรุงเทพมหานคร

ข. มีกฎหมายปกป้องความลับ (Confidentiality) ความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลการรักษาของประชาชน (GMRs) และปกป้องแพทย์ที่มีชื่อคู่กับชื่อประชาชนในฐานะผู้ดูแลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ พร้อมกับการพัฒนาให้ระบบสารสนเทศมีการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยตามคุณลักษณะของการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาในระดับชาติ

๕) ด้านการประชาสัมพันธ์

หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงระบบบริการปฐมภูมิ/คลินิกหมอครอบครัว พร้อมกับชี้แจงให้ทราบถึงพัฒนาการและผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน พร้อมสร้างความเข้าใจให้ประชาชนตระหนักรู้ และเชื่อมั่นในระบบงานบริการปฐมภูมิ/คลินิกหมอครอบครัว

๓.๓.๑.๒ เป้าหมายระยะกลาง ๕ ปี

- ๑) ครอบคลุมประชากร ประมาณร้อยละ ๓๕
- ๒) การให้บริการระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) มีความสมบูรณ์และได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) มีความพร้อมของชื่อแพทย์ผู้ดูแลคู่กับชื่อประชาชนและระบบการบันทึกข้อมูลการรักษาของประชาชน (GMRs) มีความคาดหวังร้อยละ ๓๕ ของหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิทั้งหมด
- ๓) สถาบันการศึกษาผลิตบุคลากรเพื่อให้บริการปฐมภูมิ มีการให้บริการและระบบบริการ คาดหมายร้อยละ ๕๐ ของสถาบันการศึกษา
- ๔) การควบคุมกำกับและประเมินผล โดยมีการเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทำงาน และกรณีควบคุม (case control)
 - ก. มุ่งเน้นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) โดยลดภาระโรค (Burden Of Diseases) และเพิ่มระดับของสุขภาวะ (Well-Being) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ
 - ข. เพิ่มคุณภาพการดูแล (Quality of Care) การลดภาวะการเจ็บป่วยที่ใช้บริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care Sensitive Condition; ACSC), และลดจำนวนการป่วยและค่าใช้จ่ายในกลุ่มโรคร่วม (Adjusted Clinical Groups: ACG)
 - ค. ต้นทุนค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวของประชากร (Cost per Capita) มีความคุ้มค่า ซึ่งไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบและสัมพันธ์กับประโยชน์ที่ประชาชนได้รับทั้งสุขภาวะและคุณภาพการบริการ

๓.๓.๑.๓ เป้าหมายระยะยาว ๒๐ ปี

- ๑) ครอบคลุมกลุ่มงานบริการประชากรทั้งหมดทั่วประเทศ
- ๒) สถาบันการศึกษาผลิตบุคลากรเพื่อให้บริการปฐมภูมิ ครอบคลุมทุกสถาบันการศึกษา
- ๓) การควบคุมกำกับและประเมินผล
 - ก. เน้นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) โดยลดภาระโรค (Burden Of Diseases) และเพิ่มระดับของสุขภาวะ (Well-Being) อย่างต่อเนื่อง
 - ข. เพิ่มคุณภาพการดูแล (Quality of Care) และลดภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ลดระบบกลุ่มโรคร่วมปรับค่าคลินิก อย่างต่อเนื่อง

ค. ต้นทุนค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวของประชากร (Cost per Capita) มีความคุ้มค่า ซึ่งไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบและสัมพันธ์กับประโยชน์ที่ประชาชนได้รับทั้งสุขภาพและคุณภาพการบริการ

๓.๓.๒ การวางแผนการปฏิรูปในกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในทุกๆระยะ มีรายละเอียดดังนี้

๓.๓.๒.๑ กิจกรรมที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพบริการและการวัดประเมินผลแนวใหม่

๑) พัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัว) และรูปแบบงานบริการมุ่งเป้าหมายระยะยาว

๒) วิจัยเชิงพัฒนาและวิจัยมุ่งเป้าของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีการสร้างต้นแบบความรู้ด้านสุขภาพในระดับชุมชน (Health literacy) เพื่อขยายครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ

๓) พัฒนาระบบประเมินผลและการจัดการชีวิตในคลินิกหมอครอบครัว และหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิ

๔) จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการพัฒนาระบบปฐมภูมิระดับเขต และระดับจังหวัด

๓.๓.๒.๒ กิจกรรมที่ ๒ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี

๑) พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ในคลินิกหมอครอบครัว (E-PCC) และการลงทะเบียนชื่อแพทย์คู่ประชาชน (Global Medical Record: GMR)

๒) จัดทำศูนย์จัดการข้อมูล เพื่อเชื่อมข้อมูลกับหน่วยบริการระดับอื่น ๆ รวมทั้งภาคสังคม

๓) นำโปรแกรมประยุกต์ในการดูแลสุขภาพสำหรับทุกช่วงกลุ่มวัยและสร้างการรับรู้ให้กับประชาชน

๓.๓.๒.๓ กิจกรรมที่ ๓ การพัฒนาด้านการเงินการคลัง

๑) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Package) และต้นทุนบริการของคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิ

๒) การจัดตั้งกองทุนบริการปฐมภูมิ จัดทำแนวทางสนับสนุนงบประมาณ

๓.๓.๒.๔ กิจกรรมที่ ๔ พัฒนากำลังคนในระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑) ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

๒) พัฒนาโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและในสังกัดอื่น เพื่อเป็นแหล่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๓) จัดทำหลักสูตรสมรรถนะตอบสนองเป้าหมายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทุกสาขาวิชาชีพ

๔) จัดทำกลไกสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว

๕) พัฒนาสาขาต่อยอดสำหรับแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

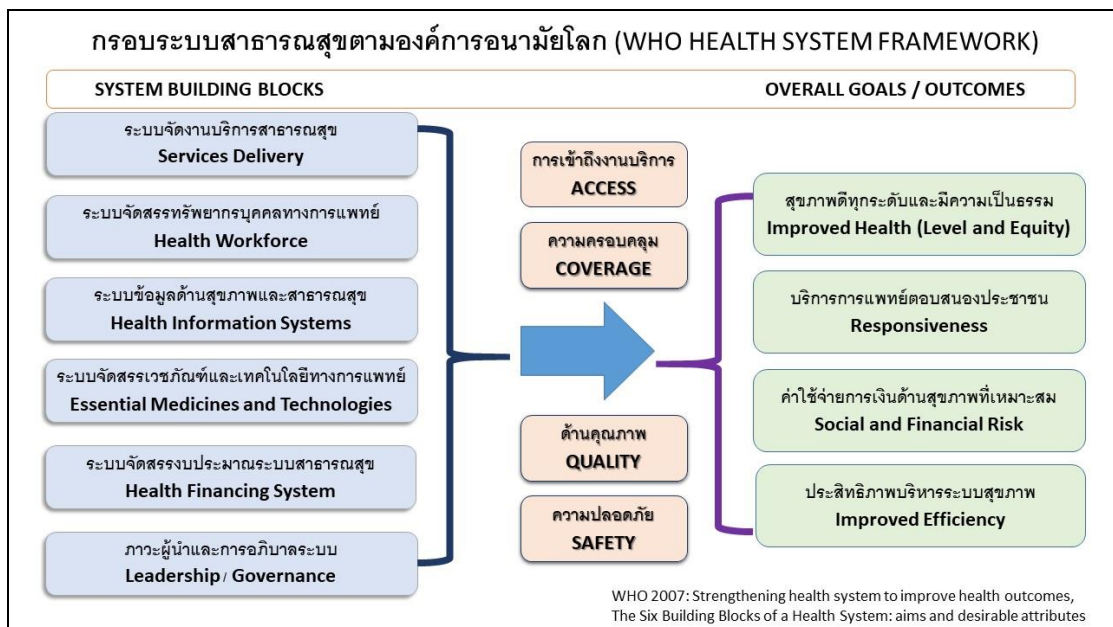
๓.๓.๒.๕ กิจกรรมที่ ๕ พัฒนากลไกอภิบาลระบบ

- ๑) จัดทำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิและกฎหมายลูก
- ๒) พัฒนากลไกการอภิบาลโครงสร้างการบริหารจัดการและการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบบริการปฐมภูมิในทุกระดับ
- ๓) จัดตั้งคณะอำนวยการขับเคลื่อนแผนการปฏิรูประบบปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนส่งเสริมการขับเคลื่อน

๓.๔ กรอบระบบสาธารณสุขตามองค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework)

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ๒๕๕๑ ได้นำเสนอด้านสาธารณสุข โดยกำหนดกรอบแนวทาง ๖ รูปแบบ (Six Building Blocks of A Health System Framework) ที่เป็นกรอบการทำงานบริหารและการจัดตั้งองค์กรในระบบสาธารณสุขทั้งหมด เพื่อบรรลุเป้าหมายในด้านการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้น โดยตอบสนองผลลัพธ์ภาพรวมของระบบสาธารณสุข ทางองค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการดำเนินงาน เป้าหมายเพื่อนำสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยเพิ่มการเข้าถึงงานบริการสุขภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีคุณภาพถึงความปลอดภัยด้านสุขภาพ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมในประเทศไทย แนวโน้มมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพทั้งที่เป็นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ลักษณะปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรม และปัจจัยทางด้านสังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ยิ่งมีความจำเป็นและมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น



๓.๔.๑ กรอบระบบสาธารณสุขตามองค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) มีองค์ประกอบและสาระสำคัญดังนี้

๑) ระบบจัดงานบริการสาธารณสุข (Services Delivery) ให้คำนึงถึงการจัดการโครงสร้างของระบบสาธารณสุข จัดการรูปแบบงานบริการสาธารณสุขให้เหมาะกับประชาชนทุกระดับ การดูแลสุขภาพด้านความปลอดภัยด้านสาธารณสุขตามความต้องการของประชาชน

๒) ระบบจัดสรรทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ (Health Workforce) เกี่ยวข้องกับการวางแผนโครงสร้างของทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ขาดแคลนในระบบ สร้างระบบมาตรฐานของทรัพยากรในระบบ

๓) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพและสาธารณสุข (Health Information Systems) ด้านงานระบบฐานข้อมูลสุขภาพตามมาตรฐานสากล เครื่องมือการเชื่อมระบบด้านข้อมูลสุขภาพ การจัดการข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อเป็นประโยชน์สูงสุด รวมถึงการจัดทำงานวิจัยด้านสาธารณสุข

๔) ระบบจัดสรรเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Essential Medicines and Technologies) ประสิทธิภาพการจัดหา ยา เครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ตรงกับแนวทางการรักษาของมาตรฐานวิชาชีพและตามแผนนโยบายด้านสุขภาพ

๕) ระบบจัดสรรงบประมาณระบบสาธารณสุข (Health Financing System) การวางแผนนโยบายสาธารณสุขด้านการเงินทั้งระบบคำนึงถึงความคุ้มค่าการจัดการ รวมถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยมุ่งผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นจนถึงระยะยาว ซึ่งนำข้อมูลและบริหารการจัดการใช้ดำเนินงาน

๖) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership / Governance) การสร้างความเป็นผู้นำของบุคลากรระบบสาธารณสุข ประสานงานการทำงานทั้งระบบเสมือนองค์กรหนึ่งเดียวตามมาตรฐานที่ดี สร้างระบบการจัดการแบบโปร่งใส จัดทำระบบตรวจสอบร่วมกัน

๓.๔.๒ การจัดการระบบสาธารณสุขที่ดีโดยการจัดการตามเป้าหมายซึ่งมุ่งผ่านกระบวนการดังนี้

๑) การเข้าถึงงานบริการ (Access) โดยวัดจากความครอบคลุม (Coverage)

๒) ด้านคุณภาพ (Quality) เพื่อนำไปสู่ความปลอดภัย (Safety) ด้านสุขภาพ

๓.๔.๓ การจัดการสาธารณสุขที่ดีให้คำนึงถึงเป้าหมายภาพรวมทั้งหมดด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี

๑) สุขภาพดีทุกระดับและมีความเป็นธรรม (Improved Health (Level and Equity))

๒) บริการการแพทย์ตอบสนองประชาชน (Responsiveness) และสร้างความพึงพอใจของประชาชน ทั้งการบริการทางการแพทย์ ในสถานที่ที่ดี

๓) ค่าใช้จ่ายการเงินด้านสุขภาพที่เหมาะสม (Social and Financial Risk) สำหรับประชาชน

๔) ประสิทธิภาพบริหารระบบสุขภาพ (Improved Efficiency) โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีความยั่งยืน สร้างสมดุลภาพด้านการคลังของประเทศ

จากแนวคิดกรอบระบบสุขภาพดังกล่าว การจัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care) ถือเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียมเพื่อช่วยลดช่องว่าง การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก

๓.๕ แนวคิด และหลักการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข

๓.๕.๑ ความหมายของคลินิกหมอครอบครัว

คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family Medical Care Team” ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (Catchment Population) โดยจัดให้มีจำนวนประชากร ๑๐,๐๐๐ คน ต่อ ๑ ทีมหมอครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบ ญาติมิตร ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีมหมอครอบครัว จำนวน ๓ ทีม มารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ ๑ Cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็นสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ ๑ แห่ง จนถึง ๓ แห่ง ได้ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่า

โดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพนี้จะต้องเป็นผู้จัดบริการประจำให้กับประชาชนที่ดูแล บางวิชาชีพจำเป็นต้องให้ทำการหมุนเวียนทำงานใน ๓ ทีมภายในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีความต่อเนื่อง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ สำหรับการรวมกลุ่มหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิเพื่อจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวนี้สามารถใช้หน่วยบริการเดิม หรือจัดตั้งหน่วยบริการเพิ่มขึ้นใหม่ โดยให้พิจารณาตามความเหมาะสมเพื่อให้จัดบริการได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และมีการบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๕.๒ กรอบแนวคิดการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

ระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวเป็นการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ซึ่งกำหนดไว้ในหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ข. ด้านอื่น ๆ (๕) โดยกำหนด “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่จะพัฒนาองค์กรแห่งความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ๑) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ได้แก่ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ความปลอดภัย ด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ๒) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ได้แก่ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ศูนย์เป็นเลิศทางการแพทย์ และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ ๓) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ได้แก่ การวางแผนความต้องการอัตรากำลังคน การผลิต

และพัฒนากำลังคน การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และการพัฒนา เครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ และ ๔) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ได้แก่ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ การคุ้มครองผู้บริโภค และระบบธรรมาภิบาล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

๓.๖ ทบทวนวรรณกรรม

๓.๖.๑ รายงาน “ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ๑๔ ประเทศ”

รวบรวมโดย สุรศักดิ์ บุรณตรีเวช, วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, วิศรี วายุกุล, จรรยา ภัทรราชาชัย ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ฉบับที่ ๒ เม.ย.-มิ.ย. ๒๕๕๕

รายงานการศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองใน ๑๔ ประเทศ โดยศึกษาตามกรอบแนวทางการประเมินระบบบริการปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป (Primary Care Evaluation Tool: PCET of WHO European Region) โดยทบทวนวรรณกรรมเอกสาร จาก ๑๔ ประเทศ คือ บราซิล แคนาดา สเปน คิวบา เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฮังการี เดนมาร์ก สวีเดน เบลเยียม อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย จากการศึกษาพบว่า บางประเทศมีระบบบริการด้านหน้า (Gate Keeper) จัดบริการโดย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด้านหน้า คัดกรองผู้ป่วยและประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยที่ดีจะส่งผลต่อการรักษาพยาบาลเปรียบเสมือน ปฐมภูมิของการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งรายงานศึกษาการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งประเทศ ส่วนใหญ่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่สำหรับ บางประเทศมีระบบให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็น ข้อมูลรายละเอียดแต่ละประเทศ ดังนี้

๑) **ประเทศบราซิล** นโยบายหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ โดยอาศัยงบประมาณจากภาครัฐเป็นหลักในการจัดบริการแบบ Family Health Programme เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ ทีม Family Health Care ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่เนื่องจากขาดระบบบริการด้านหน้า (Gate Keeper) และระบบ ส่งต่อ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อและบริการสุขภาพโดยรวมมีมูลค่าสูง

๒) **ประเทศแคนาดา** กฎหมายกำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นมีหน้าที่จัดบริการสุขภาพ แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยภาครัฐ ผู้ให้บริการหลัก คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำหน้าที่เป็นบริการด้านหน้า (Gate Keeper) แต่เนื่องจากบริการทาง การแพทย์ส่วนใหญ่จัดโดยภาคเอกชนนั้นทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น

๓) **ประเทศสเปน** ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบประกันสุขภาพครอบคลุม ทุกคน โดยกระจายอำนาจการจัดการในเขตพื้นที่ จัดบริการโดยหน่วยบริการสุขภาพ Primary Care team (PCT) ซึ่งมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำหน้าที่เป็นบริการด้านหน้า (Gate Keeper) ค่าใช้จ่าย สุขภาพงบประมาณมาจากภาครัฐ แต่กลุ่มประชาชนที่มีอายุต่ำกว่า ๖๕ ปี มีการร่วมจ่ายค่ายา

๔) **ประเทศคิวบา** ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่รัฐจัดบริการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย มีการจัดตั้งสภาสุขภาพ (Health Councils) เพื่อส่งเสริมการประสานงานภาคส่วนต่าง ๆ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ บริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลักในการให้บริการ บริการครอบคลุมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยแพทย์ในหน่วยบริการ โดยใช้งบประมาณของรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่การรักษาเป็นผู้ป่วยนอกต้องร่วมจ่ายค่ายาและเครื่องมือทางการแพทย์บางชนิด

๕) **ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี** มีการจัดกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว เรียกว่า National Health Insurance (NHI) โดยบังคับทุกคนต้องเข้าร่วมและจ่ายเบี้ยประกัน มีมาตรการช่วยเหลือสำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามสัดส่วนที่กำหนดเพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น และลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง สถานบริการสุขภาพ ร้อยละ ๙๐ เป็นของภาคเอกชน มีทั้งในรูปแบบคลินิก ซึ่งมีการแข่งขันของสถานบริการ ทำให้ขาดการเชื่อมต่อและการดูแลต่อเนื่องระหว่างบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

๖) **ประเทศญี่ปุ่น** มีการประกาศใช้กฎหมายประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนค่าใช้จ่ายมาจากระบบประกันสุขภาพและประชาชนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประชาชนมีอิสระในการเลือกพบแพทย์ และเลือกใช้บริการสุขภาพจากคลินิก หรือโรงพยาบาลตามสิทธิประโยชน์งานบริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเอกชน และไม่มีแพทย์เวชปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ และโรงพยาบาลมีความแออัด

๗) **ไต้หวัน** ระบบบริการสุขภาพกระจายอำนาจให้เขตมณฑลและหน้าที่ในการผลิตบุคลากร จัดตั้งหน่วยบริการ และการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง แหล่งงบประมาณมาจากหักเงินเดือนของผู้มีรายได้และการสมทบส่วนของนายจ้าง และสมทบโดยรัฐ ในกรณีประชาชนเข้ารับบริการปฐมภูมิจะมีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลน้อยกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเข้ารับบริการตามลำดับขั้นของสถานพยาบาล กรณีไม่รับบริการตามขั้นตอนต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าปกติและจ่ายเอง

๘) **ฮ่องกง** การประกันสุขภาพเป็นไปตามความสมัครใจ ค่าใช้จ่ายในระบบผู้ป่วยนอกมาจากเบี้ยประกันของผู้ประกันตนและบริษัทประกัน มีการร่วมจ่ายของประชาชน การบริการระดับปฐมภูมิผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งรัฐบาลจัดบริการในระดับทุติยภูมิ ซึ่งมีบริการทั้งแพทย์แผนตะวันตกและแพทย์แผนจีน

๙) **ประเทศเดนมาร์ก** ระบบบริการสุขภาพที่ได้รับการกระจายอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบจัดการบริการ แหล่งงบประมาณหลักได้จากภาษีทั้งระดับประเทศและระดับเทศบาล ประชาชนที่มีอายุมากกว่า ๑๖ ปี มีสิทธิเลือกรูปแบบความครอบคลุมบริการสุขภาพ ๒ รูปแบบ กล่าวคือ กลุ่ม ๑ เลือกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ใกล้เคียงบ้านในบริการปฐมภูมิ รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับกลุ่ม ๒ ผู้ป่วยมีอิสระในการเข้ารับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การบริหารของรัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เลือกกลุ่ม ๑ และเป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดเขต

๑๐) **ประเทศสวีเดน** จัดบริการสุขภาพกระจายอำนาจออกไปสู่รัฐบาลท้องถิ่น ระดับเขตและเทศบาล งบประมาณสนับสนุนระบบบริการสุขภาพมาจากภาษีเป็นหลัก ประชาชนต้องมีส่วนร่วมร่วมจ่ายสมทบค่ารักษาพยาบาล รัฐบาลท้องถิ่นระดับเขตสามารถจ่ายสมทบตามความเหมาะสม

ภายใต้กรอบของกฎหมาย ผู้ป่วยได้รับการบริการครั้งแรกกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยเลือกใช้บริการคลินิกเอกชนได้ และส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ปัญหาที่สำคัญคือ ระยะเวลาการรับการรักษาพยาบาลและการผ่าตัด

๑๑) ประเทศเบลเยียม ระบบประกันสุขภาพเป็นแบบภาคบังคับรวมเป็นกองทุน มีการจำกัดจำนวนค่ารักษาพยาบาลเงินสูงสุดในแต่ละปี แต่แต่ละครอบครัวต้องจ่ายเองสำหรับค่ารักษาพยาบาลตามรายได้ของครอบครัว การบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านหน้าที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการสุขภาพ เนื่องจาก ไม่มีระบบการส่งต่อทำให้การรับบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางบางประเภทเป็นบริการด่านหน้าเช่นเดียวกัน บริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นบริการเอกชน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ได้มีบทบาทบริการด่านหน้า (Gate Keeper) ผู้ป่วยมีส่วนในการเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลใดก็ได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง

๑๒) ประเทศอังกฤษ ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS) เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บริการสุขภาพของ NHS ส่วนใหญ่ไม่เสียค่าบริการ ยกเว้นกรณีบริการที่ไม่ครอบคลุมโดย NHS กองทุนบริการปฐมภูมิ (Primary Care Trusts - PCTs) ตามกฎหมายทำหน้าที่จัดซื้อบริการสุขภาพ และจัดสรรงบประมาณให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปบริหารจัดการตามบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ขึ้นทะเบียน บริการปฐมภูมิเป็นระบบการดูแลสุขภาพนอกโรงพยาบาล โดยมีหน่วยบริการใกล้เคียงกับชุมชนที่ประชาชนอาศัยอยู่ บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิคือให้บริการด่านหน้าสำหรับประชาชนที่ต้องการคำแนะนำ หรือการรักษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และให้บริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องสำหรับโรคและการบาดเจ็บที่พบบ่อย ระบบบริการปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นบริการด่านหน้า (Gate Keeper) ในการพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาล

๑๓) ประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบบริการสุขภาพเป็นแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-Private Mix) ไม่มีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care System) ครอบคลุมทั้งประเทศ แหล่งรายได้สำหรับบริการสุขภาพมาจากค่าบริการที่ผู้ป่วยจ่ายเองและแผนประกันสุขภาพตามปริมาณการให้บริการ การเข้ารับบริการสุขภาพขึ้นกับสิทธิประกันสุขภาพที่มีอยู่ หากไปรับบริการนอกเหนือจากที่ระบุตามสิทธิ ผู้ป่วยต้องออกค่าใช้จ่ายเองเมื่อจำเป็น สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของเอกชน โดยบางส่วนดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง รัฐและท้องถิ่น ไม่มีระบบบริการด่านหน้า (Gate Keeper) และระบบส่งต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

๑๔) ประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลแต่ละรัฐและท้องถิ่นจัดงบประมาณและบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ แต่ละรัฐและท้องถิ่นมีอิสระในการบริหารจัดการบริการสุขภาพภายใต้ข้อบังคับตามกฎหมายรัฐและข้อตกลงกับรัฐบาลกลาง รัฐบาลแต่ละรัฐมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการโรงพยาบาล จัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการบริการชุมชนและสาธารณสุข แหล่งงบประมาณสนับสนุนหลักมาจากภาษีทั่วไป ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการในกรณีเกินกว่าสิทธิประโยชน์ปกติแพทย์เวชปฏิบัติให้บริการการแพทย์ทั่วไป วางแผนและให้คำปรึกษาครอบครัว ป้องกันโรค มักเป็นจุดแรกที่พบกับผู้ป่วย ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นบริการด่านหน้า (Gate Keeper) ไม่มีระบบส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิที่ชัดเจน

๓.๖.๒ รายงาน “โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง : กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (Primary Care Services System in Urban Setting : Case Study in Bangkok Area)”

รวบรวมโดย ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนับสนุนงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

งานวิจัยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากรที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสำรวจความคิดเห็นของประชาชน จำนวน ๑,๙๑๖ คน โดยเป็นกลุ่มประชากรที่มีสิทธิข้าราชการ จำนวน ๙๑๘ คน และสิทธิประกันสังคม จำนวน ๙๙๘ คน ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่ประชาชนเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ แทนการไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ ในกรณีที่ได้รับบริการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือโรคทั่วไป พบว่า ปัจจัยสร้างภาพลักษณ์ที่ดีสามารถดึงดูดประชาชนมารับการดูแลรักษาได้ร้อยละ ๕๗ กระบวนการให้คำแนะนำที่ดีร้อยละ ๕๒ กระบวนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่สาธารณะจะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้ร้อยละ ๒๙ นอกจากนี้การจัดเครือข่ายบุคลากรในชุมชนช่วยประสานงานการจัดการด้านกฎหมายที่ดูแลยามเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การอำนวยความสะดวกเรื่องการเบิกจ่ายค่าดูแลรักษาพยาบาล ระบบบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและได้มาตรฐานเป็นปัจจัยส่งเสริมการเข้ารับบริการปฐมภูมิ

เสนอกลยุทธ์เพื่อพัฒนาระบบการเข้ารับบริการในระดับปฐมภูมิโดยสร้างเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับลักษณะประชากรในพื้นที่ เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีและความมั่นใจทั้งต่อประชาชนและต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงาน และควรสนับสนุนทรัพยากรสถานบริการปฐมภูมิด้านโครงสร้างพื้นฐานตรงตามความต้องการของประชาชน พัฒนาระบบบริการและการป้องกันโรคของสถานบริการปฐมภูมิควรมีขั้นตอนไม่ซับซ้อนและรวดเร็ว นอกจากนี้พิจารณาใช้ระบบบริการด้านหน้า โดยกำหนดให้ประชาชนทุกคนรับบริการป้องกันโรคจากสถานบริการปฐมภูมิก่อนทุกครั้ง

๓.๖.๓ รายงาน “ผลสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๓”

รวบรวมโดย ฉวีวรรณ บุญสุยา และคณะ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร จากจำนวนตัวอย่างประชาชนในชุมชนทั่วไป จำนวน ๑๖,๐๙๖ คน ในชุมชนแออัด จำนวน ๑๗,๐๖๗ คน ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลจำนวนครัวเรือน จำนวน ๘,๐๒๘ ครอบครัวยุทธศาสตร์ศึกษาสอบถามครอบครัวที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย พบว่า ทศนคติต่อการให้ร้านขายยาจ่ายยาแทนหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เห็นด้วย ร้อยละ ๗๗.๙ โดยให้เหตุผลว่าสะดวก ใกล้บ้าน ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิและเป็นการเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งหากมีการเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยรุนแรง จึงมีการใช้บริการกับหน่วยบริการที่ระบุตามบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๓.๖.๔ รายงาน “การจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษา จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์”

รวบรวมโดย วริศา พานิชเกรียงไกร และคณะ, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๒ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๐

การศึกษาด้านการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยให้หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำ (CUP) ของจังหวัดบุรีรัมย์เพื่อต้องการแก้ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โดยผลักดันนโยบายสร้างความเข้มแข็งของผู้บริหารระดับจังหวัดและความร่วมมือของท้องถิ่น มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) โดยกำหนดให้ประชาชนต้องรับบริการรักษาที่ รพ.สต. เบื้องต้นเป็นลำดับแรก พร้อมทั้งปรับระบบการให้บริการเน้นการแข่งขันด้านคุณภาพบริการมากกว่าการกำหนดพื้นที่ให้บริการ โดยให้ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานที่รับบริการได้เอง และมีการเรียกเก็บค่าบริการจาก หน่วยบริการประจำที่รับผิดชอบ ดังนั้นการขยายการดำเนินงานหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำในเขตเมืองในจังหวัดอื่น ๆ ควรคำนึงถึงบริบทและความพร้อมของแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ

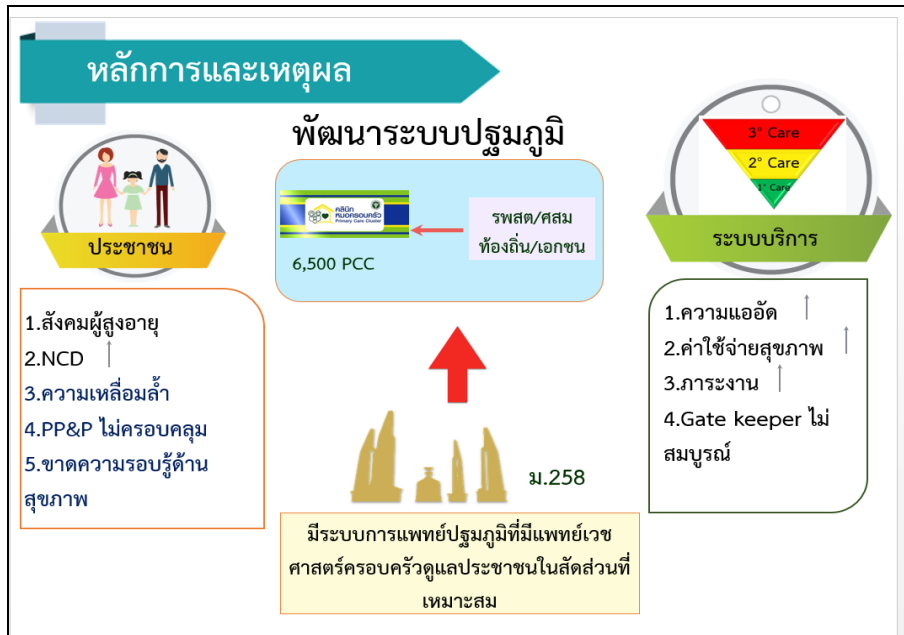
การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติและการประเมินผลนโยบายมุ่งเน้นให้มีการจัดระบบบริการที่มีความคล่องตัว ยืดหยุ่น และสะดวกในการบริหารจัดการให้มีการบริการสุขภาพที่ดีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสำหรับประชาชนในเขตเมือง สิ่งสำคัญคือการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิต่าง ๆ (ทั้งข้อมูลการบริหารจัดการและข้อมูลผู้ป่วย) เป็นระบบเดียวกันทั้งเครือข่ายบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนเพื่อเชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน

๓.๗ สรุปข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการนำเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้มีการเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในฐานะหน่วยงานผู้กำกับนโยบาย หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัย และหน่วยงานผู้ปฏิบัติการมาให้ข้อมูล โดยสรุปได้ดังนี้

๓.๗.๑ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาสำคัญของประเทศไทย คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้เกิดโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) เพิ่มมากขึ้น เกิดความเหลื่อมล้ำ การดูแลด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention : P&P) ไม่ครอบคลุม ประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านระบบบริการสาธารณสุขมีความแออัดในโรงพยาบาลสูงขึ้น มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ภาระงานของเจ้าหน้าที่มากขึ้น และหน่วยปฐมภูมิไม่สมบูรณ์ โดยประชาชนเน้นไปใช้บริการแพทย์เฉพาะทาง ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช. ด้านอื่น ๆ (๕) กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการปฏิรูประบบบริการด้านปฐมภูมิ โดยพัฒนาบริการด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ประชาชนในประเทศไทยมีประมาณ ๖๕ ล้านคน ได้มีการวางแผนให้มีทีมหมอครอบครัว ประมาณ ๖,๕๐๐ ทีม เพื่อดูแลประชาชน แต่ปัจจุบันแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

มีไม่เพียงพอ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทยศาสตรครอครวแห่งประเทศไทยจัดอบรมแพทย์ระยะสั้นเพื่อไปปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว



ที่มา : นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว*

กรอบแนวคิดของการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โดยการจัดให้มีคลินิกหมอครอบครัว มีกรอบแนวคิดที่สำคัญใน ๒ ด้าน คือ

- ๑) ด้านผู้ซื้อบริการ โดยมีการจัดรูปแบบการจ้ดระบบการเงินการคลังให้สอดคล้องกัน
- ๒) ด้านผู้ให้บริการ มีการดำเนินงานในเรื่องบุคลากร

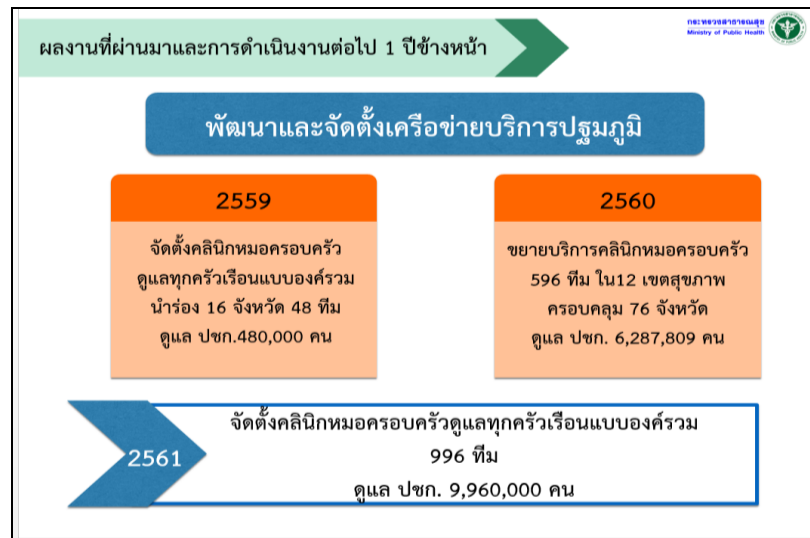
แนวคิดคลินิกหมอครอบครัว กล่าวคือ มีหมอประจำตัวเสมือนญาติคนหนึ่ง มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ ดูแลสุขภาพเชิงรุกแบบองค์รวม มีหน่วยบริการใกล้บ้าน และประชาชนเป็นหุ้นส่วนสำคัญ โดยมีแนวทางขับเคลื่อน คือ ดูแลสุขภาพประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกครัวเรือนทั่วไป ด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ๑ ทีม ดูแลประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน เพื่อลดการป่วยและการตายจากโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ เพิ่มการเข้าถึงด้วยระบบการรักษาที่หลากหลายใกล้บ้าน

