

รายงาน
หน่วยบริหารจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

โดย
นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.)
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการหน่วยบริหารจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการ EU Project และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่ 1 มีนาคม 2551 – 30 กันยายน 2552 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาทางเลือกนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

วิธีทำงาน เป็นการบริหารที่เริ่มต้นจากการตั้งโจทย์ประเด็นนโยบายที่จะพัฒนานโยบาย แล้วจึงสำรวจความรู้และชุดความรู้ที่มีอยู่เดิมว่าสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายนั้นๆ ได้หรือไม่ แบ่งการทำงานเป็น 3 ระดับ คือ งานวิชาการ การสังเคราะห์องค์ความรู้ และการเชื่อมโยงกับผู้บริหารหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยคณะทำงานวิชาการหลัก (Technical Core Team) ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิชาการและนักบริหารที่มีความรู้และประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่สังเคราะห์ความรู้และหารูปแบบการใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด หลังจากนั้นจึงหาช่องว่างของการพัฒนาข้อเสนอทางนโยบายว่าต้องการความรู้ใดมาเติมเต็ม แล้วจึงสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยขนาดเล็กและขนาดใหญ่เพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว และนำองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นนั้นมาเสนอในเวทีวิชาการ (Technical Forum) เพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น จากนั้นคณะทำงานวิชาการหลัก (Technical Core Team) จึงนำองค์ความรู้เดิมและองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นมาสังเคราะห์รวมกัน สร้างเป็นข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง และนำไปเสนอต่อเวทีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders Forum) ซึ่งเป็นเวทีที่ประกอบไปด้วยผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับนั้นๆ ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ผู้ตัดสินใจทางนโยบาย ผู้ปฏิบัติโดยตรง และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายนั้นๆ เพื่อร่วมกันตัดสินใจเชิงนโยบายและผลักดันไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโครงสร้างการทำงานดังกล่าวนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า ในปัจจุบันมีองค์ความรู้จำนวนมากที่ไม่ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากขาดการสังเคราะห์และจัดการความรู้ที่ดี และการเชื่อมต่อกับผู้ใช้ประโยชน์

ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการดำเนินงาน จึงทำให้โครงการฯ บรรลุผลวัตถุประสงค์หลักในการจัดทำข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายเพียงประเด็นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น แต่หากพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดำเนินงาน ที่เปิดเวทีให้นักวิจัย นักปฏิบัติ และผู้ใช้ความรู้ของระบบบริการปฐมภูมิ ได้มาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และทำความเข้าใจร่วมกันแล้วจะพบว่าโครงการประสบความสำเร็จในด้านการเชื่อมต่อเชื่อมความรู้ภาพเล็ก ให้กลายเป็นความรู้ภาพใหญ่ ทั้งยังสามารถสังเคราะห์หาความรู้ที่ขาดหายไปซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็นต้องใช้ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้การรวบรวมคนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเข้ามาในเวทีเดียวกัน ยังเป็นช่องทางให้นักวิชาการและนักปฏิบัติที่ทำงานในประเด็นเดียวกันได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้วิถีคิดวิธีการทำงานที่แตกต่างไป นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมกระบวนการส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือเป็นผู้ใช้นโยบาย เช่น กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ รวมถึงภาคเอกชน ที่เข้าร่วมกระบวนการทั้งในฐานะคณะทำงานวิชาการหลัก และในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บริหารระดับสูงมีโอกาสได้รับฟังข้อมูลความรู้ทั้งที่เป็นวิชาการและความรู้จากประสบการณ์จากนักวิชาการและนักปฏิบัติที่เข้าร่วมกระบวนการโดยตรง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะถูก

สะสมไว้และถูกหยิบมาใช้เมื่อมีโอกาส และกระบวนการดังกล่าวยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บริหารได้รู้จักตัวบุคคลที่เป็นแหล่งข้อมูลในประเด็นด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิในมิติที่หลากหลาย ทำให้ผู้บริหารระดับสูงเหล่านี้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นตัวบุคคลได้ทันทีเมื่อมีโอกาส

โครงสร้างการดำเนินงานดังที่กล่าวมาในข้างต้น มีจุดแข็งและจุดที่ควรคำนึงถึงหากจะมีการนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในอนาคต ดังนี้

จุดแข็ง - นอกเหนือจากการออกแบบกระบวนการทำงานให้มีกลไกคอยเชื่อมประสานระหว่างกระบวนการวิจัยและกระบวนการนโยบายแล้ว พบว่าจุดแข็งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งของการบริหารจัดการโครงการวิจัยในลักษณะนี้คือภาคีผู้เข้าร่วมกระบวนการ

ตัวผู้อำนวยกระบวนการ (Facilitator) เป็นผู้มีความสำคัญยิ่งในกระบวนการ ต้องเป็นบุคคลซึ่งเป็นที่ยอมรับในวงการวิชาการ ทั้งฝ่ายผู้ผลิตความรู้และผู้ใช้ความรู้ เข้าใจกระบวนการทำงานทั้งหมด ต้องเที่ยงตรง ไม่ลำเอียง หรือยึดมั่นกับแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง ใจกว้างและยอมรับฟังความเห็นที่แตกต่าง หลากหลาย ไม่ครอบงำที่ประชุม แต่สามารถอำนวยความสะดวกให้ภาคีผู้เข้าร่วมประชุมทุกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย มุ่งที่เป้าหมายเพื่อส่วนรวมเป็นหลัก มีความสามารถในการสังเคราะห์ และสรุปความรู้ จับประเด็นที่ได้จากการประชุม และนำเสนอเพื่อให้เกิดประเด็นเชิงพัฒนา แก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่อง และทางเลือกเชิงนโยบาย ซึ่งควรมีคุณสมบัติดังนี้

