

**ข้อเสนอแนะเพื่อ
การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข**

**นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ
คณะทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ**

มกราคม 2552

ขอบเขตเนื้อหา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

1. บทนำ

- 1.1 ความหมายและขอบเขตของบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ
- 1.2 บทบาทและความสำคัญของบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ
- 1.3 ความหมายและบทบาทของบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในบริบทไทย

2. สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของไทย

- ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- หลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. การคลังระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

- 3.1 งบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ
- 3.2 การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ
- 3.3 การบริหารงบประมาณภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
- 3.4 สถานการณ์ด้านการเงินของสถานีนอมนัย

4. เหตุผลและความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้เข้มแข็ง

5. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

- 5.1 ให้มีการจัดตั้งหน่วยงานส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อบริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของกระทรวง
- 5.2 จัดให้มีหน่วยบริหารจัดการกลางระดับเขต/ จังหวัด
- 5.3 จัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การทำงานของคณะทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประมวลสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของไทยที่ผ่านมา วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และประชุมระดมความคิดเห็นในกลุ่มนักวิชาการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิถือเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและระบบสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกมารวม 30 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศและในประเทศไทยเองสนับสนุนว่า ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ มิใช่บริการที่จัดโดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ยังคงเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปของโลกและนานาประเทศ ในการนำสังคมไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมมากขึ้น สภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจมีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง มีบูรณาการ และระยะยาว ยิ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นและบทบาทของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เนื่องจากสามารถให้บริการที่ต่อเนื่องและบูรณาการได้ดีกว่าบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการขึ้นมากจนเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะรองรับได้

สถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของไทย

ด้วยข้อจำกัดหลักของระบบสาธารณสุขไทย ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีไข้แพทย์จึงมีข้อจำกัดในการให้บริการโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล ประกอบกับทรัพยากรมีจำกัด ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเครือข่ายบริการ มีการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านทรัพยากร องค์ความรู้ และการสนับสนุนต่าง ๆ ดังนั้นเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในที่นี้ขอกำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิหมายถึง “เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการให้บริการ เช่นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหรือศูนย์แพทย์ชุมชน และมีสถานอนามัยหรือหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่มีได้มีแพทย์ประจำเป็น

ลูกข่ายในการให้บริการ โดยมีพื้นที่และจำนวนประชากรที่ต้องดูแลชัดเจนกลุ่มหนึ่ง เช่น 10,000 – 15,000 คน และมีการสนับสนุนเชื่อมโยงกันโดยอาศัยระบบข้อมูล การส่งต่อ และการสนับสนุนด้านความรู้และทรัพยากร” ทั้งนี้ขอบเขตงานเป็นการทำงานผสมผสานทั้งในด้านการจัดบริการ การขับเคลื่อนชุมชน และทำงานผสมผสานกับภาคส่วนต่างๆในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

สถานการณ์ด้านกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระยะสิบปีที่ผ่านมาพบว่าไม่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันกลับมีแนวโน้มลดลงในขณะที่จำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงสู่ระดับสถานีนอมาลัยและสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อ มีผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมากยิ่งขึ้น ภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจมีผลกระทบด้านลบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการเอง ทั้งนี้มีหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิครึ่งหนึ่งมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เจ้าหน้าที่ 1 คน: ประชากร 1,250 คน) ขณะเดียวกันศักยภาพของบุคลากรในการทำงานตามขอบเขตบริการปฐมภูมิได้ตามมาตรฐานยังมีจำกัด

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ผ่านมาโดยเฉพาะภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกชี้นำโดย สปสช. ซึ่งเป็นองค์กรซื้อบริการเป็นหลัก ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ว่าในฐานะผู้กำหนดนโยบายขาดหรือเจ้าของสถานพยาบาลศักยภาพในการทำหน้าที่ยังกล่าวทั้งในด้านโครงสร้างอันเป็นผลจากการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงและการขาดแคลนงบประมาณ ขณะเดียวกัน สปสช. ก็สนับสนุนทรัพยากรได้อย่างจำกัดเนื่องจากมิได้มีการกิจในการพัฒนาระบบในภาพรวม จึงทำได้เพียงสนับสนุนเฉพาะประเด็นที่ สปสช. สนใจและให้ความสำคัญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นกับความสนใจและภาวะผู้นำของผู้บริหารแต่ละแห่งในเรื่องดังกล่าว บางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทนำและแข่งขันในการพัฒนาและมีนโยบายให้แม่ข่ายต้องจัดสรรงบประมาณพื้นฐานให้กับทุกสถานีนอมาลัย ในขณะที่บางแห่งผู้บริหารเครือข่ายมีบทบาทนำในการพัฒนามีการพัฒนาแบบบริการเชิงรุกในชุมชนและสนับสนุนลูกข่ายเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ในบริบทที่มีการถ่ายโอนสถานีนอมาลัยไปยัง อปท. การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (ร่วมลงทุนระหว่าง สปสช. และ อปท.) ในหลายๆพื้นที่ ทำให้เกิดการแยกส่วนการจัดการของระบบและดำเนินงาน

รูปแบบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในเครือข่ายแตกต่างกันมากในแต่ละแห่ง ขึ้นกับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลและลูกข่ายและวิสัยทัศน์

ของผู้บริหารแม่ข่าย มีการสนับสนุนงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่างๆ รวมทั้งมีการสนับสนุนบุคลากร อย่างไรก็ตามพบว่าภาระงานไม่สัมพันธ์กับสถานะการเงินของลูกข่ายขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายที่มีได้สัมพันธ์กับของลูกข่าย บ่งชี้ว่า การจัดสรรเงินในการสนับสนุนลูกข่ายไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายที่ดีมีได้มีอันส่งผลไปถึงลูกข่ายด้วย แม่ข่ายจะมีการสนับสนุนงบประมาณแก่ลูกข่ายก็ตามแต่พบว่าเป็นไปเพื่อการให้ลูกข่ายสามารถดำเนินการจัดบริการได้ แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานแก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะบทบาทของการเป็นเจ้าของและผู้ดูแลระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ จำเป็นต้องมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานทั้งในด้าน จำนวนบุคลากร ลักษณะและศักยภาพของบุคลากร ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพระบบบริการ และการโยกภารกิจระหว่างบุคลากรภายในเครือข่ายภายใต้บริบทข้อจำกัดด้านบุคลากร ทั้งนี้บทบาทดังกล่าวจะยิ่งทวีความสำคัญขึ้นหากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับบทบาทมาทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับระบบบริการ ดังนั้นคณะทำงานฯจึงมีข้อเสนอแก่กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิดังนี้

1. ให้มีการจัดตั้งสำนักบริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อ (1) พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานอื่น (2) วางแผนการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิทั้งด้านโครงสร้างและกำลังคน (3) บริหารยุทธศาสตร์และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และ (4) กำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมินการพัฒนอย่างต่อเนื่อง

2. ให้มีการจัดตั้งหน่วยบริหารจัดการการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระดับเขต/จังหวัด เพื่อ (1) บริหารจัดการ ส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและทั่วถึง (2) เพื่อให้เกิดการกระจายของทรัพยากรอย่างเป็นธรรม และเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีระดับสูง (3) เพื่อประสานการจัดการระบบสุขภาพและบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อปท. และเครือข่ายบริการในพื้นที่ (4) เพื่อกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของเครือข่ายต่างๆ

3. ให้จัดตั้งกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระดับอำเภอ โ ค ย มี วัตถุประสงค์เพื่อ (1) ให้มีงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อการจัดการปฐมภูมิที่ชัดเจน เป็นอิสระ ยืดหยุ่น และสามารถติดตามประเมินในภาพรวม (2) เพื่อให้มีหน่วยบริหารจัดการเพื่อการวางแผน

และพัฒนาบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอแบบองค์รวม และตอบสนองความต้องการของชุมชนและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และระดมความร่วมมือจากท้องถิ่นและชุมชน และ (3) เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ได้รับโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับที่สูงกว่า ทั้งนี้การบริหารจัดการให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนที่มีตัวแทนจากทั้งหน่วยบริการ (โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาคชุมชน ทั้งนี้อาจขยายบทบาทของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายที่มีอยู่ให้มีส่วนประกอบและบทบาทหน้าที่ตามที่กำหนด

4. ให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและแผนการกระจายกำลังคนสำหรับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทที่เป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการกำหนดและบรรจุตำแหน่ง รวมถึงสนับสนุนให้ CUP /กองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิสนับสนุนงบประมาณในการจัดจ้างบุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพต่างๆรวมถึงบุคลากรฝ่ายสนับสนุน เพื่อให้สามารถจัดบริการแก่ประชาชนได้ดีขึ้น และให้ CUP/ กองทุนฯ จัดสวัสดิการสำหรับบุคลากรที่มีได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการให้มีขวัญกำลังใจและดำรงอยู่ในระบบ ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง CUP ในการบริหารจัดการบุคลากรแนวใหม่

1. บทนำ

1.1 ความหมายและขอบเขตระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

องค์การอนามัยโลกประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 หลังการประชุมที่ Alma-Ata ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 โดยอาศัยยุทธศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของบริการสาธารณสุขปฐมภูมิว่าหมายถึง¹ “บริการสุขภาพที่จำเป็นที่จัดให้กับบุคคลและครอบครัวในชุมชนอย่างถ้วนหน้า โดยอาศัยองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับ และมีราคาที่เหมาะสมและชุมชนสามารถจ่ายได้ในการสนับสนุนการพัฒนาทุกระยะ โดยเน้นการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก ทั้งนี้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นจุดเชื่อมของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน เป็นบริการขั้นแรกของกระบวนการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก”

ทั้งนี้ เป้าประสงค์หลักของนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) ก็คือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Equity in health) แก่ประชาชนนั่นเอง โดยอาศัยยุทธศาสตร์สำคัญคือระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ¹ โดยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างถ้วนหน้าและเป็นกลไกหลักในการเชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน^{2 3}

ประเทศต่างๆ ได้นำแนวคิดและนโยบายดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศมีบริบท ความเข้าใจ และการตีความยุทธศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่แตกต่างกัน โดยในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมักตีความว่าเป็นเพียงหน่วยบริการด่านหน้าในการให้บริการสาธารณสุขแก่ปัจเจกชนและครอบครัวโดยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัว เช่น ระบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในอังกฤษ ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศยากจนซึ่งยังมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอีกมาก ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิถูกใช้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ² โดยทำงานเชิงรุกและร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส

¹ WHO (1978) Primary Health Care. Geneva: World Health Organization

² WHO (2003) Health System: Principled Integrated Care. In: World Health Report 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Chapter 7.