การพัฒนาและจัดตั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวดูแลทุกครัวเรือนแบบองค์รวม นำร่อง ๑๖ จังหวัด จำนวน ๔๘ ทีม ดูแลประชากรจำนวน ๔๘๐,๐๐๐ คน

ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการขยายบริการคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๕๙๖ ทีม ใน ๑๒ เขตสุขภาพ ครอบคลุม ๗๖ จังหวัด ดูแลประชากร จำนวน ๖,๒๘๗,๘๐๙ คน ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

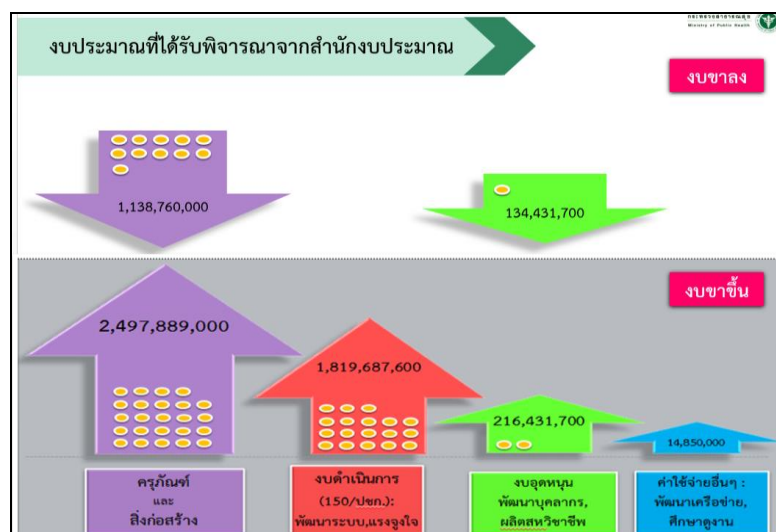
* สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) เปลี่ยนเป็น สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
ตั้งแต่ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

และปี พ.ศ. ๒๕๖๑ วางแผนจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวดูแลทุกครัวเรือนแบบองค์รวม จำนวน ๙๙๖ ทีม ดูแลประชากร จำนวน ๙,๙๖๐,๐๐๐ คน



ที่มา : นายแพทย์บุญชัย วีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

งบประมาณที่ได้รับพิจารณาจากสำนักงบประมาณ ประกอบด้วย งบครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างเสนอของงบประมาณ จำนวน ๒,๔๙๗,๘๘๙,๐๐๐ ล้านบาท ได้รับการจัดสรร จำนวน ๑,๑๓๘,๗๖๐,๐๐๐ ล้านบาท งบดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบแรงจูงใจทีมหมอครอบครัวเสนอของงบประมาณ จำนวน ๑,๘๑๙,๖๘๗,๖๐๐ ล้านบาท งบอุดหนุนพัฒนาบุคลากรและผลิตสหสาขาวิชาชีพเสนอของงบประมาณ จำนวน ๒๑๖,๔๓๑,๗๐๐ ล้านบาท ได้รับการจัดสรร จำนวน ๑๓๔,๔๓๑,๗๐๐ ล้านบาท และงบค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพื่อพัฒนาเครือข่ายและการศึกษาดูงานเสนอของงบประมาณ จำนวน ๑๔,๘๕๐,๐๐๐ ล้านบาท ทั้งนี้ ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว



ที่มา : นายแพทย์บุญชัย วีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

แนวทางการทำงานเชิงรุก คือ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี กล่าวคือ

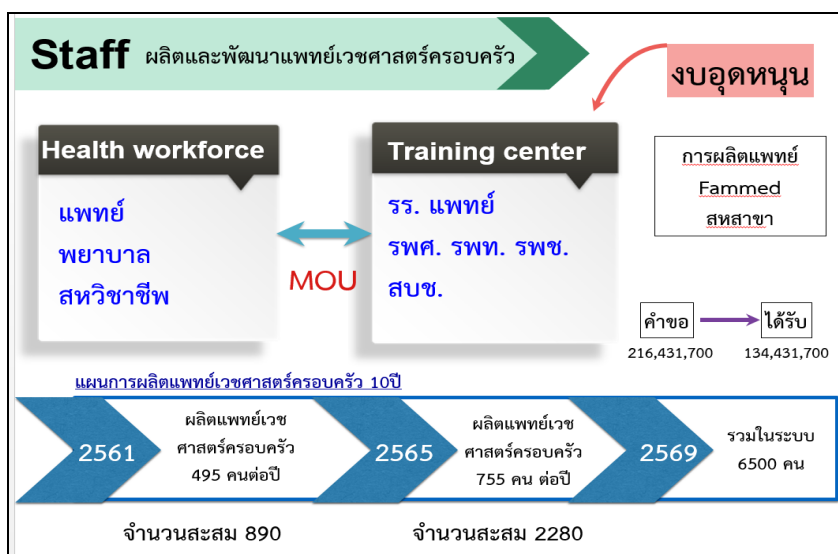
- ๑) บริการทุกคน ดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์ วัยทารก วัยเด็ก วัยทำงาน จนถึงวัยผู้สูงอายุ
- ๒) บริการทุกอย่าง ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค
- ๓) บริการทุกที่ ทำงานทั้งในคลินิกหออครอบครัว และทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและชุมชน
- ๔) บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ให้คำปรึกษาเรื่องการป้องกันรักษาสุขภาพผ่านทางสื่อออนไลน์ หรือในกรณีที่บาดเจ็บฉุกเฉิน สามารถโทรสายด่วน ๑๖๖๙ ให้บริการฟรีตลอด ๒๔ ชั่วโมงทั่วประเทศ

แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Doctor) เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่งที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาแบบองค์รวม ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ใกล้ชิดประชาชน โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วยของ “คน” แบบองค์รวมมากกว่าดูแลเฉพาะ “โรค” ในทุกมิติสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค รักษา ฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองสุขภาพ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต

การพัฒนาระบบแพทย์ปฐมภูมิ : คลินิกหออครอบครัว

๑) การผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว : Staff

แผนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระยะ ๑๐ ปี คาดว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จะสามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรมระยะสั้นได้จำนวน ๔๙๕ คนต่อปี หากดำเนินการต่อเนื่องไปถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จะสามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ จำนวน ๗๕๕ คนต่อปี และเมื่อถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๙ จะสามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้รวมในระบบทั้งสิ้น จำนวน ๖,๕๐๐ คน



ที่มา : นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหออครอบครัว

๒) ขั้นตอนการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว : Step to PCC

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ซึ่งเดิมเป็นเพียงกรอบนโยบายเพื่อพัฒนาและลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ไปสู่การดำเนินการที่เป็นรูปธรรม โดยดำเนินการดังนี้

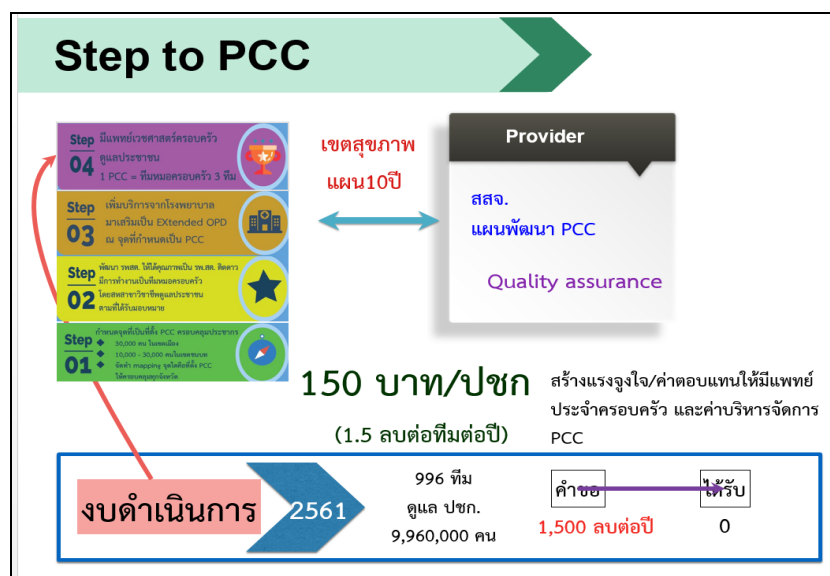
- กำหนดจุดที่เป็นที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวครอบคลุมประชากร จำนวน ๓๐,๐๐๐ คน ในเขตเมือง และจำนวน ๑๐,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ คน ในเขตชนบท โดยจัดทำ mapping team ว่า จุดใดคือที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ซึ่งปัจจุบันครอบคลุมทุกจังหวัดแล้ว ยกเว้นเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีความซับซ้อน ซึ่งกำลังประสานดำเนินการจัดพื้นที่

- พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ได้คุณภาพเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยมีการดำเนินงานเป็นทีมหมอครอบครัว โดยสหสาขาวิชาชีพดูแลประชาชนตามที่ได้รับมอบหมาย

- เพิ่มบริการจากโรงพยาบาลมาเสริมเป็นส่วนขยายผู้ป่วยนอก (Extended OPD) ณ จุดที่กำหนดเป็นคลินิกหมอครอบครัว

- มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน โดย ๑ คลินิกหมอครอบครัว เท่ากับทีมหมอครอบครัว ๓ ทีม

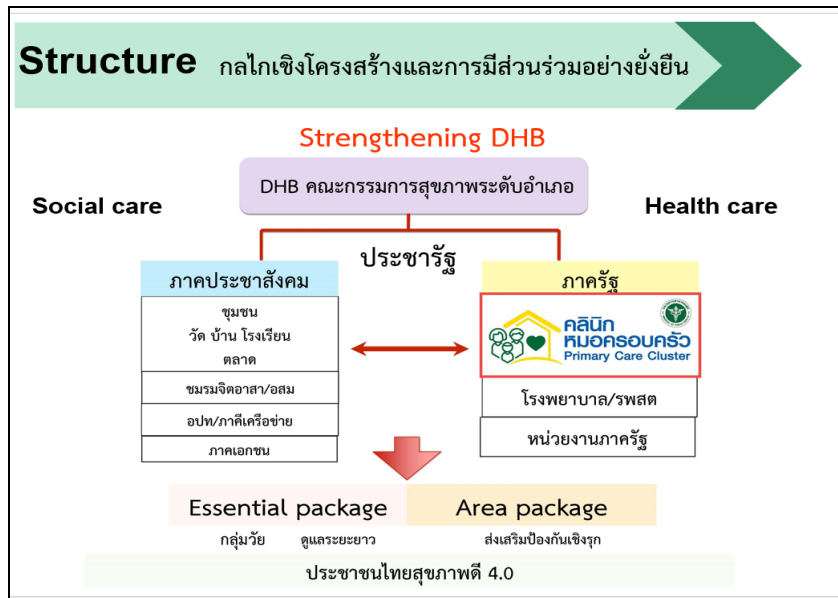
ทั้งนี้ มีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการสร้างแรงจูงใจ เพื่อเป็นค่าตอบแทนให้แพทย์ประจำครอบครัวและผู้บริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งจะใช้งบประมาณ จำนวน ๑๕๐ บาท ต่อหัวประชากร หรือประมาณ ๑.๕ ล้านบาท ต่อทีมต่อปี โดยคาดว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จะใช้งบประมาณ จำนวน ๑,๕๐๐ ล้านบาท ต่อปี และเมื่อจำนวนทีมหมอครอบครัวเพิ่มขึ้นจะต้องใช้งบประมาณในส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามด้วย โดยคาดว่า เมื่อดำเนินการครบ ๑๐ ปี จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๙ จะได้ทีมหมอครอบครัวประมาณ ๖,๕๐๐ ทีม ดูแลประชากร จำนวน ๖๕,๐๐๐,๐๐๐ คน และต้องใช้งบประมาณ จำนวน ๙,๗๕๐ ล้านบาท ต่อปี ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้ ๕๐,๐๐๐ ล้านบาท ต่อปี



ที่มา : นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

๓) กลไกเชิงโครงสร้างและการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน : Structure

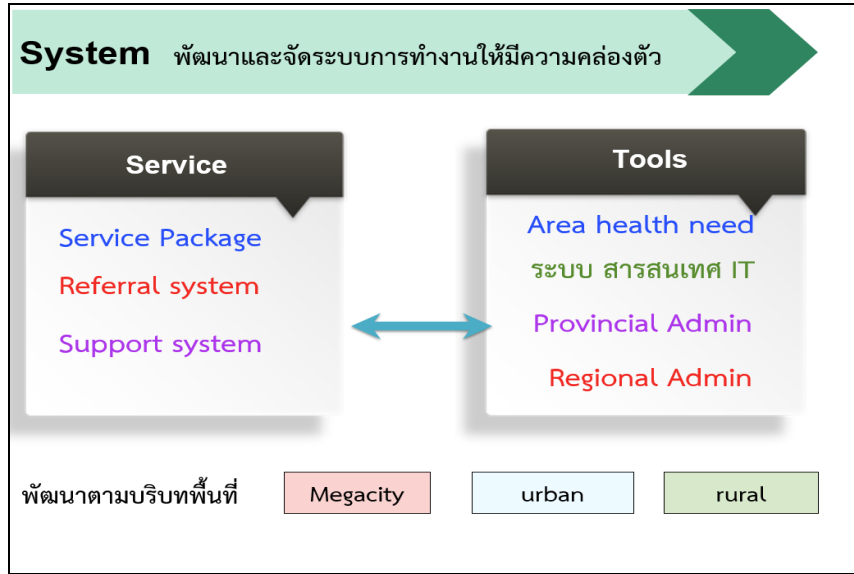
กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการภายใต้ระบบประชารัฐ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) เพื่อประสานภาคประชาสังคมและภาครัฐ ในการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวโดยให้ทำงานร่วมกับประชาชน ส่วนการพัฒนาและจัดระบบการทำงานให้มีความคล่องตัวได้มีการจัดบริการ service package ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และระบบการอำนวยความสะดวกให้เกิดงานคลินิกหมอครอบครัว และดำเนินการให้แต่ละจังหวัดมีผู้บริหารจัดการทั้งระดับจังหวัดและระดับเขต ทั้งนี้ การพัฒนาพื้นที่จะมีบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันทั้งในเขตเมืองใหญ่ เขตเมือง และเขตชนบท



ที่มา : นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

๔) พัฒนาและจัดระบบการทำงานให้มีความคล่องตัว มีการจัดการบริการการส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการระบบสนับสนุน : System

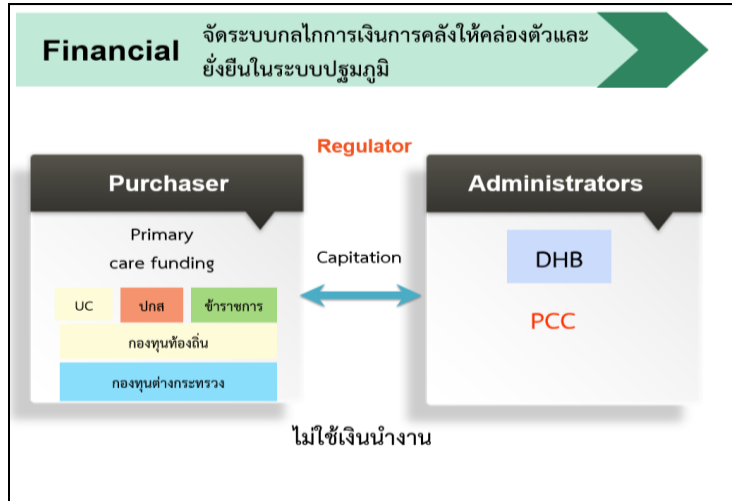
การพัฒนาระบบและจัดระบบการทำงานให้มีความคล่องตัว มีการจัดการระบบรูปแบบงานบริการ ระบบส่งต่อ ระบบงานสนับสนุน โดยอาศัยเครื่องมือหรือวิธีการเพื่อสนับสนุนงานบริการให้บรรลุเป้าหมาย โดยยึดหลักความต้องการด้านสุขภาพในพื้นที่ การจัดระบบสารสนเทศ การบริหารระดับจังหวัดและงานบริหารระดับภูมิภาค ซึ่งพัฒนาระบบตามบริบทพื้นที่เขตเมืองมหานคร เขตเมือง และเขตชนบท



ที่มา : นายแพทย์บุญชัย วีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

๕) การจัดระบบกลไกการเงินการคลัง : Financial

การจัดระบบกลไกการเงินการคลังให้คล่องตัวและยั่งยืนในระบบปฐมภูมิจะมีการดำเนินการแบ่งเป็น ๒ ส่วน อย่างชัดเจน คือ การจัดระบบเงินที่จะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น โดยคณะรัฐมนตรีได้มอบหมายให้ ๓ กองทุน คือ ๑. กองทุนประกันสังคม ๒. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ ๓. กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือร่วมกันในการจัดระบบการเงินการคลังที่จะนำมาดูแลสุขภาพระบบคลินิกหมอครอบครัว ทั้งนี้ แนวทางการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวจะเป็นการรวมงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) และงบผู้ป่วยนอกส่วนปฐมภูมิ (OP primary) ให้เป็นรูปแบบ Primary fund ส่งตรงถึงคลินิกหมอครอบครัว เพื่อใช้บริหารจัดการในคลินิกหมอครอบครัวได้คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อเสนอของสภาปฏิรูปด้านสาธารณสุข มีการบูรณาการงบประมาณอื่นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมป้องกัน อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารภายใต้คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ และมีการสร้างแรงจูงใจและระบบค่าตอบแทนให้มีทีมแพทย์ประจำครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัว



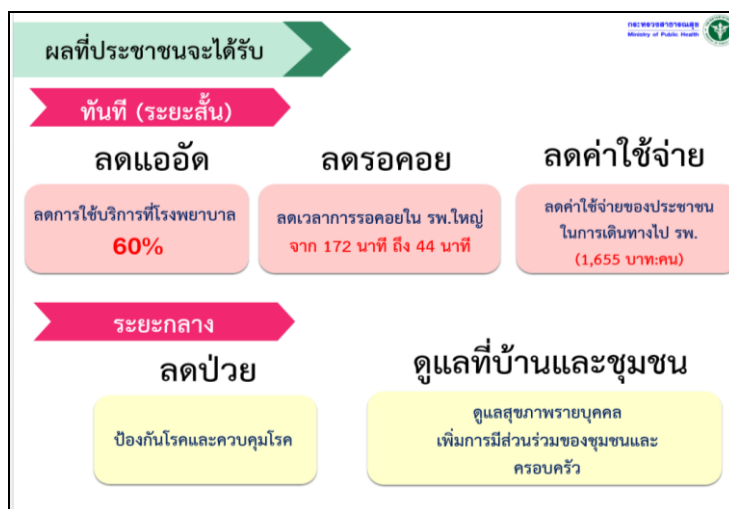
ที่มา : นายแพทย์บุญชัย วีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการพัฒนาและจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว คือ ทำน้อยได้มาก กล่าวคือ ลงทุนน้อย โดยลงทุนเฉลี่ยประมาณ ๑,๕๐๐ – ๑๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี แต่ผลตอบแทนสูง โดยคาดว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้ ๕๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี ภายใน ๑๐ ปี ทั้งนี้ ผลที่ประชาชนจะได้รับ ได้แก่

ระยะสั้น คือ การลดความแออัดจากการใช้บริการที่โรงพยาบาลลงได้ร้อยละ ๖๐ ลดการรอคอยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จาก ๑๗๒ นาที เหลือ ๔๔ นาที ลดค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางไปโรงพยาบาลได้จำนวน ๑,๖๕๕ บาทต่อคนต่อครั้ง

ระยะกลาง สามารถลดการเจ็บป่วยของประชาชนและเพิ่มการดูแลสุขภาพของประชาชนที่บ้าน รวมทั้งเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวได้ดีขึ้น

ระยะยาว สามารถรองรับสังคมผู้สูงอายุและจัดให้ประชาชนมีหมอประจำครอบครัวได้ครบทุกตำบล รวมทั้งทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัวได้



ที่มา : นายแพทย์บุญชัย วีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

นโยบายคลินิกหมอครอบครัวไม่ใช่เรื่องใหม่ เพียงแต่เป็นการทำให้คลินิกหมอครอบครัวเดิมให้เข้มแข็งขึ้น ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ที่ผ่านมามีประชาชนไม่มีที่ปรึกษา ด้านสุขภาพ ทำให้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแม้เพียงเล็กน้อยก็จะไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในโรงพยาบาล ทั้งนี้ หากสามารถดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ คาดว่าจะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนแนวคิดเดิมของประชาชนได้ โดยเมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัวก่อนเป็นลำดับแรก โดยไม่ข้ามขั้นตอนไปทำการรักษาที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทันที ทั้งนี้ การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวที่ประสบความสำเร็จ มีหลายพื้นที่และได้ดำเนินการมาเป็นเวลานาน เช่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดขอนแก่น จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตรัง เป็นต้น โดยหลายจังหวัดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวมาก่อนที่จะมีนโยบายดังกล่าว ซึ่งคลินิกหมอครอบครัวไม่ได้เป็นแนวคิดใหม่ แต่เป็นเรื่องที่ได้มีการดำเนินการมานานแล้ว และสามารถพิสูจน์ได้ว่า หากสามารถจัดระบบการดำเนินงานได้ดีจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนเป็นอย่างมาก เช่น กรณีจังหวัดขอนแก่นมีการจัดระบบให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเบื้องต้นที่คลินิกหมอครอบครัวก่อนเป็นลำดับแรก ซึ่งเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริงจากการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ต้องการขยายการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ได้ดำเนินการในเชิงคุณภาพควบคู่กันไปด้วย ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขยืนยันว่า ไม่ต้องการเร่งให้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาอันสั้น แต่จะดำเนินการตามกำลังความสามารถของแพทย์ที่มีอยู่ ดังนั้น จึงตั้งเป้าหมายในการขยายคลินิกหมอครอบครัวทั่วประเทศไว้ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี โดยการวางแผนในหลาย ๆ ด้าน เช่น กรณีแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีทีมแพทย์ ๓ ทีม คือ แพทย์ ๓ คน ต่อประชากร ๓๐,๐๐๐ คน เพื่อให้แพทย์ ๓ คน สามารถช่วยเหลือกันได้ หรือสามารถผลัดเปลี่ยนกันปฏิบัติหน้าที่หากมีความจำเป็นที่จะต้องลาพักผ่อนหรือหยุดงาน ก็จะมีแพทย์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยแทนกันได้

๓.๗.๒ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเริ่มดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ในปี ๒๕๕๙ ซึ่งโครงสร้างคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย บุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ (Staff) โครงสร้างการดำเนินงาน (Structure) ระบบงานปฐมภูมิ (System) และเรื่องสำคัญของพื้นที่ที่มีมาก่อนที่จะเกิดการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Story) ทั้งนี้ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทีมงานของคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย ๗ กลุ่มวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์/ทันตภิบาล เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ การดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจัดตั้งขึ้นเป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอยู่ภายใต้กำกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นการบูรณาการงานร่วมกัน

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาดำเนินงานด้านปฐมภูมิมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๒ ซึ่งในขณะนั้นเป็นการค้นหาว่า “เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นไปได้หรือไม่ในประเทศไทย” โดยมีหลักการ ๕ ข้อ ประกอบด้วย

- ๑) คัดกรองปัญหาแต่แรก
- ๒) ให้บริการแบบผสมผสาน
- ๓) เป็นที่ปรึกษาของครอบครัว
- ๔) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน
- ๕) ประสานงานและสนับสนุน

โดยได้มีการพัฒนาการดำเนินงานตามหลักการดังกล่าวมาโดยตลอดจนเกิดคลินิกหมอครอบครัวขึ้นในปัจจุบัน แต่ต้องมีการปรับปรุงแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป



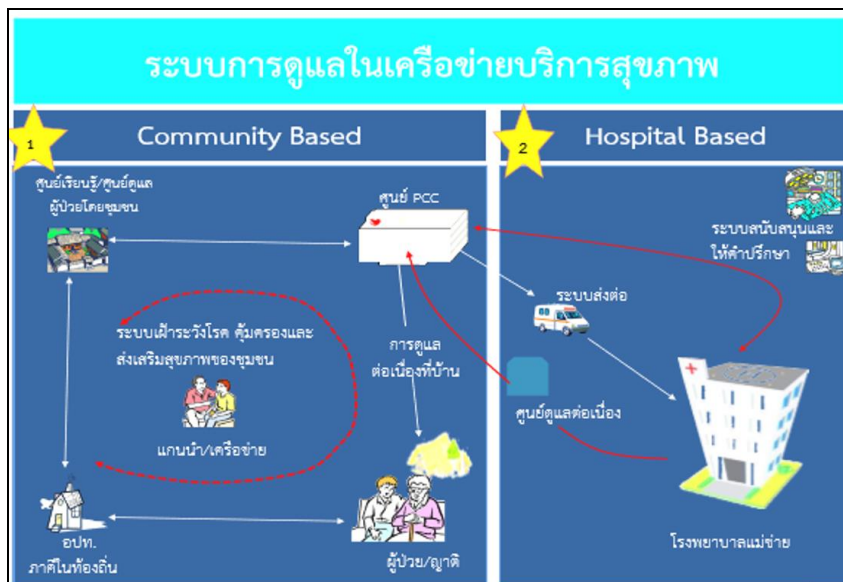
ที่มา : ดร. พญ. ประกายทิพ สุศิลาประรัตน์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

คู่มือโครงการอยุธยาปี พ.ศ. ๒๕๓๙ - ๒๕๔๐ ได้อธิบายว่า การบริการระดับปฐมภูมิเป็นการบริการเบื้องต้น ต้องการความต่อเนื่องและการดูแลแบบองค์รวมผสมผสาน สามารถส่งต่อผู้ป่วยกับแพทย์เฉพาะทางในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ เมื่อปรับคู่มือดังกล่าวเป็นรูปแบบของคลินิกหมอครอบครัวก็สามารถใช้ในรูปแบบเดียวกัน โดยมีคลินิกหมอครอบครัวในชุมชน การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดำเนินงานร่วมกับชุมชน ระบบการส่งต่อ การสนับสนุนและให้คำปรึกษา ทั้งนี้ การดำเนินงานของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีหลักการใหญ่ ๒ ประการ คือ การบริการปฐมภูมิและการใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งในปี ๒๕๓๒ สถานีอนามัยไม่ได้รับความนิยม ประชาชนเห็นว่าสถานีอนามัยเป็นสถานที่รักษาพยาบาลของผู้ยากไร้ที่อยู่ในชนบทและไม่มีโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งในขณะนั้นผู้ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลหากมีอาการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงจะไปทำการรักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยไม่ไปเข้ารับรักษาที่สถานีอนามัยแต่อย่างใด จึงเกิดแนวคิดที่ว่า ทำอย่างไรจะทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงไม่ต้องเดินทางไปเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองขึ้นมา โดยเริ่มที่ศูนย์แพทย์วัดอินทร์ เป็นแห่งแรก ซึ่งเทศบาลเป็นผู้ดำเนินการจัดสร้าง ทั้งนี้ ก่อนที่จะมีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ดังกล่าว ได้มีการสำรวจว่า ประชาชนในพื้นที่ต้องการการดูแลรูปแบบใด เมื่อเทศบาลดำเนินการสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนขึ้นในเขตเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ประชาชนต้องการ ในขณะที่ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงให้พยาบาลเวชปฏิบัติปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ซึ่งจุดเริ่มต้นไม่ได้เริ่มจากการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแต่อย่างใด โดยในปี ๒๕๓๗ เริ่มมีแนวคิดเกี่ยวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาในประเทศไทย เพราะฉะนั้นจุดเริ่มต้น นอกจากศูนย์แพทย์วัดอินทร์แล้ว ยังมีวัดพระญาติการาม ซึ่งปัจจุบันเป็นคลินิกหมอครอบครัวแล้ว เป็นสถานที่ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรค โดยดำเนินการมาโดยตลอด ส่วนในเกาะเมืองจะมีศูนย์การแพทย์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก และดำเนินการตามนโยบายต่าง ๆ มากมายทั้งนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกโรค โครงการประทับใจไร้ความแออัด การเปลี่ยนชื่อจากสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาอยู่ในพื้นที่ ทั้งนี้ ต้องยอมรับว่า คลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายที่เกิดขึ้นในขณะที่ประเทศไทยกำลังมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในปริมาณที่เพิ่มขึ้น และสามารถจัดหาพื้นที่ให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดำเนินงาน ซึ่งกรณีสถานีอนามัยวัดพระญาติการาม ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็น คลินิกหมอครอบครัววัดพระญาติการาม และเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามลำดับ ได้เริ่มต้นมาจากการบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น โดยนโยบายคลินิกหมอครอบครัวช่วยให้การดำเนินงานดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ การจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพลงไปในพื้นที่ โดยมีประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เหมาะสม และใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีระบบส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ส่วนประชาชนที่ยังไม่เจ็บป่วยสามารถได้รับการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพเป็นอย่างดี และหากเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพก็ต้องมีทีมงานลงพื้นที่ไปทำการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านโดยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

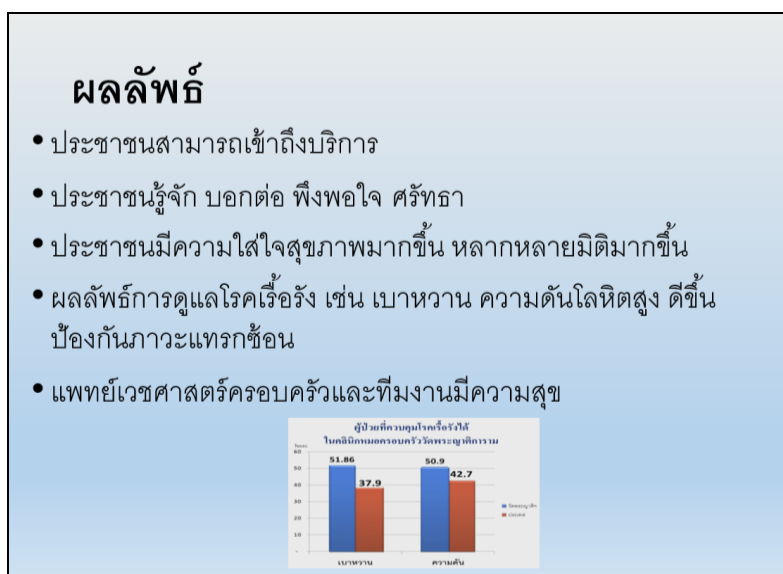
จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นจังหวัดที่อยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร และมีแพทย์ดำเนินงานในพื้นที่ได้เป็นระยะเวลาที่นานพอสมควร เพราะฉะนั้นการดำเนินงานแบ่งพื้นที่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกล่าวคือ แพทย์ จำนวน ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน หรือแพทย์จำนวน ๓ คน ต่อประชากร จำนวน ๓๐,๐๐๐ คน สามารถดำเนินการได้ แต่อำเภอพระนครศรีอยุธยาไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึง แม้ว่าภูมิประเทศจะเป็นที่ราบลุ่ม หากมีแพทย์เพียงพอก็สามารถจัดแพทย์ จำนวน ๓ คน ต่อประชากร จำนวน ๓๐,๐๐๐ คน ได้ แต่แผนการดำเนินงานที่ผ่านมาจนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ สามารถจัดได้ประมาณ ๓ cluster ซึ่งยังไม่ทั่วถึง หากต้องการให้ทั่วถึงต้องใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนมาก แม้ว่าจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจะมี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย คือ ๑๐ คน แต่ยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินการดังกล่าว ทั้งนี้ เมื่อมีแพทย์ลงปฏิบัติงานในพื้นที่ทำให้มีการเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น โดยมีทันตแพทย์ การนวดแผนไทย การใช้ยาสมุนไพร การใช้เทคโนโลยี การส่งต่อ ซึ่งดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน และการตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น เทศบาล วัด โรงเรียน ทั้งนี้ การมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานในพื้นที่ ทำให้มิติของการรักษาดีขึ้น แต่ต้องมีการดำเนินการเรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรค

มากกว่าการรักษา โดยการจัดให้มีแพทย์ลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ถือว่าเป็นการยกระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ดีขึ้น ทำให้ประชาชนยอมรับมากขึ้น รวมทั้งศูนย์แพทย์ต่าง ๆ เป็นที่ยอมรับมากกว่าในอดีต



ที่มา : ดร. พญ. ประกายทิพ สุศิลป์รัตน์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ผลลัพธ์ของคลินิกหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ มีการบอกต่อ มีความพึงพอใจ เกิดความศรัทธา และประชาชนมีความใส่ใจสุขภาพมากขึ้น ส่วนผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงดีขึ้น มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานมีความสุข



ที่มา : ดร. พญ. ประกายทิพ สุศิลป์รัตน์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัยความสำเร็จระดับพื้นที่ ประกอบด้วย

- ๑) รากฐานการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีมายาวนาน (การพัฒนาศูนย์แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ การใช้แนวคิดการบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว)
- ๒) ความพร้อมของทีมงาน “คนทำงานที่มีหัวใจปฐมภูมิ” (แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว การเปิดรับ การปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งใหม่ สัมพันธภาพดี มีใจทำงานเพื่อชุมชน)
- ๓) การสร้างเครือข่ายการทำงาน วัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน
- ๔) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีอยู่ประจำ ใช้หลักการและแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทำงานในระดับครอบครัวและชุมชนจริง

ปัจจัยความสำเร็จระดับผู้บริหาร ประกอบด้วย

- ๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- ๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- ๓) มีแนวคิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- ๔) สนับสนุนทรัพยากรในการทำงาน