ภาคีต่างๆ ที่เข้ามีส่วนร่วม ต้องใจกว้าง เปิดเผย มองอนาคต มองภาพรวมเพื่อการแก้ไขปัญหาที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน มากกว่าการแก้ไขปัญหาขององค์กรของตนเอง มุ่งการทำงานที่ผลลัพธ์ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และชุดความรู้

จุดที่ต้องปรับปรุง - สร้างการมีส่วนร่วมของวิชาชีพอื่น ในกระบวนการทางวิชาการต่างๆ ทั้งในระดับนักวิชาการหลัก การประชุมวิชาการ และการประชุมผู้มีส่วนได้เสีย บุคลากรสายอื่นๆ เช่น หมออนามัย ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนจากภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นต้น ซึ่งภาคส่วนเหล่านี้ อาจจะมีส่วนในการสนับสนุนในการผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
สารบัญ	iii
ส่วนที่ 1 บทนำ.....	1
ส่วนที่ 2 บริการปฐมภูมิ	6
ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงาน	15
ภาพรวมผลงาน	15
ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข	18
การสำรวจแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิโดยหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ	45
การพัฒนากำลังคนในระดับปฐมภูมิในพื้นที่	48
การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ	51
การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมินอกกระทรวงสาธารณสุข	53
ส่วนที่ 4 บทสรุป.....	65
ส่วนที่ 5 บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน	67

ภาคผนวก

ส่วนที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

ระบบบริการสุขภาพของไทย เริ่มจากการถือปฏิสนธิในครอบครัว ชุมชน และสังคม และอยู่ในมือภาครัฐในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีเครือข่ายให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นด่านหน้ารับมือให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งจะให้บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและอาจจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูงขึ้น โดยในระดับชุมชนเป็นการให้บริการร่วมระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย และมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร่วมดูแล

ความพยายามในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-5 จนมาถึงในปัจจุบันเมื่อ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เริ่มบังคับใช้ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก และผลักดันให้เกิดศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit, PCU) ผ่านโครงสร้างระบบการเงิน และคาดหวังให้สถานพยาบาลในระดับต่างๆ พัฒนาความร่วมมือ สร้างเครือข่ายการให้บริการตามที่วาดไว้อย่างเป็นระบบ ใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการยอมรับจากประชาชนในด้านคุณภาพ ภายใต้คุณลักษณะเฉพาะของหน่วยบริการระดับนี้

โดยหลักการทางการเงินของ สปสช. กำหนดให้สำนักงานจ่ายเงินให้สถานพยาบาลคู่สัญญา (หน่วยบริการประจำ – CUP) ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนไว้กับหน่วยบริการประจำ ซึ่งมีหน้าที่ที่จะต้องจัดให้มีสถานบริการปฐมภูมิ ระบบสนับสนุนและเครือข่ายส่งต่อ และพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการในสังกัด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง

แต่อย่างไรก็ดีประเด็นอันเป็นปัญหาของการให้บริการสุขภาพตั้งแต่อดีตคือ การให้บริการที่ซ้ำซ้อนระหว่างกิจกรรมบริการสุขภาพระดับต้น ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย ความไม่ไว้วางใจของประชาชนต่อคุณภาพบริการสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ นำไปสู่พฤติกรรมการข้ามขั้นตอนบริการของประชาชนไม่ใช้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิก่อน ทำให้เกิดความแออัด ได้รับบริการสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการต่ำ

ประกอบกับในปัจจุบัน รูปแบบการการจัดระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบตามความต้องการของหน่วยบริการคู่สัญญา และนโยบายการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบกำหนดขึ้น ตัวอย่างเช่น

โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา เนื่องจากในพื้นที่จังหวัดมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาเป็นเวลานานด้วยความร่วมมือจากต่างประเทศ ได้จัดตั้งศูนย์แพทย์เขตเมืองขึ้น 3-5 แห่ง เพื่อรองรับประชากรในพื้นที่ แต่แม้ว่าจะพัฒนาศูนย์แพทย์เขตเมืองอย่างไร ก็ยังคงมีผู้ป่วยไปใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยากันอย่างหนาแน่น

เช่นเดียวกับที่โรงพยาบาลศูนย์มหาราช นครราชสีมา ได้พัฒนาศูนย์แพทย์เขตเมืองขึ้น เพื่อให้บริการในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล และรวมไปถึงนโยบายการพัฒนาศูนย์แพทย์เขตเมืองในเขตจังหวัดต่างๆ ให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ในขณะเดียวกัน สปสช. เองได้ส่งเสริมให้ภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิ เช่น ตัวอย่างของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ใช้คลินิกเอกชนในพื้นที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดสรรงบประมาณเพื่อให้คลินิกเหล่านั้นให้บริการประชาชนผู้ขึ้นทะเบียนแทนมารับการตรวจรักษาเบื้องต้นในโรงพยาบาล

แม้ว่ารูปแบบบริการที่หลากหลายอาจจะไม่มีปัญหาในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ แต่ในการพัฒนาระบบบริการภาพรวม จำเป็นต้องทำให้เกิดความชัดเจน เพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังต่อบทบาท และภาระงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกัน ให้เหมาะสมกับบริบทต่างๆ ในสังคมไทยปัจจุบัน

2. วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

พัฒนาทางเลือนนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้จากที่มีอยู่และสร้างขึ้นมาใหม่จากงานวิชาการ งานวิจัยทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ มาสนับสนุน

3. วิธีการทำงาน

3.1 สนับสนุนการสร้างความรู้

จัดให้มีกระบวนการในการสร้างความรู้ โดยมีแหล่งที่มาของความรู้จาก 2 แหล่งคือ

3.1.1 การทบทวนความรู้และการวิจัย

(1) การทำงานวิชาการระยะสั้น โดยอาศัยการรวบรวมและสังเคราะห์ความรู้ จากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่ และการวิจัยที่มุ่งเป้าให้เกิดความรู้ในประเด็นกำหนดอย่างรวดเร็ว ในลักษณะ Quick survey เพื่อให้ได้ผลงานมาใช้ประโยชน์และวางแผนการทำงานเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลการทบทวนเอกสารวิชาการเหล่านี้ จะเป็นฐานข้อมูลหลักในการนำเสนอต่อที่ประชุมเครือข่ายวิชาการสำหรับการอภิปรายแนวทางการดำเนินการหรือการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

(2) การสนับสนุนการวิจัยเพื่อหาข้อมูลหรือการศึกษาเชิงลึกในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

3.1.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ปฏิบัติ

เป็นการจัดกระบวนการกับผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับประเด็นที่ต้องการพูดคุย และเชิญให้เล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องนั้นๆ เพื่อกำหนดประเด็นสำหรับการดำเนินงานของโครงการ ในขณะที่ผู้เข้าร่วมกระบวนการได้รับทราบถึงแนวทางการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของผู้เข้าร่วมประชุมท่านอื่น และอาจนำไปปรับใช้กับการดำเนินงานของตนเองในอนาคต

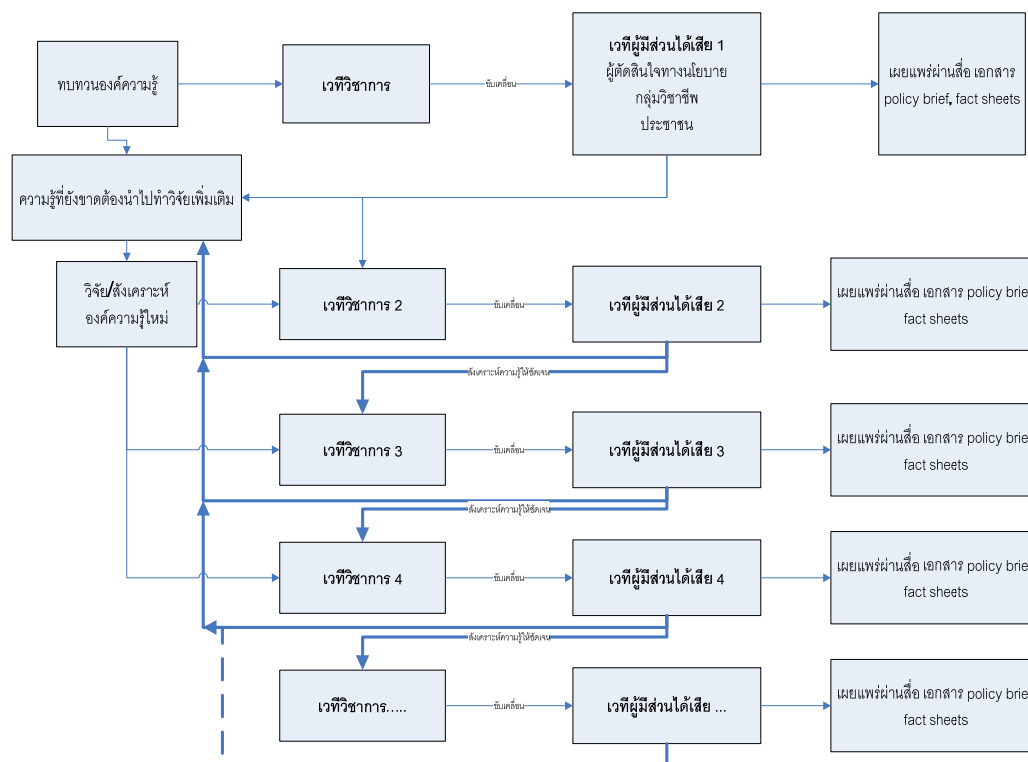
3.2 การจัดการเครือข่ายวิชาการ

องค์ความรู้ที่ได้จาก ข้อ 3.1 จะนำมาดำเนินการตามแผนงานในลักษณะเครือข่ายวิชาการ เชื่อมประสานนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงาน และแหล่งทุน ต่างๆ ที่รับผิดชอบด้านการพัฒนาหน่วย

บริการปฐมภูมิ ให้มาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดทิศทางและพลังในการทำงาน โดยทำงานใน 3 ระดับ คือ งานวิชาการ การสังเคราะห์องค์ความรู้ และการเชื่อมโยงกับผู้บริหารหรือผู้มีส่วนได้เสีย

การทำงานทั้ง 3 ระดับจะเชื่อมโยงต่อเนื่องกันตามเนื้อหาของงานวิชาการที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 วิธีการทำงานของโครงการ



1. คณะทำงานหลัก (Technical Core Team) ทำหน้าที่เป็นกลุ่มวิชาการเพื่อวางแผนการให้การสนับสนุนงานวิชาการและวางแผนขับเคลื่อนโครงการ โดยร่วมกันสังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่และเกิดขึ้นใหม่ จัดทำเอกสารวิชาการ/ข้อเสนอแนะทางวิชาการ กำหนดแนวทางการทำงาน และรวมถึงการติดตามการใช้ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นตามข้อเสนอเชิงนโยบายอีกด้วย