³ WHO (2008) The World Health Report 2008 Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva, World Health Organization

มีคำสองคำที่มีการใช้ทดแทนกันบ่อยๆ แต่มีความหมายที่แตกต่างกัน⁴ คือ บริการปฐมภูมิ (Primary care) และบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health care)

บริการปฐมภูมิ (Primary care) ส่วนใหญ่หมายถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขปฐมภูมิที่จัดแก่ปัจเจกชนและครอบครัวโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขด้านเวชปฏิบัติครอบครัว มีลักษณะสำคัญ^{5 6} คือ เป็นบริการด่านหน้า (first contact) เข้าถึงได้ (accessible) ให้บริการแบบรอบด้าน (comprehensiveness) เน้นที่บุคคลมากกว่าโรค เป็นบริการที่มีความต่อเนื่อง และมีการประสานการจัดบริการ (coordination of care)

ส่วน *บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care)* มองสุขภาพในมิติที่กว้าง (มากกว่าการปราศจากโรค) ตามความหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้า มองระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่ชุมชนในภาพรวม (community oriented) โดยมีการปรับให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน นำบริการที่จำเป็นมีคุณค่าไปสู่ประชาชน รวมทั้งเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยมีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการ รวมถึงมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆ และชุมชนในการพัฒนาชุมชนและสังคมซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในชุมชน เนื่องจากปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพนั้นส่วนใหญ่อยู่นอกกระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ลักษณะเฉพาะของบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ คือ นอกเหนือจากเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการอย่างรอบด้าน เชื่อมโยง และต่อเนื่องทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ยังขยายบทบาทไปดูแลถึงในชุมชนโดยทำงานเชิงรุกเข้าไปให้บริการแก่ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน และทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งนี้แนวคิดในการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิดังกล่าวจำเป็นต้องมีปัจจัยอื่นที่สำคัญร่วมด้วยคือ การกระจายอำนาจ ในการบริหารจัดการไปให้กับชุมชนและท้องถิ่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชน

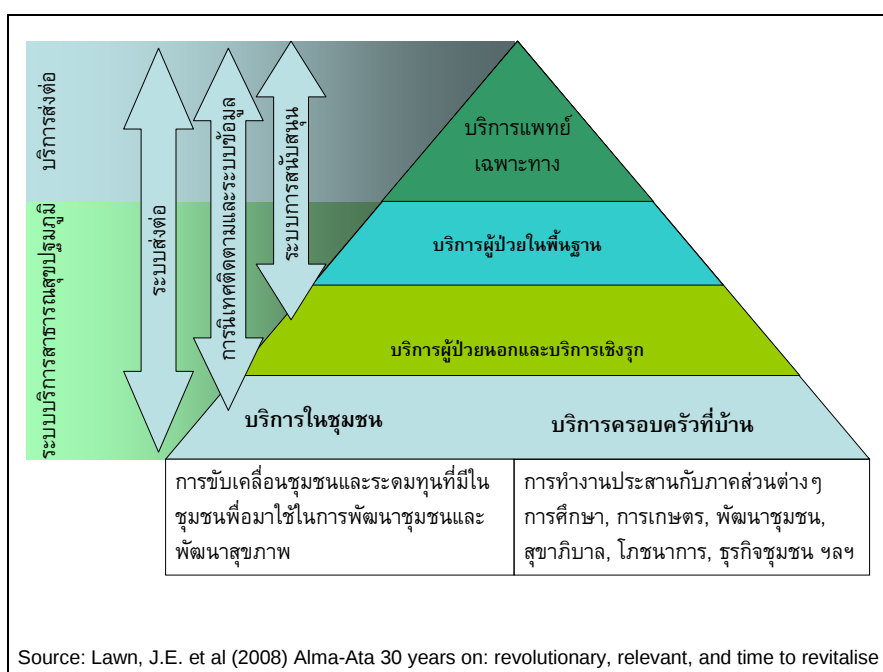
⁴ Muldoon, L.K., Hogg, W.E., and Levitt, M. (2006) Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC): What is the Difference? Canadian Journal of Public Health 97 (3): 409-11

⁵ Molla S, Donaldson K, Yordy D, Lohr KN, Vanselow NA (Eds) (1996) Primary Care: America's Health in a New Era. Report of a Study by a Committee of the Institute of Medicine, Division of Health Care Services. National Academy Press, p 395

⁶ Strafield B. (1998) Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology, 2nd edition, New York and Oxford: Oxford University Press.

เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมักมีไข้แพทย์ โดยอาจเป็นพยาบาล ผดุงครรภ์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม จากประสบการณ์ต่างประเทศพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเดี่ยวยังมักเติบโตเข้มแข็งได้ยาก⁷ จึงเสนอให้พัฒนาเป็นลักษณะแบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care Network, or District Health System) โดยมีโรงพยาบาลอำเภอเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุนการจัดการบริการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในด้านต่างๆ เช่น การส่งต่อ การนิเทศติดตาม ระบบข้อมูล การสนับสนุนด้านวัตถุและเทคนิคต่าง ทั้งนี้ขอบเขตงานเป็นไปตามผังแผนภูมิที่ 1 เป็นการดำเนินงานผสมผสานทั้งในด้านการจัดการบริการ การขับเคลื่อนชุมชน และทำงานผสมผสานกับภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน⁸

แผนภูมิที่ 1 การทำงานของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ



⁷ WHO Harare Declaration (1987): the interregional meeting on strengthening District Health System based on Primary Health Care, Harare, Zimbabwe, August 1987

⁸ Lawn, J.E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V., and Chopra, M. (2008) Alma-Ata: Rebirth and Revision 1, Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. www.thelancet.com, Vol 372: 917-27

1.2 บทบาทและความสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในต่างประเทศพบว่า บริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีความสำคัญและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน^{9,10,11} ทั้งนี้เป็นผลจาก เป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ประชาชน ให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ ในชุมชนและเป็นหน่วยบริการหลักที่ให้บริการแก่กลุ่มดังกล่าว การมีทีมสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการที่มีคุณภาพ และทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ ในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน นำมาซึ่งความกลมเกลียวของคนในสังคมและเป็นการเสริมความเข้มแข็งแก่ชุมชนและประชาชนทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และเมื่อประชาชนมีการศึกษา สภาพความเป็นอยู่และการทำงานดีขึ้น มีผลต่อการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในสังคม¹²

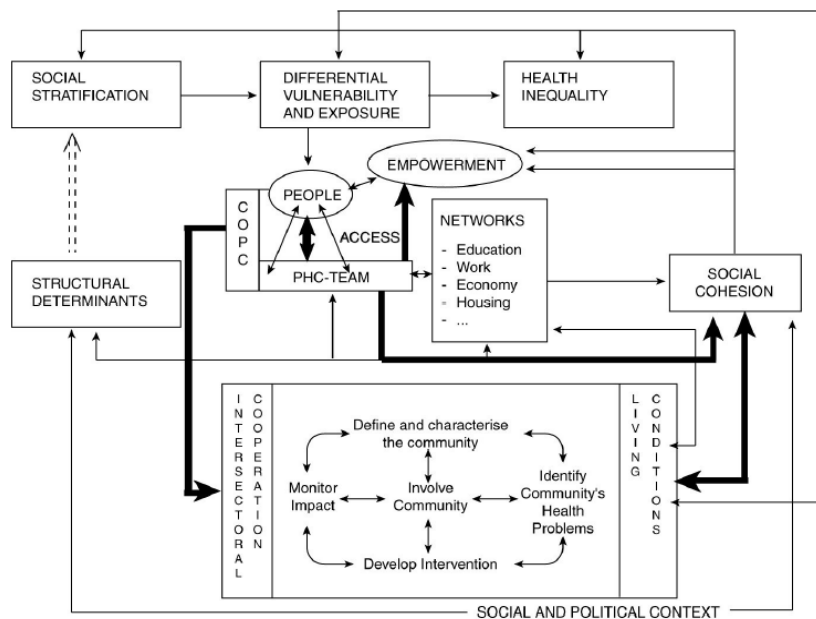
⁹ Macinko, J., Strafield B, and Shi L. (2003) The contribution of Primary Care System to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, Health Services Research, 38,3:831-865

¹⁰ Starfield, B., Shi, L., and Macinko, J. (2005) Contribution of Primary Care to health systems and health. The Milbank Quarterly 83(3): 457-502

¹¹ McDonald, J. and Hare, L. (2004) Literature review: the contribution of primary and community health services. The Center for Health Equity, Training, Research & Evaluation Centers for Primary Care & Equity, UNSW. Retrieved from [http://www.cphce.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports6to10/\\$file/McDonald_J_\(2004\)_The_Contribution_of_Primary_Care.pdf](http://www.cphce.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports6to10/$file/McDonald_J_(2004)_The_Contribution_of_Primary_Care.pdf)

¹² De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I. and Billings, M. (2007) Primary health care as strategy for achieving equitable care: a literature review. Health System Knowledge Network retrieved from http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf

แผนภูมิที่ 2 ยุทธศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ



ที่มา: Maesener et al (2007)

Starfield และคณะ⁶ มีข้อสรุปว่า ระบบบริการปฐมภูมิมีความสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น และส่งผลให้คุณภาพบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาในด้านความต่อเนื่องและบูรณาการของบริการสาธารณสุข ซึ่งให้ความสำคัญกับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดูแลปัญหาสุขภาพตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นซึ่งจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการลุกลามของโรคได้ดี ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในการแก้ปัญหาต่างๆในชุมชนอันนำมาซึ่งสุขภาวะ ขณะเดียวกันก็มีต้นทุนการให้บริการที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

แม้ยุทธศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (PHC) ได้ดำเนินการมาร่วมสามสิบปี ก็ยังคงได้รับการยอมรับว่าเป็นยุทธศาสตร์หลักของระบบบริการสุขภาพซึ่งยังคงมีประสิทธิผลไม่ว่าบริบทของประเทศจะเปลี่ยนไปอย่างไรก็ตาม¹³ ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจกับสังคมว่า ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมินั้นมิใช่บริการเฉพาะสำหรับกลุ่มคนจนและผู้ด้อยโอกาส คนในชนบท และสำหรับประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา แต่ทั้งนี้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องเป็นยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและสำหรับทุกคนและในทุกประเทศ นอกจากนั้นรายงานองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2008 เสนอว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งในระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจำเป็นต้องประกอบด้วยปฏิรูปสี่ด้านหลัก คือ (1)

¹³ WHO (2003) Primary Health Care: A Framework for Future Strategic Directions. Geneva, World Health Organization

เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ควรมุ่งไปสู่ระบบบริการสาธารณสุขแบบถ้วนหน้า (2) ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ตอบสนองต่อความคาดหวัง สังคมและการยอมรับมากขึ้น (3) ปฏิรูปนโยบายสาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาวะของบุคคลและสุขภาวะชุมชน (4) ปฏิรูประบบการจัดการที่เน้นการมีส่วนร่วมและกระจายการรับผิดชอบไปยังส่วนปลาย ทั้งนี้ในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ควรต้องผลักดันให้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขโดย (1) สนับสนุนให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นด่านหน้าการให้บริการ (2) ให้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน (3) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในการแสดงบทบาทการประสานบริการกับสถานพยาบาลระดับอื่นและมีอำนาจในการจัดการและซื้อบริการ

สำหรับในประเทศไทยมีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหลักในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน^{14,15} ประชาชนที่เข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) มากที่สุดคือประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่อาศัยในเขตชนบท^{16, 17}

1.3 ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในบริบทสังคมไทย

ประเทศไทยก็นำแนวคิด Primary Health Care มาใช้โดยเรียกว่า “**การสาธารณสุขมูลฐาน**” ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติได้ให้นิยามไว้ว่า “เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ประชาชนดำเนินการเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลักและผสมผสานการพัฒนาการสาธารณสุขกับการพัฒนาด้านการศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไข

¹⁴ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2549) ความเป็นธรรมการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) วารสารวิชาการสาธารณสุข 15 (5): 685-96

¹⁵ Phusit Prakongsa (2005) Equity in Health Service Utilization and Benefit Incidence Analysis (BIA) before and after UC in Thailand. Retrieved from http://164.115.5.20/ihttp/ppt-journal2004/phusit_pre-lim_findings_bia.pdf

¹⁶ รายงานสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

¹⁷ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2551) สถานการณ์การจัดบริการบูรณาการและผสมผสานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้” อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติเมื่อกล่าวถึงการสาธารณสุขมูลฐานสิ่งที่คนทั่วนึกถึงคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมักถูกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เป็นผู้ช่วยในการทำงานสาธารณสุขหรืองานบริการในชุมชนแทนตน ซึ่งไม่ตรงกับเป้าประสงค์ของนโยบายมากนัก ในที่นี้จึงขอหลีกเลี่ยงไม่ใช้คำดังกล่าวและขอใช้คำว่า ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิแทน

บทบาทบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่คาดหวัง ต้องมีบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลในลักษณะประคับประคอง ทั้งในหน่วยบริการ และการออกสู่ชุมชน ทั้งเพื่อติดตามการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การให้บริการป้องกันควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขอื่น ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาสาธารณสุขของครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ จุดแข็งของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเรื่องของการให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ใกล้ชิดกับชุมชน และรวมไปถึงการดูแลสุขภาพระยะชุมชน โดยขอบเขตการให้บริการครอบคลุมมากกว่าบริการรักษาพยาบาล

ข้อจำกัดหลักของระบบสาธารณสุขไทยคือเรื่องกำลังคน ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิคือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ (เต็มเวลาหรือเป็นช่วงเวลา) เพียงร้อยละ 0.34 เท่านั้น¹⁸ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการของโรงพยาบาลใหญ่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) หรือเอกชน บริการด้านรักษาพยาบาลจึงเป็นจุดอ่อนในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิโดยเฉพาะสถานีนอคมัย นอกจากนั้นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นบางอย่างยังขาดหายไปจากระบบเช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพา เป็นต้น นอกจากนั้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลให้อัตราการใช้บริการของประชาชนโดยเฉพาะที่ระดับปฐมภูมิสูงขึ้นมาก ทำให้ภาระงานด้านรักษาพยาบาลเบียดเวลาทำงานสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเครือข่ายบริการ มีการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านทรัพยากร องค์ความรู้ และการสนับสนุนต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ และจากประสบการณ์ของไทยเองก็มีข้อสรุปว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จส่วนมากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการ และสามารถจัดทำแผนดำเนินงานได้ภายใต้ความริเริ่มของตนเอง โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นฝ่ายสนับสนุนอย่างใกล้ชิด¹⁹

¹⁸ ข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹⁹ สุพัตรา ศรวณิชากร (2551) ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เอกสารประกอบการศึกษาภาคพื้นดินและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นนทบุรี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ดังนั้นเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในที่นี้ขอกำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ หมายถึง “เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการให้บริการ เช่นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหรือศูนย์แพทย์ ชุมชน และมีสถานอนามัยหรือหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่มีได้มีแพทย์ประจำเป็นลูกข่าย ในการให้บริการ โดยมีพื้นที่และจำนวนประชากรที่ต้องดูแลชัดเจนกลุ่มหนึ่ง เช่น 10,000 – 15,000 คน และมีการสนับสนุนเชื่อมโยงกันโดยอาศัยระบบข้อมูล การส่งต่อ และการสนับสนุนด้านความรู้ และทรัพยากร”

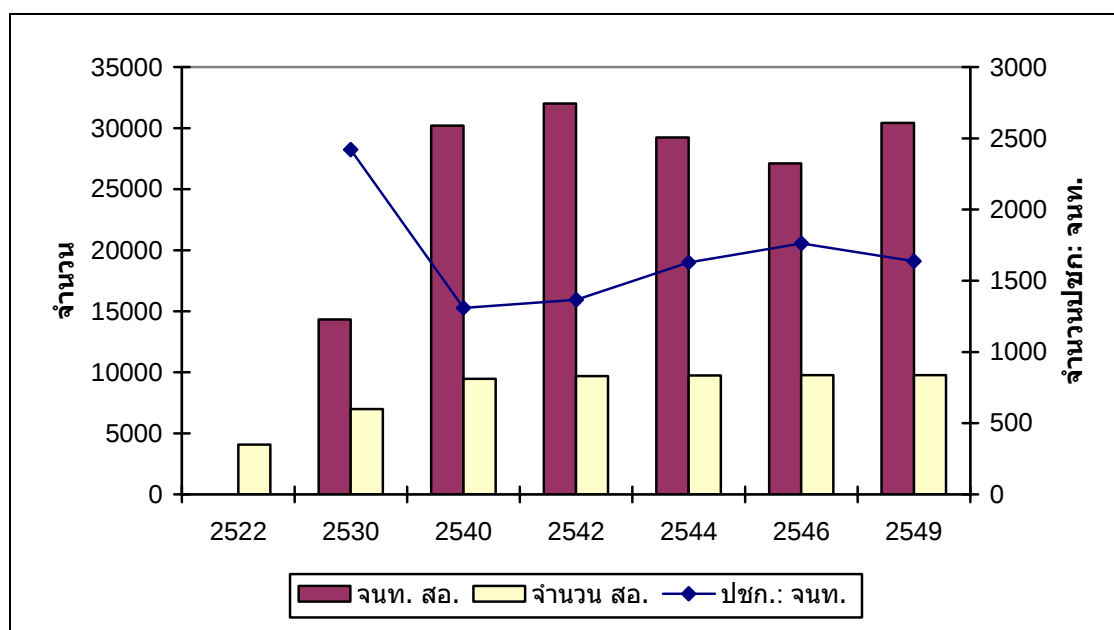
สำหรับขอบเขตบริการของเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิควรประกอบด้วย

- บริการระดับปัจเจกเชิงส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่เป็นการทำงานเชิงรุกใน ชุมชน เช่น บริการอนามัยโรงเรียน การจัดการบริการแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ร่วมกับการให้บริการในสถานบริการ โดยมีการกำหนดรายการบริการสุขภาพที่ ชัดเจนเป็นชุดบริการแทน
- บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่จัดโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป และบริการเบื้องต้นสำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยไม่ต้อง กำหนดล่วงหน้า แต่จำกัดโดยความซับซ้อนของปัญหา
- บริการสุขภาพในชุมชนทั้งในด้าน การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล พื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง ที่มุ่งเน้นให้บริการแก่กลุ่มด้อย โอกาสในชุมชน เช่น คนจน ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ฯลฯ
- การจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประชากรและชุมชน โดย มีการวางแผนแก้ไขตามสภาพปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น โดยไม่ต้องกำหนด ล่วงหน้าและจ่ายโดยงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่
- ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นๆ ท้องถิ่น ชุมชน และประชาชนในพื้นที่ ในการ แก้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสังคม – ไม่ต้องกำหนดล่วงหน้า และ จ่ายโดยงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล

2. สถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของไทย

ระบบบริการปฐมภูมิของไทยได้รับความสำคัญและพัฒนาอย่างจริงจังในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 - 5 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2529) เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมทุกอำเภอและตำบลตามลำดับ โดยในช่วงท้ายของแผนฯ 3 มีสถานีอนามัยครอบคลุมตำบลเพียงร้อยละ 51 และขยายเป็นร้อยละ 82 และ ร้อยละ 100 ในช่วงท้ายแผนฯ 4 และ 5 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลอำเภอนั้นครอบคลุมเพียงร้อยละ 39 ของอำเภอในช่วงท้ายแผนฯ 3 และขยายเป็นร้อยละ 51 และ 92 ของอำเภอในปี พ.ศ. 2525 และ 2530 ตามลำดับ ข้อมูลจำนวนสถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีการก้าวกระโดดจากปี 2530 ถึง 2540 แต่หลังจากนั้นแทบไม่มีการเพิ่มของจำนวนเจ้าหน้าที่ซึ่งขณะเดียวกันก็มีแนวโน้มลดลงอันสืบเนื่องจากการจำกัดจำนวนข้าราชการของรัฐบาล เป็นผลให้อัตราส่วนจำนวนประชากรที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น บ่งชี้ว่ารัฐบาลให้การสนับสนุนการพัฒนาสถานีอนามัยโดยรวมไม่ทันกับจำนวนประชากรและความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในระยะสิบปีที่ผ่านมา

แผนภูมิที่ 3 จำนวนสถานีอนามัย เจ้าหน้าที่ และจำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2522 - 2549



ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2544-47 และ 2548-50

เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดให้มีหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หน้า ในระยะนี้ทำให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบใหม่เพิ่มมากขึ้นโดยใช้ชื่อที่หลากหลาย เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit: PCU) ที่เกิดจากการตั้งใหม่ของโรงพยาบาลในตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล หรือยกระดับสถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีอยู่ให้ได้มาตรฐาน ตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) ใหม่หรือยกระดับจากสถานีอนามัยที่มีอยู่ คลินิกชุมชนอบอุ่นของภาคเอกชน เป็นต้น ขณะเดียวกันแทบทุกจังหวัดมีการส่งพยาบาลวิชาชีพไปทำงานในสถานีอนามัยอันเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการของสถานีอนามัย และมีการส่งแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการในสถานีอนามัยบางแห่งที่ถูกยกระดับเป็น PCU

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 98) และดูแลรับผิดชอบประชาชนในระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 91)²⁰