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- ๑) การจัดพื้นที่และจำนวนประชากรมีความหลากหลาย ส่งผลทำให้ไม่สามารถกำหนดรูปแบบมาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อเป็นแนวทางให้กับพื้นที่ได้ จึงเป็นการดำเนินงานในรูปแบบผสม
- ๒) จำนวนบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัวไม่เพียงพอ อัตรากำลังของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว ทั้งแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ แพทย์แผนไทย ต้องมีความเหมาะสม และมีสิ่งตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ในแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรเกิดกำลังใจ และแรงใจในการปฏิบัติงาน
- ๓) จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในปัจจุบันยังมีจำนวนไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางรองรับสำหรับในอนาคต ทั้งในแง่แรงจูงใจ รายได้ ผลตอบแทน ความก้าวหน้าในสายงานเวชศาสตร์ครอบครัว
- ๔) งบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านคลินิกหมอครอบครัวได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอ
- ๕) การปลูกฝังแนวคิดเพื่อความยั่งยืนเกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงเข้ารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวก่อน โดยไม่ต้องเดินทางไปเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
- ๖) การวัดผลลัพธ์และความสำเร็จของคลินิกหมอครอบครัว กล่าวคือ ผลลัพธ์ของคลินิกหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ รู้จักบอกต่อ ฟังพอใจ ศรัทธา และประชาชนมีความใส่ใจสุขภาพมากขึ้น ส่วนผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานมีความสุข

๓.๗.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ได้มีการพัฒนาร่วมกันเกี่ยวกับแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นปีที่ ๑๐ ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข. (๔) และ (๕) ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบปฐมภูมิ โดยกำหนดให้มีแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้จัดทำค่าของงบประมาณจากรัฐบาล โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๒๔๐ ล้านบาท จากอดีตที่ผ่านมาพบว่าบริบทในต่างจังหวัดกับกรุงเทพมหานครมีความแตกต่างกัน จึงได้แบ่งงบประมาณเป็น ๒ ส่วน คือ จัดสรรงบประมาณให้เขตบริการสุขภาพที่ ๑-๑๒ จำนวน ๒๐๐ ล้านบาท และจัดสรรงบประมาณให้กรุงเทพมหานคร จำนวน ๔๐ ล้านบาท เป็นงบประมาณที่เรียกว่า ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม

สำหรับแนวทางการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว พื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า มีประชากรตามทะเบียนบ้าน จำนวน ๕,๖๒๐,๙๖๒ คน มีประชากรตามทะเบียนสิทธิ จำนวน ๘,๐๕๕,๑๒๒ คน และประชากรคาดว่าอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ จำนวน ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ คน โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๓,๙๒๖,๙๖๔ คน ใช้สิทธิประกันสังคม จำนวน ๓,๓๐๒,๖๐๐ คน ใช้สิทธิข้าราชการ จำนวน ๖๔๔,๔๑๐ คน และสิทธิอื่น ๆ เช่น สิทธิท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ จำนวน ๑๘๑,๑๔๘ คน



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คุณลักษณะเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่กรุงเทพมหานคร จะแตกต่างจากต่างจังหวัด กล่าวคือ ต่างจังหวัดจะมีหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ แต่สำหรับกรุงเทพมหานครที่มีประชากรจำนวนมาก จึงมีหน่วยงานต่าง ๆ หลากหลาย ได้แก่ หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการในสังกัดกรุงเทพมหานคร หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ ยังมีภาคเอกชน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้กำกับสำนักการอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ให้ความร่วมมือ ในส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ทุกแห่งจะมีแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ให้บริการประจำในเวลาทำการตลอดเวลา เพียงแต่ไม่มีการรับผู้ป่วยในเท่านั้น



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัญหาและอุปสรรค

หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร มีทั้งสิ้น ๒๘๑ แห่ง ปรากฏว่า

- ไม่เพียงพอ ควรมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑ แห่งต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน เท่ากับว่าต้องมีทั้งสิ้น ๔๐๐ แห่ง
- ไม่ครอบคลุม หน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) กระจายตัวไม่ดี บางเขตมีหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิน้อย เช่น เขตสัมพันธวงศ์ เขตบางกอกใหญ่ บางเขตไม่มีโรงพยาบาลที่สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องดำเนินงานควบคู่โรงพยาบาลในเขตใกล้เคียง โรงพยาบาลรัฐทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานครไม่รับลงทะเบียนสิทธิบัตรทองเพิ่ม ทำให้ประชาชนมีทางเลือกเครือข่ายหน่วยบริการได้น้อย

- ไม่สะดวก หน่วยบริการจะเปิดทำการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ จนถึงเวลา ๑๘.๐๐ นาฬิกา จึงมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา แต่ก็พบว่ามีเพียง ๑ เพอร์เซ็นต์เท่านั้นที่มีเหตุฉุกเฉิน

หน่วยบริการรับส่งต่อในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีจำนวน ๓๙ แห่ง เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล ๒๑ แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน ๑๘ แห่ง ซึ่งมีเตียงประมาณ ๑๕,๙๑๘ เตียง ดูแลประชากรทุกสิทธิและต่างจังหวัด การให้บริการของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครปกติประชากรจะไปรักษาตามสิทธิที่ลงทะเบียนไว้ตามหน่วยบริการปฐมภูมิหากเกินความสามารถในการรักษาจะส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ และหน่วยบริการตติยภูมิ ตามลักษณะการเจ็บป่วยตามลำดับ บางกรณีไม่มีเตียงก็ต้องส่งไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อนอกบัญชีเครือข่าย



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการให้บริการผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพมหานครมีประชากรที่มีสิทธิบัตรทอง ประมาณ ๔ ล้านคน พบว่ามีอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก ๑.๖๙ ครั้ง/คน/ปี และมีผู้มาใช้บริการเพียง ๑.๐๗ ล้านคน หรือ ๒๗% ของผู้มีสิทธิทั้งหมด

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

- ๑) กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมการแพทย์ ๗ แห่ง กรมอนามัย ๑ แห่ง กรมสุขภาพจิต ๑ แห่ง
- ๒) กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลสำนักงานการแพทย์ ๙ แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง
- ๓) โรงพยาบาลเอกชน ๑๘ แห่ง
- ๔) โรงเรียนแพทย์ ๕ แห่ง
- ๕) โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น ๆ ๕ แห่ง
- ๖) คลินิกชุมชนอบอุ่น ๑๗๑ แห่ง

โดยโรงพยาบาลหลายแห่งจะมีหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล จำนวน ๒๔๑ แห่ง และทุกแห่งมีแพทย์ประจำ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล และดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นได้เต็มที่ และมีโรงพยาบาล ๗๐ แห่ง ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ และโรงพยาบาลอีก ๑๓๙ แห่ง มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร

ผู้ให้บริการ
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร



กรมการแพทย์ 7 แห่ง
กรมอนามัย 1 แห่ง
กรมสุขภาพจิต 1 แห่ง



รพ.สำนักการแพทย์ 9 แห่ง
ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง



รพ.เอกชน 18 แห่ง



โรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง



รพ.รัฐ สังกัดอื่นๆ 5 แห่ง



คลินิกชุมชนอบอุ่น 171 แห่ง



- มี PCU นอก รพ. 241 แห่ง
ทุกแห่ง มีแพทย์ประจำ
- PCU 70 แห่ง
มี Family medicine ประจำ
- PCU 139 แห่ง
มี Family care team
- กลไกพัฒนาระบบบริการ และ
คุณภาพการบริการในรูปแบบ
แม่ข่าย Primary care trust
จำนวน 8 เครือข่ายเก่า
+ 6 เครือข่ายใหม่

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรุงเทพมหานครมีกลไกพัฒนาระบบบริการ และคุณภาพการบริหารในรูปแบบแม่ข่าย Primary Care Trust จำนวน ๘ เครือข่ายเก่า ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และ ๖ เครือข่ายใหม่ (ภาคเอกชน) ได้แก่ โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท โรงพยาบาลนวมินทร์ โรงพยาบาลประชาพัฒน์ โรงพยาบาลพระราม ๒ โรงพยาบาลเพชรเกษม ๑ และโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐานครบถ้วนและต่อเนื่อง หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน และระบบส่งต่อ-รับกลับในเครือข่ายได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ เมื่อมีการพัฒนาระบบการส่งต่อที่สะดวก ปัญหาเรื่องร้องเรียนการส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิก็ลดลง

ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-Refer) การจัดการเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นจากกำหนดพื้นที่รับผิดชอบ (Zone) ในรูปแบบโรงพยาบาลแม่ข่ายและมีคลินิกต่าง ๆ เป็นลูกข่าย เป็นการบูรณาการเพื่อรองรับการให้บริการแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ ระยะเริ่มต้นการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับคลินิกเครือข่าย ใช้โทรศัพท์ โทรสาร และระบบการส่งต่อ จะเขียนใบส่งต่อ (ใบ Refer) หลายครั้งข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นจากต้นทางไปไม่ถึงปลายทางเป็นภาระต่อผู้ป่วย และญาติ เสียเวลาเดินทาง เสียค่าใช้จ่าย และอาจเสี่ยงต่อการไม่ได้รับบริการ ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-Refer) จึงถูกพัฒนาขึ้น โดยความร่วมมือของศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) หน่วยบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร และนำร่องระบบมาใช้ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ทำให้เชื่อมต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย ระหว่างคลินิกชุมชนอบอุ่น (ลูกข่าย) กับโรงพยาบาล (แม่ข่าย) ตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้ใช้บริการ โดยมีการดูแลรักษาความปลอดภัยข้อมูลประวัติส่วนบุคคลที่มั่นใจและเชื่อถือได้

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๔
(พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) คือ

- ๑) สร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ
- ๒) สร้างความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐานและความเพียงพอของบริการ
- ๓) สร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพการบริหารกองทุน
- ๔) สร้างความมั่นใจในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- ๕) สร้างความมั่นใจในธรรมาภิบาล

ร่างประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์
การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ หมวด ๘ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการ
ระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๑) จำนวน ๒๐๐ ล้านบาท สำหรับคลินิกหมอครอบครัว เป้าหมายพื้นที่นอก
กรุงเทพมหานคร ดังนี้

- ไม่เกินร้อยละ ๘๐ ให้จ่ายตามจำนวนที่คลินิกหมอครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์
คุณสมบัติเป็นคลินิกหมอครอบครัวเป้าหมาย และผลงานบริการในกิจกรรมที่เป็นลักษณะบริการคลินิก
หมอครอบครัวของปีที่ผ่านมา

- ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ให้จ่ายตามผลการบริการที่เพิ่มขึ้นจากบริการปกติ
ของคลินิกหมอครอบครัวเป้าหมาย

๒) จำนวน ๔๐ ล้านบาท สำหรับคลินิกหมอครอบครัวเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ให้แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกัน
สุขภาพเขต (อปสข.) ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

- ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการ
ที่เพิ่มขึ้นของคลินิกหมอครอบครัวเป้าหมาย ทั้งนี้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการได้

- ไม่เกินร้อยละ ๓๐ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

๓) ให้ สปสช. สามารถปรับเกลียวเงินระหว่างข้อ ๑) และข้อ ๒) ได้ตามผล
การบริการที่เกิดขึ้นจริง

แนวคิดการบริการปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร

๑) ประชาชนกรุงเทพมหานครสามารถเลือกหน่วยบริการได้ตามที่อยู่จริง
ไม่จำกัดเฉพาะที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ไม่สามารถกำหนดขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ
ประจำได้

๒) หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิ/ประจำ จะต้อง มีหน่วยบริการรับส่งต่อ

๓) คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการประจำ (CUP)
ในกรุงเทพมหานคร เป็นทั้งหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งทำหน้าที่เป็นหน่วย
บริการรับส่งต่อด้วย

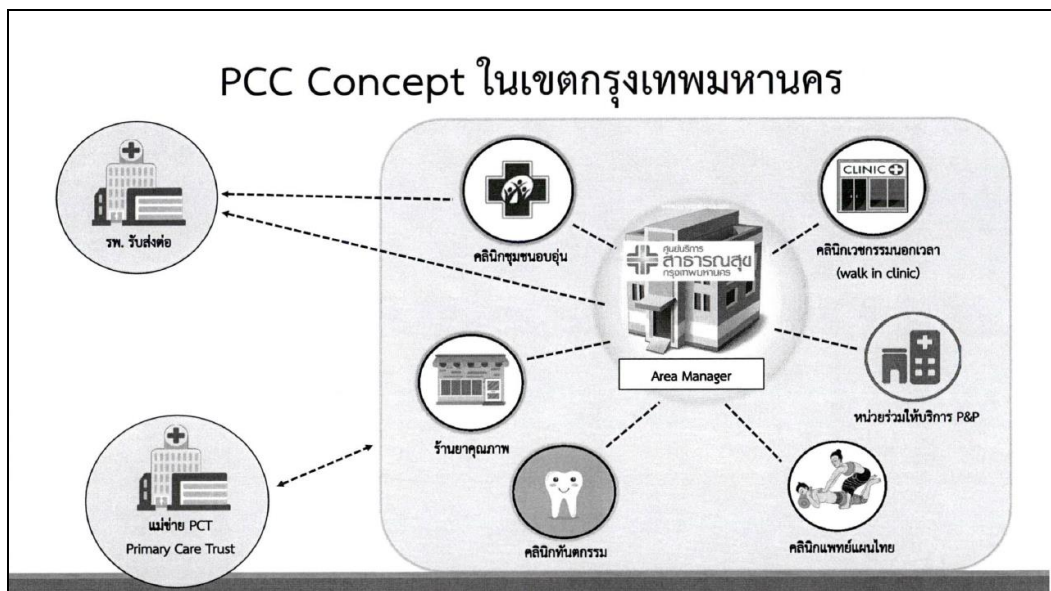
๔) การเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก สร้างเสริมสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ยังมีอัตรา
ค่อนข้างต่ำ อาจแสดงถึงความไม่สะดวกและความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการของประชาชน

๕) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน แบ่งพื้นที่รับผิดชอบตามเขต/แขวง มีศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง สังกัดสำนักอนามัย เป็นเจ้าภาพหลักดูแลประชากร แต่ยังไม่เพียงพอกับการบริการเชิงรุกให้กับประชากรกรุงเทพมหานคร

๖) บูรณาการให้บริการรักษา ส่งเสริม และป้องกันโรคไปพร้อมกัน (Integrated Health Care)

๗) สปสช. ร่วมกับกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลรัฐ พัฒนาการทำงานแบบเครือข่าย (Primary Care Trust : PCT) เพื่อลดความแออัด และสร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการให้กับประชาชน โดยเริ่มที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ปัจจุบันมี ๑๔ เครือข่าย

๘) เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย คือ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คลินิกหมอครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (Area Manager) คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกเวชกรรมนอกเวลา (Walk in Clinic) หน่วยร่วมให้บริการ P&P คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกทันตกรรม ร้านยา โรงพยาบาลรับส่งต่อแม่ข่าย

ระบบข้อมูลสุขภาพ เมื่อหน่วยบริการสาธารณสุขส่งข้อมูลให้ สปสช. แล้ว สปสช. จะส่งข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เรียกว่า Area Manager จะทราบว่า ประชากรในเขตมีสุขภาพเป็นอย่างไร และเชื่อมกับหน่วยร่วมต่าง ๆ โดยดูแลประชากร จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน

ปัญหาอุปสรรค

- ๑) จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบไม่เพียงพอ
- ๒) คลินิกชุมชนอบอุ่น (เอกชน) ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกได้
- ๓) หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิไม่เพียงพอ
- ๔) หน่วยบริการรับส่งต่อ ระดับทุติยภูมิไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาการรับและส่งต่อ

แนวทางการดำเนินงาน

๑) พัฒนาศักยภาพคลินิกหมอมือครอบครัว โดย สปสช. และกรุงเทพมหานคร ให้การสนับสนุนแก่บุคลากรในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ให้มีการสนับสนุนการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

๒) ปรับปรุง แก่ไขกฎระเบียบ ข้อกำหนดกฎหมายต่าง ๆ เพื่อให้เอื้อต่อการจัดบริการ การแพทย์ปฐมภูมิ และคลินิกหมอมือครอบครัวทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น

๓) เพิ่มหน่วยบริการด้านต่าง ๆ เพื่อรองรับการให้บริการที่ทั่วถึง โดยเฉพาะ การมีส่วนร่วมของสถานบริการภาคเอกชน เช่น คลินิกเวชกรรม ร้านยา เข้าร่วมเป็นคู่สัญญาให้บริการ เป็นต้น

๔) เสนอให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำเขตเพื่อเป็นแม่ข่ายการให้บริการ โดยเน้นทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบัน ในลักษณะเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีอยู่เดิมให้มีศักยภาพการให้บริการที่สูงขึ้น

สิ่งที่ประชาชนได้รับ

๑) เข้าถึงบริการสาธารณสุข ที่ทั่วถึงครอบคลุม โดยเป็นการบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐานเพิ่มขึ้น

๒) คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น เนื่องจากได้รับการบริการทั้งในแง่สร้างเสริม สุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

๓) ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยเน้นหลัก “สร้างนำซ่อม”

๔) การทำงานแบบประชารัฐในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

๓.๗.๔ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีโรงพยาบาลในสังกัด จำนวน ๙ แห่ง โดยเป็นหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิกับระดับตติยภูมิ การดูแลระดับปฐมภูมิเป็นหน้าที่ของศูนย์บริการ สาธารณสุข ทั้ง ๖๘ แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้มีการวางแผนเพื่อรองรับการให้บริการ การแพทย์ปฐมภูมิ ภายใต้บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ใน ๒ ประเด็น คือ

๑) การจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้ง ๙ แห่ง

๒) การเปิดหลักสูตรเพื่อฝึกอบรม ให้มีความพร้อมในการช่วยอบรมเพิ่มพูนทักษะ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยปฏิบัติการและระดับปฐมภูมิในพื้นที่ทั้ง ๕๐ เขต รวมทั้งสิ้น ๖๘ แห่ง โดยบุคลากรประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร วิชาชีพ ด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) จำนวน ๑๖,๐๐๐ คน ทั่วพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อทำ หน้าที่ในเชิงสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรค โดยกำหนดให้มีหน้าที่ให้ข้อมูลเชิงสุขภาพสำหรับ เพื่อนบ้านและชุมชนอย่างใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน ร่วมดำเนิน กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ให้ความร่วมมือกับเครือข่ายหน่วยบริการ สุขภาพทีมหมอมือครอบครัว สื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สืบค้นและจัดทำข้อมูล ด้านสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตาม รวบรวมและรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมด้าน สุขภาพเป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแกนนำด้านสุขภาพ

๓.๗.๕ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร มีศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยปฏิบัติการปฏิบัติดูแลในพื้นที่ทั้ง ๕๐ เขต ทั้งสิ้น ๖๘ ศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละศูนย์ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)

บทบาทของแพทย์ในทีมหมอครอบครัว คือ เป็นแพทย์ผู้ให้บริการปฐมภูมิ เป็นครูถ่ายทอดวิชาความรู้ทางการแพทย์และความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวแก่บุคลากรทุกสาขา เป็นผู้นำและที่ปรึกษาแก่ทีมงาน เป็นนักจัดการเครือข่ายปฐมภูมิระดับเขต

บทบาทของทันตบุคลากร คือ การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการจัดการบริการตามความจำเป็น การให้บริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิ การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

- ในฐานะหมอครอบครัว คือ ดูแลความเจ็บป่วยในครอบครัวที่รับผิดชอบ สนับสนุนพลังอำนาจครอบครัว ให้คำปรึกษา/แนะนำ ด้านสุขภาพ มีการประสานและปฏิบัติงานแบบเป็นหุ้นส่วน การพิทักษ์สิทธิครอบครัวในความรับผิดชอบ ประสานงานการส่งต่อและติดตามผล

- ในฐานะ Case manager คือ จัดการข้อมูลสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับทุกครอบครัว ช่วยเหลือ สนับสนุนหมอครอบครัวในเขตรับผิดชอบและติดตามประเมินผล ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพจากทีมระดับเขต ประสานการให้คำปรึกษา/ส่งต่อ

บทบาทวิชาชีพเภสัชกรรม คือ พัฒนาระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริหารเภสัชกรรม งานดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทางด้านเภสัชกรรม งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ

บทบาทนักกายภาพบำบัด คือ การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและระยะเรื้อรังในชุมชน งานลงพื้นที่ชุมชน เพื่อรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครหรือจิตอาสาในชุมชน

บทบาทวิชาชีพจิตวิทยา คือ ให้คำปรึกษาแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ร่วมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เป็นที่ปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ทีมหมอครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการการส่งเสริม ป้องกัน ส่งต่อบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร่วมสร้างเครือข่ายการบริการสุขภาพจิตในชุมชน

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ในทีมหมอครอบครัว มีจำนวน ๑๖,๐๐๐ คน ทั่วพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือให้สุขศึกษาสำหรับเพื่อนบ้านและชุมชนอย่างใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ให้ความร่วมมือกับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพทีมหมอครอบครัว สื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำรวจและจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตาม รวบรวมและรายงานผลการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแกนนำด้านสุขภาพ

เกณฑ์ในการจัดตั้ง “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster : PCC) ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

๑) บุคลากร

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้นของราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จำนวน ๑ คน ต่อทีม

- พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว /พยาบาลเวชปฏิบัติ /พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ คน ต่อประชากร ๒,๕๐๐ คน (= ๔ คน) อย่างน้อย ๕๐ เปอร์เซ็นต์

- นักวิชาการ /เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๑ ต่อประชากร ๒,๕๐๐ คน (= ๔ คน) อย่างน้อย ๕๐ เปอร์เซ็นต์

๒) ระบบงาน

- ระบบบริการ ได้แก่ การให้บริการตามกลุ่มวัย การให้วัคซีนป้องกันโรค การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การคัดกรองผู้ป่วยตามกลุ่มวัย บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน บริการผู้ป่วยนอกเบื้องต้น บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลผู้ป่วยระยะยาว บริการให้คำปรึกษา

- ระบบส่งต่อ/ส่งกลับ

- ระบบข้อมูลและข่าวสาร ได้แก่ ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลในการให้บริการ ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับคลินิกหมอครอบครัว โปรแกรมจัดเก็บข้อมูลและส่งต่อตามมาตรฐานที่กำหนด ระบบรายงานประจำเดือนและรายไตรมาส

๓) โครงสร้างพื้นฐาน

- มีสถานบริการที่เหมาะสม

- มีครุภัณฑ์ที่จำเป็นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ปัจจุบันสำนักอนามัยมี ๖๘ ศูนย์บริการสาธารณสุข มีทีมหมอครอบครัว ศูนย์ละ ๕ ทีม รวมทั้งสิ้น ๓๔๐ ทีม กำลังดำเนินการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทคนเมือง โดยแบ่งเป็น ๔ โซน คือ

๑) เขตบางกอกน้อย โดยศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ เป็นผู้จัดการพื้นที่ ดูแลสุขภาพประชาชนในเขต เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลในเขตจนถึงโรงพยาบาลศิริราช

๒) เขตลาดพร้าว โดยศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ เป็นผู้จัดการพื้นที่ ดูแลสุขภาพประชาชนในเขต เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลในเขตจนถึงโรงพยาบาลราชวิถี

๓) เขตจอมทอง โดยศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ เป็นผู้จัดการพื้นที่ ดูแลสุขภาพประชาชนในเขต เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลในเขต จนถึงโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

๔) เขตดอนเมือง โดยศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ เป็นผู้จัดการพื้นที่ ดูแลสุขภาพประชาชนในเขต เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลในเขตจนถึงโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ผลงานการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง ในปีงบประมาณ

พ.ศ. ๒๕๕๙ คือ

๑) การให้บริการผู้ป่วยนอก จำนวน ๗๓๗,๐๑๖ ครั้ง

๒) การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

- เยี่ยมบ้าน จำนวน ๒๔๐,๖๗๗ ครั้ง

- บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน ๑๗๓,๑๒๐ ครั้ง

อัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสำนักอนามัย จำนวน ๔๒ คน ประกอบด้วย

- ๑) แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาวุฒิบัตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๘ คน
- ๒) แพทย์ผ่านการสอบอนุมัติบัตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๒๓ คน
- ๓) แพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้น จำนวน ๗ คน
- ๔) แพทย์ที่อยู่ระหว่างอบรมระยะสั้น จำนวน ๔ คน

แพทย์ทั่วไปและแพทย์สาขาอื่น ๆ จำนวน ๔๕ คน แพทย์ห้วงเวลา (แพทย์เกษียณอายุที่ปฏิบัติงานเป็นห้วงเวลา) จำนวน ๑๙๙ คน รวมอัตราแพทย์ทั้งสิ้น ๒๘๖ คน

๓.๗.๖ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในฐานะหน่วยวิจัยด้านการสาธารณสุขของประเทศ ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีข้อสรุปการศึกษาวิจัย ดังนี้

ความสำคัญของบริการปฐมภูมิ คือ

- ๑) เป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ
- ๒) เป็นบริการสุขภาพพื้นฐานปกติที่บุคลากรสาธารณสุขให้บริการเป็นประจำ เป็นบริการด่านแรก และเป็นบริการหลักในระบบบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ในด้านการให้บริการสุขภาพที่ต่อเนื่องแก่ประชาชน เป็นผู้เชื่อมโยง ประสาน ส่งต่อ ไปยังบริการสุขภาพเฉพาะทางอื่น ๆ เมื่อจำเป็น
- ๓) เป็นบริการที่ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกเศรษฐกิจฐานะ ทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทั้งที่เป็นบริการแบบเฉียบพลัน เรื้อรัง บริการด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต และสังคม รวมถึงการดูแลผู้มีภาวะโรคเรื้อรังหลายโรค การดูแลด้านแม่และเด็ก และการดูแลผู้สูงอายุ

คุณภาพของบริการปฐมภูมิ มีลักษณะดังนี้

- ๑) ดูแลทุกเรื่องทั้งก่อนป่วย ป่วยเล็กน้อย ปัญหาที่ซับซ้อน จนถึงระยะสุดท้าย
- ๒) ความต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ตลอดช่วงวัย ต่อเนื่องทั้งใน และนอกหน่วยบริการสุขภาพ

๓) ความเป็นองค์รวม เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน ในประเด็นที่ซับซ้อนในด้านการแพทย์ จิตวิทยา สังคม และเศรษฐกิจ

๔) การประสานเชื่อมโยงกับชุมชน องค์กร ภาคี เครือข่าย

ระบบบริการปฐมภูมิในเขตชนบท มีลักษณะดังนี้

๑) หน่วยให้บริการหลัก คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เป็นฐานหลัก โดยมีหน่วยสนับสนุนจากทีมหมอครอบครัวในระดับอำเภอ ในส่วนที่เป็นผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน

๒) การจัดการสุขภาพชุมชน เป็นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

๓) กลไกการบริหารระดับตำบล ควรมีกลไกร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแกนนำชุมชนที่มีความชัดเจนมากขึ้น

๔) ควรเสริมกลไกการบริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่ชัดเจนมากขึ้น และมีส่วนร่วมจากท้องถิ่น และภาคส่วนอื่น มีการตกลงวางแผนการจัดการบริการปฐมภูมิ และการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนที่ชัดเจนแยกจากบริการของโรงพยาบาล

๕) ควรมีการเสริมงบประมาณ คือ งบเพื่อการจัดบริการรายบุคคลและครอบครัว รวมทั้งงบส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคล ควรมีการประมาณและจัดสรรเป็นเหมาจ่ายรายหัวที่กำหนดขึ้นต่ำไว้อย่างชัดเจน

๖) งบประมาณเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ควรมีการจัดสรรจากงบแหล่งอื่น ๆ นอกเหนือจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ที่ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น

ระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองอุตสาหกรรม มีลักษณะดังนี้

๑) หน่วยให้บริการสุขภาพ ควรมีหน่วยอื่นนอกจากกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมอย่างชัดเจนมากขึ้น ทั้งที่เป็นคลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ

๒) กลไกการบริหารบริการ ควรมีกลไกจัดการที่ประสาน และบริหารบริการ แยกออกมาให้ชัดเจน และมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ งบประมาณในการจัดบริการส่วนนี้ ควรแยกออกจากงบของโรงพยาบาลว่าควรเป็นขั้นต่ำเท่าไร และเปิดโอกาสในการจัดหาบริการจากหน่วยเอกชนได้

๓) การจัดให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพชุมชน ควรเป็นบทบาทของท้องถิ่นร่วมกับหน่วยของกระทรวงสาธารณสุข และอาจต้องมีการจัดการเฉพาะเพิ่มขึ้นตามลักษณะพื้นที่ เช่น เขตที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก งบประมาณในส่วนนี้ควรมีการกำหนดแยกออกจากงบบริการพื้นฐานในหน่วยปฐมภูมิ

๔) พัฒนากลไกการบริหารบริการปฐมภูมิในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้มีบทบาทและอำนาจการจัดการที่เหมาะสม และคล่องตัวมากขึ้น แยกจากบริการอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรมีลักษณะดังนี้

๑) มีประชาชนที่รับผิดชอบชัดเจน ตามพื้นที่หรือจำนวนที่เหมาะสม

๒) มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบร่วมกับทีมพื้นที่ย่อยที่รับผิดชอบระดับตำบลและชุมชนต่อประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว

๓) ดูแลสุขภาพทั้งสุขภาพะ และทุกภาวะอย่างต่อเนื่อง (ก่อนเกิดถึงหลังตาย) องค์กรวม ผสมผสาน เบ็ดเสร็จในพื้นที่รับผิดชอบ

๔) เชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ

๕) เชื่อมโยงกับชุมชน ครอบครัว และทีมชุมชน

๖) เริ่มต้นการดูแลกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มวัย และปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่สำคัญ

สิ่งที่คาดหวังจากระบบการแพทย์ปฐมภูมิรูปแบบใหม่

๑) นโยบายสาธารณะที่เน้นบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒) ระบบบริหารจัดการและระบบบริการที่รองรับการบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์

๓) ระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการทุติยภูมิอย่างเบ็ดเสร็จ เพื่อการเข้าถึงบริการแบบไร้รอยต่อและไร้พรมแดน

๔) ระบบการเงินการคลัง และระบบสนับสนุนอื่น ๆ ที่สนับสนุนเอื้ออำนวย และสร้างแรงจูงใจในการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ

จากการวิจัยได้ใช้ตัวชี้วัด การลดภาวะการเจ็บป่วยที่ใช้บริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care Sensitive Conditions : ACSC) ในการจัดการระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากรที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า จากกลุ่มประชากรที่มีสิทธิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคมในเขต กรุงเทพมหานคร ๑,๙๑๖ คน โดยเป็นสิทธิข้าราชการ ๙๑๘ คน (ร้อยละ ๔๗.๙๑) และสิทธิประกันสังคม ๙๙๘ คน (ร้อยละ ๕๒.๐๙) และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหารสถานบริการ ผู้บริหารกองทุนสุขภาพฝ่ายการเมือง นักวิชาการในสถาบันการศึกษา และประชาชน รวม ๑๘๒ คน

ผลของการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองยามเจ็บป่วย พบว่า

๑) กลุ่มสิทธิข้าราชการมีอายุเฉลี่ยและสัดส่วนของการมีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มสิทธิประกันสังคม กลุ่มข้าราชการจะเป็นโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุและพฤติกรรมบริโภคในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่มีสิทธิประกันสังคม

๒) สิทธิข้าราชการกว่าร้อยละ ๖๐ เลือกที่จะไปที่สถานพยาบาลภาครัฐ สิทธิประกันสังคมกว่าร้อยละ ๘๐ จะไปที่สถานพยาบาลเอกชน ความสะดวกในการเข้าถึงสถานพยาบาล (ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน) และสิทธิใช้บริการนั้นรวมกันแล้วถือเป็นเหตุผลหลักของการเลือกใช้สถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ ๗๐

๓) กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้มีสิทธิข้าราชการและร้อยละ ๔๐ ของกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมได้มีการรับผิดชอบจ่ายค่ารักษายาบาลเองยามที่เจ็บป่วย ความสะดวกในการเข้าถึงสถานพยาบาล (ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน) และสิทธิใช้บริการนั้นรวมกันแล้วถือเป็นเหตุผลหลักของการเลือกใช้สถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ ๗๐

๔) กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้มีสิทธิข้าราชการ และร้อยละ ๔๐ ของกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมได้มีการรับผิดชอบจ่ายค่ารักษายาบาลเองยามที่เจ็บป่วย โดยประชาชนทั้งสองสิทธินี้มีการร่วมจ่ายค่ารักษายาบาลเพิ่มเติมอยู่แล้วโดยยังไม่เคยมีระบบการติดตามข้อมูลเช่นนี้อย่างเป็นทางการมาก่อน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนของประเทศนั้นอาจสูงกว่าที่คาดหมายไว้และจำเป็นที่จะต้องมีการเน้นเรื่องการควบคุมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังมากขึ้น

๕) ในยามเจ็บป่วย ประชาชนทั้งสองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองสิทธินี้มักได้รับบริการดูแลสุขภาพที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นส่วนใหญ่ กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยราวครึ่งหนึ่งที่ตัดสินใจไปรับการดูแลที่ร้านขายยา คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุข ฯลฯ เหตุผลหลัก คือ ความสะดวกและใช้เวลาน้อยกว่าไปโรงพยาบาล

ประเด็นที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพกรณีการรักษาโรคทั่วไป กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย พบว่า

๑) การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี จะดึงดูดประชาชนมารับการดูแลรักษาได้มากขึ้น ร้อยละ ๕๗

๒) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่สาธารณะ จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น ร้อยละ ๒๙

๓) กระบวนการให้คำแนะนำที่ดีจะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น ร้อยละ ๕๒

- ๔) อายุที่มากขึ้นทุก ๆ ๑ ปี จะมีแนวโน้มมาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒
- ๕) การจัดการกฎหมายที่ดูแลยามเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะดึงดูดประชาชนมารับการบริการได้มากขึ้น ร้อยละ ๔๔
- ๖) การจัดให้มีเครือข่ายบุคลากรในชุมชนช่วยประสานงาน จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น ร้อยละ ๒๕
- ๗) การสร้างช่องทางสื่อสารสาธารณะ จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น ร้อยละ ๒๙
- ๘) การจัดพื้นที่รองรับการบริการอย่างเพียงพอไม่แออัด จะช่วยดึงดูดให้ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้น ๒ เท่าตัว
- ๙) เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและได้มาตรฐาน จะช่วยดึงดูดให้ประชาชนมาใช้บริการได้มากขึ้น ๓ เท่าตัว
- ๑๐) จำนวนสถานบริการที่เพียงพอให้เป็นทางเลือกเข้ารับบริการโดยอิสระ จะดึงดูดให้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น ๒.๒๕ เท่า
- ๑๑) ประชาชนที่มีรายได้ตั้งแต่ ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือนลงมา จะมีแนวโน้มมารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิมากกว่ากลุ่มรายได้สูงกว่าถึง ๑.๘ เท่า
- ๑๒) การให้คำแนะนำอย่างครอบคลุมและครบถ้วน จะดึงดูดให้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น ๒.๑๔ เท่า