ในการดำเนินงานที่ผ่านมา คณะทำงานวิชาการหลักประกอบด้วยนักวิชาการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานวิชาการ/วิจัยที่ทำงานเกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ เช่น สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) นักวิชาการเหล่านี้จะประชุมร่วมกันประมาณเดือนละ 2 ครั้ง เพื่อพิจารณารายละเอียดและวางแผนการทำงานต่อไปในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การประชุมวิชาการ (Technical Forum) - เพื่อให้เกิดความความชัดเจนในองค์ความรู้ จะจัดให้มีการประสานงานในลักษณะเครือข่ายระดับนักวิชาการ ผ่านการจัดเวทีระดมสมองในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการพิจารณาองค์ความรู้ที่ได้ถูกรวบรวมขึ้น ทั้งจากการทบทวนความรู้ การทำวิจัยระยะสั้น การ

ศึกษาวิจัย ทั้งงานวิชาการที่เคยมีอยู่แล้วแต่เดิม หรือสังเคราะห์ขึ้นใหม่ ทั้งโดยการสนับสนุนของแผนงานร่วมฯ ของโครงการ หรือของหน่วยงานอื่นๆ จะถูกนำมาเสนอต่อที่ประชุมวิชาการเพื่อเป็นความรู้/ข้อมูลนำเข้า (input) ทางวิชาการในแต่ละครั้ง และจัดทำข้อสรุปที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน เพื่อเป็นแนวทางการจัดทำ ข้อเสนอทางเลือกทางวิชาการต่อไป

การทำงานในลักษณะนี้ นอกจากจะสร้างให้เกิดความรู้ใหม่ๆ แล้ว ยังมุ่งที่จะใช้เวทีวิชาการที่จัดขึ้นนี้เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ทำงาน และนักวิชาการที่เข้าร่วมในวง เป็นการเชื่อมโยงนักวิชาการ กับ ผู้ปฏิบัติ และผู้มีประสบการณ์การจัดการด้านระบบบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล หน่วยบริการต่างๆ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากเข้าด้วยกัน ซึ่งจะสามารถนำความรู้ที่ใช้ไปขับเคลื่อนให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาหน่วยบริการ ที่เข้าร่วมในวงวิชาการได้ทันที ในขณะที่เดียวกันก็จะสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเข้าสู่การประชุมปรึกษาหารือในเวทีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3. การประชุมเวทีผู้มีส่วนได้เสีย (Stake holders forum) - เป็นรูปแบบหนึ่งของการขับเคลื่อนนโยบายอย่างค่อยเป็นค่อยไป เมื่อคณะทำงานวิชาการหลักได้จัดการสังเคราะห์ความรู้และจัดทำข้อเสนอแนะ และทางเลือกเชิงนโยบายที่ชัดเจนจากผลงานวิชาการต่างๆ แล้วจะนำเสนอความรู้และข้อเสนอแนะในประเด็นนั้นๆ ต่อเวทีผู้มีส่วนได้เสีย

เวทีนี้จะประกอบไปด้วยผู้เกี่ยวข้องกันประเด็นนั้นๆ ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ผู้ตัดสินใจทางนโยบาย ผู้ปฏิบัติโดยตรง หรือผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากนโยบายนั้นๆ โดยเวทีนี้จะพิจารณาประเด็นส่วนใหญ่เชิงนโยบาย ที่จะต้องมีการตัดสินใจร่วมกัน โดยอาศัยฐานความรู้ และการสังเคราะห์จากเวทีวิชาการซึ่งจะให้ความเห็นและทางเลือกเชิงนโยบายที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะปรับเปลี่ยนองค์ประกอบตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง และอาจมีการประชุมในประเด็นหนึ่งๆ มากกว่า 1 ครั้ง โดยปัจจัยสำคัญจะอยู่ที่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายโดยคณะทำงานวิชาการ เพื่อนำเข้าสู่การประชุมแต่ละครั้ง

4. แหล่งงบประมาณ

การดำเนินงานโครงการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุน 3 แหล่งประกอบด้วย

- (1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับหลักประกันสุขภาพ
- (2) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการ Strategic development of primary care system under universal coverage: creating participation of stakeholders through knowledge management สนับสนุนโดย EU Project จำนวน 1.29 ล้านบาท (มกราคม 2551 – มิถุนายน 2552)
- (3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (งบฯ ลงทุน)

งบประมาณในหมวดค่าตอบแทนผู้จัดการและผู้ช่วยผู้จัดการ ได้รับการสนับสนุนจากโครงการ EU ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาก่อนแล้ว ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550 และแผนงานร่วมฯ ในส่วนของนักวิชาการโครงการ

สำหรับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ รวมถึงการสนับสนุนงานวิชาการระยะสั้น ได้รับการสนับสนุนจากแผนงานร่วมฯ

ส่วนการสนับสนุนงานวิชาการขนาดใหญ่ แผนงานร่วมๆ และ สปสช. (งบฯลงทุน) สนับสนุน
งบประมาณไปยังนักวิชาการผู้รับผิดชอบโครงการโดยตรง