ทั้งนี้การพัฒนาที่ผ่านมาเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักภายใต้การดูแลของกองสาธารณสุขภูมิภาคในขณะนั้น แต่เมื่อมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2545 กองสาธารณสุขภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิได้ถูกยุบไป ขณะเดียวกันเมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณในการจัดบริการทั้งหมดถ่ายโอนไปยัง สปสช. ทำให้บทบาทชี้้นำการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิย้ายไปอยู่ที่ สปสช. เป็นหลัก มีการจัดงบประมาณสนับสนุนโดยเริ่มนำงบลงทุนทดแทนมาสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ปีละประมาณ 1,000 ล้านบาท หรือคิดเป็น 15% ของงบลงทุน โดยในระยะแรกยังไม่มีทิศทางชัดเจน ต่อมาได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและภาคีต่างๆ จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550 – 2554 และได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุขและเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และ สปสช. ได้นำเงินลงทุนดังกล่าวมาสนับสนุน (ตามยุทธศาสตร์ตามที่ สปสช. ให้ความสำคัญ) ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาดังกล่าว ประกอบด้วย (1) เพิ่มศักยภาพ และขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน โครงการลดความแออัดโรงพยาบาลใหญ่ และสนับสนุนครุภัณฑ์ที่มีความจำเป็น (2) ปรับปรุงการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การติดตามกำกับ การพัฒนาต้นแบบ (3) ปรับปรุงระบบผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรระบบปฐมภูมิ (4) สร้างการยอมรับคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ (5) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ที่ สปสช. ให้ความสำคัญและจัดงบประมาณสนับสนุนเป็นหลักคือยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 3

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขแม้จะถูกกำหนดเป็นองค์กรหลักในการบริหารยุทธศาสตร์ แต่เนื่องจากขาดหน่วยงานรับผิดชอบในกระทรวงในการทำหน้าที่ยังกล่าว ขณะเดียวกันก็มิได้มี

²⁰ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบประมาณสำหรับการพัฒนาระบบบริการได้อย่างรอบด้าน ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงขึ้นกับการสนับสนุนจาก สปสช. เป็นหลัก

ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โครงสร้างตามสายบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ตรวจราชการฯ ออกนิเทศติดตามผลกิจกรรมตามตัวชี้วัดที่กำหนดโดยส่วนกลางหรือตามนโยบายของจังหวัด ในขณะที่ข้อมูลบริการและงบประมาณบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งในระดับเขตและระดับชาติ ทำให้การใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินและพัฒนาบริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างแยกส่วน ไม่สะท้อนภาพการให้บริการและไม่ได้ใช้เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง

ปัญหาสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันคือ ปัญหาการมีบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่าในปี 2547 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน¹⁹ (ประชากร 1,250 คนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน) ประเด็นปัญหาด้านคุณภาพของการจัดบริการรักษาพยาบาลของสถานีนอมนายเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อการสร้างศรัทธาของประชาชน รวมทั้งคุณภาพบริการที่จัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะสำหรับประชาชนในชนบท อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่า ภายหลังจากการพัฒนาบริการเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการผู้ป่วยเรื้อรังคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น¹⁹

3. การคลังระบบบริการปฐมภูมิ

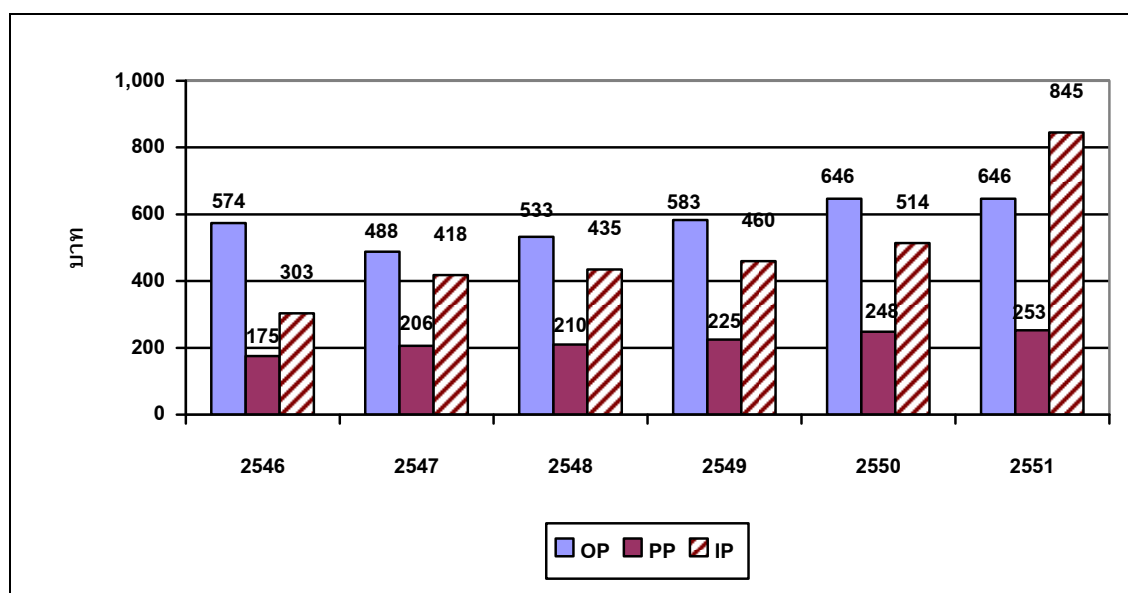
3.1 งบประมาณสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ

เมื่อประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แหล่งเงินสำหรับการจัดบริการสุขภาพจึงมาจากระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ เป็นหลัก เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ ประกันสุขภาพเอกชน รวมถึงที่ประชาชนชนจ่ายเองเมื่อไปใช้บริการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในชนบท (สถานีนอมนาย) นั้น แหล่งเงินหลักที่ใช้จัดบริการส่วนใหญ่มาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ในขณะที่สิทธิด้านการรักษาพยาบาลอื่นๆ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย ดังนั้นในที่นี้จะขอลำถึงงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก

งบประมาณรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจาก 1,202 บาทในปี 2546 เป็น 1,396 1,659 1,900 และ 2,100 บาทในปี 2548, 2549, 2550 และ

2551 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปีในช่วงเวลาดังกล่าว ทั้งนี้งบประมาณรายหัวดังกล่าวจำแนกตามรายการ เช่น บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค อุบัติเหตุฉุกเฉิน ค่าใช้จ่ายสูง ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้รายการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิคือ งบส่งเสริมป้องกัน (PP) และงบผู้ป่วยนอก (OP) ส่วนหนึ่ง โดยงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นเป็นภารกิจโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่งบบริการผู้ป่วยนอกส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ไปสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกส่วนหนึ่งไปสนับสนุนบริการทุติยภูมิของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจงบเหมาจ่ายรายหัวแยกรายประเภทบริการจะพบว่า งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในมีอัตราการเพิ่มสูงสุด เฉลี่ยประมาณร้อยละ 25 ต่อปี ระหว่างปี 2546 - 2551 ในขณะที่อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3 ต่อปีและร้อยละ 8 สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่วงเวลาเดียวกัน (แผนภูมิที่ 4)

แผนภูมิที่ 4 งบประมาณรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 - 2551



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นโยบายรัฐอีกประการที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ คือ นโยบายด้านการกระจายอำนาจ และการสนับสนุนให้มีกองทุนสุขภาพตำบล แหล่งเงินจากท้องถิ่นและชุมชนเป็นอีกแหล่งของการคลังสุขภาพที่มีบทบาทสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น การมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีงบประมาณตนเองในการพัฒนาท้องถิ่น มีผลบวกต่อหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน มีงบประมาณของตนเองที่สามารถเข้าถึงและใช้ในการแก้ปัญหาของชุมชนได้สะดวกขึ้น มี อปท. หลายแห่งสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในการจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพใน

ชุมชน²¹ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหากความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำอปท. เป็นไปด้วยดี สอดคล้องกับข้อมูลรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติที่พบว่าแหล่งเงินจาก อปท. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะยังคงมีขนาดเล็กก็ตาม²²

ในขณะที่กองทุนสุขภาพตำบลได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยโอนงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน (PP community) 37.5 บาท แก่ท้องถิ่นสำหรับท้องถิ่นที่พร้อมและสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยท้องถิ่นต้องสมทบงบประมาณในสัดส่วนที่กำหนดตั้งแต่ร้อยละ 10 - 50 ตามขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้มีคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมาบริหารจัดการ ทั้งนี้ในปีแรกมีกองทุนที่จัดตั้งได้รุ่นแรก (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 - 50) จำนวน 883 กองทุน และในรุ่นที่สอง (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551) จำนวน 1,813 แห่ง รวมเป็นพื้นที่ดำเนินการทั้งพื้นที่เก่าและใหม่ทั่วประเทศ 2,696 แห่ง²³ ถือเป็นการแย่งงบประมาณออกจากการบริหารจัดการของโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) และมีเงินสมทบจากท้องถิ่น ซึ่งคาดว่าจะทำให้มีงบประมาณเพิ่มขึ้นสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ท้องถิ่นและชุมชนตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้นและร่วมมือกันมากขึ้นในการจัดการปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลขณะนี้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นและจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินสัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายต่อไป

3.2 การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์หลักของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ มุ่งสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน โดยใช้การจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนแก่หน่วยบริการปฐมภูมิคู่สัญญาหลัก (Contracting Unit for Primary Care; CUP) เป็นกลยุทธ์ในการบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอก (OP) โดยตรงแก่ CUP ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลรัฐ/เอกชน ศูนย์แพทย์ชุมชน (รัฐ) คลินิกชุมชนอบอุ่น (เอกชน) ตามจำนวนคนที่ขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายดังกล่าว ทั้งนี้งบดังกล่าวใช้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นทั้งที่หน่วยบริการคู่สัญญาหลักและสถานพยาบาลปฐมภูมิในเครือข่าย โดยหลักเกณฑ์การจัดสรรในเครือข่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการบริหารเครือข่ายซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของโรงพยาบาลและลูกข่ายตกลงกัน

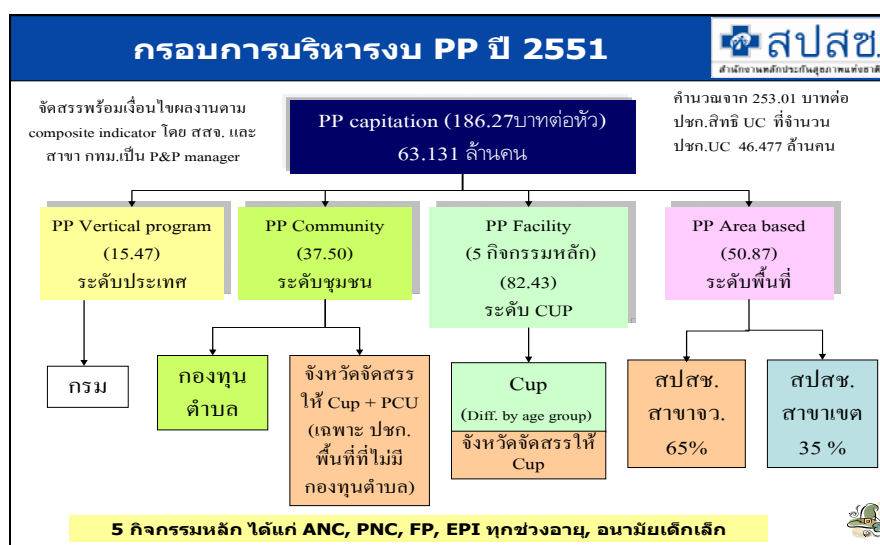
²¹ สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์ (2550) รูปแบบทางเลือกการคลังงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เอกสารอัดสำเนา

²² วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2550) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 - 2548 สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

²³ ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับบบบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) จัดสรรให้สำหรับบริการแก่ประชาชนทุกคน (186.27 บาท/หัว) โดยในปี 2551 งบประมาณส่วนนี้ แยกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ งบประมาณที่บริหารจัดการที่ส่วนกลาง (PP vertical program) งบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคลที่จัดในสถานพยาบาลและประชาชนมีอุปสงค์เพียงพอ (PP facility) งบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกที่จัดในชุมชน (PP community) และงบประมาณสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่ (PP area based) ทั้งนี้รายละเอียดของการบริหารงบดังกล่าวแสดงในแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 5 การบริหารงบส่งเสริมป้องกันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2551



สำหรับการติดตามประเมินผล สปสช. ได้จัดทำระบบข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผล รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเป็นรายปี โดยเนื้อหาในการติดตามประกอบด้วย รายงานผลกิจกรรมบริการและรายงานการเงิน พิจารณาตามดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก

นอกเหนือจากนี้ ยังมีงบลงทุนเพื่อการทดแทนการเสื่อมราคาหรือ depreciation cost ส่วนหนึ่งซึ่ง สปสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงบลงทุนให้พิจารณาจัดสรรงบดังกล่าวเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและบริการทุติยภูมิในรูปแบบต่างๆ เช่น จัดสรรให้หน่วยบริการคู่สัญญาตามรายหัวที่ขึ้นทะเบียน จัดสรรให้เป็นครุภัณฑ์ การพัฒนาบุคลากร และแรงจูงใจในการให้บริการ ฯลฯ เป็นต้น

3.3 การบริหารจัดการงบประมาณภายในเครือข่ายบริการกระทรวงสาธารณสุข

ในการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว OP และงบบริการส่งเสริมป้องกันนั้น สปสช.จ่ายตรงไปยัง CUP ตามจำนวนประชากรขึ้นทะเบียน ภายใต้ความเห็นชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยจังหวัดจำนวนหนึ่งกันเงินส่วนหนึ่งไว้เพื่อใช้จัดสรรแก่งานบริการประจำคู่สัญญาที่มีประชาชนขึ้นทะเบียนน้อย สำหรับการส่งต่อ และกันไว้สำหรับกิจกรรมที่จังหวัดเห็นว่ามีสำคัญ เช่น เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

สำหรับการบริหารงบประมาณในเครือข่ายนั้นองค์กรระดับจังหวัดโดยคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลแม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) มีบทบาทสูงในการบริหารจัดการเครือข่ายผ่านรูปแบบการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนทรัพยากรแก่สถานื่อนามัยในเครือข่าย ส่วนใหญ่ไม่ได้แยกแยะว่า เป็นงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอกหรือส่งเสริมสุขภาพ / ป้องกันโรค และมีการบริหารจัดการและจัดสรรไปยังหน่วยบริการในเครือข่ายในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้²⁴

- (1) จัดสรรให้กับสถานื่อนามัยในลักษณะ Flat rate จำนวนหนึ่งสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายประจำของสถานื่อนามัย เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าสาธารณูปโภค ค่าอยู่เวร ค่าจ้างลูกจ้าง ฯลฯ ทั้งนี้แต่ละจังหวัดมีการกำหนดอัตราการจ่ายแตกต่างกัน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอาจกันเงินไว้และจ่ายตรงไปให้สถานื่อนามัยหรือกำหนดอัตราให้แต่ละ CUP จัดสรรให้สถานื่อนามัยตามที่กำหนด
- (2) สนับสนุนเป็นเวชภัณฑ์ และวัสดุแก่สถานื่อนามัย
- (3) จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกให้กับลูกข่ายตามปริมาณบริการและอัตราที่กำหนด ภายหลังหักลบมูลค่ายุทธภัณฑ์และวัสดุที่เบิกไป
- (4) สนับสนุนกำลังคนในการไปปฏิบัติงานในสถานื่อนามัย ทั้งในลักษณะการจ้างลูกจ้างเพิ่มเติม ส่งพยาบาลจากโรงพยาบาลมาประจำที่สถานื่อนามัยหรือมาเป็นบางเวลา หรือมีการส่งแพทย์หมุนเวียนมาตรวจและให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานื่อนามัย
- (5) สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำงานในชุมชน/บริการเชิงรุก (outreach) หรือทำโครงการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ทั้งนี้พบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในหลักเกณฑ์การจัดสรรและสนับสนุนภายในเครือข่ายคู่สัญญาหลักระหว่างจังหวัดหรือแม้แต่ว่าระหว่างเครือข่ายภายในจังหวัดเดียวกัน ทั้งนี้บริบท

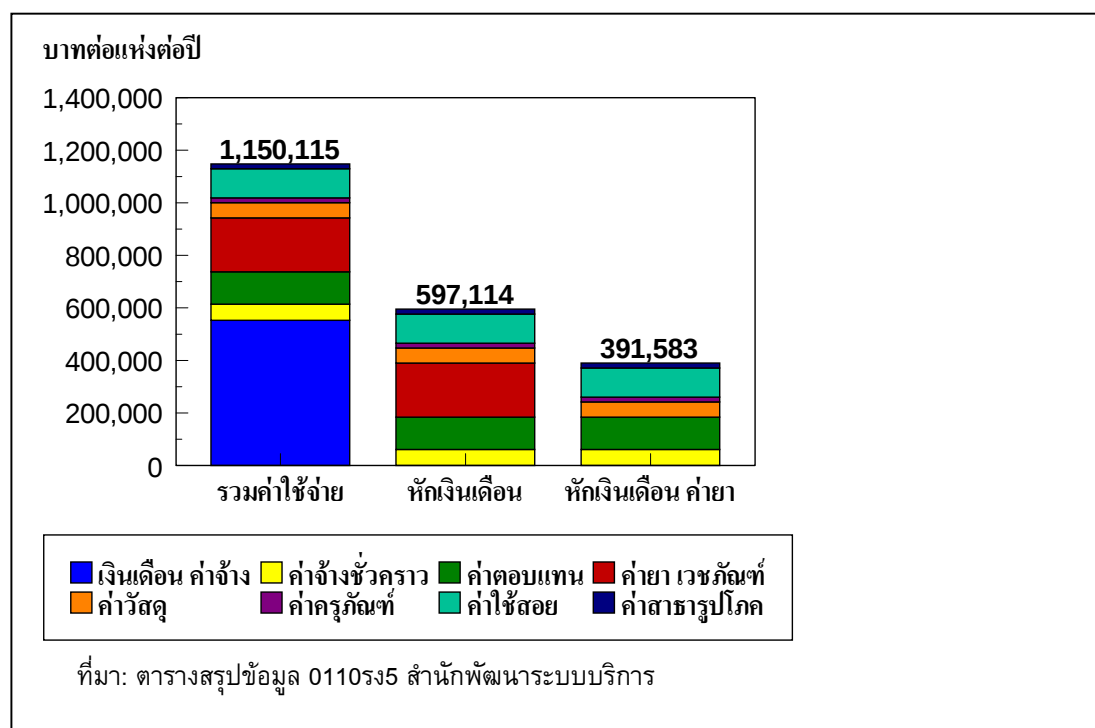
²⁴ พินิจ ฟาอำนวยผล (2551) การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานื่อนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เอกสารอัดสำเนา

ด้านการเงินของแม่ข่าย และความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลและสถานอนามัยเป็นปัจจัยกำหนดการสนับสนุนภายในเครือข่ายประการหนึ่ง

3.4 สถานการณ์ด้านการเงินของสถานอนามัย

สถานอนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่งในปีงบประมาณ 2548²² 1.15 ล้านบาท/ ปี โดยเป็นค่าแรง (เงินเดือนและค่าจ้างทั้งประจำและชั่วคราว) ร้อยละ 53.4 เป็นค่าใช้จ่ายที่หักเงินเดือนและค่าจ้างประจำเฉลี่ยที่ 6 แสนบาท และ 4 แสนบาทหากไม่รวมค่ายาและเวชภัณฑ์ (ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่าย) ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 6

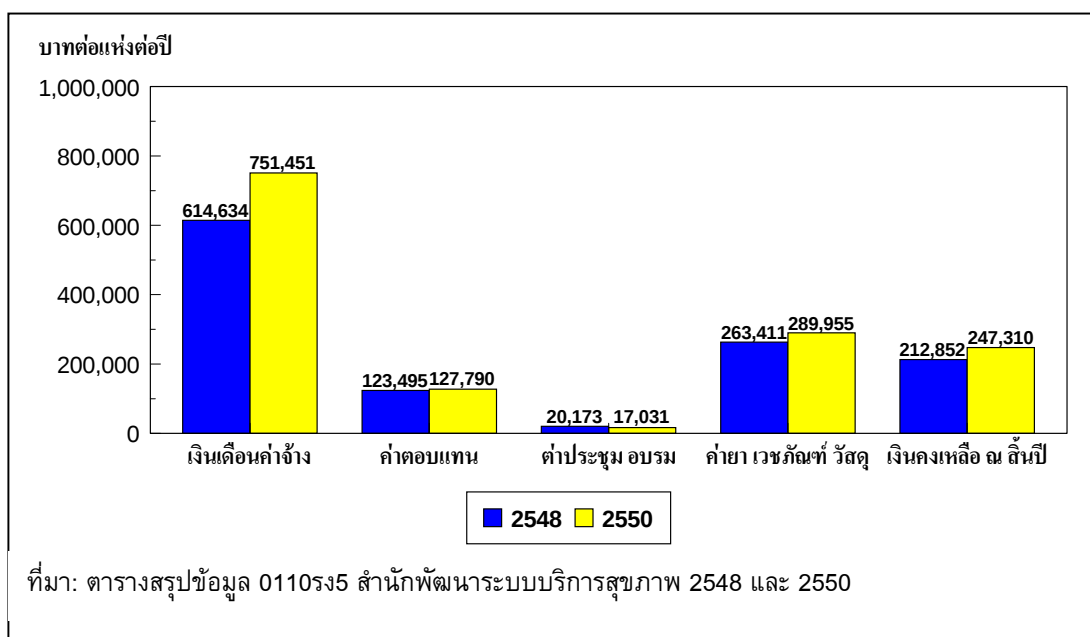
แผนภูมิที่ 6 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่งของสถานอนามัยในปีงบประมาณ 2548