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง

- ๑) สะกิดพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงด้านการดูแลรักษาสุขภาพ จาก “บริการสุขภาพ (Health service) ไปเป็น “ประสบการณ์สุขภาพ (Health Experience) เพื่อลดความขัดแย้ง ความเสี่ยง และความกลัวจากการมองระบบสุขภาพเป็นระบบบริการ และเน้นให้เกิดประสบการณ์สุขภาพที่มีผลจากการมีปฏิสัมพันธ์และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน
- ๒) เต็มทักษะคนทำงาน สร้างหลากหลายบริการ พัฒนาและฟูมฟักเครือข่าย โดยการพัฒนาทักษะให้แก่บุคลากรในแต่ละระดับเพื่อให้ตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม พร้อมวางระบบการถ่ายทอดทักษะระหว่างบุคคล สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และลดภาระบุคลากรสุขภาพในระยะยาว สร้างเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาที่สัมพันธ์กับลักษณะประชากรในพื้นที่เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีและความมั่นใจทั้งต่อประชาชน และสร้างภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตของประชากรเพื่อนำไปสู่การปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสุขภาพให้ก้าวสู่ “สุขภาพดีด้วยมือของทุกคน (Health by All)”
- ๓) ปรับสมดุลอำนาจ ถ่ายโอนงานและทรัพยากร โดยจัดตั้งระบบการดูแลรักษาแบบเป็นขั้นตอน โดยกำหนดให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเลือกเข้ารับบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และมีระบบส่งต่อกรณีเกิดปัญหาสู่กลุ่มโรงพยาบาลพี่เลี้ยง สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับสถานบริการปฐมภูมิเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้แข็งแกร่งและตรงตามความต้องการของประชาชน และสำหรับโรงพยาบาลเพื่อปรับแต่งระบบ

การทำงานและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้พร้อมเป็นที่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา เสริมสร้างความแตกฉานด้านบริการสุขภาพ (Health services literacy) เพื่อเพิ่มพลังการตัดสินใจในการรับการดูแลรักษาสำหรับประชาชน ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน/ผู้ป่วย/ญาติสนิท ในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นการพัฒนาฐานทางวัฒนธรรมของสังคมไทยให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร และพัฒนาระบบการติดตาม กำกับ ประเมินคุณภาพมาตรฐานของแต่ละประเภทของบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมจัดระบบเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาเชิงบวกยามเกิดปัญหา โดยครอบคลุมทั้งเรื่องบุคลากร ข้อมูลสารสนเทศ เวชภัณฑ์/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ กระบวนการดูแลรักษา การบริหารจัดการ และเรื่องงบประมาณ

๔) ปรับโครงสร้างและกลไกการเงินการคลัง แก้ไขปัญหาความล้าช้าด้านการเบิกจ่ายราคาบริการ งบประมาณจ่ายต่อหัวของแต่ละกองทุนสุขภาพ สำหรับบริการปฐมภูมิทั้ง ๖ ประเภท อันถือเป็นบริการพื้นฐานที่พึงปรารถนาของประชาชน โดยกำหนดให้เหมือนกันเพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียว ปลอดภัยเรื่องกำหนดสถานบริการที่รับขึ้นทะเบียนสิทธิรายแห่ง โดยจัดกลุ่มเป็นเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ และกลุ่มโรงพยาบาลพี่เลี้ยง/แม่ข่าย ให้เป็นการบริหารงบประมาณรายเครือข่าย/รายพื้นที่

๕) ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลได้ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว การศึกษานี้เป็นการประเมินเฉพาะผลได้ (Benefit analysis) โดยใช้แบบจำลอง (model-based study) ร่วมกับ การเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่ด้วยมุมมองของสังคม (societal perspective) ผลลัพธ์ของนโยบายนี้ สามารถจำแนกออกเป็น ๔ ส่วน คือ

(๑) ผลได้จากการลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (Reducing unnecessary care)

(๒) ผลได้จากการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Improving complication (secondary/tertiary care) prevention)

(๓) ผลได้จากการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดีขึ้น (Enhancing primary prevention)

(๔) ผลได้จากการลดต้นทุนที่มองไม่เห็นจากการขาดสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีคุณภาพ (Reducing intangible cost resulted from inadequate primary health care quality)

วิธีการศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรม การเก็บข้อมูลต้นทุน การสำรวจความเต็มใจที่จะจ่าย การใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ ในหัวข้อ ๑) การลดต้นทุนของการรักษาโรคหรือบริการจากการย้ายมารับบริการปฐมภูมิแทนบริการที่อื่น ๒) การลดค่ารักษาภาวะแทรกซ้อน ๓) การลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าอาหารส่วนเพิ่ม ๔) การลดค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน การลดความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร และความเต็มใจจ่ายในการเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิ

นโยบายคลินิกหมอครอบครัวจะมีความคุ้มค่า ก็ต่อเมื่อ

๑) ทำให้ผู้ป่วยย้ายการรับบริการรักษาโรคที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มารับการรักษาที่หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิได้อย่างน้อย ร้อยละ ๖ ของจำนวนปัจจุบันที่รับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือคิดเป็น ๑๐ ล้านครั้ง ของการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละปี

๒) ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ดี ส่งผลให้ป้องกันโรคแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนเหล่านั้นในอนาคตได้อย่างน้อย ๑๗,๘๘๙ คน ในเวลา ๑๐ ปี

๓) เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากร้อยละ ๕๖ ในปัจจุบันเป็นร้อยละ ๙๐ หรือมีจำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคได้เพิ่มขึ้นจำนวน ๒.๘๗ ล้านคน ใน ๑๐ ปี ข้างหน้า

๔) เพิ่มคุณภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิที่ทำให้ประชาชนมีความพอใจและมั่นใจในบริการจากร้อยละ ๑๐ เป็นร้อยละ ๑๐๐ ของคนที่มีรับบริการทั้งหมด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวให้มีความสามารถและประสิทธิภาพในการรองรับการให้บริการในโรคทั่วไปที่จะเพิ่มขึ้นอีกจากร้อยละ ๖-๑๐ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ และความดันโลหิตสูงควบคุมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ทั้งนี้ อาจต้องพิจารณาพัฒนาแนวทางมาตรฐานและตัวชี้วัดคุณภาพเป็นการเฉพาะสำหรับสนับสนุนนโยบายนี้

๒) การมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพในการรักษาพยาบาลและการลดระยะเวลารอคอยมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อความสำเร็จและความคุ้มค่าของนโยบายนี้

๓) เพิ่มความคุ้มค่าของนโยบายด้วยการเพิ่มมาตรการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีค่าและคุ้มค่า เช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเลิกบุหรี่และสุรา

๔) ให้ความสำคัญกับการติดตามและประเมินผลโดยใช้ผลของนโยบายทั้งในระดับสถานพยาบาล ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ โดยใช้แนวทางและตัวชี้วัดที่ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาชิ้นนี้ หากพบว่า การดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมายในข้อใดข้อหนึ่งจะต้องกลับมาทบทวนมาตรการและวิธีการดำเนินงาน ทั้งนี้ ทีมวิจัยแนะนำให้มีการประเมินความสำเร็จของนโยบายในภาพรวมทุก ๆ ๒ ปี

บทสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ

๑) ระยะทางในการเดินทางถึงหน่วยบริการ : กระจายตัวครอบคลุมพื้นที่ และพิจารณาถึงแหล่งชุมชนต่าง ๆ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

๒) การให้บริการนอกเวลาราชการ : เนื่องจากลักษณะการใช้ชีวิตในชุมชนเขตเมืองส่วนใหญ่จะทำงานในเวลาราชการ และมีเวลารว่างมารับบริการนอกเวลาราชการ ดังนั้น ควรจัดบริการนอกเวลาราชการด้วย

๓) การเยี่ยมบ้าน : ควรมีการประสานการทำงานอย่างดีกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนในเขตเมือง เช่น ย่านชุมชนแออัดและแหล่งที่มีผู้เสพยาเสพติด โดยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านควรสอดคล้องกับบริบทที่มีปัญหาในชุมชนนั้น

๔) การเข้าถึงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ : ประชากรในชุมชนเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น มือถือ internet ดังนั้น ควรใช้ช่องทาง Facebook, Line ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๕) การให้คำปรึกษากรณีเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน : ควรจัดให้มี call center ที่มีพยาบาลประจำคอยให้บริการกรณีเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งสามารถช่วยลดการเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการโดยไม่จำเป็น

๖) คลินิกพิเศษเฉพาะโรค : สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้ดูแลผู้ป่วยด้วยกันได้

๓.๗.๗ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.)*

การปฏิรูประบบปฐมภูมิ มีความจำเป็นต้องดำเนินการใน ๕ ประเด็นหลัก คือ

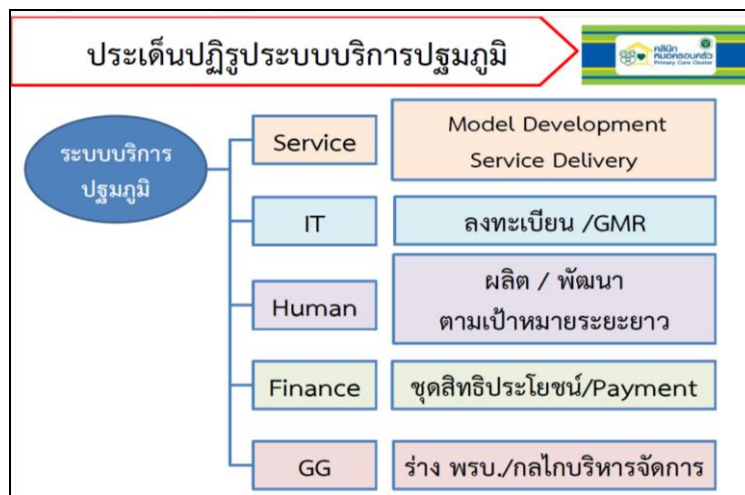
๑) การบริการ (Service) เป็นการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ และการบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

๒) สารสนเทศ (IT) พัฒนาระบบการลงทะเบียน (Global Medical Record : GMR) การกำหนดให้ประชาชนลงทะเบียนเพื่อให้มีแพทย์ประจำตัวให้การรักษาพยาบาล และสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละระดับได้ และผู้ป่วยก็มีข้อมูลในการดูแลตนเองได้

๓) การปฏิรูปด้านกำลังคน (Human) เน้นเรื่องการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมหมอครอบครัว และมีการวางแผนพัฒนาตามเป้าหมายในระยะยาว

๔) ด้านการเงิน (Finance) พิจารณาเรื่องสิทธิประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และกลไกการจ่ายเงิน

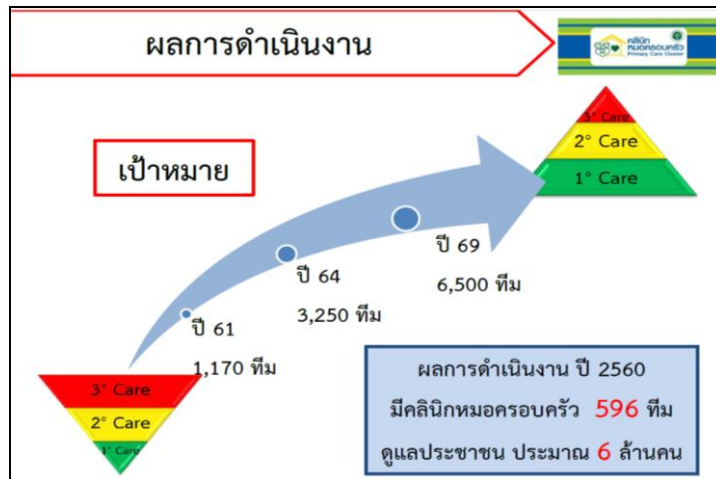
๕) การออกกฎหมายเกี่ยวกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิ มีการดำเนินการจัดทำร่างพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ซึ่งเป็นกฎหมายสำหรับการบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน



ที่มา : นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง
รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

* สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (สปค.) เปลี่ยนเป็น สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
ตั้งแต่วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

ผลการดำเนินงาน การดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวได้เริ่มมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ จนปัจจุบันมีคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๕๙๖ ทีม ดูแลประชาชนประมาณ ๖ ล้านคน คาดว่าภายใน ๑๐ ปี จะมีคลินิกหมอครอบครัว ๖,๕๐๐ ทีม ดูแลประชาชน ๖๕ ล้านคน ขณะนี้มีการดำเนินการยกย่องพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. เพื่อให้รัฐบาลพิจารณาต่อไป



ที่มา : นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง
รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

ความคุ้มค่าของระบบการแพทย์ปฐมภูมิ จากการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ การประเมินความคุ้มค่าของระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ภายใน ๑๐ ปี หากเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

- ๑) ผู้ป่วยใช้บริการร้อยละ ๖ ของ ๙ ล้านครั้ง
- ๒) สามารถควบคุมโรคเบาหวาน ความดัน ไม่มีโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
- ๓) มีการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๙๐
- ๔) เพิ่มความพึงพอใจในระบบบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐

ซึ่งจะทำให้เกิดผล คือ ลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดีขึ้น ผลทางอ้อมการให้บริการของผู้ป่วยลดลงทำให้คุณภาพบริการโรงพยาบาลดีขึ้น และสามารถประหยัดงบประมาณได้ ๒๒๗,๕๗๐ ล้านบาทต่อปี

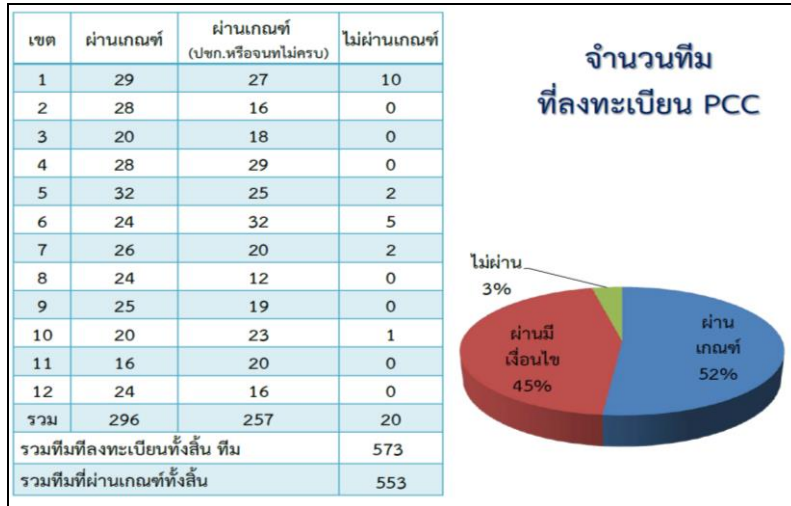
พื้นที่เขตดำเนินการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ แบ่งเป็น ๒ ส่วนหลัก คือ

๑) พื้นที่เขตบริการที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ คือ หน่วยบริการตามจังหวัดต่าง ๆ

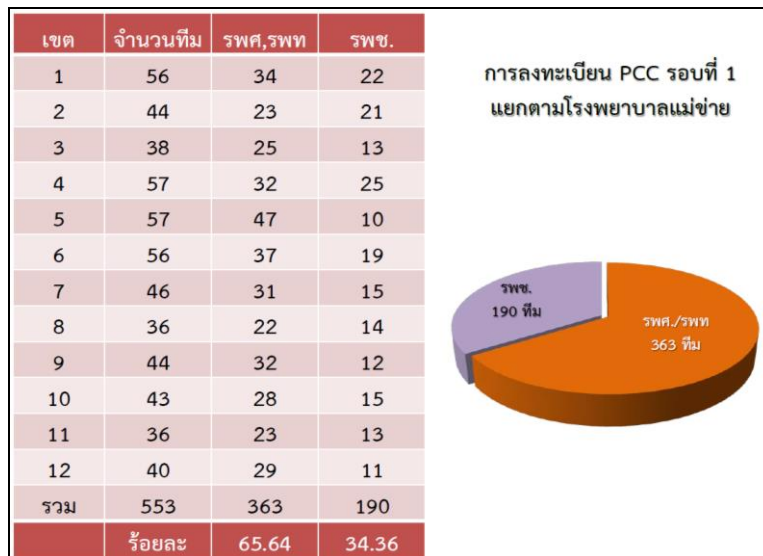
๒) พื้นที่เขตบริการในกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ ทั้ง ๒ ส่วน มีทีมหมอครอบครัว จำนวน ๕๙๖ ทีม โดยสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวจัดให้มีการลงทะเบียนของทีมหมอครอบครัวตามคุณสมบัติที่กำหนด ปรากฏว่า มีทีมหมอครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดมาลงทะเบียน จำนวน ๕๗๓ ทีม และมีทีมหมอครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น ๕๕๓ ทีม เป็นทีมที่พร้อมให้บริการ โดยมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพร้อมให้บริการ ในจำนวน ๕๕๓ ทีม เป็นโรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๓๖๓ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๖๔ และเป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๙๐ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๓๖ กล่าวคือ คลินิกหมอครอบครัวมีการเปิดให้บริการในพื้นที่เขตเมืองมากขึ้น ซึ่งมีนโยบายจะขับเคลื่อนชุมชนเมืองให้เห็นผลภายใน ๓-๕ ปี



ที่มา : นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง
รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

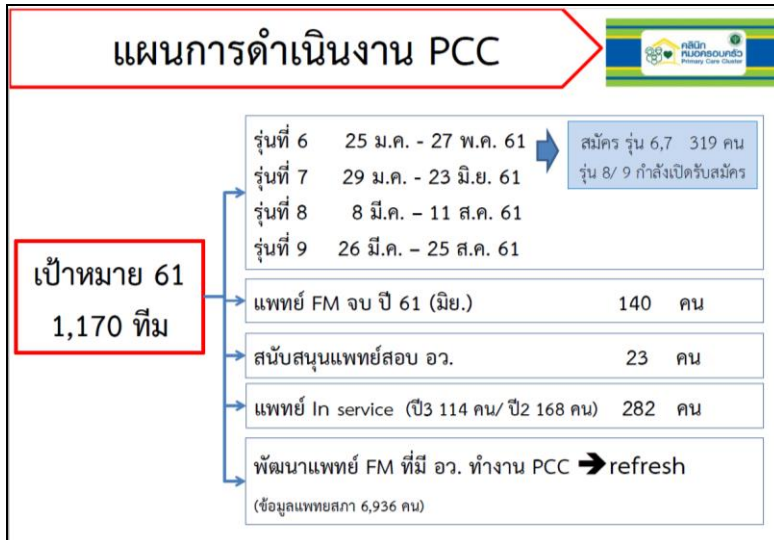


ที่มา : นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง
รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

แผนการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑) การจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในทีมหมอครอบครัว ซึ่งในปี ๒๕๖๑ ตั้งเป้าหมายให้มีทีมหมอครอบครัว จำนวน ๑,๑๗๐ ทีม โดยวิธีดังนี้

(๑) แพทย์ที่ปฏิบัติอยู่แล้ว และเข้าอบรมระยะสั้น ซึ่งที่ผ่านมาเปิดอบรมไปแล้ว ๕ รุ่น ได้แพทย์ที่ผ่านการอบรม จำนวน ๕๐๐ คน ในปี ๒๕๖๑ นี้เปิดอบรม จำนวน ๔ รุ่น รุ่นละ ๑๐๐ คน ซึ่งมีแพทย์ให้ความสนใจจำนวนมาก



ที่มา : นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง
รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

(๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่จบหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวโดยตรง ในปี ๒๕๖๑ มีจำนวน ๑๔๐ คน

(๓) แพทย์ที่จบการศึกษานานแล้วมาสอบอนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๒๓ คน

(๔) แพทย์ In Service Training เป็นแพทย์จบใหม่ แล้วสมัครเข้าโครงการการปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๒๘๒ คน

(๕) พัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีอนุมัติบัตรทำงานด้านปฐมภูมิอยู่แล้วมาอบรมใหม่

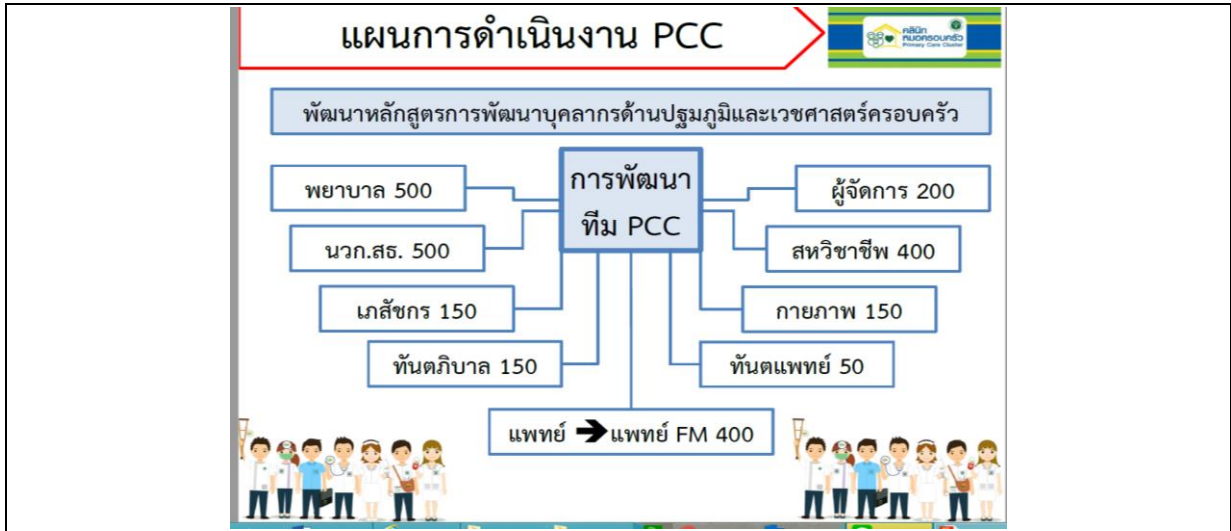
(๖) จ้างแพทย์เกษียณอายุ ซึ่งมีลักษณะเป็นการจ้างแบบต่ออายุราชการ ครั้งละ ๒ ปี โดยมีการประเมินการปฏิบัติงาน

จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ ๑,๑๗๐ ทีม คาดว่าปี ๒๕๖๑ จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียงพอ แต่ที่ต้องพิจารณา คือ แรงจูงใจ และเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานได้

๒) พัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพด้านปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เกษีกร ทันตภิบาล สหสาขาวิชาชีพ นักกายภาพ ทันตแพทย์ และผู้จัดการ (PCC Manager) โดยพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน

๓) การติดตามประเมินผลใน ๔ ส่วน คือ แพทย์อบรมระยะสั้น การต่ออายุแพทย์เกษียณอายุ การประเมินนโยบาย และการประเมินคุณภาพระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๔) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และกลไกการจ่ายเงิน



ที่มา : นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง
รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

ปัญหาอุปสรรค

- ๑) การสร้างความเข้าใจกับทุกระดับเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน
 - (๑) ระดับบริหาร ได้แก่ รัฐบาล สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง สภาวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อจะได้เห็นกรอบภาระงาน
 - (๒) ระดับปฏิบัติการ ให้มีความเข้าใจตรงกันว่า การเพิ่มเจ้าหน้าที่ในระบบการแพทย์ปฐมภูมิลงไปในพื้นที่เป็นการช่วยเหลือประชาชน ไม่ได้เป็นการแย่งบทบาทหน้าที่ใด ๆ ปัญหาในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวที่ลงไปปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่เดิมในพื้นที่ ซึ่งอาจเกิดจากความเข้าใจไม่ตรงกันในการทำงาน จึงมีหลักสูตรพัฒนาทีมเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน
 - (๓) ระดับประชาชน ประชาชนขาดความมั่นใจในคลินิกหมอครอบครัว
- ๒) ปัญหาแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงาน ควรสร้างแรงจูงใจแก่แพทย์และทีมหมอครอบครัว ทั้งค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในอาชีพ เช่น กลุ่มวิชาชีพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นแพทย์เชี่ยวชาญสาขาใหม่ ค่าตอบแทนไม่ควรน้อยกว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น และลดความเหลื่อมล้ำในวิชาชีพต่าง ๆ ในทีมหมอครอบครัว
- ๓) งบประมาณในการบริหารจัดการ เนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวเป็นงานที่ต้องเดินทางลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น ค่าน้ำมันในการเดินทาง ที่ผ่านมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณ จำนวน ๒๔๐ ล้านบาท โดยจัดสรรให้กรุงเทพมหานคร จำนวน ๔๐ ล้านบาท และกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒๐๐ ล้านบาท เป็นงบประมาณที่จัดสรรให้แก่ทีมหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนและจัดสรรให้ตามผลงานสำหรับ ๕๕๓ ทีม ซึ่งก็ยังไม่เพียงพอเท่าที่ควร

ระบบสนับสนุน โดยเฉพาะระบบการจ่ายเงินลงพื้นที่ ซึ่งงบประมาณจะถูกใช้ไปกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทำให้งบประมาณที่จะดูแลเรื่องปฐมภูมิ ส่งเสริมป้องกันโรคลดน้อยลง

๓.๘ สรุปข้อมูลจากการเดินทางลงพื้นที่ไปศึกษาดูงาน ณ หน่วยงานปฏิบัติ หรือหน่วยบริการ ผู้ให้บริการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

คณะกรรมการการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำรายงาน การพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้เดินทางลงพื้นที่ไปศึกษาดูงาน การดำเนินการระบบการแพทย์ปฐมภูมิในหลากหลายรูปแบบ ภายใต้บริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน ทั้งในแง่ พื้นที่ ประชากร วิธีการบริหารจัดการ และพฤติกรรมมารับบริการของประชาชน ซึ่งสามารถแบ่ง ออกเป็น ๓ บริบท ดังนี้

๓.๘.๑ ระบบการแพทย์ปฐมภูมิภายใต้บริบทเขตเมืองใหญ่

ด้วยความหลากหลายของบริบทพื้นที่ที่มีทั้งชุมชนในลักษณะเช่นเดียวกับชุมชน ในต่างจังหวัดและชุมชนเมืองหลวง (สังคมแบบบ้านมีรั้ว) รวมทั้งระบบการบริการสาธารณสุขซึ่งบริการ จัดการโดยกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการปกครองรูปแบบพิเศษที่แตกต่างจากพื้นที่จังหวัดอื่น กล่าวคือ ไม่มีหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิของรัฐในระดับตำบลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ถูกกลืนแทนที่ด้วย “คลินิก” ซึ่งเป็นหน่วยบริการของภาคเอกชน ดังนั้น รูปแบบการ ดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จึงเป็นลักษณะของหน่วยบริการเอกชนร่วม จัดบริการ หรือหน่วยบริการสังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมจัดบริการ โดยมีการกำหนด พื้นที่และประชากรให้รับผิดชอบชัดเจน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น

๓.๘.๑.๑ กรุงเทพมหานคร

หน่วยปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ศูนย์บริการ สาธารณสุข จำนวน ๖๘ แห่ง โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๓ แห่ง คลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน ๑๖๔ แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดสภาวิชาชีพไทย จำนวน ๑ แห่ง

โดยใช้แนวคิดของระบบเครือข่ายร่วมรัฐ-เอกชน (Public-Private Partnership : PPP) พร้อมทั้งการใช้ทรัพยากรและการทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่โดยการแบ่งพื้นที่ ร่วมกันทำงาน เพื่อเชื่อมโยงกับทีมงานปฐมภูมิเดิม ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพการให้บริการ ต่อประชาชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ทั้งนี้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพเพื่อการเชื่อมโยงการ รักษาพยาบาล

รูปแบบการบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้สร้างระบบเครือข่าย การทำงานแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้จัดการพื้นที่ (Area Manager) สร้างระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลตามระบบแม่ข่าย ทั้งนี้ในระบบปฐมภูมิสร้าง เครือข่ายระหว่างหน่วยงาน คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกทันตกรรม และร้านยา โดยหน้าที่ของผู้จัดการพื้นที่จัดการบริหารเครือข่ายบริการทั้ง การรักษาพยาบาลและการสร้างเสริม สุขภาพ เพื่อการทำงานเชิงรุกในระดับชุมชน พร้อมทั้งบทบาทกำกับพัฒนาคุณภาพงานบริการ การรักษาระดับปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพให้ไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ สร้างรูปแบบการทำงานร่วมกับหน่วยบริการภาคเอกชนเพื่อจัดงานบริการเชิงรุกในชุมชน ในพื้นที่ กรุงเทพมหานครมีการจัดระบบคลินิกหมอครอบครัว โดยเขตพื้นที่นำร่อง ๔ เขต ได้แก่

- ๑) พื้นที่เขต ๓ บางกอกน้อย โดยศูนย์สาธารณสุข ๓๐ เป็นหน่วยปฐมภูมิ
- ๒) พื้นที่เขต ๔ จอมทอง โดยศูนย์สาธารณสุข ๒๙ เป็นหน่วยปฐมภูมิ

๓) พื้นที่เขต ๖ ลาดพร้าว โดยศูนย์สาธารณสุข ๖๖ เป็นหน่วยปฐมภูมิ

๔) พื้นที่เขต ๘ ดอนเมือง โดยศูนย์สาธารณสุข ๖๐ เป็นหน่วยปฐมภูมิ

การจัดการของเครือข่ายการแพทย์ปฐมภูมิ มีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรมและหน่วยร่วมบริการประเภทอื่นๆ เช่น แผนไทย กายภาพบำบัด ดำเนินการบริการตามรายการที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ กทม. ส่วนร้านยากำหนดให้บริการงานเติมยา (Refill) การคัดกรองความเสี่ยงโรคและรายการอื่น ๆ หรือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กทม. กำหนด และจัดการระบบการส่งต่อให้กับโรงพยาบาลรับส่งต่อ หน่วยบริการประจำและโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีการสร้างระบบข้อมูลสุขภาพเชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายปฐมภูมิ โดยเชื่อมโยงกับการแพทย์ทุติยภูมิ ตติยภูมิ การส่งต่อโดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Referral System) และระบบ Line Application ตามสิทธิการรักษาพยาบาล

หน่วยบริการที่ให้บริการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓ แห่ง โรงพยาบาลรัฐ สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๘ แห่ง โรงพยาบาลรัฐ สังกัดอื่น ๆ จำนวน ๑๔ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๒๐ แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน ๖๘ แห่ง คลินิกชุมชนอบอุ่น จำนวน ๑๗๒ แห่ง

ในแต่ละปีกรุงเทพมหานครใช้เงินงบประมาณ (ที่มาของเงินที่ใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย เงินงบประมาณ เงินนอกงบประมาณ และเงินอุดหนุนรัฐบาล) ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขประมาณ ๑๖,๘๐๐ ล้านบาท วงเงินจำนวนดังกล่าวเป็นเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ จำนวน ๔,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ ล้านบาท แต่ต้องใช้เงินนอกงบประมาณในการดำเนินงานประมาณ ๒ เท่าของเงินงบประมาณ ซึ่งเงินนอกงบประมาณที่มาจากเงินบำรุงสถานพยาบาล เงินที่ได้จากสำนักงานประกันสังคม เงินที่ได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเงินอื่น ๆ ปัจจุบันมีเงินจากโครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีเฉพาะสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร บางแห่งที่รับดำเนินการให้กับแรงงานต่างด้าว

ปัจจุบันกรุงเทพมหานครไม่สามารถออกแบบการดำเนินงาน Primary Care Cluster (PCC) แบบใดแบบหนึ่งที่ชัดเจนให้กับเขตพื้นที่ของกรุงเทพมหานครทั้ง ๕๐ เขตได้ ทั้งที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) ได้เริ่มดำเนินการแล้ว โดยมอบหมายให้ผู้อำนวยการเขตพื้นที่แต่ละเขตพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี นอกจากนี้กรุงเทพมหานครยังได้เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ซึ่งปี ๒๕๖๑ เป็นปีแรกที่จะมีเงินกองทุนของกรุงเทพมหานครเป็นเงินกองทุนขนาดใหญ่ ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๓๖๐ ล้านบาท คิดเป็นเงิน ๔๕ บาทต่อหัวประชากร กรุงเทพมหานครจะต้องจ่ายเงินเข้าร่วมกองทุนดังกล่าวอีกประมาณ ๒๒๗ ล้านบาท ตามเงื่อนไขซึ่งกำหนดให้สอดคล้องกับบริบทของกรุงเทพมหานคร

ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ๑ ศูนย์ ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน ๑ - ๒ คน พยาบาล จำนวน ๑๐ คน ทันตแพทย์ จำนวน ๑-๒ คน และมีทีมงานออกไปดำเนินงานในพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ หากเกิดโรคระบาดในชุมชนจะมีการตรวจหาจนพบผู้ป่วยที่เป็นต้นเหตุของการเกิดโรค เพื่อดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรฐานต่อไป ทั้งนี้การดำเนินงานของศูนย์บริการ

สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรทำให้การดูแลในบางพื้นที่ไม่ทั่วถึง เช่น สถานที่ เป็นคอนโดมิเนียมหรือบ้านจัดสรร กลุ่มนี้จะไม่มีความร่วมมือที่ร่วมกับกรุงเทพมหานครในการเข้ารับ การอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นตัวแทนในการดูแลประชาชนที่อยู่ในสถานที่ดังกล่าว

นโยบายการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster (PCC) เป็นประโยชน์ อย่างมาก หากสามารถทำให้เกิดการร่วมมือระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชน (Public Private Partnership: PPP) มีการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ มีการแบ่งพื้นที่ ร่วมกันทำงาน เพื่อพัฒนาต่อยอดเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม ทั้งนี้ หากสามารถสร้างความมั่นใจ ในคุณภาพการให้บริการและการมีส่วนร่วมของประชาชนจะทำให้ลดความแออัดในการเข้ารับบริการ ยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ลงได้ แต่การดำเนินการตามนโยบาย Primary Care Cluster (PCC) จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ยากมาก ดังนั้น แนวคิดการดำเนินการตามนโยบาย Primary Care Cluster (PCC) ในกรุงเทพมหานครจึงต้องเลือก บางเขตพื้นที่ เพื่อศึกษาต้นแบบ กรุงเทพมหานครจึงเลือก ๔ เขตพื้นที่ เป็นพื้นที่นำร่อง โดยมอบหมาย ให้สำนักงานมัยเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลรับผิดชอบการดำเนินงานดังกล่าว