ส่วนที่ 2

บริการปฐมภูมิ

ความหมายและขอบเขตระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ¹

องค์การอนามัยโลกประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 หลังการประชุมที่ Alma-Ata ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 โดยอาศัยยุทธศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) องค์การอนามัยโลกได้นิยามของบริการสาธารณสุขปฐมภูมิหมายถึง² “บริการสุขภาพที่จำเป็นที่จัดให้กับบุคคลและครอบครัวในชุมชนอย่างถ้วนหน้า โดยอาศัยองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับ และมีราคาที่เหมาะสมและชุมชนสามารถจ่ายได้ในการสนับสนุนการพัฒนาทุกระยะ โดยเน้นการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก ทั้งนี้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นจุดเชื่อมของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน เป็นบริการขั้นแรกของกระบวนการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก” โดยมีเป้าหมายให้ระบบบริการปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นกลไกที่เป็นโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นและเชื่อมโยงไปสู่องค์กรอื่นเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

การตีความยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิและการนำนโยบายในเรื่องดังกล่าวไปปฏิบัติแตกต่างกันตามบริบทของประเทศ โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิจากหมายถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดให้แก่ประชาชนโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขด้านเวชปฏิบัติ ครอบครัว มีลักษณะสำคัญ^{3 4} คือ เป็นบริการด้านหน้า (first contact) เข้าถึงได้ (accessible) ให้บริการแบบรอบด้าน (comprehensiveness) เน้นที่บุคคลมากกว่าโรค เป็นบริการที่มีความต่อเนื่อง และมีการประสานการจัดบริการ (coordination of care) ในขณะที่ยังหลายประเทศ รวมถึงการพัฒนาบริการปฐมภูมิในบริบทของประเทศไทยตั้งแต่เริ่มการพัฒนาบริการปฐมภูมิ จะให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงรุกเพื่อการพัฒนาสุขภาพและรวมไปถึงการพัฒนาชุมชนและสังคมในมิติที่กว้างกว่า จึงทำให้เกิดปัญหาในเชิงการตีความและการหาความหมายของระบบบริการปฐมภูมิของไทย และด้วยมุมมองที่มีต่อแนวคิดเกี่ยวกับปฐมภูมิที่แตกต่างกันมีผลต่อทิศทางการพัฒนา และการจัดสรรทรัพยากรที่แตกต่างกันด้วย

¹ สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์ (2552) เอกสารข้อเสนอแนะข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้

กระทรวงสาธารณสุข

² WHO Primary (1978) Health Care Geneva: World Health Organization

³ 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

⁴ Strafield B. (1998) Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology, 2nd edition, New York and Oxford: Oxford University Press

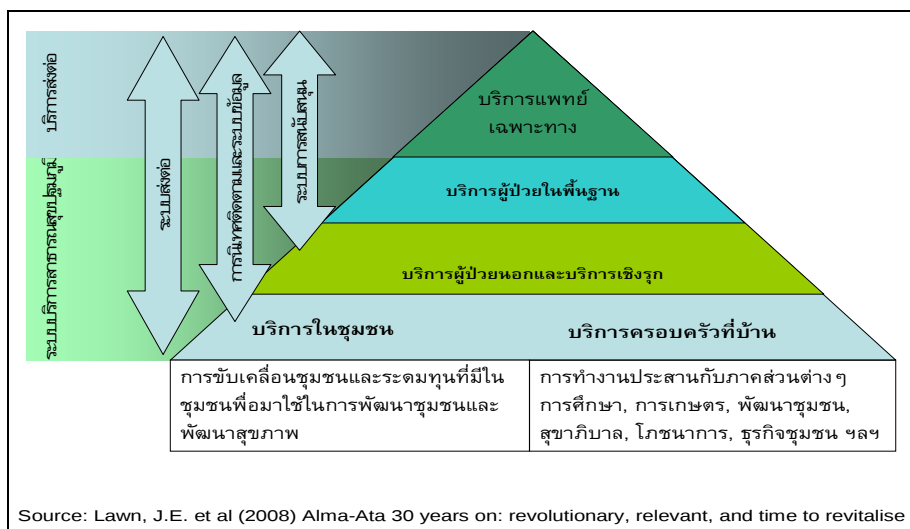
พัฒนาการของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทย เริ่มจากการถือกำเนิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน และสังคม และอยู่ในมือภาครัฐในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระยะแรกได้ แม้ว่าเริ่มพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนมาตั้งแต่ต้น แต่ให้ความสำคัญกับแพทย์และบริการในหน่วยพยาบาลมากกว่างานในชุมชน

เมื่อประเทศไทยรับหลักการของ Alma Ata ได้มีแนวคิดที่จะผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนและพึ่งตนเองมากขึ้น ประชาชนเข้ามามีส่วนสนับสนุนกิจกรรมด้านสาธารณสุขของประเทศ ในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยมีหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับความสนใจพัฒนา และให้ความสำคัญอย่างจริงจังมากขึ้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-5 แต่การพัฒนาบริการสุขภาพระหว่างแผนพัฒนาสาธารณสุขในฉบับต่อๆ มามุ่งเน้นไปสู่การบริการเฉพาะทางและใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งเมื่อ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บังคับใช้ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ได้ให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิมากขึ้น ผ่านโครงสร้างระบบการเงินการคลัง เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และคาดหวังให้สถานพยาบาลในระดับต่างๆ พัฒนาความร่วมมือและสร้างเครือข่ายการให้บริการอย่างเป็นระบบ ใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเป็นที่ยอมรับของประชาชน

ลักษณะเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care Network, or District Health System) โดยมีโรงพยาบาลอำเภอเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในด้านต่างๆ เช่น การส่งต่อ การนิเทศติดตาม ระบบข้อมูล การสนับสนุนด้านวัตถุและเทคนิคต่างๆ ทั้งนี้ขอบเขตงานเป็นไปตามแผนภูมิที่ 1 เป็นการทำงานผสมผสานทั้งในด้านการจัดบริการ การขับเคลื่อนชุมชน และทำงานผสมผสานกับภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน⁵