ทั้งนี้ในปี 2548 ร้อยละ 80 ของ CUP มีเงินเดือนเฉลี่ยต่อสถานอนามัยระหว่าง 4-8 แสนบาท ค่าตอบแทนใช้สอย 50,000 – 200,000 บาท ค่าวัสดุ ยา และเวชภัณฑ์ 100,000 – 400,000 บาท

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานอนามัยใน CUP ระหว่างปีงบประมาณ 2548 และ 2550 พบว่ารายจ่ายหมวดเงินเดือนค่าจ้างเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 22 ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 ค่ายา เวชภัณฑ์ และวัสดุ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และเงินบำรุงเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 (แผนภูมิที่ 7)

แผนภูมิที่ 7 รายจ่ายและเงินบำรุงคงเหลือของสถานื่อนามัย ปีงบประมาณ 2548 และ 2550



ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2545 - 2547²⁵ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานื่อนามัย ส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 75) มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ร้อยละ 15 – 20 รายงานว่ามีรายรับและเงินบำรุงลดลง (ตาราง 2) เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น แต่หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งที่เงินบำรุงเพิ่มขึ้นและลดลงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของสถานการณ์รายรับและเงินบำรุงลดลงเพิ่มมากขึ้นในปี 2547 เมื่อเทียบกับปี 45 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้น ทั้งนี้เห็นว่าอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการตัดเงินเดือนรวมในระดับประเทศ

²⁵ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2547) รายงานการศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 36 จังหวัด (เอกสารพิมพ์)

ตาราง 2 สถานการณ์เงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพ หน่วย: ร้อยละ

สถานการณ์	สถานีนอามัย			PCU รพช.		
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)	(379)	(406)	(432)	(67)	(66)	(73)
รายรับ + เงินบำรุงเพิ่ม	30.3	29.3	27.8	17.9	16.7	15.1
เงินเพิ่มจนจ้างบุคลากรได้	46.7	47.8	47.9	34.3	24.2	24.7
รายรับ+เงินบำรุงไม่เพิ่ม	7.9	3.9	3.5	10.4	9.1	6.8
เงินลดลงแต่ไม่กระทบ	4.5	7.6	5.3	14.9	15.2	16.4
เงินลดลงจนมีผลกระทบ	10.6	11.3	15.5	22.4	34.8	37.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ข้อมูลจากการวิเคราะห์รายงานการเงินของลูกข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิราย CUP ระหว่างปี 2548 และ 2550²² พบว่า ร้อยละ 25 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยน้อยกว่า 100,000 บาทต่อสถานีนอามัย (ร้อยละ 10 ของ CUP มีเงินบำรุงเฉลี่ยคงเหลือต่อสถานีนอามัยต่ำกว่า 50,000 บาท) และร้อยละ 10 มีเงินบำรุงคงเหลือเกิน 400,000 บาท ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี 2548 และ 2550 พบว่าร้อยละ 35 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อแห่งของสถานีนอามัยลดลง ขณะเดียวกันพบว่า เงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยของสถานีนอามัยของแต่ละ CUP มิได้มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับปริมาณงานผู้ป่วยนอกของสถานีนอามัย และมิได้มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับเงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลแม่ข่าย บ่งชี้ว่าการจัดสรรเงินแก่สถานีนอามัยอาจไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกันสถานการณ์เงินของโรงพยาบาลที่ดีมิได้อันส่งผลต่อการเงินของสถานีนอามัย แม้ว่าเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อสถานีนอามัยในภาพรวมจะเพิ่มขึ้นก็ตาม

4. เหตุผลและความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้เข้มแข็ง

4.1 ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิถือเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและระบบสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกมารวม 30 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาชาติและในประเทศไทยเองสนับสนุนว่า ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ มิใช่บริการที่จัดโดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน

4.2 ยุทธศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ยังคงเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปของโลกและนานาชาติ ในการนำสังคมไปสู่ระบบสุขภาพ

ที่เป็นธรรมชาติมากขึ้น สภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจมีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง มีบูรณาการ และระยะยาว ยิ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นและบทบาทของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เนื่องจากสามารถให้บริการที่ต่อเนื่องและบูรณาการได้ดีกว่าบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการขึ้นมากจนเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะรองรับได้

- 4.3 การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง (excellence center) ที่ผ่านมานั้นการพัฒนาที่หน่วยบริการตติยภูมิขั้นสูงเป็นหลัก ทำให้ยังคงมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ขณะเดียวกันประสิทธิผลของการลดอัตราการป่วยตายด้วยโรคสำคัญ เช่น โรคมะเร็งมิได้ลดลงจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะรุกรานของโรคแล้ว เนื่องจากมิได้พัฒนาอย่างเป็นระบบและครบวงจร ระบบการคัดกรองโรคและการส่งต่อซึ่งเป็นภาระกิจหลักของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิซึ่งเป็นด่านแรกของผู้ป่วยจะเข้ามาในระบบบริการสาธารณสุขไม่ได้รับการพัฒนาร่วมด้วยในโครงการดังกล่าว²⁶
- 4.4 จำนวนกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระยะสิบปีที่ผ่านมาไม่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันกลับมีแนวโน้มลดลงในขณะที่จำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงสู่ระดับสถานอนามัยและสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อ มีผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมากยิ่งขึ้นเพิ่มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจมีผลกระทบด้านลบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการเอง ทั้งนี้มีหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิครั้งหนึ่งมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เจ้าหน้าที่ 1 คน : ประชากร 1,250 คน) ขณะเดียวกันศักยภาพของบุคลากรในการทำงานตามขอบเขตบริการปฐมภูมิได้ตามมาตรฐานยังมีจำกัด
- 4.5 การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ผ่านมาโดยเฉพาะภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกชี้นำโดย สปสช. ซึ่งเป็นองค์กรซื้อบริการเป็นหลัก ในขณะที่ที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ว่าในฐานะผู้กำหนดนโยบายชาติหรือเจ้าของสถานพยาบาล ศักยภาพในการทำหน้าที่ดังกล่าวทั้งในด้านโครงสร้างอันเป็นผลจากการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงและการขาดแคลนงบประมาณ ขณะเดียวกัน สปสช. ก็สนับสนุนทรัพยากรได้

²⁶ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ วีระศักดิ์ พุทธาศรี เพ็ญแข ลากยั้ง และ แพรว จิตตินันท์ (2551) รายงานผลการประเมินการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นนทบุรี : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

อย่างจำกัดเนื่องจากมิได้มีการกึ่งในการพัฒนาระบบในภาพรวม จึงทำได้เพียงสนับสนุนเฉพาะประเด็นที่ สปสช. สนใจและให้ความสำคัญ

- 4.6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นกับความสนใจและภาวะผู้นำของผู้บริหารแต่ละแห่งในเรื่องดังกล่าว บางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทนำและแข่งขันในการพัฒนาและมีนโยบายให้แม่ข่ายต้องจัดสรรงบประมาณพื้นฐานให้กับทุกสถานีอนามัย ในขณะที่บางแห่งผู้บริหารเครือข่ายมีบทบาทนำในการพัฒนามีการพัฒนาแบบบริการเชิงรุกในชุมชนและสนับสนุนลูกข่ายเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ในบริบทที่มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยัง อปท. การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (ร่วมลงทุนระหว่าง สปสช. และ อปท.) ในหลายๆพื้นที่ ทำให้เกิดการแยกส่วนการจัดการของระบบและดำเนินงาน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีหน่วยงานหลักเข้ามาบริหารจัดการในการพัฒนา บูรณาการ และประสานการดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงการติดตามกำกับ
- 4.7 รูปแบบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในเครือข่ายแตกต่างกันมากในแต่ละแห่ง ขึ้นกับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลและลูกข่ายและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารแม่ข่าย มีการสนับสนุนงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่างๆ รวมทั้งมีการสนับสนุนบุคลากร อย่างไรก็ตามพบว่าภาระงานไม่สัมพันธ์กับสถานะการเงินของลูกข่ายขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายที่ได้สัมพันธ์กับของลูกข่าย²² บ่งชี้ว่า การจัดสรรเงินในการสนับสนุนลูกข่ายไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายที่ดีมิได้มีอานิสงส์ไปถึงลูกข่ายด้วย แม้แม่ข่ายจะมีการสนับสนุนงบประมาณแก่ลูกข่ายก็ตามแต่พบว่าเป็นไปเพื่อการให้ลูกข่ายสามารถดำเนินการจัดบริการได้ แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานแก่ประชาชน นัยยะคือการบริหารจัดการการคลังหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบปัจจุบันยังไม่หลักประกันว่าจะตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- 4.8 กระทรวงสาธารณสุขในฐานะบทบาทของการเป็นเจ้าของและผู้ดูแลระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ จำเป็นต้องมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานทั้งในด้าน จำนวน บุคลากร ลักษณะและศักยภาพของบุคลากร ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพระบบบริการ และการโยกภารกิจระหว่างบุคลากรภายในเครือข่ายภายใต้บริบทข้อจำกัดด้านบุคลากร ทั้งนี้บทบาทดังกล่าวจะยิ่งทวีความสำคัญขึ้นหากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับบทบาทมาทำหน้าที่ใน

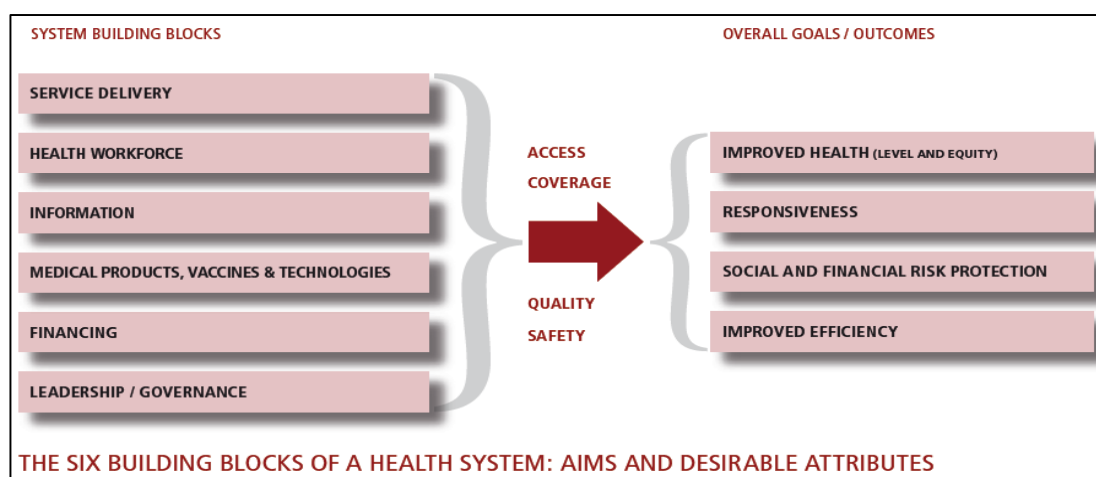
การกำหนดนโยบายและกำกับระบบบริการ การพัฒนาระบบดังกล่าวจึงเป็นการเตรียมระบบไปในตัว

5. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในชนบท การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการจัดบริการแบบเดี่ยวๆอาจมีข้อจำกัด ดังนั้นการพัฒนาในลักษณะเครือข่ายจึงมีความจำเป็น โดยมีแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ และมีหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น เช่น สถานีอนามัยเป็นลูกข่าย ทำงานเชื่อมประสานและสนับสนุนกัน

ทั้งนี้การพัฒนาระบบสุขภาพจำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบทั้งในด้านระบบบริการ กำลังคน ระบบข้อมูล เทคโนโลยีที่เหมาะสม การคลังระบบบริการปฐมภูมิ และโครงสร้างการบริหารจัดการของระบบ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพและปลอดภัยอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม (แผนภูมิที่ 8) ทั้งนี้ในเอกสารข้อเสนอนี้จำกัดเฉพาะการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้มีศักยภาพและมีบทบาทในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน จึงขอจำกัดการนำเสนอในประเด็นเรื่องการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ การคลังระบบบริการปฐมภูมิ กำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ และการบริหารจัดการระบบเป็นสำคัญ

แผนภูมิที่ 8 กรอบการพัฒนาบริการสาธารณสุข



ที่มา: WHO (2007)²⁷

²⁷ WHO (2007) Everybody's Business: Strengthen Health Systems to Improve Health Outcome, WHO' Framework for Action. Geneva, World Health Organization

5.1 ให้มีการจัดตั้งสำนักบริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย: เพื่อบริหารยุทธศาสตร์และสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขโดย

1. พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานอื่น
2. วางแผนการลงทุนเพื่อการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้างและกำลังคน
3. บริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
4. กำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมินการพัฒนอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน่วยงานส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข

1. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ วางแผน สนับสนุน และติดตามการทำงานที่ตอบสนองต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในระดับส่วนกลางและภูมิภาค
2. จัดหางบประมาณและวางแผนการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. ปรับโครงสร้างระบบบริการให้สอดคล้องกับแนวทางการทำงานในรูปแบบใหม่
4. กำหนดกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสม สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิระดับต่างๆ และใช้วิธีเกลี่ยคนที่มีอยู่แล้วในระบบ (ภายในกระทรวง/พื้นที่) มาลงในตำแหน่งที่กำหนดขึ้น การดำเนินงานในลักษณะนี้ สามารถเกลี่ยคนได้ทันทีในพื้นที่ที่พร้อม และมีคนพร้อมที่จะลงไปทำงานในพื้นที่ เนื่องจากปัจจุบันบางพื้นที่มีบุคลากรจาก รพ. ทำงานใน สอ. อยู่แล้ว โดยเริ่มจากพื้นที่ที่มีความพร้อมก่อน
5. สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง CUP รวมถึงการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบการติดตามประเมินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้าง การลงทุน การบริหารจัดการเครือข่าย กำลังคน และการคลังระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ผลผลิตของการจัดบริการในมิติต่างๆ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน) และภาวะสุขภาพของประชาชน

บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. กำหนดหลักเกณฑ์การจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิใหม่เพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยบริการที่เหมาะสม โดยให้แยกกบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิออกจากงบประมาณของ

- โรงพยาบาล และกำหนดขนาดเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมเช่น ดูแลประชากรไม่เกิน 15,000 – 20,000 คน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม
2. พัฒนารูปแบบวิธีการจัดสรรงบประมาณ ที่สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน และมาตรการการจูงใจให้แก่พื้นที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น หากจัดบริการเชิงรุก ตามที่กำหนดได้ จะได้รับงบประมาณเพิ่มเติม
 3. พัฒนาระบบและกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมิน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นของประชาชน ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ และคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ

5.2 จัดให้มีหน่วยบริหารจัดการกลางในระดับเขต/ จังหวัด

เป้าหมาย:

1. เพื่อบริหารจัดการ ส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและทั่วถึง
2. เพื่อให้เกิดการกระจายของทรัพยากรอย่างเป็นธรรม และเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีระดับสูง
3. เพื่อประสานการจัดการระบบสุขภาพและบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อปท. และเครือข่ายบริการในพื้นที่
4. เพื่อกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของเครือข่ายต่างๆ

บทบาทหน้าที่:

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. กำหนดแนวทาง วางแผนและสนับสนุนงบประมาณแก่เครือข่ายต่างๆในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐาน
2. วางแผนและบริหารจัดการ เพื่อการกระจายทรัพยากรในจังหวัดอย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาระบบการส่งต่อและสนับสนุนกันภายในและระหว่างเครือข่าย เพื่อประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการของประชาชน ในการให้บริการ

3. บริหารจัดการด้านการเงินเพื่อประกันความเสี่ยงให้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิคู่สัญญา โดยเฉพาะงบประมาณเพื่อการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยนอกประเภทที่มีค่าใช้จ่ายสูง
4. บริหารจัดการให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการและกิจกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ในการดำเนินงานและทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงกิจกรรมเพื่อการสาธารณสุขของพื้นที่
5. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ และใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผน บริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่
6. จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ
7. ประสานกับเชื่อมโยงกับ สปสช.เขตในการจัดสรรงบประมาณในการมาพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคน

ทิวทัศน์ทิศทางการพัฒนาระดับเขต

1. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของจังหวัดตามยุทธศาสตร์และแผนการพัฒนาระบบของกระทรวง
2. ร่วมกับจังหวัดและสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ในการวางแผนระบบการสนับสนุน และพัฒนาระบบการส่งต่อในเขตเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูง หรือ ความรู้เฉพาะทางขั้นสูง (Excellence center)
3. ติดตามกำกับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของจังหวัดตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด

5.3 เสนอให้มีกองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิระดับอำเภอ (Primary Health Care Development Fund - PDF)

เป้าหมาย:

1. เพื่อให้มีงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อการจัดการปฐมภูมิที่ชัดเจน เป็นอิสระ ยืดหยุ่น และสามารถติดตามประเมินในภาพรวม
2. เพื่อให้มีหน่วยบริหารจัดการเพื่อการวางแผนและพัฒนาบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ แบบองค์รวม และตอบสนองความต้องการของชุมชนและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และระดมความร่วมมือจากท้องถิ่นและชุมชน
3. เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ได้รับโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับที่สูงกว่า

การจัดการโครงสร้างทางการเงิน

ปรับวิธีการบริหารจัดการเงินที่จัดสรรเงินงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระดับจังหวัดและอำเภอ ดังนี้

- เงินงบประมาณบริการส่งเสริมป้องกัน (PP) ปรับแนวความคิดการบริหารจัดการงบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันโรคใหม่ให้มีลักษณะองค์รวมมากขึ้นโดยมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดด้านผลผลิตและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในการติดตามกำกับ ดังนี้

(1) งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (PP vertical program) ยังคงรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณแบบเดิมแต่จำกัดให้มีน้อยที่สุดเฉพาะที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศที่จำเป็นต้องมีการจัดการในแนวดิ่ง

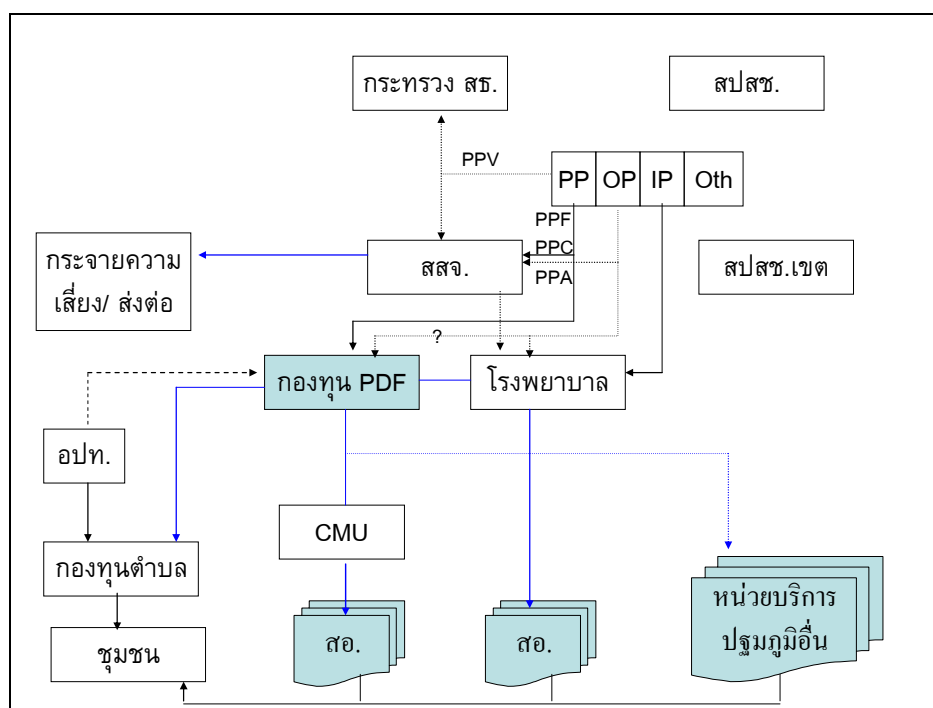
(2) รวมเงินงบประมาณ PP ให้บริหารจัดการดังนี้

- งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันส่วนบุคคลที่จัดโดยหน่วยบริการ (PP facility) ที่ต้องให้บริการทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ/ในชุมชน เช่น การให้วัคซีน การฝากครรภ์ก่อนคลอด การวางแผนครอบครัว การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามตรวจหลังคลอด บริการตรวจสุขภาพ/ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ/ผู้พิการในชุมชน เป็นต้น ทั้งหมดให้จ่ายตรงไปยังกองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เพื่อบริหารจัดการให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการในพื้นที่ (ทั้งในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาล)

- งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันที่บริหารจัดการโดยชุมชน (PP community) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรผ่านลงไปที่ยังกองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เพื่อให้จัดสรรต่อไปยังกองทุนสุขภาพชุมชน โดยถือว่ากองทุนสุขภาพชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริหารจัดการ และกองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นผู้ติดตามดูแลกำกับให้การใช้งบประมาณเป็นไปตามวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน
- งบประมาณบริการส่งเสริมสุขภาพพื้นที่ (PP area-based) จัดสรรงบประมาณไปยังกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพื่อพิจารณาพร้อมกับจังหวัดในการแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่ (อาจให้มีการกันเงินประมาณส่วนหนึ่งไว้ที่จังหวัดเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญของจังหวัดร่วมกัน) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค รวมถึงการกำหนดแนวทางพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในภาพรวมของจังหวัด
- **เงินงบประมาณบริการผู้ป่วยนอก (OP)** โดยหลักการถือว่าเป็นงบประมาณสำหรับบริการรักษาพยาบาลที่ใช้ร่วมกันในเครือข่าย (ส่วนหนึ่งอาจให้มีการกันไว้ที่จังหวัดสำหรับกระจายความเสี่ยงและการส่งต่อระหว่างกันและออกนอกจังหวัด) ดำเนินการได้ในสองลักษณะ
 - สปสช. จัดสรรไปยังกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ และให้คณะกรรมการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิร่วมกันกำหนดสัดส่วนและหลักเกณฑ์ในการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายและโรงพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ประชาชน โดยให้แยกบัญชีระหว่างบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพออกจากกันเพื่อป้องกันมิให้มีการเบียดเงินส่งเสริมป้องกันจากงานรักษาพยาบาล
 - สปสช. จัดสรรตรงไปยังโรงพยาบาล เนื่องจากบริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เกิดที่โรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องกำหนดร่วมกันในการแบ่งสัดส่วนเงินค่ารักษาพยาบาลว่าควรจัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเท่าใดและโอนไปให้กองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

รายละเอียดการบริหารงบประมาณแสดงดังในแผนภูมิที่ 9

แผนภูมิที่ 9 รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ



โครงสร้างและการบริหารจัดการ

จัดตั้ง กองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ขึ้นในระดับอำเภอ เพื่อเป็นองค์กรบริหารความสัมพันธ์ ระหว่าง สถานีอนามัยในเครือข่าย กับ โรงพยาบาลชุมชน และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ช่วยคิด จัดการและทำงานปฐมภูมิร่วมกันให้มากขึ้น บริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ มีองค์ประกอบเป็นตัวแทนจาก 3 ภาคส่วน คือ (1) ภาคบริการสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารคู่สัญญาของหน่วยบริการประจำ ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตนั้นๆ (2) ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ (3) ภาคชุมชน ทั้งนี้อาจขยายบทบาทของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายที่มีอยู่ให้มีส่วนร่วมและบทบาทหน้าที่ตามที่กำหนด

ในระยะเปลี่ยนผ่าน (ช่วง 2 ปีแรก) กำหนดให้ประธานและเลขานุการคณะกรรมการกองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ มาจากภาคบริการสุขภาพ และหลังจากนั้น ให้ใช้วิธีเลือกตั้งประธานและเลขานุการ จากกรรมการทั้งหมด

บทบาท/หน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ

ทำหน้าที่ วางแผน บริหารจัดการบริการสุขภาพในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนในความรับผิดชอบได้รับบริการปฐมภูมิ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมทั้งระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ โดยมุ่งให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ประกอบด้วย

1. จัดการและสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ทั้งในระดับ รพช /ศูนย์แพทย์ และสถานีอนามัย) ให้เกิดการกระจายหน่วยบริการที่ครอบคลุมและดูแลประชากรเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม และเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้ใช้บริการ
2. เชื่อมโยงหน่วยบริการในระดับสูงกว่า เพื่อสร้างเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม
3. บริหารจัดการเงินงบประมาณหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของงบประมาณที่ได้รับโดยตรง และงบประมาณหลักประกันสุขภาพที่เสริมหรือได้รับจากแหล่งทุนอื่นในท้องถิ่นที่เข้าร่วมกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพ
4. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ รวมถึงทำหน้าที่ จัดบริการ /ซื้อบริการจากผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเน้นให้เกิดบริการปฐมภูมิตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของชุมชน และรวมถึงการวางแผนเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
5. บริหารจัดการกำลังคนเพื่อให้เกิดการกระจาย และหมุนเวียนกำลังคนในพื้นที่รับผิดชอบ สำหรับหน่วยบริการทุกระดับให้เหมาะสม และเพียงพอสำหรับให้บริการปฐมภูมิในพื้นที่
6. สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม
7. บริหารจัดการเวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ เพื่อให้บริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอ

แนวทางการบริหารจัดการ

เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

1. กองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ จะต้อง

- (1) ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่กำหนดอย่างชัดเจนสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิ
- (2) มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการและการจัดบริการ มีความยืดหยุ่นสูงในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อบริบทและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่อาจมีความแตกต่างกัน
- (3) การจัดการงบประมาณจะต้องมีความโปร่งใส ติดตามตรวจสอบได้ ทั้งต่อชุมชนและหน่วยงานสนับสนุน
- (4) มีระบบการติดตามประเมินผลการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่างๆ ภายในชุมชน เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการจัดบริการและการพัฒนาบริการปฐมภูมิ และต้องมีความโปร่งใสของการดำเนินงาน

3. กองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทำหน้าที่เป็นหน่วยรับสัญญา (Contractual Unit for Primary Care) ในพื้นที่ ดูแลและบริหารจัดการตามบทบาทหน้าที่ข้างต้น ภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการ เพื่อให้เกิดบริการปฐมภูมิ ทั้งบริการเชิงรับและเชิงรุก ที่ผสมผสานโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในลักษณะที่เป็น empowerment อย่างน้อยประกอบด้วย

- การรักษาพยาบาลที่จำเป็นในระดับปฐมภูมิ
- การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง โดยการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่มีประสิทธิภาพ
- การติดตามรักษาพยาบาลต่อเนื่องและฟื้นฟูสุขภาพในระดับชุมชน ในกรณีที่ต้องการการดูแลระยะยาว
- การส่งเสริมและการป้องกันโรคที่จำเป็น ทั้งในระดับชุมชน และในหน่วยบริการ
- การควบคุมโรคและการสาธารณสุขอื่นๆ ในระดับชุมชน
- การส่งเสริมสุขภาพ
- ร่วมกับชุมชนและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับปัจจัยสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

5.4 การจัดการด้านกำลังคนในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ

กำลังคนถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายและการบริหารจัดการดังต่อไปนี้

5.4.1 ในแต่ละปีให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณากำหนดพื้นที่ชนบทที่มีปัญหาขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพต่างๆ ให้เป็นพื้นที่ขาดแคลนบุคลากร และจัดสรรตำแหน่งข้าราชการที่ได้รับคืนจากข้าราชการเกษียณอายุหรือจากอย่างอื่นไปยังพื้นที่ขาดแคลนนั้น เพื่อให้ CUP แต่ละแห่งใช้ในการรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภทที่ผ่านการคัดเลือกและเห็นว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมบรรจุเป็นข้าราชการเพื่อปฏิบัติงานด้านบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ดังกล่าว ทั้งนี้ตำแหน่งดังกล่าวกำหนดให้เป็นตำแหน่งข้าราชการสำหรับพื้นที่ดังกล่าวโดยเฉพาะ ไม่ผูกพันกับตัวข้าราชการผู้ครองตำแหน่ง หากประสงค์จะโอนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นไม่สามารถตัดโอนตำแหน่งตามตัวได้

5.4.2 นอกเหนือจากการบรรจุแต่งตั้งบุคลากรให้ปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิข้างต้นแล้ว ให้กระทรวงสาธารณสุข/ สปสช. มีนโยบายและสนับสนุนให้ CUP/ กองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (ซึ่งต่อไปขอใช้คำว่า กองทุนฯ แทน) แต่ละแห่ง โดยเฉพาะในเขตชนบท ใช้งบประมาณของ CUP/ กองทุนฯ จัดจ้างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภทที่จำเป็นรวมทั้งบุคลากรสายสนับสนุน (บริหารทั่วไป) ตามกำลังงบประมาณและปริมาณประชากรในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิแก่ประชาชนได้ดีขึ้น ทั้งในพื้นที่เขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย

5.4.3 เพื่อให้พนักงานราชการหรือลูกจ้างของทางราชการได้รับสวัสดิการใกล้เคียงกับสวัสดิการข้าราชการเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในชนบทอย่างยาวนาน กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายที่ชัดเจนรวมทั้งมีกลไกประสานงานเพื่อให้ CUP/ กองทุนฯ ซึ่งรับผิดชอบดูแลบุคลากรดังกล่าว จัดให้มีระบบสวัสดิการเงินออมเมื่อสูงอายุ หรือสวัสดิการรักษายาบาลเพิ่มเติม เช่น เข้าเพิ่มประเภทสมาชิกที่เป็นพนักงานราชการเข้าไปในกองทุนเงินสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำ (เพิ่มเติมจากสิทธิบำเหน็จบำนาญในฐานะสมาชิกกองทุนประกันสังคม) และให้ CUP/ กองทุนฯ ใช้เงินจาก เงินส่วนที่ CUP/ กองทุนฯ ได้รับในสัญญาจัดบริการปฐมภูมิจ่ายสมทบในส่วนของนายจ้าง เนื่องจากถือว่าเป็นต้นทุนการจัดบริการอย่างหนึ่ง

5.4.4 ให้หน่วยงานกลางที่จัดตั้งขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขดูแลการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดในระยะยาว โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนประสานหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ ตั้งแต่กระบวนการวางแผน จัดสรรตำแหน่ง บรรจุแต่งตั้งหรือจัดจ้าง และการสร้างแรงจูงใจทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่เป็นตัวเงิน เพื่อ

ธำรงบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานในชนบทได้นาน รวมทั้งประสานกับหน่วยผลิตภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ให้ผลิตกำลังคนใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละพื้นที่อย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณและทักษะ โดยมีการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ทั้งในพื้นที่หรือตั้งงบประมาณจากส่วนกลางตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ และแต่ละช่วงเวลา

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง CUP ต่างๆ โดยเฉพาะในส่วนที่ว่าด้วยแนวทางการบริหารงานบุคลากรในบริบทใหม่ ซึ่งอาจทำได้หลายแนวทาง ภายใต้หลักการและนโยบายใหญ่ทั้ง 3 ข้อข้างต้น

รายชื่อคณะทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

1.	นพ.	กิตตินันท์ อนรรฆมณี	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2.	นพ.	เกษม เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
3.	นพ.	โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
4.	นพ.	ชิตกร โนรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
5.	นพ.	ถาวร สกุลพาณิชย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6.	คุณ	น้องนุช ป่อคำ	แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
7.	นพ.	นิวัฒน์ จี๋กังวาล	สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8.	นพ.	พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
9.	นพ.	พินิจ ฟาอำนวยผล	สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ
10.	นพ.	ภูษิต ประครองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
11.	นพ.	ยงยุทธ พงษ์สุภาพ	สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
12.	พ.ญ.	ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
13.	คุณ	วนิดา ช่วยปลอด	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
14.	ทพญ.ดร.	ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
15.	นพ.	สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
16.	นพ.	สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
17.	พ.ญ.	สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
18.	รศ.นพ.	สุเกียรติ์ อาชานานุภาพ	สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

19. คุณ สุทธิกานต์ ชุณหะวัณ มุลินีสารณสุขแห่งชาติ
20. คุณ สุพัตรา บุญญาภพพงศ์ มุลินีสารณสุขแห่งชาติ