การดำเนินการตามนโยบาย Primary Care Cluster (PCC) ของกระทรวง สาธารณสุข ได้กำหนดให้ ๑ cluster ประกอบด้วย ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓ ทีม ให้การดูแล รับผิดชอบประชากรประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เนื่องจากในแต่ละเขตพื้นที่ของกรุงเทพมหานครจะมีผู้ร่วม ให้บริการที่เป็นคลินิกปฐมภูมิหรือคลินิกอบอุ่นเป็นหลัก กรุงเทพมหานครจะดูแลในส่วนของภาค ราชการประมาณ ร้อยละ ๓๐ ส่วนคลินิกชุมชนอบอุ่นประมาณ ร้อยละ ๗๐ เพราะฉะนั้นการออกแบบ การดำเนินงานตามนโยบาย Primary Care Cluster (PCC) ของกรุงเทพมหานครจึงได้มีการหารือร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเบื้องต้นได้มีการดำเนินการนำร่อง ๔ เขตพื้นที่ โดยศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นระดับปฐมภูมิถือว่าเป็น Area Manager ซึ่งเปรียบเสมือนโรงพยาบาลชุมชนแต่ไม่มีเตียงผู้ป่วย มีคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งเป็น ผู้ให้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่เดียวกันมีบางช่วงที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึง บริการบางอย่างได้ จึงมีแนวคิดที่จะนำคลินิกเวชกรรมทั่วไป คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกทันตกรรม และ ร้านยา เข้ามาร่วมให้บริการประชาชน โดยเชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละหน่วยบริการย่อย (Node) จะมีโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการเชื่อมโยง การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ประเด็นสำคัญที่มีการหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นแรก คือ การบูรณาการงบประมาณและกระจายงบประมาณ อย่างเหมาะสม มีการจ่ายเงินให้หน่วยบริการนอกสมทบ เช่น ร้านยา คลินิกทันตกรรม คลินิกอบอุ่น การดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้มี การจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างกรุงเทพมหานคร กระทรวง สาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

เขตพื้นที่นำร่อง ๔ เขต ในการดำเนินการ Primary Care Cluster (PCC) ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ แยกตามประเภทบริการ (UC & non UC) ประกอบด้วย

๑) เขตจอมทอง มีประชากรที่รับผิดชอบ จำนวน ๕๘,๕๙๙ คน ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ โรงพยาบาลบางมด โรงพยาบาลบางขุนเทียน และมีตรชุมชนคลินิกเวชกรรม

๒) เขตบางกอกน้อย มีประชากรที่รับผิดชอบ จำนวน ๓๒,๐๐๐ คน ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลวิชัยเวช

๓) เขตดอนเมือง มีประชากรที่รับผิดชอบ จำนวน ๗๘,๐๐๐ คน ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ คลินิกเปรมประชากรแพทย์ คลินิกเฮนเนอร์รัชนิทร คลินิกกานพคลินิกเวชกรรม คลินิกวิภาวดี ๔๙ คลินิกเรือพระร่วงสาขา ๓ คลินิกเรือพระร่วงสาขา ๔ และคลินิกธรรมศวรรณ

๔) เขตลาดพร้าว ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ คลินิกโพธิ์สุวรรณ คลินิกเรือพระร่วงสาขา ๕ เสนานิเวศน์คลินิกเวชกรรม ธรรมศวรรณคลินิกเวชกรรม และสหคลินิกคลาดบัว

ผู้จัดการพื้นที่ (Area Manager) มีหน้าที่ในการบริหารเครือข่ายบริการ ทั้งผู้ป่วยนอก (OP) และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (PP) จัดสรรประชากรเป้าหมายในพื้นที่ อย่างชัดเจนให้กับคลินิกชุมชนอบอุ่นในพื้นที่ เพื่อให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรคเชิงรุกและการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เชิงรุกในชุมชน (PP community) ดำเนินการกำกับพัฒนาคุณภาพ บริการผู้ป่วยนอก (OP) ระดับปฐมภูมิ และบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (PP) ให้ได้ผลงานตาม เป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ โดยทำงานแบบเครือข่ายร่วมกับหน่วยบริการภาคเอกชน เพื่อให้บริการ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเชิงรุกในชุมชน

คลินิกชุมชนอบอุ่น มีหน้าที่ในการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก (OP) และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (PP) ในหน่วยบริการ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (PP) นอกพื้นที่หรือจำนวนประชากรที่ได้รับการจัดสรรจากศูนย์บริการสาธารณสุข และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค PP เชิงรุก ในพื้นที่ที่ได้รับการจัดสรรประชากรจากศูนย์บริการสาธารณสุข

หน่วยบริการประจำ (Family Care Team) ในพื้นที่หน่วยร่วมให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (PP) ทำหน้าที่ในการให้บริการตามหลักเกณฑ์ Family Care Team ให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (PP) เชิงรุก

คลินิกเวชกรรมหรือคลินิกทันตกรรมที่ผ่านเกณฑ์หน่วยร่วมให้บริการ ทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) หรือทันตกรรม ตามรายการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครกำหนด

หน่วยร่วมบริการประเภทอื่น ๆ เช่น แผนกไทย กายภาพบำบัด ทำหน้าที่ ให้บริการตามรายการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครกำหนด

ร้านยา ทำหน้าที่ให้บริการจ่ายยาในกรณีที่ยาหมด (Refill) คัดกรอง ความเสี่ยงและรายการอื่น ๆ หรือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครกำหนด

โรงพยาบาลรับส่งต่อหน่วยบริการประจำ ทำหน้าที่บริการรักษาพยาบาล ให้กับหน่วยบริการเครือข่าย โดยเฉพาะบริหารระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่จัดทำฐานประชากรของระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ประกอบด้วย ประชากรที่มีทะเบียนบ้านในพื้นที่ดำเนินการและประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่อยู่ในเครือข่ายระบบการแพทย์ปฐมภูมิ รวมทั้งจัดทำระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลประชากรกับข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (PP) เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการได้เห็นข้อมูลของประชากรที่มีสิทธิไปรับบริการและเป็นข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้ในการจ่ายเงิน ค่าชดเชยให้หน่วยบริการนั้น ๆ

การเชื่อมโยงการให้บริการระหว่างการแพทย์ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ ประกอบด้วย

๑) มีการส่งต่อโดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E – Referral System) ของ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกับคลินิกชุมชนอบอุ่น

๒) การเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขกับ คลินิกชุมชนอบอุ่นประสานงานกันทาง Line Application

๓) การส่งต่อของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่าง ศูนย์บริการสาธารณสุขกับโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ส่งต่อตามเครือข่าย โดยใช้แบบตรงบัตร และตามสิทธิ

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมให้บริการในเขตพื้นที่นำร่อง ๔ เขต ประกอบด้วย หน่วยร่วมบริการด้านทันตกรรม จำนวน ๔ แห่ง หน่วยร่วมบริการด้านเวชกรรม จำนวน ๒ แห่ง โดยเขตลาดพร้าวมีหน่วยร่วมทันตกรรม จำนวน ๑ แห่ง เขตดอนเมือง มีหน่วยร่วมเวชกรรม จำนวน ๑ แห่ง และหน่วยร่วมทันตกรรม จำนวน ๑ แห่ง เขตบางกอกน้อย มีหน่วยร่วมทันตกรรม จำนวน ๒ แห่ง และเขตจอมทองมีหน่วยร่วมเวชกรรม จำนวน ๑ แห่ง

กลไกสนับสนุนงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิโดยงบประมาณร้อยละ ๗๐ เป็นการจ่ายเพื่อชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการร่วมให้บริการ (คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม และการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (PP)) และชดเชยบริการแบบ Fee Schedule ส่วนงบประมาณอีกร้อยละ ๓๐ จ่ายตามผลงานและเกณฑ์คุณภาพให้กับหน่วยบริการประจำ ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่เป็น Area Manager และหน่วยบริการที่เข้าร่วมบริการการแพทย์ปฐมภูมิ โดยจ่ายตาม ผลงานตัวชี้วัดที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินการแพทย์ปฐมภูมิ จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น จำนวน ๔๐ ล้านบาท แบ่งเป็น ๒ ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ (๒๘ ล้านบาท) จ่ายตามรายการ บริการหรือตามผลงานบริการ ที่เพิ่มขึ้นของ PCC เป้าหมาย ทั้งนี้ ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ ที่ร่วมให้บริการได้ เพื่อชดเชยบริการ เป็นการจ่ายให้กับหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเวชกรรมและ ด้านทันตกรรม โดยชดเชยบริการแบบ Fee Schedule ซึ่งบริการที่ดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีสิทธิ หรือมีที่อยู่ในเขตพื้นที่นำร่อง ประกอบด้วย ๑. ด้านเวชกรรม เป็นการตรวจรักษาทั่วไป ๒. ด้านทันตกรรม เป็นการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ขูดหินปูนทั้งปาก ถอนฟัน และอุดฟัน ๓. ด้านสร้างเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรค เป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน การตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูก (Pap smear) และคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)

ส่วนที่ ๒ ไม่เกินร้อยละ ๓๐ (๑๒ ล้านบาท) จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ ผลงานตามตัวชี้วัดด้านต่าง ๆ ดังนี้

๑) ด้านที่ ๑ ความครอบคลุมหรือกระบวนการ (ร้อยละ ๔๐ จำนวน ๔.๘ ล้านบาท) จ่ายให้หน่วยบริการประจำทุกแห่งในพื้นที่นำร่อง ตามตัวชี้วัด ดังนี้

(๑) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตาม เกณฑ์ เป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ ๖๘

(๒) ร้อยละของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) เป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ ๗

(๓) จำนวนการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูกรายใหม่ (ตรวจเอง หรือติดตามผล lab มาบันทึก) เป้าหมายอย่างน้อย ๓๐๐ รายต่อแสนประชากร

๒) ด้านที่ ๒ ด้านคุณภาพ (ร้อยละ ๓๐ จำนวน ๓.๖ ล้านบาท) จ่ายให้ หน่วยบริการประจำทุกแห่งในพื้นที่นำร่อง ตามตัวชี้วัด ดังนี้

(๑) การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควร ควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC – Ambulatory Care Sensitive Condition) ในโรคเบาหวาน (DM) เป้าหมายลดลงไม่น้อยกว่า ๔.๖ ต่อแสนประชากร

๓) ด้านที่ ๓ ด้านบทบาทของ Area Manager (ร้อยละ ๓๐ จำนวน ๓.๖ ล้านบาท) จ่ายให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ Area Manager ตามตัวชี้วัด ดังนี้

(๑) มีการประชุมร่วมระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุข (Area manager) และหน่วยบริการในพื้นที่ เป้าหมายอย่างน้อย ๔ ครั้งต่อปี

(๒) มีการนิเทศหน่วยบริการในเครือข่าย อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี เป้าหมายอย่างน้อย ๑ ครั้ง ต่อแห่งต่อปี

(๓) มีการแบ่งประชากรเป้าหมายในพื้นที่ชัดเจน เป้าหมายเป็น หลักฐานแสดงการแบ่งพื้นที่ให้หน่วยบริการในเครือข่ายรับผิดชอบ

ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้

ปี ๒๕๖๐ เกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์ (ANC) เป้าหมายร้อยละ ๖๘

- เขตลาดพร้าว ดำเนินการได้ ร้อยละ ๗๗.๗๘
- เขตดอนเมือง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๘๓.๙๓
- เขตบางกอกน้อย ดำเนินการได้ ร้อยละ ๔๐.๐๐
- เขตจอมทอง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๖๖.๒๕

ปี ๒๕๖๑ เกณฑ์คุณภาพ ANC เป้าหมายร้อยละ ๖๘

- เขตลาดพร้าว ดำเนินการได้ ร้อยละ ๘๔.๒๑
- เขตดอนเมือง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๘๐.๐๐
- เขตบางกอกน้อย ดำเนินการได้ ร้อยละ ๘๔.๖๒
- เขตจอมทอง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๕๙.๒๖

ปี ๒๕๖๐ เกณฑ์คุณภาพ Metabolic Screening เป้าหมายร้อยละ ๗

- เขตลาดพร้าว ดำเนินการได้ ร้อยละ ๓.๘๘
- เขตดอนเมือง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๓.๐๗
- เขตบางกอกน้อย ดำเนินการได้ ร้อยละ ๓.๗๗
- เขตจอมทอง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๙.๐๙

ปี ๒๕๖๑ เกณฑ์คุณภาพ Metabolic Screening เป้าหมายร้อยละ ๗

- เขตลาดพร้าว ดำเนินการได้ ร้อยละ ๔.๔๘
- เขตดอนเมือง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๓.๔๘
- เขตบางกอกน้อย ดำเนินการได้ ร้อยละ ๔.๐๖
- เขตจอมทอง ดำเนินการได้ ร้อยละ ๘.๙๑

ปี ๒๕๖๐ เกณฑ์คุณภาพมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) เป้าหมาย ๓๐๐ ราย

ต่อแสนประชากร

- เขตลาดพร้าว ดำเนินการได้ ๔๐๘ รายต่อแสนประชากร
- เขตดอนเมือง ดำเนินการได้ ๕๒๘ รายต่อแสนประชากร
- เขตบางกอกน้อย ดำเนินการได้ ๓๕๐ รายต่อแสนประชากร
- เขตจอมทอง ดำเนินการได้ ๖๒๔ รายต่อแสนประชากร

ปี ๒๕๖๑ เกณฑ์คุณภาพ Pap Smear เป้าหมาย ๓๐๐ รายต่อแสนประชากร

- เขตลาดพร้าว ดำเนินการได้ ๒๗๖ รายต่อแสนประชากร
- เขตดอนเมือง ดำเนินการได้ ๓๓๕ รายต่อแสนประชากร
- เขตบางกอกน้อย ดำเนินการได้ ๒๘๕ รายต่อแสนประชากร
- เขตจอมทอง ดำเนินการได้ ๔๓๑ รายต่อแสนประชากร

ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ เกณฑ์คุณภาพการประชุมร่วม เป้าหมาย ๔ ครั้งต่อปี

- เขตลาดพร้าว ดำเนินการได้ ๑ ครั้ง
- เขตดอนเมือง ดำเนินการได้ ๑ ครั้ง
- เขตบางกอกน้อย ดำเนินการได้ ๑ ครั้ง
- เขตจอมทอง ดำเนินการได้ ๑ ครั้ง

ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑ เกณฑ์คุณภาพการแบ่งประชากร เป้าหมาย ๑ ครั้งต่อปี

- เขตลาดพร้าว ดำเนินการได้ ๑ ครั้ง
- เขตดอนเมือง ดำเนินการได้ ๑ ครั้ง
- เขตบางกอกน้อย ดำเนินการได้ ๑ ครั้ง
- เขตจอมทอง ดำเนินการได้ ๑ ครั้ง

อัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสำนักงานมัย ประกอบด้วย

- ๑) แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาดุษฎีบัณฑิตกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๑๐ คน
- ๒) แพทย์ผ่านการสอบอนุมัติบัตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๒๓ คน
- ๓) แพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้น Short Course PCC จำนวน ๙ คน

- ๔) แพทย์อยู่ระหว่างอบรมระยะสั้น Short Course PCC จำนวน ๑ คน
(รวมอัตรากำลังแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๔๓ คน)
- ๕) แพทย์ทั่วไปและแพทย์สาขาอื่น ๆ จำนวน ๔๕ คน
- ๖) แพทย์ห้วงเวลา จำนวน ๑๙๙ คน (รวมอัตรากำลังแพทย์ทั้งสิ้น

จำนวน ๒๘๗ คน)

อัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสำนักงานแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ ที่ได้รับอนุมัติบัตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๕๓ คน เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอนามัยชุมชน จำนวน ๖ คน

โครงการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้การปฏิบัติงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ ประกอบด้วย

- ๑) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 - ๒) สำนักอนามัย (ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน ๕ แห่ง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๐ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๑ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ และศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘)
 - ๓) สำนักงานแพทย์ (โรงพยาบาลราชพิพัฒน์)
- เป้าหมาย คือ การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสังกัดกรุงเทพมหานคร ปีละ ๑๐ คน ระยะเวลา ๑๐ ปี รวม ๑๐๐ คน

การดำเนินการตามนโยบาย Primary Care Cluster (PCC) ประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยการทำงานแบบประชารัฐในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดำเนินงาน มีดังนี้

- ๑) จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบมีไม่เพียงพอ แนวทางการดำเนินงาน คือ การพัฒนาศักยภาพระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรุงเทพมหานคร ให้การสนับสนุนแก่ผู้เกี่ยวข้อง ให้มีการสนับสนุนการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งการปรับปรุงอัตรากำลังด้านสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามข้อกำหนดระบบการแพทย์ปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข
- ๒) คลินิกชุมชนอบอุ่น (ภาคเอกชน) จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบมีไม่เพียงพอ แนวทางการดำเนินงาน คือ การพัฒนาศักยภาพระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรุงเทพมหานคร ให้การสนับสนุนแก่ผู้เกี่ยวข้องให้มีการสนับสนุนการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- ๓) หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิมีไม่เพียงพอ แนวทางการดำเนินงาน คือ การเพิ่มหน่วยบริการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคเอกชน เช่น คลินิกเวชกรรม ร้านยา เป็นต้น
- ๔) หน่วยบริการรับส่งต่อระดับทุติยภูมิไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อและรับกลับ แนวทางการดำเนินงาน คือ การเพิ่มโรงพยาบาลรับส่งต่อในระดับทุติยภูมิ โดยเน้นทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบัน

**ปัญหาอุปสรรคและการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิของ
ศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย**

๑) ด้านผู้รับบริการ

ผู้รับบริการยังไม่ทราบว่าระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (PCC) คืออะไร มีหน่วยใดให้บริการ การดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิ มีประโยชน์อย่างไรต่อประชาชน

๒) ด้านผู้ให้บริการ

(๑) การทำงานระหว่างเครือข่ายภาครัฐและเอกชนมีความซับซ้อน เนื่องจากมีระบบการทำงานที่แตกต่างกัน

(๒) การใช้งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จ่ายมายังไม่สามารถจูงใจภาคเอกชนให้เข้าร่วมดำเนินงานกับภาครัฐ

(๓) จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และ นักวิชาการสาธารณสุข มีจำนวนไม่เพียงพอ

ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวขั้นต่ำของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

๑) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม สัดส่วน แพทย์ ๑ คนต่อประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน จำนวน ๑ ทีม รวม ๓ คน

๒) พยาบาลหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ สัดส่วนพยาบาล ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๒,๕๐๐ คน จำนวน ๔ ทีม รวม ๑๒ คน

๓) ทันตแพทย์ สัดส่วนทันตแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๓๐,๐๐๐ คน จำนวน ๑ ทีม รวม ๑ คน

๔) ทันตภิบาล สัดส่วนทันตภิบาล ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน จำนวน ๑ ทีม รวม ๓ คน

๕) เภสัชกร สัดส่วนเภสัชกร ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๓๐,๐๐๐ คน จำนวน ๑ ทีม รวม ๑ คน

๖) เจ้าพนักงานเภสัชกรรม สัดส่วนเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน จำนวน ๑ ทีม รวม ๓ คน

๗) นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข สัดส่วน นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ๑ คนต่อประชากร จำนวน ๒,๕๐๐ คน จำนวน ๔ ทีม รวม ๑๒ คน

๘) แพทย์แผนไทย สัดส่วนแพทย์แผนไทย ๑ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน จำนวน ๑ ทีม รวม ๓ คน

๙) กายภาพบำบัด สัดส่วนกายภาพบำบัด ๑ คนต่อประชากร จำนวน ๓๐,๐๐๐ คน จำนวน ๑ ทีม รวม ๑ คน

รวมบุคลากรทั้งสิ้น จำนวน ๓๙ คน

ทีมคลินิกหมอครอบครัวสำนักอนามัย ประกอบด้วย

๑) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม สัดส่วน แพทย์ ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ มีแพทย์ จำนวน ๑ คน

ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ มีแพทย์ จำนวน ๑ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ มีแพทย์ จำนวน ๑ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ มีแพทย์ จำนวน ๑ คน รวม ๔ คน

๒) พยาบาลหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ สัดส่วนพยาบาล ๑ คน ต่อ ประชากร จำนวน ๕,๐๐๐ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ มีพยาบาล จำนวน ๔ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ มีพยาบาล จำนวน ๗ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ มีพยาบาล จำนวน ๕ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ มีพยาบาล จำนวน ๖ คน รวม ๒๒ คน

๓) ทันตแพทย์ สัดส่วนทันตแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ มีทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ มีทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ มีทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ มีทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน รวม ๔ คน

๔) เภสัชกร สัดส่วนเภสัชกร ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ มีเภสัชกร จำนวน ๑ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ มีเภสัชกร จำนวน ๑ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ มีเภสัชกร จำนวน ๑ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ มีเภสัชกร จำนวน ๑ คน รวม ๔ คน

๕) นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข สัดส่วน นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ๑ คน ต่อประชากร จำนวน ๕,๐๐๐ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ มีนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน ๒ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ มีนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน ๕ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ มีนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน ๓ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๖ มีนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน ๒ คน

การแบ่งส่วนราชการของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลคลองสามวา โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลบางนา โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินิโรรุทิศ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เอราวัณ) สำนักงานเลขานุการ และสำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์

เปรียบเทียบจำนวนเตียงของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

๑) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ จำนวน ๘ แห่ง มีจำนวน ๒,๐๔๙ เตียง

๒) โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร จำนวน ๔๗ แห่ง (รวมโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์) มีจำนวน ๑๙,๙๓๓ เตียง

๓) โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๐๓ แห่ง มีจำนวน ๑๔,๑๙๒ เตียง

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ จำนวน ๘ แห่ง มีจำนวน ๒,๐๔๙ เตียง เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครทั้งหมด ๑๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖ หากเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐ จำนวน ๓๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellent Center) ประกอบด้วย

- ๑) โรงพยาบาลกลาง ประกอบด้วย ศูนย์จักษุวิทยา ศูนย์โรคกระดูกและข้อ และศูนย์โรคมะเร็ง
- ๒) โรงพยาบาลตากสิน ประกอบด้วย ศูนย์เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ศูนย์เบาหวาน ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม และศูนย์ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
- ๓) โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประกอบด้วย ศูนย์ตรวจรักษาและผ่าตัดผ่านกล้อง ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์ฟื้นฟู และศูนย์โรคหัวใจ

๓.๘.๑.๒ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สังกัดกรมการแพทย์ทหารอากาศ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ถือเป็นหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานด้านการแพทย์ระบบปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จนกลายเป็นต้นแบบของการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีการสร้างกลไกการกระจายความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนไปยังหน่วยบริการเอกชน (คลินิก) ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่าย ซึ่งถือเป็นระบบเครือข่ายร่วมรัฐ-เอกชน (Public-Private Partnership : PPP) โดยหน่วยบริการเอกชนทำหน้าที่เสมือนเป็นโรงพยาบาลในชุมชน สามารถรักษาคนไข้และส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณีจำเป็น และเมื่อรักษาเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ส่งกลับไปยังหน่วยบริการเอกชน (คลินิก) เพื่อติดตามผลการรักษาต่อเนื่องได้ นอกจากนี้แล้วโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชได้ดำเนินการระบบรับและส่งผู้ต่อผู้ป่วยกับคลินิกเครือข่ายโดยใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย (E-Referral System) เป็นนวัตกรรมบริการ “ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยออนไลน์ผ่านระบบคลาวด์” โดยได้รับความร่วมมือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรุงเทพมหานคร ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ หรือ (NECTEC) สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) หรือ (EGA)

ปัจจุบันเมื่อประชาชนเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผ่านระบบการส่งต่อของคลินิกเครือข่าย ผู้รับบริการไม่ต้องถือเอกสารการส่งต่อใด ๆ มายื่นที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยลดระยะเวลาในการทางธุรการ การรอคอยเพื่อเข้ารับการรักษาที่สำคัญผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องกลับไปรับใบส่งตัวที่คลินิก โดยคลินิกตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและอนุมัติสิทธิผ่านระบบสารสนเทศ รวมทั้งการติดตามผลการรักษาตามที่แพทย์นัดหมายสามารถเข้ารับบริการที่ห้องตรวจได้โดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการตรวจสอบสิทธิการรักษาทางเวชระเบียนแต่อย่างใด

ปัญหาและอุปสรรค

นโยบายการดำเนินงานการให้บริการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ยังไม่มีความชัดเจนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะจากกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลทำให้การกำหนดกรอบวงเงินและการจัดสรรงบประมาณเพื่อรองรับการให้บริการของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ไม่สอดคล้องกับจำนวนของผู้รับบริการ และการให้บริการจริง

จากการลงพื้นที่ศึกษาดูงานหน่วยงานปฏิบัติ หรือหน่วยบริการผู้ให้บริการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ซึ่งมีความหลากหลายทั้งในแง่บริบทพื้นที่ สังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมการเข้ารับบริการของประชาชน จะพบว่าระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิมีความหลากหลาย แต่ทั้งนี้ต่างก็มีเป้าประสงค์ปลายทางเดียวกัน คือ การมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการของประชาชนเป็นสำคัญ

๓.๘.๑.๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาม บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

เขตบางกอกน้อยเป็นลักษณะชุมชนเมือง ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน ใส่ใจปัญหาเศรษฐกิจมากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติงานลงพื้นที่เยี่ยมบ้านประสบปัญหาไม่พบผู้พักอาศัยอยู่บ้าน พบประชากรวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ประชากรในพื้นที่มีการเคลื่อนย้ายที่พักอาศัยสูง มีแรงงานต่างด้าว และประชากรแฝงจำนวนมาก ส่วนการคมนาคมในพื้นที่มีการจราจรติดขัดบนถนนสายหลักเนื่องจากการก่อสร้างรถไฟฟ้า

เขตบางกอกน้อยมีพื้นที่ ๑๑.๔ ตารางกิโลเมตร แบ่งพื้นที่เป็น ๕ แขวง ได้แก่ แขวงบางขุนนนท์ แขวงบ้านช่างหล่อ แขวงบางขุนศรี แขวงศิริราช และแขวงอรุณอมรินทร์ มีประชากรจำนวน ๑๑๒,๔๘๓ คน ชุมชน จำนวน ๔๒ ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน ๒๔ แห่ง อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน ๒๖๐ คน โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๐ แห่ง โรงเรียนเอกชน จำนวน ๒๐ แห่ง โรงเรียนรัฐบาล จำนวน ๘ แห่ง โรงพยาบาลของรัฐ จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลวิชัยเวช คลินิกเวชกรรม จำนวน ๓๕ แห่ง คลินิกทันตกรรม จำนวน ๔๔ แห่ง คลินิกการแพทย์แผนไทย จำนวน ๘ แห่ง สหคลินิก จำนวน ๗ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน ๒๕ แห่ง

ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ(Primary Care Unit : PCU) จำนวน ๓ ทีม รับผิดชอบดูแลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาม รับผิดชอบ ๘ ชุมชน มีประชากร จำนวน ๑๐,๗๑๓ คน และดูแลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน ๑๙ ชุมชน มีประชากร จำนวน ๕๘,๙๕๙ คน รวมประชากรที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาม ดูแลทั้งหมด ๖๙,๖๗๒ คน โรงพยาบาลศิริราช รับผิดชอบ ๗ ชุมชน มีประชากร จำนวน ๙,๘๑๑ คน โรงพยาบาลวิชัยเวช รับผิดชอบ ๗ ชุมชน มีประชากร จำนวน ๑๒,๐๐๐ คน และดูแลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) จำนวน ๕ ชุมชน มีประชากร จำนวน ๒๑,๐๐๐ คน ส่วนจำนวนผู้ป่วยนอก (OPD Case) เป็นไปตามสิทธิบัตรทองของแต่ละแห่ง

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care) เป็นการให้บริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ประกอบด้วย บริการด้านการตรวจรักษาและการส่งต่อ บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้บริการส่งเสริมสุขภาพในคลินิกต่าง ๆ เช่น คลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกส่งเสริมสุขภาพสตรี คลินิกวัยทอง คลินิกครอบครัวสมานฉันท์ บริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายไปยังชุมชน บริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้กลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุดเท่าที่บุคคลพึงกระทำได้

บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ ประกอบด้วย ทีมแพทย์ ๔ คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน ๑ คน แพทย์ประจำ จำนวน ๑ คน แพทย์ห้วงเวลา จำนวน ๒ คน ทีมทันตแพทย์ จำนวน ๓ คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน ทันตภิบาล จำนวน ๑ คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน ทีมเภสัชกร จำนวน ๒ คน ประกอบด้วย เภสัชกร จำนวน ๑ คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน ๑ คน ทีมพยาบาล จำนวน ๑๒ คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑๑ คน พยาบาลเทคนิค จำนวน ๒ คน นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน ๑ คน เจ้าหน้าที่ธุรการ จำนวน ๒ คน เจ้าหน้าที่การเงิน จำนวน ๒ คน คนงาน จำนวน ๓ คน พนักงานขับรถยนต์ จำนวน ๓ คน บุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการ ๑๘ คน

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน (Health System Financing) ประกอบด้วย เงินบำรุงของศูนย์บริการสาธารณสุขตามระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๕ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยใช้ตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๕ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สปสช. ให้เพิ่มงบบริการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท และการชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายกิจกรรม (P&P Itemized) ตามแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

งบประมาณของคลินิกหมอครอบครัว หลักเกณฑ์การจ่ายเงินคลินิกหมอครอบครัว จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จำนวน ๒๘,๐๐๐,๐๐๐ บาท จ่ายตามรายการบริการ และหรือตามผลงานบริการที่เพิ่มขึ้นของคลินิกหมอครอบครัว ทั้งนี้ ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการได้ และส่วนที่ ๒ ไม่เกินร้อยละ ๓๐ จำนวน ๑๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานตามตัวชี้วัด

บริการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) คลินิกหมอครอบครัว เป็นการบริการระดับปฐมภูมิที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนได้รับมอบหมายพื้นที่ และประชาชนในการดูแลที่ชัดเจน ดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ทำการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผสานทั้ง ๕ มิติสุขภาพ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service) การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้องให้การดูแลหลากหลายมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้จนมีสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ หรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คงสุขภาพที่ดีไว้ได้ ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายการเจ็บป่วยในชุมชนได้ การดูแลลักษณะนี้ต้องอาศัยผู้ให้การดูแลที่มีความพร้อมทั้งความรู้ และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค การสร้างสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี

บทบาทของคลินิกหมอครอบครัว ดังนี้

- ๑) เป็นหมอครอบครัวที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชนโดยยึดหลักการ “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”
- ๒) เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดูแลเป็น “คน” ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน
- ๓) ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วยมากกว่าการจัดบริการร่วมกัน
- ๔) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีการประชุม วางแผน ให้บริการและติดตาม ประเมินผล สถานการณ์ของงานและสุขภาพของประชาชนร่วมกัน
- ๕) ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คุณสมบัติของหน่วยบริการ ดังนี้

- ๑) เข้าร่วมให้บริการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)
- ๒) ด้านบุคลากร มีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ ดังนี้
 - (๑) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในหลักสูตรที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยรับรอง จำนวน ๑ คน ต่อประชากร ในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน
 - (๒) เกสส์กร จำนวน ๑ คน ต่อประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ๓๐,๐๐๐ คน
 - (๓) พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน ๑ คน ต่อประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ๒,๕๐๐ – ๕,๐๐๐ คน
 - (๔) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๑ คน ต่อประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ๕,๐๐๐ คน

เงื่อนไขการจัดบริการ ดังนี้

- ๑) มีการจัดบริการทีมหมอครอบครัวโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหัวหน้าทีม และมีสหสาขาวิชาชีพเป็นทีมในการให้บริการ (ดำเนินงานตามแนวทางบริการดูแลสุขภาพ โดยทีมหมอครอบครัว)
- ๒) ดูแลสุขภาพประชาชนที่รับผิดชอบแบบองค์รวม โดยมีการให้บริการแบบผสมผสานและเชื่อมโยงตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย ๓ กลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ (บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนตามแผนที่กำหนดไว้)
การเชื่อมโยงการให้บริการระหว่างระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาวาส โดยใช้ระบบบัตรทองของ สปสช. เมื่อมีการส่งต่อก็จะส่งตามโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายตามบัตรทอง เช่น ส่งต่อโรงพยาบาลตากสิน ในกรณีสิทธิอื่น ๆ แนะนำตามผู้ป่วยสะดวก เช่น ใกล้เคียงโรงพยาบาลศิริราชให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรค

- ๑) เพื่อนำร่องรูปแบบยังต้องเริ่มลองทำ และปรับรูปแบบให้เหมาะสมต่อไป
- ๒) การบูรณาการของหน่วยงานที่มีอยู่ยังทำได้ไม่เต็มรูปแบบ
- ๓) ต้องพัฒนาโดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบคลินิกหมอครอบครัว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เป็นการนำเทคโนโลยีที่มีอยู่มาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ เช่น ให้มีแท็บเล็ตสำหรับทีมเยี่ยมบ้าน
- ๔) ขาดแคลนบุคลากรที่มีความชำนาญงาน ต้องเร่งพัฒนาสร้างคน
- ๕) วิถีชีวิตของคนในกรุงเทพมหานครมีความหลากหลาย เป็นลักษณะไม่มีการพึ่งพาอาศัย ต่างคนต่างอยู่
- ๖) งานนโยบายมีหลายด้านที่ต้องดำเนินการไปพร้อมกัน

๗) วัดเจ้าอามขอคืนพื้นที่ไม่ให้ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาม
เช่าต่อไป ต้องมีการย้ายและสร้างศูนย์บริการสาธารณสุขใหม่ ก่อให้เกิดภาระในการบริหารจัดการในเรื่อง
ดังกล่าว

๓.๘.๑.๔ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ ช่วง นุชเนตร เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร

เขตจอมทองมีพื้นที่ ๒๕.๗๒๔ ตารางกิโลเมตร ประชากร จำนวน
๑๕๕,๑๙๒ คน ประกอบด้วย แขวงบางค้อ จำนวน ๓๕,๖๐๕ คน แขวงบางขุนเทียน จำนวน ๓๘,๓๒๔ คน
แขวงจอมทอง จำนวน ๓๖,๒๕๔ คน และแขวงบางมด จำนวน ๔๕,๐๑๙ คน

ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ ช่วง นุชเนตร รับผิดชอบประชากร จำนวน
๑๐,๒๔๐ คน โรงพยาบาลบางมด รับผิดชอบประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน โรงพยาบาลบางขุนเทียน
รับผิดชอบประชากร จำนวน ๑๑,๐๐๐ คน มีตรชุมชนคลินิก รับผิดชอบประชากร จำนวน ๑๑,๐๐๐ คน

จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการ ประกอบด้วย

๑) ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ ช่วง นุชเนตร ประกอบด้วย แพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๒ คน พยาบาล จำนวน ๒ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๒ คน ทันตแพทย์
จำนวน ๑ คน และเภสัชกร จำนวน ๑ คน

๒) โรงพยาบาลบางมด ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
จำนวน ๒ คน พยาบาล จำนวน ๖ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๙ คน ทันตแพทย์ จำนวน ๒ คน
และเภสัชกร จำนวน ๒ คน

๓) โรงพยาบาลบางขุนเทียน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
จำนวน ๑ คน พยาบาล จำนวน ๒ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๗ คน ทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน
และเภสัชกร จำนวน ๑ คน

๔) มีตรชุมชนคลินิก ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน
๑ คน พยาบาล จำนวน ๓ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๘ คน และเภสัชกร จำนวน ๑ คน

ผลการดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ ช่วง นุชเนตร

๑) ชุมชนริมคลองบางค้อ ประชากร จำนวน ๑,๒๔๖ คน การสำรวจ
สถานะสุขภาพ (Health Survey) จำนวน ๑,๑๙๗ ครั้ง เยี่ยมบ้าน (Home Visit) จำนวน ๖๐๖ ครั้ง

๒) ชุมชนศิลปเดช ประชากร จำนวน ๒,๔๗๕ คน การสำรวจสถานะ
สุขภาพ จำนวน ๑,๘๕๕ ครั้ง เยี่ยมบ้าน จำนวน ๑,๔๘๔ ครั้ง

๓) ชุมชนวัดมงคลวราราม ประชากร จำนวน ๔,๖๗๓ คน การสำรวจ
สถานะสุขภาพ จำนวน ๔๒๘ ครั้ง เยี่ยมบ้าน จำนวน ๒๓๓ ครั้ง

๔) ชุมชนจันทน์พัฒนา ประชากรจำนวน ๑,๓๖๔ คน การสำรวจ
สถานะสุขภาพ จำนวน ๓๐๑ ครั้ง เยี่ยมบ้าน จำนวน ๑๕๓ ครั้ง

๕) ชุมชนซอยชัยวัฒน์ ๑๐ ประชากรจำนวน ๔๐๐ คน การสำรวจสถานะ
สุขภาพ จำนวน ๒๒๖ ครั้ง เยี่ยมบ้าน จำนวน ๑๓๐ ครั้ง

การสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑

- ๑) ภาวะสุขภาพปกติ จำนวน ๑,๑๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕
- ๒) ภาวะสุขภาพเสี่ยง จำนวน ๑,๘๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๐
- ๓) ภาวะสุขภาพป่วย จำนวน ๑,๔๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๓

ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด

- ๑) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ เป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ ๖๘ ผลการดำเนินงานร้อยละ ๖๐ น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด
- ๒) ร้อยละของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรอง เป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ ๗ ผลการดำเนินงานร้อยละ ๑๐ เกินเป้าหมายที่กำหนด
- ๓) จำนวนคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ เป้าหมายการดำเนินงาน ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย ๓๐๐ ราย ผลการดำเนินงานสามารถคัดกรองได้จำนวน ๓๔๙ ราย เกินเป้าหมายที่กำหนด
- ๔) อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการ ผู้ป่วยนอก เป้าหมายการดำเนินงาน ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ไม่น้อยกว่า ๔.๖ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ผลการดำเนินงาน อัตราการนอนโรงพยาบาลจำนวน ๒๔๙ ราย ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน น้อยกว่า เป้าหมายที่กำหนด

ปัญหาและอุปสรรค

- ๑) จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานให้เกิดความครอบคลุม
- ๒) ประชาชนขาดความร่วมมือในการให้ข้อมูล
- ๓) ระบบข้อมูลยังขาดความคล่องตัว

ข้อเสนอแนะ

- ๑) จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานให้เกิดความครอบคลุม ควรสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานภาคเอกชนเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติม
- ๒) ประชาสัมพันธ์ในวงกว้างให้ประชาชนรับรู้
- ๓) จัดทำระบบข้อมูลที่เหมาะสม สามารถประเมินภาวะสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบและใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการ การแพทย์ปฐมภูมิได้ โดยไม่เป็นภาระงาน

๓.๘.๒ ระบบการแพทย์ปฐมภูมิภายใต้บริบทเขตเมือง

ระบบการแพทย์ปฐมภูมิภายใต้บริบทเขตเมือง เป็นการดำเนินงานศูนย์บริการปฐมภูมิแบบผสม กล่าวคือ มีการดำเนินงานในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ควบคู่ไปกับการดำเนินการทางการแพทย์ปฐมภูมิโดยเพิ่มจุด/หน่วย/ศูนย์ หรือการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) หน้าด่านนอกที่ตั้งของโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อเป็นการแยกส่วนบริการและลดความแออัดของการเข้ารับบริการ ซึ่งการดำเนินการในรูปแบบผสมนี้ เป็นรูปแบบที่ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนเขตเมือง เทศบาล ที่มีพื้นที่คาบเกี่ยวกับพื้นที่เขตชนบท และเป็นพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวมีขึ้นเพื่อความเหมาะสมของพื้นที่ และสอดคล้องกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการของประชาชนในพื้นที่เป็นสำคัญ ตัวอย่างเช่น

๓.๘.๒.๑ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลขอนแก่น เริ่มดำเนินการให้บริการการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ภายใต้ “ศูนย์แพทย์มิตรภาพ” โดยศูนย์แพทย์ดังกล่าวมีลักษณะเป็นการขยายส่วนการให้บริการด้านหน้า เพื่อลดความแออัดในการเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินการ คือ “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา โดยใช้เทคโนโลยี”

ปัญหาและอุปสรรค

- ๑) งบประมาณดำเนินการไม่เพียงพอ ทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ
- ๒) ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ขาดความมั่นคงในอาชีพ เนื่องจากไม่ได้บรรจุเข้ารับราชการ ส่งผลทำให้บุคลากรลาออกอยู่บ่อยครั้ง
- ๓) ขาดแคลนอุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการรักษาได้เต็มประสิทธิภาพ
- ๔) พื้นที่ตั้งศูนย์แพทย์ มีพื้นที่จำกัด ไม่สามารถขยายพื้นที่ให้บริการเพื่อรองรับประชาชนผู้มารับบริการได้

๓.๘.๒.๒ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คลินิกหมอครอบครัวจังหวัดเพชรบุรีมีความเข้มแข็ง มีการประสานงานร่วมกันเป็นการดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีจิตอาสา ดำเนินการโดยเน้นคุณภาพ เดิมใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง เน้นแพทย์เฉพาะทางในการรักษาโรค มีการดูแลรักษาเป็นครั้งคราว ต่อมาเปลี่ยนมาใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เริ่มต้นที่ Family Medicine Team ลดความเหลื่อมล้ำ เน้นการดูแลรักษาแบบองค์รวม เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองและจัดการสุขภาพตนได้ มีการดูแลแบบต่อเนื่อง

- อัตรากำลัง ดำเนินการโดยใช้บุคลากรแบบบูรณาการ โดยกลุ่มคนที่อาสาช่วยงานคลินิกหมอครอบครัว แม้ปริมาณบุคลากรไม่เพียงพอต่องานแต่ก็ไม่ใช่ปัญหาในการทำงาน เป็นการทำงานที่เน้นคุณภาพ

- โครงสร้างเชิงกายภาพและสถานที่ตั้ง คลินิกหมอครอบครัวจังหวัดเพชรบุรี ตั้งอยู่ภายในบริเวณของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เป็นอาคารสำนักงานที่เข้าถึงบริการได้ง่าย และครอบคลุม (ใช้ปรับปรุงจากสถานที่เดิมเป็นหลัก) ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องพื้นที่

- ระบบบริการ เป็นการดำเนินงานแบบเชิงรุก มีการดำเนินงานในหลายรูปแบบ เช่น ชุดบริการตามรายกลุ่มวัย (Service Package) การดูแลรักษาผ่านกลุ่มไลน์ การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Continuity Care) และ การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) เป็นต้น ระบบการเงิน ระบบการส่งต่อ มีระบบ Green Channel และ Refer Back ซึ่งสามารถดำเนินการได้ดี สามารถเข้าพื้นที่ได้ ระบบข้อมูลมีโปรแกรมระบบบริการเชื่อมกับแม่ข่าย และระบบรายงานประจำเดือน/ไตรมาส ซึ่งมีความต้องการแยกเลขรหัสผู้ป่วยของคลินิกหมอครอบครัวออกจากโรงพยาบาล ระบบบริหารจัดการมีผู้จัดการประจำคลินิกหมอครอบครัวระดับจังหวัด และมีผู้ประสานงานคลินิกหมอครอบครัวระดับหน่วยบริการ (CUP)

ปัญหาและอุปสรรค

- ๑) หน่วยงานส่วนกลางมักจะเร่งรัดการดำเนินงาน ซึ่งควรจะต้องพิจารณาการดำเนินงานที่เหมาะสมตามพื้นที่
- ๒) ความก้าวหน้าของบุคลากรยังไม่ชัดเจน
- ๓) สถานที่ตั้ง เนื่องจากส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแบบ สถานที่ตั้งอาคารซึ่งข้อเท็จจริงไม่สามารถดำเนินการได้ ควรปรับเงื่อนไขให้เอื้อต่อบริบทพื้นที่
- ๔) ระบบข้อมูลคลินิกหมอครอบครัวมิได้แยกออกมาอย่างเด็ดขาดจากโรงพยาบาลไม่สามารถแยกข้อมูล เวชระเบียนที่อิงไว้กับโรงพยาบาลได้ จึงมีความต้องการแยกระบบข้อมูล เลขเวชระเบียน ระบบการทำงานปฐมภูมิ ระบบบริหารงานบุคคล ออกมาเป็นของตนเอง
- ๕) การสั่งซื้อครุภัณฑ์ควรพิจารณาจากความต้องการของพื้นที่เป็นฐาน
- ๖) คลินิกหมอครอบครัวมีความต้องการ Virtual Account เป็นของตนเอง เนื่องจากระบบการเงินของระบบปฐมภูมิแตกต่างจากระบบตติยภูมิ ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้

๓.๘.๒.๓ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

โรงพยาบาลลำปางมีจำนวน ๘๐๐ เตียง มีหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๗ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) จำนวน ๒ แห่ง ซึ่งมีประชากรในพื้นที่ จำนวน ๑๗๗,๕๕๙ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ทางโรงพยาบาลจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวศรีหวมดเกล้า จำนวน ๓ ทีม เทียบเท่า ๑ cluster และจะเพิ่มอีก ๔ cluster ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยจัดแบ่งพื้นที่เป็น ๗ โซน ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕ - ๖ แห่ง มีการจัดแพทย์ให้บริการ จำนวน ๑ - ๔ ครั้งต่อเดือนต่อ รพ.สต. แต่ละโซนมีประชากร จำนวน ๑๒,๐๐๐ - ๓๘,๐๐๐ คน โดยมีการแบ่งพื้นที่ชัดเจน นอกจากนี้โรงพยาบาลลำปางมีการจัดการระบบบริการส่งต่อโดยใช้โปรแกรม Thai Refer เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รายละเอียดการเดินทาง ระยะเวลา ข้อมูลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อการรองรับผู้ป่วย เป็นการพัฒนาเทคโนโลยีมาเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดลำปางเพื่อสร้างความสะดวก ปลอดภัยให้กับการให้บริการประชาชน จากข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเป็นโรคหลอดเลือดและสมอง โรคมะเร็ง โรคจิตเวช และผู้ป่วยติดเตียง

การพัฒนาระบบปฐมภูมิเครือข่ายรพ.ลำปาง



ผลการดำเนินงานของจัดระบบทีมหมอครอบครัว (Primary care Cluster) ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ พบว่า อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกที่คลินิกหมอครอบครัวแต่ละแห่งเพิ่มขึ้นทุกแห่ง และสัดส่วนของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำปาง ลดลงเหลือร้อยละ ๖๐ เป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องตามนโยบายเพื่อลดความแออัดของประชาชนที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลลำปาง จากการทำงานของสหสาขาวิชาชีพร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์ ยา ยารักษาโรคเรื้อรัง ค่าวัสดุทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน ๙ ล้านบาท

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- ๑) บุคลากรไม่เพียงพอ การเกลี้ยอัตรากำลังไม่เหมาะสม
- ๒) แพทย์กำลังรอการศึกษาต่อเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว จึงต้องจัดสรรบุคลากรจากโรงพยาบาลลำปาง
- ๓) ปัญหาการผลิตแพทย์ไม่ตรงกับความต้องการในปัจจุบัน
- ๔) การแบ่งสัดส่วนของโครงสร้างประชากรไม่สอดคล้องตามบริบทพื้นที่
- ๕) ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระบบข้อมูลสารสนเทศ
- ๖) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก สถานที่คับแคบ ไม่เหมาะสมกับการดำเนินงาน

๓.๘.๒.๔ โรงพยาบาลต๋อง จังหวัดต๋อง

รูปแบบการบริการการแพทย์ปฐมภูมิในเขตเมือง ของโรงพยาบาลต๋อง ซึ่งระบบการแพทย์ปฐมภูมิเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตอบสนองการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข โดยเป็นการเพิ่มบทบาทการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลในสัดส่วนที่เหมาะสม ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๒๕๘ ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

จังหวัดต๋องเริ่มดำเนินการด้านการแพทย์ปฐมภูมิในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยดำเนินการเฉพาะในเขตเมืองก่อน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายคือ “ทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” ซึ่งต้องนำมาแปรเป็นภาคปฏิบัติ โดยจังหวัดต๋องมีประชากรในเขตอำเภอเมือง ๑๕๕,๔๔๑ คน มีตำบล ๑๕ ตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๓ แห่ง เทศบาลตำบล ๓ แห่ง เทศบาลนคร ๑ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน ๒ แห่ง คลินิก ๑๑๘ แห่ง คลินิกพยาบาล ๘ แห่ง และร้านยา ๙๕ ร้าน

โรงพยาบาลต๋อง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อยู่ในเขตเทศบาล มีจำนวน ๒๗ ชุมชน จึงเลือกพื้นที่เขตเทศบาลในการดำเนินการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

บริการทุกคน มีการแยกกลุ่มเป้าหมายให้บริการทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มเป้าหมาย (ปกติ เสียหาย ป่วย แทรกซ้อน) เพื่อการดูแลได้ถูกต้องตามแต่ละกลุ่ม จังหวัดต๋องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๖ คน แบ่งเป็น ๓ ทีม จึงมี ๒ Cluster โดยมีการดูแลข้อมูลร่วมกัน และประสานงานร่วมกับทางเทศบาล

| บริการทุกคน ทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มเป้าหมาย (ปกติ เสี่ยง ป่วย แทรกซ้อน) | | | |
|---|--------|----------------------|-------|
| • หญิงตั้งครรภ์ | 39 | • ผู้พิการ | 511 |
| • หญิงหลังคลอด | 31 | • เด็กพัฒนาการช้า | 140 |
| • เด็ก 0 – 5 ปี | 479 | • เด็กอ้วน | 147 |
| • เด็กประถม | 6,606 | • เบาหวาน ความดัน | 2,225 |
| • เด็กมัธยม | 5,515 | • ผู้ป่วยระยะสุดท้าย | 20 |
| • วัยทำงาน | 34,394 | • ติดเตียง | 95 |
| • ผู้สูงอายุ | 8,545 | • โรคจิต | 42 |
| • พระ + ผู้นำศาสนา | 215 | • เยี่ยมบ้าน | 342 |

บริการทุกที่ โรงพยาบาลร้งจัดสถานที่แยกออกจากโรงพยาบาลเพื่อลดความแออัด เป็นคลินิกหมอครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ศัลยแพทย์ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ ดูแลประจำทุกวัน อีกทั้งในเฉพาะวันพุธ จะจัดให้มีการฉีดวัคซีนให้แก่เด็ก และทุกวันศุกร์จะจัดให้มีการตรวจเลือด นอกจากคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลร้งแล้ว ยังมีศูนย์สาธารณสุขของเทศบาลอีก ๓ แห่ง แต่ใช้แพทย์ของโรงพยาบาลร้งเป็นผู้ดูแล ทำให้คนไข้สามารถเข้ารับบริการได้ รวม ๔ แห่ง

บริการทุกที่
คลินิกหมอครอบครัว รพ.ร้ง



แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ศัลยแพทย์
กุมารแพทย์
ศัลยแพทย์ กระดูกและข้อ

WCC วันพุธ (กุมารแพทย์เป็น consultant)
Lab วันพฤหัสบดี
CKD clinic 2 d/mo

นอกจากนี้ ยังมีการจัดให้บริการเป็นคลินิกเชิงรุกในทุกชุมชน โดยให้บริการในสถานที่ต่าง ๆ เช่น วัด สวนสาธารณะ สนามกีฬา มีการให้บริการเจาะเลือด วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก สำหรับคนไข้ที่ป่วยเป็นโรคไม่ซับซ้อนจะตรวจโดยพยาบาล คนไข้ที่ป่วยเป็นโรคที่ซับซ้อนจะตรวจโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หลังจากนั้นจะมีการรวมกลุ่มให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่เป็โรคชนิดเดียวกัน มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล



บริการทุกอย่าง บริการส่งเสริม ป้องกัน มีการตรวจตา ตรวจฟัน ฉีดวัคซีนในชุมชน ทำฟันคนพิการถึงบ้าน บริการรักษาและฟื้นฟู มีการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมหมอครอบครัว มีบริการจิตเวช กายภาพบำบัดและโภชนาการ

บริการทุกเวลา มีการเปิดเพจ Facebook คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง เพื่อเป็นช่องทางในการติดตามข้อมูลข่าวสาร สอบถามข้อมูลต่าง ๆ ในการให้บริการ คลินิกหมอครอบครัว

นอกจากนี้ เทศบาลยังสนับสนุนอาคารสถานที่เพื่อทำกายภาพบำบัด ในชุมชน โดยโรงพยาบาลตรังสนับสนุนบุคลากรโดยจัดแพทย์ไปคอยตรวจดูแล เป็นความร่วมมือร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลตรังและเทศบาล

การให้บริการคลินิกหมอครอบครัว แบ่งออกเป็น ๒ ทีม คือ

๑) ทีมตั้งรับ ในจุดที่ให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิทั้ง ๔ จุด มีช่องทางพิเศษในการส่งผู้ป่วยจากจุดปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาล

๒) ทีมชุมชนเข้าถึงทุกที่ โดยมีนักสุขภาพประจำครอบครัวร่วมทีมดูแลครอบครัว คอยรายงานข้อมูลตลอดเวลา

ผลลัพธ์ที่ได้รับคือ คนไข้ในพื้นที่เข้าโรงพยาบาลน้อยลง บ้านคือ โรงพยาบาล คนไข้สามารถกายภาพบำบัดได้เอง มีการดูแลที่บ้าน (Home Care)

คลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลตรัง แบ่งเป็น

๑) ทีมรุก มีการลงพื้นที่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพประจำครอบครัว ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลและเทศบาล) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๒) ทีมรับ มีหน่วยบริการที่คนไข้เข้าถึงได้ง่าย มีทีมสหสาขาวิชาชีพประจำครอบครัว ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง พยาบาลเทศบาล

๓) ทีมสนับสนุน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ จิตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย ทีมระบาด ทีมสุขภาพศึกษา ทีมส่งเสริม ทีม Green Channel

โรงพยาบาลตรัง มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๙ คน ดูแลผู้ป่วยในเขตเทศบาล จำนวน ๖ คน และนอกเทศบาล จำนวน ๓ คน นอกจากนี้ ยังมีการส่งแพทย์ที่กำลังเกษียณอายุราชการไปอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น คาดว่าอีก ๓ ปี จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑๒ – ๑๔ คน จะทำให้สามารถขยายการดูแลได้อย่างครอบคลุม ขณะนี้ โรงพยาบาลตรังเป็นศูนย์ฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ ใน ๓ แห่งของภาคใต้

๓.๘.๒.๕ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ และผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน PCC ตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๐ จังหวัดนครพนม ดำเนินงานตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว แบ่งเป็น ๒ เขต คือ พื้นที่เขตเมืองและเขตพื้นที่ชนบท โดยได้จัดตั้งตามบริบทและความพร้อมของจังหวัดนครพนม ซึ่งปี ๒๕๖๐ เปิดบริการจำนวน ๔ ทีม โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

| คลินิกหมอครอบครัว | เครือข่ายบริการ(CUP) | ประชากร/ทีม | ปีงบประมาณที่เปิดบริการ | เกณฑ์คลินิกหมอครอบครัว | | |
|---|--------------------------------|-------------|-------------------------|------------------------|-------|---------|
| | | | | Major | Minor | ประชากร |
| ๑. PCC หนองญาติ อ.เมืองนครพนม | รพ.สต.หนองญาติ | ๑๐,๙๒๓ | ๒๕๖๐ | / | / | ๖,๒๖๔ |
| | รพ.สต.คำพอก | | | / | / | ๔,๖๕๙ |
| ๒.PCCเมืองธาตุพนม อ.ธาตุพนม | รพ.ร.ธาตุพนม | ๑๑,๘๕๒ | ๒๕๖๐ | / | / | ๑๑,๘๕๒ |
| ๓. PCC ศูนย์สุขภาพชุมชนสวนเทิดพระเกียรติ ท้ายเมือง | ศสม. | ๑๖,๒๐๔ | ๒๕๖๐ | / | / | ๑๖,๒๐๔ |
| | สวนเทิดพระเกียรติ ท้ายเมือง | | | | | |
| ๔. PCC ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองนครพนม | ศสม. เทศบาลเมือง | ๑๔,๒๒๗ | ๒๕๖๐ | / | / | ๑๔,๒๒๗ |

แผนการดำเนินงานและการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

โดยแบ่งพื้นที่การจัดตั้งและการจัดเครือข่าย ดังนี้

๑) พื้นที่ในเขตเมือง ปี ๒๕๖๐ จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลนครพนม รพ.สต.หนองญาติ โดยจัดเครือข่ายดำเนินการโดยเชื่อมหน่วยบริการสังกัดโรงพยาบาล ๒ หน่วย ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนท้ายเมือง ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองนครพนม และหน่วยบริการในสังกัดอำเภอเมืองนครพนม ได้แก่ รพ.สต.หนองญาติ, รพ.สต.บ้านคำพอก ในเขตพื้นที่ตำบลหนองญาติ ซึ่งมีการจัดบริการเป็นหน่วยย่อย ประกอบด้วย ทีมแพทย์ ๓ ทีม และทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลนครพนมและ รพ.สต. ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครพนม เครื่องมือที่จำเป็นในการจัดบริการสนับสนุนจากโรงพยาบาลนครพนม และบรรจุในแผนงบประมาณปี ๒๕๖๑ พื้นที่ห่างจากโรงพยาบาลนครพนม ๘ กิโลเมตร อยู่ในเขตชุมชน สะดวกเข้าถึงง่าย ประชากรรวมเขตเทศบาลเมือง ๓๗,๘๒๐ คน มีทีมแพทย์ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพครบ ๓ ทีม เป็นคลินิกหมอครอบครัวผ่านการขึ้นทะเบียนปี ๒๕๖๐

๒) พื้นที่ในชนบท ปี ๒๕๖๐ จัดตั้งโดยหน่วยบริการในสังกัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ซึ่งเดิมให้บริการในรูปแบบศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง มีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการ เป็นการยกระบบและปรับการให้บริการเป็นแบบคลินิกหมอครอบครัว เน้นบริการเชิงรุกและดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว พื้นที่จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเมืองธาตุพนม ห่างโรงพยาบาลยุพราชธาตุพนม ๗ กิโลเมตร ใกล้ชุมชนเข้าถึงสะดวก มีประชากรเขตรับผิดชอบ ๑๑,๘๕๒ คน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพครบ ๑ ทีม เครื่องมือที่จำเป็นตามรูปแบบบริการคลินิกหมอครอบครัวผ่านการขึ้นทะเบียนปี ๒๕๖๐

แผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จังหวัดนครพนม จัดตั้งตามแผนนโยบายประเทศโดยจัดตั้งเขตเมือง ปีละ ๑ แห่ง และเขตชนบททุกอำเภอตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ยึดการวางแผนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมเป็นเกณฑ์หลักในการจัดตั้งและความพร้อมของโรงพยาบาล และเครือข่ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีแผนการจัดตั้งในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒ แห่ง, ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๓ แห่ง ตามพื้นที่จัดตั้งเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนและนโยบายประเทศ ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๓ แห่ง ในเขตโรงพยาบาลชุมชนที่พร้อมจะสนับสนุนการจัดตั้งปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒๖ แห่ง จนครบทุกอำเภอตามประชากรที่รับผิดชอบ การผลิตแพทย์เพื่อรองรับการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวโดยส่งแพทย์ไปอบรมหลักสูตรระยะสั้น เพื่อรองรับการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวแล้ว รุ่นที่ ๓ สำหรับพื้นที่อำเภอเมือง จำนวน ๑ คน และอำเภอศรีสงคราม จำนวน ๑ คน อำเภอนาหว้า รุ่นที่ ๙ จำนวน ๑ คน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชนพื้นที่

ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๑) ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

(๑) รวมทีมหมอครอบครัวสะสมทั้งหมด จำนวน ๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖.๓๕ ของแผน ๑๐ ปี ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

(๒) ทดลองเปิดดำเนินการตามแผน ปี ๒๕๖๑ แล้วจำนวน ๓ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๙ (รอลงทะเบียนและเปิดอย่างเป็นทางการภายในปี ๒๕๖๑)

๒) จำนวนสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในจังหวัดและข้อมูลการฝึกอบรม

(๑) ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา จำนวน ...-.. แห่ง ศักยภาพการผลิต ...-.. ตำแหน่ง

(๒) สถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๓ แห่ง ศักยภาพการผลิต ๑ ตำแหน่ง

(๓) สถาบันปฏิบัติงานเพื่อสอบ วว.เวชศาสตร์ครอบครัวหลักสูตร (In-Service Training) จำนวน - แห่ง ศักยภาพการผลิต - ตำแหน่ง

(๔) มีผู้เข้าอบรมในโครงการอบรมระยะสั้น ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (Short Course Training) รวม ๓ คน

(๕) แพทย์เข้าเรียน แพทย์ประจำบ้านสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑ คน

๓) แผนการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ

- เกสซ์กร ๑ คน/นักกายภาพบำบัด ๒ คน/แพทย์แผนไทย ๓ คน

๔) มาตรการสำคัญ

(๑) จังหวัดนครพนม มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เพื่อดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามเกณฑ์ที่กำหนด

(๒) จัดให้มีรูปแบบการให้บริการตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่พัฒนาการทำงานให้ตรงตามแนวคิดของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” ได้แก่

ก. การดูแลประชาชนด้วยหลักการ 1A4C คือ เข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity), การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) การประสานงาน (Coordination) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community participation)

ข. สนับสนุนให้มีโครงการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ค. กระตุ้นให้เกิดกลไก และระบบที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

๕) การพัฒนาโครงสร้างหรือกลไกการขับเคลื่อนในการจัดบริการปฐมภูมิ มีการแต่งตั้งคณะทำงานและคณะกรรมการดำเนินงาน ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๖) พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ มีสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในจังหวัด (โรงพยาบาลนาหว้า) และสนับสนุนให้มีกำลังคนที่เพียงพอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเป็นทีมหมอครอบครัวที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมปฏิบัติงานให้บริการ

๗) พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นการพัฒนาและจัดระบบสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ การพัฒนาวิชาการ การวิจัยและพัฒนาจังหวัดนครพนม มีการจัดตั้งคณะทำงานตามความเชี่ยวชาญแต่ละสาขาการดูแลรับผิดชอบต่อครอบครัว

การดำเนินการในบทบาทสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม

๑) การรับนโยบาย ถ่ายทอดนโยบายและแนวปฏิบัติแก่พื้นที่

๒) สนับสนุนข้อมูล รายงานข้อมูลไปยังผู้บริหารระดับจังหวัด

๓) จัดการข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๔) สืบค้นข้อมูลรายงานเพื่อประกอบการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๕) ติดตามกำกับกับการดำเนินงาน PCC ตามแผน

๖) แต่งตั้งคณะทำงานตามความเชี่ยวชาญและจำเป็นในการดำเนินการ

๗) จัดประชุมถอดบทเรียน และสรุปผลการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรค

- ๑) ขาดแคลนบุคลากรสายงานแพทย์
- ๒) ขาดตำแหน่งบรรจุเป็นราชการในสายงานทางการแพทย์และพยาบาล
- ๓) ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้

๓.๘.๓ ระบบการแพทย์ปฐมภูมิภายใต้บริบทเขตชนบท

ระบบการแพทย์ปฐมภูมิภายใต้บริบทเขตชนบท เป็นการดำเนินงานศูนย์บริการปฐมภูมิในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว โดยเป็นการจัดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่อยู่ใกล้เคียงกัน ซึ่งมีประชากรที่อาศัยอยู่จริงตามสถิติต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ คน รวมกันเป็น Cluster เพื่อให้มีประชากรรวมกันประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน ต่อทีมบริการ ๓ ทีม และจัดให้มีผู้ประสานงานและจัดการในคลินิกหมอครอบครัวดังกล่าว ตัวอย่างเช่น

๓.๘.๓.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม

จังหวัดสมุทรสงครามมีทั้งสิ้น ๓ อำเภอ มีทีมคลินิกหมอครอบครัวจำนวน ๕ ทีม โดยคลินิกหมอครอบครัวในอำเภอเมืองมีจำนวน ๓ ทีม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงปีน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดาวโด่ง อำเภออัมพวา จำนวน ๑ ทีม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเกตุ และอำเภอบางคนที จำนวน ๑ ทีม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมปลวก

คลินิกหมอครอบครัว ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดใหญ่ เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๐

อัตรากำลังขั้นต่ำของคลินิกหมอครอบครัว ต้องมีอัตรากำลัง จำนวน ๓๙ คน แต่คลินิกหมอครอบครัวลาดใหญ่ มีเพียง ๓๓ คน โดยทีมที่ ๑ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายได้จัดเจ้าหน้าที่มาให้บริการประชาชน เช่น เภสัชกร นักกายภาพ แพทย์แผนไทย ทั้งนี้ จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จบการศึกษาในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑ คน และปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑ คน ซึ่งปัจจุบันจังหวัดสมุทรสงครามยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาให้บริการ จะใช้แพทย์ Intern สับเปลี่ยนหมุนเวียนมาให้บริการ

คลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดสมุทรสงครามจะใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานที่ให้บริการประชาชน โดยมีระบบบริการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เป็นลักษณะการให้บริการ community based และ hospital based ซึ่งมีการส่งต่อผู้ป่วยทั้งกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track ER), X-ray, Lab, IPD, OPD ไปยังโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าได้ นอกจากนี้ยังมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board (DHB)) มีนายอำเภอเป็นประธาน มีทีมดูแลประจำครอบครัว (Family Care Team (FCT)) ทุกหมู่บ้าน และมีระบบให้คำปรึกษาผ่าน line และโทรศัพท์

การใช้โปรแกรมระบบข้อมูล จะใช้โปรแกรม J – HCIS, HDC ทั้งจังหวัด สามารถส่ง Lab หรือ X-ray จากคลินิกหมอครอบครัว สามารถดูผลการรักษาในระบบโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ สามารถตรวจสอบประวัติการรักษาผู้ป่วยผ่านโปรแกรมที่คลินิกหมอครอบครัวได้ และมีระบบให้คำปรึกษาผ่าน line และโทรศัพท์

ผลสำเร็จของการให้บริการ

๑) ขยายบริการระดับปฐมภูมิในเขตเมือง ทำให้เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในเขตเมืองได้อย่างเป็นรูปธรรมทั้งบริการเชิงรับและบริการเชิงรุก รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลพิเศษ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

๒) พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนในเขตเมืองจนประสบความสำเร็จสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยชุมชนและวางแผนการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหาและอุปสรรค

๑) อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพตามสัดส่วนประชากรยังไม่ได้รับการสนับสนุนตามเกณฑ์ ยังขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาดำเนินงาน มีเพียงพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๒ คน ที่ดูแลประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน

๒) แนวคิดการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวให้รวมบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เข้าด้วยกัน รวมเป็น ๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้พื้นที่ ๔ ตำบลรับผิดชอบประชากร ๓๐,๐๐๐ คน แต่ในทางปฏิบัติยังดำเนินงานตามระบบเดิม

๓) การดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินการได้ลำบาก ต้องลงพื้นที่นอกเวลาราชการ เนื่องจาก ประชาชนออกไปทำงานนอกบ้านหรือออกนอกพื้นที่

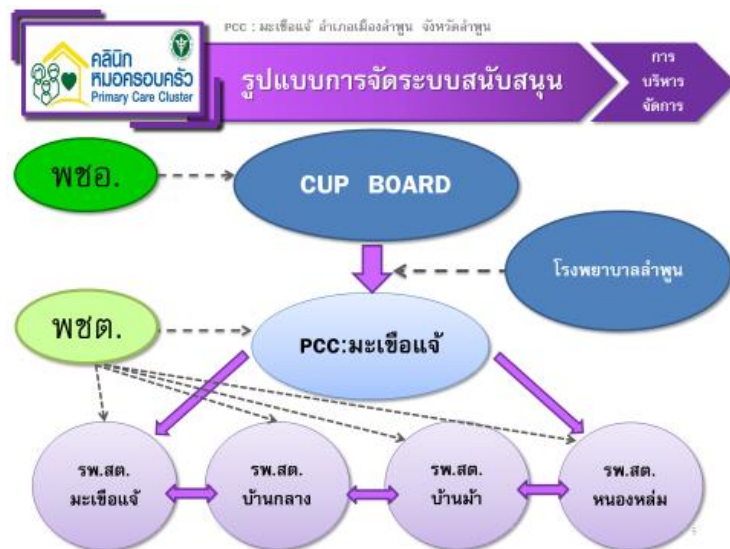
๓.๘.๓.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน

การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวมะเขือแจ้ อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ตามที่นโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ภายใต้กรอบแนวคิดการทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งหมายถึงการรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัว โดยที่คลินิกหมอครอบครัวมะเขือแจ้ อำเภอเมืองลำพูน ได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข บูรณาการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีจุดเน้นคือการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้บริบทเป็นฐาน

คลินิกหมอครอบครัวมะเขือแจ้ เริ่มจากการพัฒนาสถานีอนามัยตำบลมะเขือแจ้ สู่อำเภอเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) เพิ่มศักยภาพการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูให้ประชาชนเข้าถึงการให้บริการอย่างครอบคลุม มีทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูนร่วมให้บริการครบตามเกณฑ์และองค์ประกอบที่กำหนดไว้ ต่อยอดและสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาด้วยนโยบายการพัฒนาสถานบริการสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีกลไกการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่องตามนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) และเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) ดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยทีมดูแลประจำครอบครัว (Family Care Team : FCT) ครอบคลุมพื้นที่

จากนโยบายการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ คลินิกหมอครอบครัวมะเขือแจ้ ได้ดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามหลักเกณฑ์ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงาน ใช้ผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลางนำหลักการของ เวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน มีโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลลำพูน) เป็นผู้จัดระบบสนับสนุนเชื่อมโยงการดูแลโดยจัดการรับส่งต่อในระดับทุติยภูมิขึ้นไป ภาครัฐเครือข่าย ในชุมชนมีส่วนร่วมเป็นหุ้นส่วนในการจัดการสุขภาพ โดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

การจัดกลุ่มหน่วยบริการ ดังนี้ ประชากร ๓๖,๓๙๓ คน ประกอบด้วย ๓ ทีม คือ ๑) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ ประชากร ๑๗,๑๗๕ คน ๒) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง ประชากร ๑๐,๑๙๑ คน ๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหล่ม ต.ศรีบัวบาน ประชากร ๙,๐๓๒ คน



ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

การจัดรูปแบบการดำเนินการตามหลัก ๓S ดังนี้

Structure โครงสร้างพื้นฐาน ครุภัณฑ์ใน Cluster

- Unit ทัศนกรรม จำนวน ๑ Unit ต่อ ๑ Cluster (คลินิกหมอครอบครัว ศรีบัวบานกำลังจะได้เพิ่ม ๑ Unit)

- เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) จำนวน ๑ เครื่อง ต่อ ๑ Cluster

- รถฉุกเฉิน (EMS) เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๓ คัน ต่อ ๑ Cluster (คลินิกหมอครอบครัวมะเขือแจ้กำลังจะได้รถฉุกเฉิน (EMS) เพิ่มอีก ๑ คัน)

การควบคุมกำกับพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) และเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) และเกณฑ์ รพ.สต. ดีดดาว โดยมีผลการพัฒนา ดังนี้

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ ระดับ ๕ ดาว (๙๙.๐๓ คะแนน)

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม้า ระดับ ๕ ดาว (๙๔.๙๒ คะแนน)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง ระดับ ๕ ดาว (๙๔.๖๑ คะแนน)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหล่ม ระดับ ๔ ดาว

(๘๐.๐๔ คะแนน)

Staff บุคลากร ประกอบด้วย

- บุคลากรสายวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย เภสัชกร และเจ้าพนักงานเทคนิคการแพทย์ รวมทั้งสิ้น ๓๒ คน

- บุคลากรสายสนับสนุน ได้แก่ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยทันตกรรม เจ้าพนักงานธุรการ พนักงานบริการ แม่บ้าน/พนักงานเกษตรพื้นฐาน รวมทั้งสิ้น ๑๔ คน



ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

System ระบบงาน

มีการดำเนินงานพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวเต็มรูปแบบ (Full Function) ดังนี้

- มีการจัดทีมหมอครอบครัว ดูแลครอบครัวทุกกลุ่มวัย โดยจัดทีมหมอครอบครัวมะเขือแจ้ ๒ ทีม ทีมหมอครอบครัวบ้านกลาง ๑ ทีม และทีมหมอครอบครัวศรีบัวบาน ๑ ทีม โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาครบทุกทีม

- การจัดบริการผู้ป่วยนอก
- บริการ NCD Clinic คุณภาพ
- บริการแพทย์แผนไทย นวด อบไอน้ำสมุนไพร ประคบสมุนไพร ดูแลมารดาหลังคลอด ยาสมุนไพรที่มีใช้ ๑๒ รายการ

- การจัดบริการคลินิกในชุมชน
- การให้บริการแกสิทธิ์ิประกันสังคม
- การดูแลระยะยาว (Long Term Care)
- บริการให้คำปรึกษา
- ระบบส่งต่อ บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- ระบบส่งกลับ การดูแลต่อเนื่อง
- การส่งเสริมให้ดูแลสุขภาพตนเอง
- ระบบข้อมูล
- ข่าวสารสู่ชุมชน
- นวัตกรรมชุมชน

แนวทางในการพัฒนาต่อเนื่อง

๑) พัฒนาศักยภาพการให้บริการทุกทีมตามแผนการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

๒) บูรณาการการดำเนินงาน และใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

๓) บูรณาการการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/ระดับตำบล (พชต.)

๔) ยกกระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ ดาว

๕) ต่อยอดพัฒนานวัตกรรมและวิจัยโดยใช้บริบทของพื้นที่เป็นฐาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ ดูแลประชากรประมาณ ๑๖,๐๐๐ คน ได้รับรางวัล รพ.สต. ดีดดาว โดยผ่านคะแนนประเมินมากกว่าร้อยละ ๙๐ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลลำพูนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ โดยมีสัดส่วนแพทย์ ๑ : ๑๐,๐๐๐ คน และเภสัชกรมาจากโรงพยาบาลลำพูน ทีมคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๔ ทีม ซึ่งเทศบาลมะเขือแจ้ได้จัดการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้บริการเชิงบูรณาการ ด้านงบประมาณได้มีการจัดสรรสนับสนุนด้านส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งนายกเทศบาลได้เห็นความสำคัญกับงานบริการด้านสาธารณสุข นอกจากนี้เทศบาลได้มีการเพิ่มอัตราบุคลากรเพื่อสร้างความเข้มแข็งในงานคลินิกหมอครอบครัว

ปัญหาและอุปสรรค

- ๑) ขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ทั้งนี้ได้รับการสนับสนุนแพทย์จากโรงพยาบาลลำพูน
- ๒) ปัญหาด้านระบบการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากเกิดการทับซ้อนระบบงบประมาณส่วนท้องถิ่น และกระทรวงสาธารณสุข
- ๓) ปัญหารายได้และค่าตอบแทนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวน้อยเมื่อเทียบกับแพทย์ที่จบจากสาขาอื่น

๓.๘.๓.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะมุกด์ จังหวัดตรัง

เกาะมุกด์ตั้งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอกันตัง มีจำนวน ๕๐๖ หลังคาเรือน มีพื้นที่ จำนวน ๗ อ่าว โดย รพ.สต. ตั้งอยู่ที่อ่าวอนามัย ซึ่งแยกจากอ่าวกลาง ลักษณะการตั้งบ้านเรือนหลังจากประสบภัยสึนามิ ชาวบ้านได้มีการย้ายที่อยู่อาศัยจากอ่าวกลางมายังอ่าวบ้านใหม่ จึงเกิดเป็นชุมชนใหม่ที่ย้ายจากริมทะเลเข้ามา จำนวน ๑๖๐ หลังคาเรือน

ประชากรมีจำนวน ๒,๒๙๘ คน (แต่ในฤดูท่องเที่ยวจะมีนักท่องเที่ยวจำนวนมาก)

อัตราการเกิดเมื่อปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีหญิงตั้งครรภ์ จำนวน ๓๖ ราย คลอดแล้ว จำนวน ๒๐ ราย

สำหรับประชาชนที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี มีจำนวน ๑๕๐ คน แบ่งเป็นผู้ป่วยติดบ้าน จำนวน ๗ คน ผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๓ คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย ๗๐ ปี

อาชีพหลักส่วนใหญ่ คือ ประมง แต่มีการปรับเปลี่ยนตามฤดูกาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะมุกด์ รับผิดชอบพื้นที่หมู่ที่ ๒ บ้านเกาะมุกด์ และเกาะกระดาน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ ประกอบด้วย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ จำนวน ๑ คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน ๑ คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ลูกจ้างเงินบำรุง) จำนวน ๑ คน โดยมีสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร คือ ๑ : ๑,๑๔๙ คน

สำหรับระบบการส่งต่อ เป็นไปโดยทางเรือ ซึ่งเกาะลิบงมีหน่วยกู้ชีพทางเรือ แต่บนเกาะมุกด์ยังไม่มีหน่วยกู้ชีพเป็นการเฉพาะ ซึ่งต้องอาศัยเครือข่ายของรีสอร์ททช่วยดำเนินการ

การให้การสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของโรงพยาบาลกันตัง โรงพยาบาลกันตังมีงบประมาณสนับสนุน รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบทุกปี เฉลี่ยเดือนละ ๗,๐๐๐ บาท โดยจะเป็นเงินที่ รพ.สต. นำไปดำเนินการจัดจ้างบุคลากรต่าง ๆ ซึ่งหากมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เครือข่ายก็จะจ้างบุคลากรเพิ่มเติมให้ โดยส่งเงินไปยัง รพ.สต. พิจารณาจัดหาคนในพื้นที่เพื่อปฏิบัติงาน โดยเกาะมุกด์มีการจ้างบุคลากรเพิ่ม จำนวน ๑ คน ดังนั้น สัดส่วนเจ้าหน้าที่ในการดูแลในรูปแบบเครือข่ายจึงสามารถดูแลคนไข้ได้อย่างทั่วถึง

สำหรับการสนับสนุนด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ สามารถขอรับการสนับสนุนผ่านเครือข่ายที่มีการจัดทำงบประมาณทุกปี ซึ่งพร้อมสนับสนุนได้ทุกแห่ง

โรงพยาบาลกั้นตัง มีฐานะการเงินที่ดีเป็นลำดับต้นของเขต ๑๒ การบริหารจัดการงบประมาณจึงไม่มีปัญหา ส่งผลต่อการให้บริการของ รพ.สต. ซึ่งไม่มีปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน แต่มีข้อจำกัดบางประการในการใช้จ่ายตามระเบียบของทางราชการ นอกจากนี้เนื่องจากการมีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศเพิ่มขึ้นจำนวนมาก จึงได้มีเพิ่มบริการสิทธิประกันสังคม จึงส่งผลให้มีรายได้จากสิทธิประกันสังคมเพิ่มขึ้น ประกอบกับการที่บุคลากรสามารถสื่อสารกับชาวต่างชาติได้ จึงทำให้ได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามที่เกิดขึ้นจริงจากระบบประกันที่ชาวต่างชาติจัดทำไว้

กลไกการดำเนินงานหลักในพื้นที่ของ รพ.สต. บ้านเกาะมุกด์

งานบริการทั่วไป งานรักษาพยาบาล/ การให้บริการประชาชนในพื้นที่ มีดังนี้

- ระบบงานดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปต่อเดือนให้การบริการ ๕๐๐ – ๖๐๐ ครั้ง
- ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เริ่มต้นจากการมีแพทย์จากโรงพยาบาล

กั้นตังเข้ามาให้การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เป็นประจำทุกเดือน ต่อมาปรับเป็นประจำทุกสัปดาห์ ซึ่งเป็นแนวทางใกล้บ้านใกล้ใจ

การทำงานคลินิก NCD เริ่มต้นขึ้นจากการมีแพทย์เข้ามาให้บริการเป็นประจำทุกสัปดาห์ ต่อมามีการเปลี่ยนแปลงการบริการเป็นแพทย์ประจำโซน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะมุกด์ อยู่ในพื้นที่โซนสายสมุทร ที่มีแพทย์เข้ามาให้บริการในพื้นที่ทุกวันจันทร์ในสัปดาห์ที่ ๔ ของเดือน โดยเข้ามาให้บริการพร้อมกับทีมเภสัชกร และกายภาพบำบัด ทั้งนี้ผู้ป่วยในคลินิก NCD มีจำนวน ๑๔๘ ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๑๔ ราย โรคความดันจำนวน ๙๐ ราย และโรคความดันร่วมกับโรคเบาหวานจำนวน ๔๔ ราย ในการให้การดูแลและรักษาพยาบาลประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจาก อสม. โดยในช่วงเที่ยง อสม. จะนำปิ่นโตอาหารหรือผลไม้มามอบให้แก่แพทย์และทีมงาน จากนั้น ช่วงบ่ายทีมแพทย์ก็จะลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ในรายติดเตียง แพทย์ก็จะวินิจฉัยออกบัตรผู้พิการให้ได้ทันทีโดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยบนฝั่ง จึงได้รับความสะดวกอย่างมาก นอกจากนี้ โดยปกติผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากต้องเดินทางไปรับยาที่บนฝั่งจะมีค่าใช้จ่ายจำนวน ๓๐๐ บาทต่อคน แต่เมื่อมีแพทย์เข้ามาในพื้นที่จึงทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้จำนวนมาก และคนไข้ได้รับยา ๑๐๐%

จากการดำเนินงานดังกล่าว นอกจากจะทำให้คนไข้ได้รับความสะดวกสบาย และประหยัดค่าใช้จ่ายมากขึ้นแล้ว ส่วนหนึ่งยังทำให้คนไข้มีเวลาได้สนทนากับแพทย์มากขึ้น ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประเด็นการขาดยา ซึ่งในช่วงฤดูมรสุมมักจะพบปัญหาดังกล่าวสูงส่งผลให้คนไข้เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่เมื่อมีโครงการดังกล่าวเข้ามาทำให้คนไข้ขาดยาน้อยลง และทำให้สภาพจิตใจของคนไข้ดีขึ้น เกิดเป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ในระยะหลังนี้ อัตราการเสียชีวิตของชาวเกาะมุกด์พบว่า เกิดจากโรคเรื้อรังมากที่สุด โดยเฉพาะผู้หญิง ซึ่งพื้นที่ของอำเภอกั้นตังพบว่า มีผู้ป่วย โรคเรื้อรังจำนวนมากในพื้นที่ ๒ แห่ง คือ พื้นที่เกาะมุกด์ และพื้นที่บนฝั่ง โดยอัตราการเกิดอัมพฤกษ์เฉื่อยวันละคน ซึ่งโรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการดูแลผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ โดยเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วโดยรวมจะมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองและเดินได้ เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนและภาระของญาติ

ทั้งนี้ การแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง จะใช้การดำเนินการเชิงป้องกัน โดยมี นักสุขภาพครอบครัวในชุมชนซึ่งจะมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนลงพื้นที่กลุ่มบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อพยายามเรียนรู้การอยู่ร่วมกันและพยายามสอดแทรกพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปรับเปลี่ยน ทำให้ ระยะเวลาซึ่งมีการตรวจคัดกรองสุขภาพพบกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๒๐๐ คน แต่ทุกคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเพียง ๒ ราย ดังนั้นการดำเนินงานจึงอาศัยกระบวนการพบปะพูดคุยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในการปฏิบัติประชาชนรับทราบ ว่า อาหารประเภทใดทำให้เกิดโรค แต่ในสถานการณ์ช่วงเวลานั้น ไม่สามารถหาอย่างอื่นมาทดแทนได้ จึงต้องทำการเรียนรู้ชุมชนและนำไปสู่การประยุกต์องค์ความรู้และ หลักการปฏิบัติอย่างง่ายที่ประชาชนจะสามารถนำไปปรับใช้ได้กับวิถีชีวิต ส่วนผู้นำศาสนาซึ่งเป็น ผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรังก็จะให้บุคคลดังกล่าวเป็นตัวอย่างในชุมชน หรือเป็นโมเดลชาวบ้านต่อไป



การให้คำปรึกษาในการรักษาพยาบาล ปัจจุบันมีการนำระบบ Social Media เช่น Line มาใช้ โดยมีกลุ่ม Line ของทั้ง ๔ โซน ซึ่งมีแพทย์ประจำโซนคอยให้คำปรึกษาในกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้ หาก รพ.สต. มีปัญหาการรักษาพยาบาลก็สามารถปรึกษาในระบบ Line ของโซนนั้น ๆ ได้ นอกจากนี้ มี Line สำหรับให้การปรึกษาเป็นการเฉพาะเพิ่มเติมด้วย โดยจะมีแพทย์หลายคนเข้ามาดูแลให้คำปรึกษา แต่หากยังมีปัญหานอกจากนั้นก็สามารถใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อได้โดยตรง ซึ่งสัญญาณโทรศัพท์บนเกาะมุกด์มีประสิทธิภาพดี

นอกจากนี้ กรณีคนไข้โรคหัวใจ จะใช้ระบบการส่งต่อ หากพิจารณาแล้วมีความปลอดภัย ก็จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตรัง และมีการปรึกษาทาง Line กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้วยอีกทางหนึ่ง ทั้งนี้ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดตรังสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดให้กับผู้ป่วยได้ทุกแห่ง

ความคาดหวังในการดูแลพื้นที่และชุมชน

๑) การมีบุคคลกรที่เพียงพอต่อการดูแลประชาชนในพื้นที่ซึ่งห่างไกลจากชุมชนเมือง รวมถึง การดูแลนักท่องเที่ยวที่เข้ามาเยี่ยมชมในแต่ละปี

๒) การสร้างแรงจูงใจหรือขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

๓) การดูแลรักษาเสถียรภาพของพื้นที่ การดูแลสวัสดิภาพของเจ้าหน้าที่

ความปลอดภัยในการทำงาน

ทั้งนี้ สำหรับยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ สามารถเบิกได้ที่โรงพยาบาลตรัง ทุกเดือนจึงไม่ขาดแคลน ซึ่งในส่วนของยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แพทย์และทีมเภสัชกรจะจัดมาให้ที่ รพ.สต.

แต่ขาดอุปกรณ์ในการส่งต่อและการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ ซึ่งมีราคาประมาณ ๘๐,๐๐๐ บาท ขณะนี้โรงพยาบาลกันตั้งอยู่ระหว่างดำเนินการจัดซื้อ

นอกจากนี้ กรณีการดำเนินโครงการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลมีข้อจำกัดจำนวนมาก ซึ่งเป็นการทักท้วงจาก สตง. ที่ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานโครงการต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข เช่น การเยี่ยมและการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดซื้อชุดตรวจเบาหวานปลายนิ้ว ดังนั้น พื้นที่จึงหันไปใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลในการดำเนินการแทน

ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เป็นการทำงานเกี่ยวกับโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ เนื่องจากอำเภอกันตังเป็นอำเภอใหญ่ที่ประกอบด้วย ๑๔ ตำบล การจัดกลุ่มจึงต้องแบ่งเป็น ๔ กลุ่มโซน โดยพื้นที่เกาะมุกต์อยู่ในกลุ่มโซนสายสมุทร ประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน ๖ แห่ง มีแพทย์ดูแลกลุ่มโซนนี้ จำนวน ๑ คน ซึ่งแพทย์จะหมุนเวียนเพื่อไปให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก ข้อจำกัด คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปัจจุบันมีจำนวนจำกัด และปัญหาโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ขึ้นอยู่กับประชาชนในการดูแลตนเอง ซึ่งควรพัฒนาเรื่องการส่งเสริมป้องกันใน รพ.สต. ให้มีความเข้มข้นมากขึ้น ดังนั้นระบบการแพทย์ปฐมภูมิของอำเภอกันตังที่ดำเนินการอยู่ในภาพรวมจึงเป็นเรื่องที่ดี และสามารถดำเนินการได้ดี

๓.๘.๓.๔ คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาดูปูนม จังหวัดนครพนม ข้อมูลทั่วไป

๑) การปกครองส่วนภูมิภาคแบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๒ ตำบล
๑๖ หมู่บ้าน

๒) การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาลตำบล ๒ แห่ง

๓) จำนวนหลังคาเรือน ๒,๘๓๖ หลังคาเรือน ๓,๓๒๔ ครอบครัว

๔) ประชากร ชาย ๕,๓๐๒ คน หญิง ๕,๖๒๙ คน รวม ๑๐,๙๓๑ คน

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

๑) บุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ ประกอบด้วย แพทย์ ๑ คน ทันตแพทย์ ๑ คน เภสัชกร ๑ คน พยาบาล ๔ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๔ คน แพทย์แผนไทย ๒ คน ทันตภิบาล ๑ คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๑ คน เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ๑ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๔ คน พนักงานขับรถ ๑ คน รวม ๒๑ คน

๒) ภาคเอกชน ประกอบด้วย คลินิกแพทย์ ๑๐ แห่ง คลินิกทันตกรรม ๒ แห่ง คลินิกแพทย์แผนไทย ๑ แห่ง ร้านยาแผนปัจจุบัน ๙ แห่ง ร้านยาแผนโบราณ ๓ แห่ง

การให้บริการ

๑) บริการทุกคน บริการทุกอย่าง : ตรวจรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อนด้วยหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว ตรวจรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผ่ากรรรมด้วยแพทย์ หัตถการเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

๒) บริการทุกที่ : เยี่ยมบ้าน (Home Visit) มีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาที่คลินิกได้ ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแล เช่น ปัญหาการใช้ยาที่เหมาะสม

๓) บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี : ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระบบ Green Channel ปรีกษาแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทางโทรศัพท์และทางไลน์ได้ตลอดเวลา มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพุทธราชาศุภพนมได้ มีระบบส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ

การดำเนินงาน

- ๑) คลินิกพัฒนาการเด็กและวัคซีน
 - (๑) ได้รับการคัดกรองเบื้องต้น ร้อยละ ๑๐๐
 - (๒) ผู้ป่วยที่สงสัยว่าพัฒนาการล่าช้า ได้รับการดูแลรวดเร็วมากขึ้น
 - (๓) เด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติ ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและแก้ไขโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ ๑๐๐
 - (๔) ผลลัพธ์ คือ พัฒนาให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเด็กในกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าให้วัคซีน การดูแลเรื่องโภชนาการที่สมวัย
- ๒) คลินิกโรคเรื้อรัง
 - (๑) เป้าหมาย คือ สามารถรองรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้ารับบริการได้ทั้งหมด
 - (๒) ผู้ป่วยได้รับการกลับบ้านลดการแออัดและลดการรอคอย
 - (๓) ผู้ป่วย Pool Control มีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลแบบองค์รวม
- ๓) คลินิกทันตกรรม
 - (๑) กลุ่ม ๐ - ๑๒ ปี จำนวน ๑,๐๙๑ คน ได้รับการร้อยละ ๖๔.๙๘
 - (๒) กลุ่ม ๑๓ - ๕๙ ปี จำนวน ๔,๑๒๐ คน ได้รับการร้อยละ ๑๓.๑๖
 - (๓) กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๖๓๒ คน ได้รับการร้อยละ ๔๙.๔๕
 - (๔) กลุ่มเบาหวาน จำนวน ๖๙๗ คน ได้รับการร้อยละ ๗๐.๓๐
- ๔) งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
 - (๑) การให้บริการในห้องฉุกเฉิน
 - (๒) ทำหัตถการได้เหมือนโรงพยาบาล
- ๕) คลินิกแพทย์แผนไทย
 - (๑) ผู้ป่วยนอกได้รับการทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๓๘.๕๙
 - (๒) ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจในการรับบริการ พึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ ๙๑.๘๓ รองลงมา คือ พึงพอใจมาก ร้อยละ ๘.๑๗
- ๖) คลินิกกายภาพบำบัด
 - (๑) ผู้พิการทางร่างกาย/การเคลื่อนไหว จำนวน ๔๒ ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ๓๒ ราย (ร้อยละ ๖๗)
 - (๒) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูทันระยะฟื้นฟูจำนวน ๑๑ ราย ได้รับการฟื้นฟู ๑๐ ราย (ร้อยละ ๙๑) อาการดีขึ้น ๘ ราย (ร้อยละ ๗๓) อาการเท่าเดิม ๒ ราย (ร้อยละ ๑๘) มีภาวะแทรกซ้อน ๑ ราย (ร้อยละ ๙)

(๓) จำนวนผู้ป่วยกายภาพบำบัดที่รับบริการที่ PCC จำนวน ๗๓/๑๘๒ (คน/ครั้ง)

๗) งานเภสัชกรรม

(๑) งานบริการจ่ายยา มีห้องจ่ายยาเป็นสัดส่วนชัดเจน มีเภสัชกรปฏิบัติการประจำและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม จันท์-ศุภร์ เภสัชกร ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องก่อนจ่ายยา

(๒) งานบริหารเวชภัณฑ์ คลังเวชภัณฑ์มีเครื่องปรับอากาศ มีระบบควบคุมความปลอดภัย มีระบบความชื้น และอุณหภูมิให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานตลอดเวลา รายการยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด ๒๐๔ รายการ สมุนไพร ๑๗ รายการ มีการเช็คยอดคงคลังปีละ ๒ ครั้ง

(๓) งานเภสัชกรรมชุมชน มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ๒ ครั้ง/สัปดาห์ มีการตรวจแนะนำร้านค้าในเขตรับผิดชอบ ๑๖ หมู่บ้าน ปีละ ๒ ครั้ง โดยเน้นเรื่อง ยา อาหาร และเครื่องสำอาง ในชุมชนมีการตรวจสอบอาหารสดกลุ่มเสี่ยงในตลาดเทศบาล ๓๓๓๓ และร้านค้าแผงลอย

(๔) งานวิชาการ ให้บริการข้อมูลทางด้านยาแก่ประชาชน และประเมินการแพ้ยาในผู้ป่วย ๒๖ ราย ได้รับการประเมินว่าแพ้จริง ๒๐ ราย ดำเนินการออกบัตรแพ้ยาและบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ และแฟ้มลิโพนเดอร์ทุกรายที่ได้รับการประเมินว่าแพ้จริง

๘) งาน Long Term Care

มีผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเป็นผู้พิการและจิตเวช ๑๕ ราย ผู้สูงอายุ ๔๒ ราย และผู้ป่วยโรคมะเร็งต่าง ๆ ระยะสุดท้าย ๖ คน ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๑๐๐

๙) งานผู้สูงอายุ

มีประชากรผู้สูงอายุ ๑,๖๖๗ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๖.๖๗ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ เข้าเสื่อม หกล้ม ทูบโชนากการ สมองเสื่อม กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึมเศร้า

๑๐) อื่น ๆ ได้แก่ งานเยี่ยมบ้าน งานควบคุมโรคติดต่อ งานควบคุมโรคและผลิตภัณฑ์สุขภาพในงานนมัสการพระธาตุพนม

ผลการดำเนินงาน

๑) ลดความแออัด ลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล

(๑) การติดตามการรักษากลุ่มโรคทั่วไป

(๒) ลดคนไข้โรคเรื้อรังในคลินิกที่โรงพยาบาล และมีเวลาในการดูแล

ผู้ป่วยในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

(๓) มีแพทย์ทำหัตถการได้มากขึ้น

(๔) เพิ่มการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

(๕) หลีกเลี่ยงครุฑที่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จาก ๕ ครั้ง เหลือ ๒ ครั้ง

๒) ลดการรอคอย ผู้ป่วยใช้เวลาเฉลี่ยในการรอคอยลดลง ร้อยละ ๖๐

๓) ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ ๓.๖ เท่า

ระบบการเชื่อมโยงข้อมูล

คลินิกหมอบรรอบครัวชาตุนิยม ใช้โปรแกรม Hos-xP ในการจัดการข้อมูล และใช้โปรแกรม OPPP๒๐๑๐ ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนส่งข้อมูล ๔๓ แห่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมทุกวัน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ เดือนละ ๑ ครั้ง (ไม่เกินวันที่ ๓๐ ของเดือนถัดไป)

ปัญหาและอุปสรรค

๑) โครงสร้าง อาคาร พื้นที่บริการไม่เพียงพอ
๒) ระบบการเงิน การบัญชีและพัสดุครุภัณฑ์ รวมถึงเจ้าหน้าที่ ที่ยังรวมอยู่กับโรงพยาบาล

๓) กรอบอัตรากำลัง PCC ที่ไม่ชัดเจน

๔) ความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ

๕) ค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภารกิจที่มากขึ้น

๓.๘.๓.๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองพร้าว จังหวัดตราด

ข้อมูลทั่วไป

เกาะช้างแบ่งออกเป็น ๒ ตำบล ๙ หมู่บ้าน มีประชากรตามทะเบียนราษฎร จำนวน ๗,๘๓๘ คน มีนักท่องเที่ยว จำนวน ๑,๑๖๘๖๘๑ คน/ต่อปี

๑) ข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล

(๑) สิทธิข้าราชการ จำนวน ๓๘๗ คน

(๒) สิทธิประกันสังคม จำนวน ๘๙๙ คน

(๓) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน ๗,๑๓๒ คน

(๔) สิทธิอื่น ๆ จำนวน ๗๕ คน



ในพื้นที่เกาะช้าง

๒) ข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

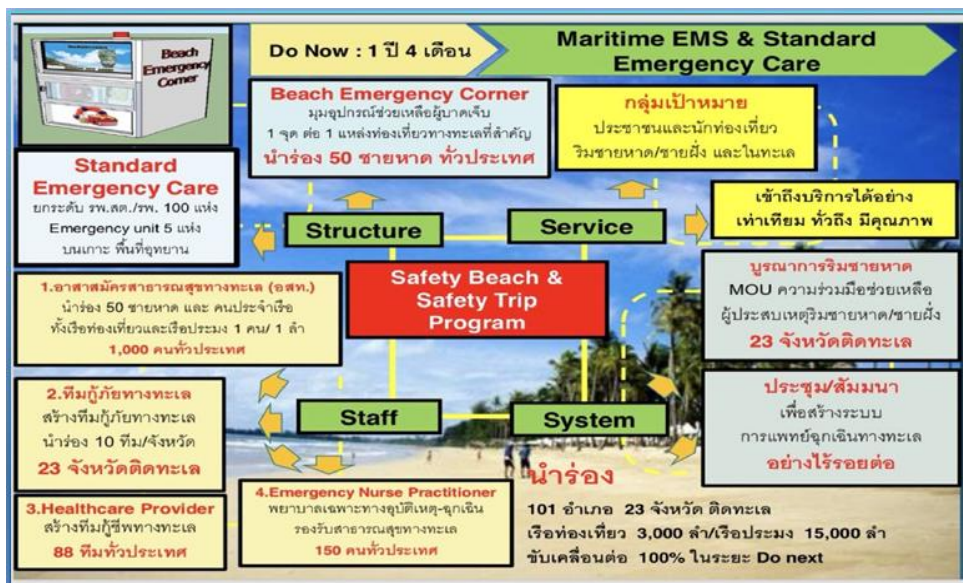
- (๑) โรงพยาบาลเกาะช้าง เป็นโรงพยาบาลชุมชน มีขนาด ๓๐ เตียง
- (๒) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่
 - (๒.๑) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองพร้าว
 - (๒.๒) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองสน
 - (๒.๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเบา
 - (๒.๔) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสลักเพชร
 - (๒.๕) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแจ็กแบ้
- ๓) จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกต่อปี
 - ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน ๒๘,๒๔๔ คน
 - ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๓๑,๓๘๓ คน
 - ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๓๕,๐๒๓ คน
 - ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๓๔,๔๐๑ คน
 - ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๓๖,๑๔๐ คน
- ๔) อันดับโรคผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๖๑
 - (๑) โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๓,๕๑๓ คน
 - (๒) โรคเบาหวาน จำนวน ๑,๖๘๖ คน
 - (๓) ไข้หวัด จำนวน ๑,๑๑๙ คน
 - (๔) ท้องอืด จำนวน ๖๖๗ คน
 - (๕) โรคกล้ามเนื้อ จำนวน ๖๑๗ คน
- ๕) จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยในต่อปี
 - ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน ๒,๙๗๙ คน
 - ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๒,๖๔๘ คน
 - ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๒,๐๑๓ คน
 - ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๒,๗๘๔ คน
 - ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๒,๒๘๒ คน
- ๖) อันดับโรคผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๑
 - (๑) โรคอุจจาระร่วง จำนวน ๑๐๖ คน
 - (๒) โรคปอดบวม จำนวน ๒๐ คน
 - (๓) โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๒๐ คน
 - (๔) ภาวะติดเชื้อบริเวณผิวหนัง จำนวน ๑๗ คน
 - (๕) ติดเชื้อไวรัส จำนวน ๑๖ คน

สำหรับด้านสาธารณสุขทางทะเลได้ดำเนินการตามแผนการพัฒนางานด้านสาธารณสุขทางทะเลแห่งชาติ (Maritime Public Health System) ซึ่งจะมีการดำเนินการ ดังนี้

- ๑) สร้างระบบบริการได้มาตรฐานสากลทางทะเล : โครงสร้าง คน ข้อมูล
- ๒) บูรณาการเครือข่ายด้าน EMS ทางทะเลให้มีประสิทธิภาพ
- ๓) สร้างคุณค่าการสาธารณสุขทางทะเลเพื่อสร้างรายได้
- ๔) การสาธารณสุขคุ้มครองผู้บริโภคทางทะเลอย่างมีคุณภาพทั่วถึง
- ๕) การสาธารณสุขทางทะเลอาเซียน



แนวทางการพัฒนาระบบ จะเน้นในการลดอัตราการตายให้เป็นศูนย์ (แบบที่ป้องกันได้) ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ มีดังนี้