แผนภูมิที่ 1 การทำงานของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ



⁵ 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

หน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิ

ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดให้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประเภทต่างๆ โดยมีหน่วยบริการประจำเป็นหลักรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว และต้องจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้แก่ผู้มีสิทธิรับบริการ ด้วยนโยบายดังกล่าว ทำให้เกิดรูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่างหลากหลาย ได้แก่

- หน่วยบริการปฐมภูมิ Primary Care Unit - โดยในเขตชนบทสถานีอนามัยยังคงเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการหลัก
- ศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การควบคุมดูแลของโรงพยาบาล
- ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit) โดยจัดแพทย์ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- คลินิกชุมชนอบอุ่น โดยคลินิกเอกชน และเทศบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการในลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้บริการโดยตรงจาก สปสช.

บทบาทหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

หากพิจารณาบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิระยะ 5 ปี ได้กำหนดพันธกิจของระบบบริการปฐมภูมิว่า เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเองตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับความคาดหวังถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ 9 บทบาท⁶ ประกอบด้วย

1. บริการรายบุคคล

- 1) บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครายบุคคล
- 2) บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป
- 3) บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- 4) สนับสนุนการดูแลตนเองรายบุคคล

2. การดูแลสุขภาพเป็นกลุ่มประชากร

- 5) เฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และ ภาวะเสี่ยง และสื่อสารกับชุมชน
- 6) ควบคุมป้องกันโรค
- 7) ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นกลุ่มประชากร
- 8) ประสาน กระตุ้น ให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ
- 9) สนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน

รวมถึงขอบเขตบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐานขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ กำหนดโดย สปสช. ซึ่งเน้นในเชิงการให้บริการว่า หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการ ตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างเป็นองค์รวมในบริการทุกด้าน ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการทันตกรรม ให้บริการเยี่ยมบ้านและติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

⁶ สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ (2548) บริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มาตรฐานของหน่วยบริการประจำ (CUP)

หน่วยบริการประจำต้องมีการจัดระบบต่างๆ ตามมาตรฐานดังต่อไปนี้

1. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ครอบคลุมประชากร

1.1 จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่รับผิดชอบดูแลประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้ หน่วยบริการแต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยบริการประจำ (CUP) อาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิก็ได้)

1.2 ในพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานเฝ้าระวังดูแล จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กรณีที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือตึกนอกโรงพยาบาลก็ได้ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งหน่วยบริการจะต้องจัดระบบบริการให้มีความคล่องตัวในการบริการ

- กรณีที่ประชากรมากกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือตึกนอกโรงพยาบาลก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม

- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

1.3 หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งประชาชนเดินทางมาใช้บริการได้สะดวก ภายในเวลา 30 นาที (โดยรถยนต์)

2. จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่ได้มาตรฐาน

2.1 ขีดความสามารถ

- มีการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการที่ผสมผสานร่วมกับการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้นและการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการทุกวัน หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องเปิดให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยสามารถเชื่อมต่อกับบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ

- มีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกัน และการรักษาฟื้นฟูทางด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง

- มีบริการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ
- มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการบริการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องจัดให้มีบริการดังกล่าวอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์

- มีบริการดูแลสุขภาพเด็กอย่างน้อย 1-8 วันต่อเดือน

- มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการบริบาล รวมทั้งการติดตามเยี่ยมประจำเพื่อทำความเข้าใจ สร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลด้านสุขภาพให้แก่ครอบครัว และให้การบริบาลแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น

- มีบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัวและปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพเพื่อวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในความรับผิดชอบ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะต้องจัดบริการเยี่ยมบ้าน และบริการเชิงรุกในชุมชนอย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

- มีบริการด้านการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น
- มีบริการด้านการชันสูตรพื้นฐานที่ควรทำได้เองและมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้รวดเร็วคล่องตัว
- มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับคุณภาพ และมาตรฐานยา

2.2 บุคลากร

บุคลากรที่ทำหน้าที่เฉพาะบริการปฐมภูมิหรือในกรณีที่บุคคลทำหลายหน้าที่ให้แบ่งส่วนที่ต้องให้บริการในระดับทุติยภูมิและที่สูงกว่าออกไปก่อน แล้วพิจารณาเป็น Man-day เฉพาะส่วนที่ให้บริการปฐมภูมิ จากนั้นคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

- มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 และในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4

- อย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในข้อ 1 จะต้องทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ

- มีแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วมรับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพ ให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ในอัตราส่วน 1:10,000 ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คนเพิ่มเติมจากข้อ 1 แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 (แพทย์มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับทีมบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพการบริการ ให้คำปรึกษาในการบริการ ส่วนบทบาทให้บริการโดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มี และควรปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่มีในพื้นที่)

- มีทันตแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอัตราส่วน 1: 20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วน ทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1: 40,000 คน

- มีเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1 : 15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรม หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วน เจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คน ต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1 : 30,000 คน

2.3 การจัดการ

- มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยต้องทราบว่า ประชากรที่รับผิดชอบเป็นใคร อยู่ที่ไหน
- มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูล

- จัดระบบให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ
- มีระบบข้อมูลผู้รับบริการสำหรับให้บริการที่มีคุณภาพรวมถึงการสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.4 อุปกรณ์ อาคาร สถานที่

- มีการจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ
- มีสถานที่ตรวจรักษา / ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง
- มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว
- มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

3. ระบบการส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ ต้องจัดให้มีระบบดังนี้

- 3.1 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับภายในเครือข่าย
- 3.2 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
- 3.3 มีระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจชันสูตรด้านต่างๆ
- 3.4 มีระบบการส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม
- 3.5 มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย
- 3.6 มีระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการในเครือข่ายมียา วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่เพียงพอต่อการให้บริการตามมาตรฐาน
- 3.7 จัดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว
- 3.8 จัดระบบการติดต่อสื่อสาร ที่หน่วยบริการสามารถรับคำปรึกษาภายในเครือข่ายอย่างรวดเร็ว

4. ระบบกำกับมาตรฐาน คุณภาพของหน่วยบริการในเครือข่าย

- 4.1 มีแนวทางดูแลสุขภาพตามมาตรฐานสำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- 4.2 มีระบบข้อมูลที่ใช้ในการให้บริการ
- 4.3 มีระบบกำกับมาตรฐานบริการของหน่วยบริการในเครือข่าย
- 4.4 มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในเครือข่ายให้มีความรู้ ความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 4.5 มีระบบการพัฒนาหน่วยบริการในเครือข่าย

บริการสุขภาพที่ต้องมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)⁷

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ต้องมีลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากรในระดับบุคคล และครอบครัว รวมทั้งการบริการด้านยา ตั้งแต่การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม

1. ด้านการรักษาพยาบาล ทั้งที่เป็นปัญหาสุขภาพทั่วไปและปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย / ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย / ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรังหรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม / การดูแลที่บ้าน / การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ / การผ่าตัดเล็ก / บริการตรวจชันสูตรพื้นฐาน (ทำเองหรือส่งต่อ) / บริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ

2. การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชน ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่ บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด บริการคลอด / บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน / บริการเด็กวัยเรียน / บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ตามอาชีพเสี่ยง / บริการดูแลผู้สูงอายุ / การบริการที่บ้าน เยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย / บริการส่งเสริมและป้องกัน ทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน / บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว / บริการให้คำปรึกษา / การค้นหาโรคภัยเรื้อรัง หรือโรคเรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า (Screening)

3. การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งการ Maintenance ต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

4. การควบคุม ป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5. สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์การประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ

6. บริการด้านยา ตั้งแต่การจ่ายยา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

บริการสุขภาพที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

สำหรับบริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่อาจจำเป็นต้องมีเงินสมทบเพิ่ม ได้แก่

1. การควบคุมและป้องกันโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม และจากการประกอบอาชีพ

2. มีระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรคในชุมชน

3. การคุ้มครองผู้บริโภค ครอบคลุมทั้งเรื่องยา อาหารและการบริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

⁷ คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน

จากการศึกษา ความคิดเห็นต่อน้ำหนักของบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์⁸ จากการศึกษาในกลุ่มต่างๆ มีความเห็นต่อบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

กรณีที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท ผู้ให้ความเห็นทุกกลุ่ม มีความเห็นคล้ายกัน คือมีบทบาทเท่าๆ กันทุกงาน ไม่มีเรื่องใดที่เน้นมากกว่ากันมาก เพราะต้องทำไปพร้อมกัน แต่บุคลากรแต่ละกลุ่มมีจุดเน้นต่างกันบ้าง คือ

ผู้ปฏิบัติ ให้น้ำหนักงานส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลมากที่สุด ตามมาด้วยการรักษาพยาบาล

ผู้บริหาร ให้น้ำหนักที่งานรักษา เฝ้าระวังสุขภาพ

นักวิชาการ ให้น้ำหนักมากที่งานรักษา โรคเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

ท้องถิ่น ให้น้ำหนักมากที่งานรักษา โรคเรื้อรัง เฝ้าระวัง สร้างสุขภาพเป็นกลุ่ม

กรณีที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ทุกกลุ่มมีแนวโน้มที่ให้น้ำหนักการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลมากกว่าการดูแลกลุ่มประชากร ยกเว้นกลุ่มท้องถิ่นที่มีความเห็นต่างซึ่งมีจุดเน้นที่การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคมากกว่า แต่จุดเน้นรายบทบาทก็มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม คือ

ผู้บริหาร ให้น้ำหนักที่งานส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล เฝ้าระวัง รักษา

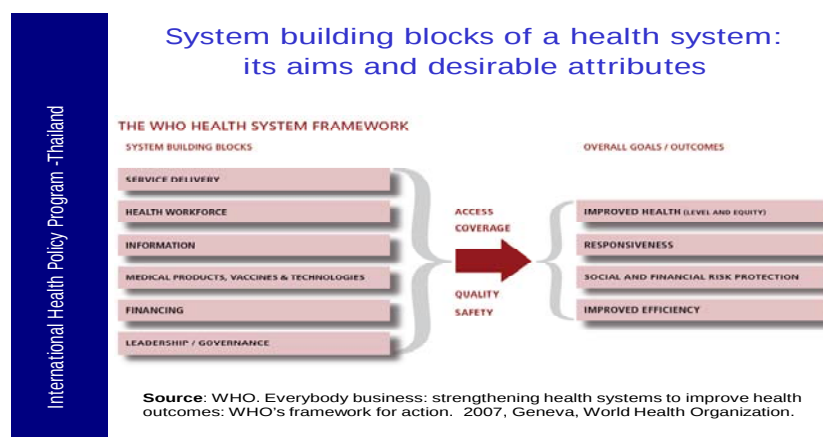
ผู้ปฏิบัติ และนักวิชาการ ให้น้ำหนักที่งานรักษา การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ท้องถิ่น ให้น้ำหนักที่งานเฝ้าระวัง รักษา ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