- ๑) ดำเนินงานตามนโยบาย Emergency Care System (ECS)
- จังหวัดตราด
- ๒) การเตรียมการเฝ้าระวัง (Prevention)
- (๑) เตรียมความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพทีมภาคีเครือข่าย
- โดยการฝึกอบรม ดังนี้
- การอบรมการปฐมพยาบาล/การช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ
 - การอบรมอาสาสมัครโรงแรม/รีสอร์ท
 - การอบรมเครือข่าย Beach Guard
 - การขยายเครือข่าย
 - การอบรมกิจการเรือดำน้ำคูปะการัง และมีการซ้อมแผน
- ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- เสมือนจริงร่วมกับเครือข่าย
- (๒) การเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์
- ติดป้ายสัญลักษณ์แจ้งเตือน
 - ปรับปรุงสื่อโฆษณาให้มีความน่าสนใจ
 - ปรับปรุง เว็บไซต์ Beach Guard
- (๓) การนำส่งผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (Pre- Hospital) โดยการพัฒนา
- ศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน
- ส่งทีมบุคลากรอบรมการลำเลียงทางอากาศ
 - ส่งบุคลากรโรงพยาบาลเข้าอบรม Pre- Hospital
 - ส่งบุคลากร รพ.สต. เข้าอบรม Pre- Hospital
 - อบรมช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ
 - อบรมการเอาตัวรอดทางน้ำให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
 - การแบ่งโซนการรับผิดชอบเฝ้าหน้าหาดร่วมกับภาคีเครือข่าย
- (๔) การรักษาในโรงพยาบาล/การส่งต่อ (In-Hospital/Refer) โดย
- การจัดทำมาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการ
- โรงพยาบาลมาตรฐาน ER คุณภาพ
 - รพ.สต. ผ่านมาตรฐานในฉบับ Mini ER
 - จัดหา/เตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือทางการแพทย์ฉุกเฉิน
 - การจัดเตรียมความพร้อมบุคลากรทางการแพทย์
 - จัดทำระบบ Consult case (ทีมแพทย์/พยาบาล/เภสัชกร/Lap)
 - จัดช่องทางส่งต่อรักษาให้รวดเร็วและปลอดภัย

ระบบการส่งต่อ

- ช่องทางปกติ โดยทางรถฉุกเฉิน ระหว่างเวลา ๐๖.๐๐ – ๑๘.๐๐ นาฬิกา และทางระบบเรือเฟอร์รี่ ระหว่างเวลา ๑๘.๐๐ – ๐๖.๐๐ นาฬิกา

- ช่องทางส่งต่อเร่งด่วน โดยใช้เรือสปีดโบ๊ท ใช้สำหรับผู้ป่วยวิกฤตสีแดง Resuscitate ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ และผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีอาการหลายระบบร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้พิจารณาสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ Sky Refer ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติสู่การรักษาที่เหมาะสมได้ โดยเกณฑ์การขอใช้อากาศยานจะต้องพิจารณาจากผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

(๕) การจัดการด้านสาธารณภัย (Disaster)

- ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- การฝึกอบรม MERT, Mini-MERT
- การซ้อมแผน
- การถอดบทเรียนหลังการซ้อมแผน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองพร้าว รับผิดชอบในการดูแลพื้นที่หน้าหาดทั้งหมด รวมถึงพื้นที่ราบเชิงเขา

บุคลากร มีทั้งหมด ๑๒ คน ประกอบด้วย

- ข้าราชการ จำนวน ๕ คน
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ คน
- ลูกจ้างชั่วคราว (เงินบำรุงรายเดือน) จำนวน ๓ คน
- ลูกจ้าง (หมอนวดแผนไทย) จำนวน ๒ คน

ประชากร

- ตามทะเบียนราษฎร จำนวน ๒,๘๔๖ คน
- ประชากรตามการสำรวจ จำนวน ๓,๔๔๘ คน
- ประชากรแฝง จำนวน ๒๕,๐๐๐ – ๓๐,๐๐๐ คน (บุคคลจากพื้นที่อื่น

ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน)

- นักท่องเที่ยว จำนวน ๙๐๐,๐๐๐ คน/ปี

การแบ่งพื้นที่ในการดูแล จะแบ่งเป็น ๔ เขต ดังนี้

- โซนหาดทรายขาว
- โซนชายหาด
- โซนบ้านคลองพร้าว
- โซนหาดไก่อ๊ะ

จำนวนผู้รับบริการ รพ.สต.บ้านคลองพร้าว

- ปี ๒๕๕๘ จำนวน ๑๔,๘๓๒ คน
- ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๗,๘๙๓ คน

- ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒๐,๖๐๔ คน
- ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๒๐,๙๘๒ คน (ณ เดือน กันยายน ๒๕๖๑)

ปัญหาสุขภาพในเขตรับผิดชอบ

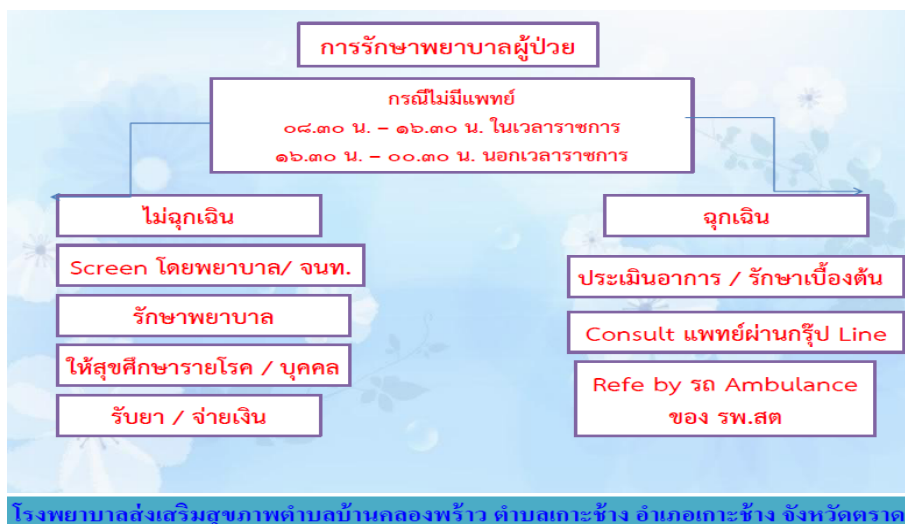
- ๑) อุบัติเหตุทางจราจร
- ๒) จมน้ำและอุบัติเหตุทางทะเล
- ๓) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ๔) ไข้เลือดออก
- ๕) อาหารเป็นพิษ
- ๖) โรคเบาหวาน
- ๗) โรคความดันโลหิตสูง
- ๘) โรคไขมันในเลือดสูง

การรักษาพยาบาลผู้ป่วย

- กรณีมีแพทย์

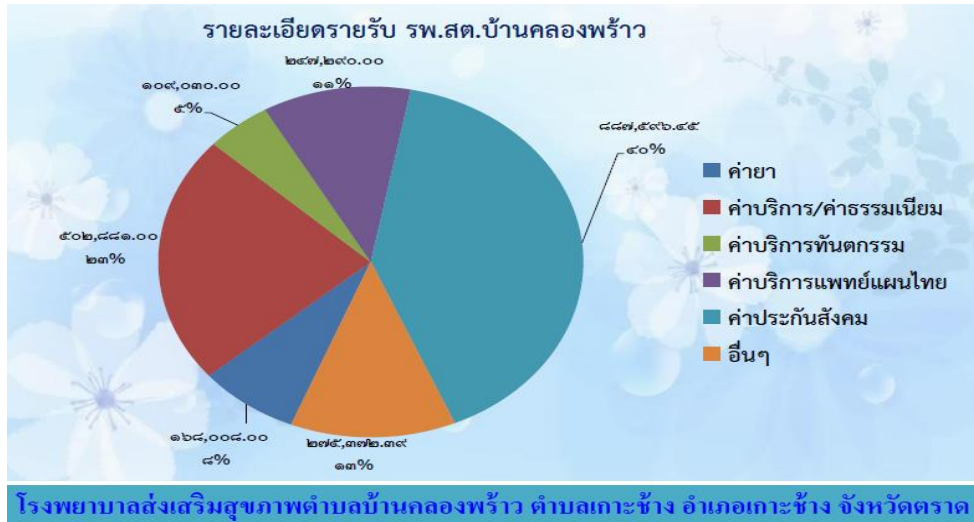


- กรณีไม่มีแพทย์



รายรับของ รพ.สต. บ้านคลองพร้าว

มีรายรับจำนวน ๒,๑๙๐,๑๓๗.๘๔ บาท ซึ่งรายรับส่วนใหญ่ได้รับจาก ประกันสังคม (ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑)



รายจ่ายของ รพ.สต. บ้านคลองพร้าว

มีรายรับจำนวน ๒,๐๕๐,๙๑๖.๓๐ บาท (ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑)



สรุปผลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินทางทะเล ตามมาตรฐาน และวิธีการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) Emergency Prevention (การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน
และสามารถป้องกันได้)

- ฝึกอบรมแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว (อสต.)
- ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่เสี่ยงที่เกิด rip current และมีการติดตั้งสัญลักษณ์แจ้งเตือน มีการติดตั้งจุดเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายจากพิษแมงกะพรุน
- มีการซ้อมแผนการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางทะเลร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ศูนย์รักษาความปลอดภัยทางท้องทะเลหมู่เกาะช้าง โรงพยาบาลเกาะช้าง คลินิกอินเตอร์เกาะช้าง
- ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ และการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางทะเลแก่นักเรียนชั้นมัธยม โรงเรียนบ้านคลองพร้าว
- เพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยการเข้าร่วมโครงการเอาตัวรอดทางน้ำและการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางทะเล

๒) Pre-Hospital (การปฏิบัติการฉุกเฉินการสถานพยาบาล)
วิชาชีพเข้าอบรมหลักสูตร Pre-hospital

- มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ศูนย์รักษาความปลอดภัยทางท้องทะเลหมู่เกาะช้าง โรงพยาบาลเกาะช้าง คลินิกอินเตอร์เกาะช้าง
 - มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์เบอร์โทรฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ตามจุดต่าง ๆ
- ๓) In – Hospital Emergency (การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล)
- มีเครื่องมือทางการแพทย์ฉุกเฉินต่าง ๆ ที่สามารถช่วยฟื้นฟูชีพได้ทันท่วงที ได้แก่ เครื่อง Defibrillator ,ET tube, Laryngoscope, Ambu bag, ยา High Alert Drug, EKG, เครื่อง Suction

- มีแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลเกาะช้างมาปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ทุกวันจันทร์-พฤหัสบดี ช่วงเวลา ๐๙.๓๐ – ๑๕.๐๐ นาฬิกา ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่มีความเพียงพอสำหรับการรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้ และสามารถรักษาได้ทันท่วงที

- มีการ Consult Case ในไลน์ Consult Doctor โดยมีทีมแพทย์พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่ X-ray และอื่น ๆ ทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็วและทันท่วงที

- มีรถ Ambulance ในการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเกาะช้างได้รวดเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๔) Interfacility Patient Transfer (ปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล)



๕) Emergency Operational in Disaster (ปฏิบัติการฉุกเฉินใน

สถานการณ์สาธารณภัย)

- เข้าร่วมการซ้อมแผนสาธารณภัยประจำปี ร่วมกับภาคีเครือข่าย และร่วมออกปฏิบัติการ ณ ที่เกิดเหตุร่วมกับภาคีเครือข่าย

- ปฏิบัติตามคำสั่งการจากโรงพยาบาลเกาะช้างและสาธารณสุขอำเภอเกาะช้าง

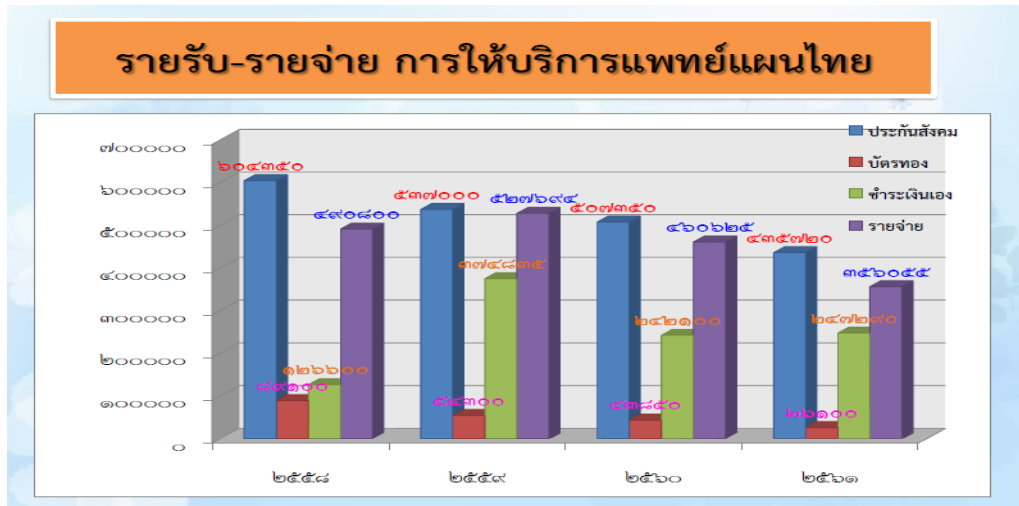
แนวทางการพัฒนา

- ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ระยะเวลา ๔ เดือน
 - ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมหลักสูตร Pre-Hospital
 - พัฒนาสถานที่ รพ.สต. และเตรียมสถานที่ให้พร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉิน
- การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- ๑) นวดบำบัดรักษา/ผ่อนคลาย
- ๒) ประคบสมุนไพร
- ๓) เฝายา/รมยา
- ๔) ยาสมุนไพร

- ๕) ให้สุขศึกษา/วิชาชีพัดตน
- ๖) ออกหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) /เยี่ยมบ้าน
- ๗) งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

รายรับ - รายจ่าย การให้บริการแพทย์แผนไทย



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- สถานที่ไม่เพียงพอต่อผู้มารับบริการ เช่น เตียงนอน ห้องนอน
- ผู้ให้บริการไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ
- เครื่องมือหรืออุปกรณ์บางชนิดเสื่อมโทรมตามอายุการใช้งานและบางชนิดจำเป็นต้องปิดการใช้งาน เช่น ห้องอบสมุนไพร

แนวทางการพัฒนา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

- ก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทย เพื่อรองรับผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นทุกปี และเปิดบริการเป็นศูนย์การแพทย์แผนไทยอย่างครบวงจร ทั้งนวดรักษา นวดน้ำมัน สปา อบสมุนไพร ดูแลมารดาหลังคลอด เป็นต้น

- พัฒนาการให้บริการคลินิกครบวงจร เพื่อเป็นหน่วยบริการทางการแพทย์แบบผสมผสาน ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

- พัฒนาการใช้ยาสมุนไพร เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร และส่งเสริมการปลูกสมุนไพร ในชุมชนให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว

- พัฒนากิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานด้านทันตกรรม กิจกรรมการให้บริการ

- ๑) ขูดหินปูน
- ๒) อุดฟัน
- ๓) ถอนฟัน

- ๔) ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ๕) ออกหน่วย พอ.สว/เยี่ยมบ้าน
- ๖) งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

| รายรับ การให้บริการทันตกรรม | | |
|-----------------------------|------------|-----------|
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ | | |
| สิทธิรักษา | จำนวนครั้ง | จำนวนเงิน |
| ชำระเงินเอง | ๖๓ | ๑๘,๖๐๒ |
| ชำระเงินเองต่างด้าว | ๙ | ๔,๗๗๐ |
| ต่างชาติ | ๓ | ๒,๐๔๐ |
| ปกส. | ๒๔๔ | ๘๑,๕๑๘ |
| บัตรแรงงานต่างด้าว | ๗๐ | ๒,๑๐๐ |
| รวม | | ๑๐๙,๐๓๐ |

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- ๑) สถานที่ไม่เป็นสัดส่วนในการให้บริการ
- ๒) ขาดผู้ช่วยเหลืองานด้านทันตกรรม
- ๓) เครื่องมือบางอย่างไม่เพียงพอต่อผู้มารับบริการ
- ๔) ยูนิตทำฟันบางส่วนมีการชำรุด

แนวทางการพัฒนา ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

- ก่อสร้างอาคารทันตกรรม เพื่อรองรับผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นทุกปี และ

มีห้องทันตกรรมที่ได้มาตรฐาน

- พัฒนาการให้บริการคลินิกครบวงจร มีแพทย์มาหมุนเวียนสัปดาห์ละ

๑ ครั้ง และให้การรักษาที่ครอบคลุม

- พัฒนากิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

สรุปแนวทางการพัฒนา รพ.สต.บ้านคลองพร้าว ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑) พัฒนาคน : สนับสนุนให้บุคลากรทำงานเด่น ซึ่งตบโจทย์การแก้ไข

ปัญหาในพื้นที่

๒) พัฒนาเงิน : วางแผนการใช้จ่ายเงินให้เกิดสภาพคล่องในการพัฒนา

รู้แหล่งที่มาของเงินและดำเนินการให้ได้มา มีการวางแผนการใช้จ่ายให้สอดคล้องกับรายรับ

| | แหล่งที่มารายรับ | รายละเอียดรายจ่าย |
|--------|------------------------|---------------------|
| รายรับ | การให้บริการ (ใบเสร็จ) | เงินเดือน/ค่าตอบแทน |
| | ประกันสังคม | ค่าสาธารณูปโภค |
| | QOF/Quick cost | ค่าพัสดุครุภัณฑ์ |
| | งบค่าเสื่อม/งบลงทุน | สิ่งก่อสร้าง |

๓) พัฒนาสิ่งของ สิ่งก่อสร้าง

| ลำดับ | รายการ | แหล่งงบ |
|-------|---|--------------|
| ๑ | ก่อสร้างอาคารแผนไทย/ทันตกรรม | งบลงทุนปี ๖๓ |
| ๒ | ปรับปรุงห้อง ER | เงินบำรุง |
| ๓ | หลังคากันฝนหน้าห้อง ER | เงินบำรุง |
| ๔ | ปรับปรุงหลังคาและขยายพื้นที่รอรับบริการ | เงินบำรุง |
| ๕ | ห้องน้ำ ชาย/หญิง/ผู้พิการ | เงินบำรุง |
| ๖ | บ้านพักข้าราชการ | งบลงทุนปี ๖๓ |

(เงินบำรุง รพ.สต. ปัจจุบันมีประมาณ ๒ ล้านบาท)

๓.๙ การเดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ณ สหราชอาณาจักร

คณะกรรมการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ณ สหราชอาณาจักร สิ่งหนึ่งที่สหราชอาณาจักรให้ความสำคัญอย่างมากคือระบบปฐมภูมิ (Primary Care) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice : GP) มีบทบาทมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง (Specialist) เนื่องจากระบบกำหนดให้มีระบบ Gate Keeper หมายถึงการให้ประชาชนต้องเลือกแพทย์ประจำครอบครัวจาก GP เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยจะต้องเข้ารับบริการจากแพทย์ประจำครอบครัวก่อน หากเกินความสามารถแพทย์ประจำครอบครัวจะส่งต่อไปหาแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถไปรับบริการกับแพทย์เฉพาะทางได้โดยตรง ดังนั้น แพทย์ประจำครอบครัวของอังกฤษจึงทำงานเน้นด้านเวชศาสตร์ป้องกัน การใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่ง ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า ๑๖ ปี ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์และผู้ว่างงาน ส่วนการซื้อประกันเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง เมื่อดูข้อมูลย้อนหลังพบว่าประชาชนร้อยละ ๙๐ ไปรับบริการที่ Gate Keeper ใช้งบประมาณเพียงร้อยละ ๑๐ ของงบประมาณทั้งหมด บริการส่วนใหญ่เป็นของรัฐ

การจัดบริการในระบบปฐมภูมิ GP ได้รับเงินแบบเหมาจ่าย แต่จะไต่งบประมาณเพิ่มเติม (Top Up) โดยใช้เกณฑ์คุณภาพ (Quality and Outcome Framework : QOF) มาร่วมด้วย โดยกำหนดให้ QOF เป็นรางวัลแบบสมัครใจและเป็นค่าตอบแทนเพิ่มเติม (Voluntary Reward และ Incentive Programme) เพื่อช่วยให้ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการในระบบปฐมภูมิ ทั้งนี้การดูแลคุณภาพหน่วยบริการเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เรียกว่า Care Quality Commissioning (คล้ายสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ในประเทศไทย) ปัจจุบัน อังกฤษมีการกำหนดเป้าหมายระบบชัดเจน ๓ ประเด็นคือ ๑) ยังคงเน้นให้ผู้ป่วยไปรับบริการ Primary Care ก่อน ๒) เน้นการทำให้ประชาชนดูแลตนเองได้มากขึ้น ๓) มีการดูแลที่บ้าน

แพทย์ในอังกฤษใช้เวลาศึกษา ๖ ปี จากนั้นไปเพิ่มพูนทักษะอีก ๒ ปี และหากจะเรียนต่อจะใช้เวลาอีก ๓-๕ ปีแล้วแต่สาขา สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (GP) จะใช้เวลา ๓ ปี ในประเทศไทยเรียกว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เมื่อจบมาแล้วสามารถทำงานในระบบปฐมภูมิได้ทันที เพราะเป็นระบบที่ National Health Service (NHS) ส่งเสริม ปัจจุบันแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) รวมกลุ่มกันจัดตั้งหน่วยปฐมภูมิโดยเฉลี่ยแห่งละ ๔ คน เพื่อผลัดเปลี่ยนกันให้บริการ ซึ่งมีรายได้ดีพอสมควร ส่วนแพทย์ที่ไปเรียนต่อเฉพาะทาง มักต้องการงานที่ทำหาย เนื่องจากไม่ได้เป็นส่วนที่รอรับการส่งต่อมาจาก GP แม้รายได้จะน้อยกว่าแต่สามารถบริหารเวลาได้ดีกว่า จะเห็นได้ว่าในสหราชอาณาจักร แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปคือแพทย์ที่จบการศึกษาในระบบและเรียนเพิ่มพูนทักษะอีก ๓ ปี ต่างจากประเทศไทยที่หมายถึงแพทย์ที่จบการศึกษาในระบบ ๖ ปีเท่านั้น

คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้ลงพื้นที่ Old School Surgery Group Practice, School Street, Pentyclum Cardiff, Wales สรุปได้ว่า เป้าหมายของการทำงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวว่า มีหน้าที่ในการดูแลความเป็นอยู่ของประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบให้มีสุขภาพที่ดี โดยการดูแลแต่ละบุคคล จะดูในบริบทของครอบครัว และชุมชน เป็นสำคัญ โดยบทบาทของแพทย์ทั่วไปนี้จะดูแลผู้ป่วยในหลายลักษณะได้แก่ ๑) กรณีเจ็บป่วยเฉียบพลัน ๒) กรณีโรคเรื้อรัง ๓) กรณีที่มีพยาธิสภาพหลายอย่าง ๔) โรคทางจิตเวช ๕) โรคทางประสาทที่มีผลจากโรคทางกาย ๖) โรคทางประสาทที่มีผลจากสังคม ๗) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



วิทยากรได้เน้นให้เห็นความสำคัญว่า การเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์ประจำครอบครัวตามนัยของระบบของสหรัฐอเมริกา จะเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย



ซึ่งแพทย์จะดูแลประชาชนในพื้นที่บางคนตั้งแต่ พ่อ แม่ จนกระทั่งถึงลูกและหลานของผู้ป่วย การให้บริการที่ Old School Surgery นี้จะมีบริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยบริการช่วงเช้าถึงเย็น จะเริ่มบริการตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ น. ถึง ๑๘.๓๐ น. โดยจะมีการประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์ในสถานบริการนี้ เพื่อสรุปปัญหาของวัน

ที่ผ่านมา หลังจากนั้นแพทย์จะให้บริการผู้ป่วยเป็นเวลาประมาณ ๒ ชั่วโมง หรือมากกว่า ในเวลาเดียวกันแพทย์อีกส่วนหนึ่งจะให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยที่ขอหาหรือทางโทรศัพท์ด้วยเหตุที่ทำได้เนื่องจากแพทย์รู้จักผู้ป่วยที่โทรมาหาเป็นอย่างดี จึงให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ก่อน ในช่วงบ่ายจะมีแพทย์ส่วนหนึ่งให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ อีกส่วนหนึ่งจะให้บริการในสถานพยาบาลประมาณ ๒ ชั่วโมง รวมกับการให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ในช่วงตลอดวันที่ให้บริการนี้จะมีการให้บริการกรณีเหตุฉุกเฉินด้วย ในช่วงหลังจาก ๑๘.๓๐ - ๐๘.๐๐ น. ของอีกวัน จะมีบริการกรณีฉุกเฉิน และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อแนะนำการส่งต่อไปยังสถานบริการที่เหมาะสมต่อไป

Old School Surgery มีแพทย์ประจำอยู่ ๙ ท่าน ดูแลประชาชน ๑๒,๓๐๐ คน โดยลักษณะพื้นที่เป็นเขตเมืองกึ่งชนบทโดยประชากรส่วนใหญ่เป็นคนหนุ่มสาววัยทำงานที่ย้ายจากเขตเมือง มาทำงานในพื้นที่ ทำให้โครงสร้างประชากรต่างจากส่วนอื่นๆ ของสหราชอาณาจักร คือมีลักษณะที่เป็นคนวัยทำงานมากกว่าพื้นที่อื่น

นอกจากจะมีแพทย์ประจำ ๙ ท่านแล้วยังมีแพทย์ฝึกหัดอีก ๓ ท่านมาฝึกงานประจำอยู่ และมีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นระดับเชี่ยวชาญมาก ทำหน้าที่ช่วยแพทย์ เช่น การตรวจรักษาคนไข้เบื้องต้น การให้ยาคนไข้เบื้องต้น นอกจากนั้น การดำเนินงานของสถานพยาบาลนี้ บุคลากรที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งคือ ผู้จัดการ ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการให้เกิดความเรียบร้อยของการให้บริการ โดยเฉพาะการจัดเวรให้กับแพทย์ ซึ่งแพทย์ที่นี่จะทำงานอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓๗ ชั่วโมง และยังทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน และดำเนินการให้เสร็จในเวลาไม่เกิน ๓๐ วัน ในระยะต่อไปของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในเวลส์นี้ จะเน้นการทำงานเพิ่มเติมสองส่วนคือ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มากขึ้น และการให้ผู้ป่วยรู้โรคตัวเองเพื่อให้ดูแลตัวเองได้ระดับหนึ่ง



นอกจากนี้จะให้บริการกับผู้ป่วยในพื้นที่แล้ว ยังให้บริการในฐานะที่เป็นศูนย์การเรียนการสอนแพทย์ประจำครอบครัวของราชวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยด้วย โดยจะให้การสอนกับนักศึกษาแพทย์ทั้งระหว่างศึกษาก่อนปริญญาและหลังปริญญาของมหาวิทยาลัย และราชวิทยาลัยแพทย์ทั่วไปด้วย

ขณะนี้ทิศทางการทำงานของ GP ในอังกฤษนั้นกำลังมีการปรับระบบ โดยใช้คำว่า Primary Care Cluster โดยจะมีการทำงาน ร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ๑) ให้ระบบมีความยั่งยืน ๒) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยให้มากขึ้นเร็วขึ้น ๓) ลดความเหลื่อมล้ำของระบบบริการ ๔) มีการพัฒนาวิชาชีพพร้อมกัน ๕) สหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกัน ๖) มีการกระจายบริการจากบริการทุติยภูมิมายังบริการปฐมภูมิมากขึ้น

รูปแบบการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพนี้ จะมีการรวมกลุ่มของ GP และมีการเลือกหัวหน้ากลุ่ม และสมาชิกตำแหน่งต่าง ๆ และมีการขยายการทำงาน การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน และร่วมกันบริหารงบประมาณใหม่ที่รัฐบาลจัดสรรเพิ่มเติม เช่น การเพิ่มเภสัชกรในการทบทวนการสั่งยา



ของแพทย์ว่าเหมาะสมหรือไม่ การเพิ่มผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทในการช่วยสนับสนุนงานที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญด้านนี้

บทที่ ๕ บทสรุป

คณะอนุกรรมการจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้ศึกษาและเห็นว่า การดำเนินการ การแพทย์ปฐมภูมิมีความแตกต่างกันตามลักษณะของพื้นที่ จำนวนประชากร และรูปแบบการบริการ การแพทย์ในรูปแบบเดิม ซึ่งมีความสลับซับซ้อน จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑) ให้มีการดำเนินการการแพทย์ปฐมภูมิ โดยแบ่งรูปแบบการดำเนินการเป็นพื้นที่บริการ ๓ บริบท คือ บริบทเขตเมืองใหญ่ บริบทเขตเมือง และบริบทเขตชนบท โดยในเขตเมืองใหญ่ และ เขตเมืองอาจมีการจัดตั้งหน่วยแพทย์ปฐมภูมิทั้ง ๓ บริบทอยู่ในพื้นที่เดียวกันได้ ทั้งนี้ ต้องมีการสำรวจ พื้นที่และกำหนดหน่วยงานในแต่ละพื้นที่ให้ชัดเจน

๒) การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิควรจัดบริการแบบรวมกลุ่มในลักษณะกลุ่ม บริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) รวมทั้งมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คลินิกเอกชน และร้านยา เพื่อดูแลประชาชนร่วมกัน ให้มีประสิทธิภาพ และให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากที่สุด

๓) กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิให้ชัดเจน เพื่อให้หน่วย บริการการแพทย์ปฐมภูมิสามารถดำเนินงานให้บริการได้เต็มรูปแบบทั้งงานด้านส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม โรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

๔) รัฐต้องเร่งรัดจัดให้มีหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และประชาชน ต้องดำเนินการตามขั้นตอนของการรักษาพยาบาลโดยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิเป็น ลำดับแรก ไม่ข้ามขั้นตอนการรักษาพยาบาลไปยังโรงพยาบาลหลัก เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ ประชาชนได้รับการรักษาเบื้องต้นโดยไม่ต้องเดินทางไกลไปยังโรงพยาบาล และลดความแออัดใน โรงพยาบาล ยกเว้นกรณีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน

๕) การดำเนินงานระบบคลินิกหมอครอบครัวควรดำเนินการในพื้นที่เขตชนบทเป็นลำดับ แรก โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิที่มีความพร้อมทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชน สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม

๖) พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่างหน่วยแพทย์ปฐมภูมิ ไปยังโรงพยาบาล แม่ข่าย เพื่อเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และรักษาโรคเบื้องต้นระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น การรักษาพยาบาลทางไกล (Tele-Medicine) และสร้างระบบการส่งต่อ อย่างมีประสิทธิภาพ

๗) ควรเร่งดำเนินการจัดให้มีการตรากฎหมายเกี่ยวกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิและ บริการสาธารณสุข เพื่อรองรับให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึง บริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

๘) ปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดสรรงบประมาณจากรายได้ที่จัดเก็บจากท้องถิ่น เพื่อเอื้อต่อการจัดบริการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพอนามัยให้กับประชาชนในพื้นที่

๙) ควรมีกฎหมายเฉพาะเพื่อให้หน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนที่เป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้

๑๐) ควรปรับปรุงหลักเกณฑ์วิธีการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิได้รับงบประมาณในการให้บริการแก่ประชาชนให้เหมาะสม และบูรณาการงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากส่วนต่าง ๆ เพื่อให้งบประมาณเพียงพอในการจัดบริการการแพทย์ปฐมภูมิให้กับประชาชน

๑๑) ควรกำหนดโครงสร้างระบบการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความชัดเจนทั้งด้านอัตราค่าจ้างการบริหารจัดการ และงบประมาณให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ทั้งตำแหน่งหน้าที่ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ

๑๒) ควรใช้โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดต่าง ๆ เป็นฐานการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยการใช้สื่อการสอนทางไกลร่วมกับมหาวิทยาลัยเป็นการเสริมขึ้นจากระบบเดิม และมีการจัดงบประมาณเพื่อดำเนินการในขั้นต้น

๑๓) จัดให้มีระบบการประเมินผล และรับรองคุณภาพการบริการของหน่วยบริการในการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิให้มีมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งกลไกการตรวจสอบในระบบการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิ

๑๔) จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดความเชื่อมั่นของระบบบริการปฐมภูมิให้กับประชาชน และปรับเปลี่ยนทัศนคติมาใช้บริการระบบปฐมภูมิก่อนการเข้ารับบริการโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายในทุกหน่วยงาน และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเป็นช่องทางในการให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่อ่านและทำความเข้าใจได้โดยง่ายผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

๑๕) ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องบูรณาการมาร่วมปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ปฐมภูมิเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในขั้นต้น

ภาคผนวก

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔).
- กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑.
- คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง (มีนาคม ๒๕๖๑).
- คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗.
- ฉวีวรรณ บุญสุยา, นวรัตน์ สุวรรณพ้อง และพรณี บุญสุยา. (๒๕๕๓). ผลสำรวจสถานะสุขภาพ ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๓. นครปฐม. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ธีระ วรณารัตน์ และคณะ. (๒๕๕๙). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง : กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (Primary Care Services System in Urban Setting : Case Study in Bangkok Area). คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนับสนุนงาน ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๘๒ก เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๑.
- วิศา พานิชเกียรติ, อเนก มุ่มอ้อมกลาง, อังคณา สมน์สทวิชัย, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, วลัยพร พัชรนฤมล และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๒ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๐.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔).
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๙. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ.
- สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, วิศรี วายูรกุล และจรรยา ภัทรอาชาชัย. (๒๕๕๕). ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ๑๔ ประเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๕.
- http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1, accessed by May 13, 2014.
- World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services , 2010.

การเดินทางลงพื้นที่ไปศึกษาดูงานภายในประเทศ
๑. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร



๒. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาม เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร



๓. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ ช่วง นุชเนตร เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร



๔. โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น



๕. โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี



๖. โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง



๗. โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง



๘. โรงพยาบาลนครพนม



๙. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม



๑๐. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน



๑๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะมุกด์ จังหวัดตรัง



๑๒. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม



๑๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองพร้าว จังหวัดตราด



รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

เรื่อง “ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ”

คณะผู้รับผิดชอบ

ในการจัดทำรายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

นายต้นพงศ์ ตั้งเต็มทอง

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

นางสุภาพร วิเชียรเพชร

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน

นางพิมพ์รวิทย์ สุจินดาวัฒน์

นิติกรชำนาญการ

นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก

นิติกรชำนาญการ

นางกนิษฐา กาวีโน

นิติกรชำนาญการ

นางสาวอภิรดา บัวทอง

วิทยากรชำนาญการ

นางสมฤทัย บุญสุธากุล

วิทยากรปฏิบัติการ

นางสาวนงลักษณ์ เนาว์แก้ว

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๐**



ออกแบบและพิมพ์ที่
สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาิติบัญญัติแห่งชาติ
โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๑๗๔๑-๒, ๐ ๒๒๔๔ ๑๕๖๑, ๐ ๒๘๓๑ ๙๔๗/๑-๒