กรณีที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพเอกชน ทุกกลุ่มมีความเห็นคล้ายกัน ที่ให้น้ำหนักบทบาทงานรักษา มากที่สุด ยกเว้นกลุ่มผู้บริหาร ให้ความสำคัญกับบทบาทงานส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล การสนับสนุนการพึ่งตนเอง และการเฝ้าระวังสุขภาพ

กรอบแนวคิดและประเด็นในการทำงาน

แนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ได้เสนอให้พัฒนากลไกต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบบริการ ประกอบด้วย ระบบการให้บริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบการเงินการคลัง และการอภิบาลระบบสุขภาพ



⁸ สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (2548) การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด

ด้วยกรอบแนวคิดดังกล่าว โครงการหน่วยบริหารจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้ ทบทวนองค์ความรู้เบื้องต้นและกำหนดประเด็นเป้าหมายในการทำงานทั้งเพื่อการขับเคลื่อนและการศึกษาวิจัย ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเป้าหมายหลัก ดังนี้

1. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข
2. การปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ
3. แนวทางการพัฒนาบุคลากรสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพ บริการในระดับปฐมภูมิ
4. รูปแบบการกระจายอำนาจบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ
5. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
6. เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มต่างๆ
7. การสร้างเสริมศักยภาพและพัฒนาบริการปฐมภูมิ ผ่านหน่วยบริการคู่สัญญา โดยใช้กระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ส่วนที่ 3

ผลการดำเนินงาน

ภาพรวมผลงาน

1. สนับสนุนการสร้างความรู้

จัดให้มีกระบวนการในการสร้างความรู้ โดยมีแหล่งที่มาของความรู้จาก 2 แหล่งคือ

การทบทวนความรู้และการวิจัย

1. ประสานงานวิชาการเพื่อให้งานวิจัย/ความรู้เชิงลึก

จัดประชุมร่วมนักวิจัย เพื่อวางแผนการทำงานโครงการเพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าหมายโครงการในภาพรวม 3 โครงการ คือ

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์/ ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้ดำเนินการ	งบประมาณ	ระยะเวลา
การประเมินและพัฒนา ระบบข้อมูลการคลัง สถานพยาบาลปฐมภูมิ	วัตถุประสงค์: เพื่อ ประเมินสถานการณ์ ระบบการคลังระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิใน ด้านต่างๆ เพื่อประเมิน กระบวนการบริหาร จัดการและหลักเกณฑ์ การจัดสรรเงินในระบบ เครือข่าย ผลที่คาดว่าจะได้รับ: ข้อเสนอแนะทางเลือกเชิง นโยบายในการบริหาร จัดการและการจัดสรรเงิน ในระบบเครือข่ายปฐมภูมิ และการพัฒนาระบบ ข้อมูลการคลังด้าน สุขภาพ สำหรับบริการ ปฐมภูมิ	นพ.สัมฤทธิ์ ศรี ธำรงสวัสดิ์	5,000,000 บาท	15 เดือน
การปรับปรุงแนวทางเวช	วัตถุประสงค์:	นพ.เจดชัย นพมณี	4,000,000	15 เดือน

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์/ ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้ดำเนินการ	งบประมาณ	ระยะเวลา
ปฏิบัติอิงหลักฐานเชิง ประจักษ์ “แนวทางการ ตรวจและการสร้างเสริม สุขภาพในประเทศไทย 2552”	เพื่อปรับปรุงแนวทางการ ให้บริการเวชกรรมป้องกัน ทางคลินิกที่มีความคุ้มค่า สำหรับประเทศไทย ผลที่คาดว่าจะได้รับ: แนวทางการให้บริการทาง เวชกรรมทางคลินิก ระดับ ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และข้อเสนอแนะเพื่อการ ตัดสินใจสำหรับการ กำหนดสิทธิประโยชน์ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ภายใต้หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	จรัสเลิศ พญ.เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์ นพ.สุรจิต สุนทร ธรรม		
การจัดกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อ การพัฒนาหน่วยบริการ ปฐมภูมิโดยหน่วย บริการคู่สัญญา	วัตถุประสงค์: เพื่อจัดกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง หน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) ที่ให้การสนับสนุน หน่วยบริการปฐมภูมิให้ สามารถให้บริการปฐมภูมิ ที่มีคุณภาพทั้งเชิงรุกและ เชิงรับแก่ประชาชน ผลที่คาดว่าจะได้รับ: สรุปบทเรียนแนวทางการ บริหารและบริการปฐมภูมิ ที่มีคุณภาพ ตอบสนอง ต่อปัญหาสุขภาพของ พื้นที่	มูลนิธิแพทย์ชนบท	3,000,000	12 เดือน

โครงการการประเมินและพัฒนาระบบข้อมูลการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ และ โครงการการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ “แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย 2552” นักวิจัยได้รับการสนับสนุนจากแผนงานร่วมฯ โดยตรง โดยโครงการเป็นผู้ติดตามให้เกิดการนำเสนอและ

นำผลงานไปใช้ประโยชน์ และสำหรับโครงการการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิโดยหน่วยบริการคู่สัญญา มูลนิธิแพथ์ชนบท ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. งบประมาณกองทุนโดยตรง เช่นเดียวกัน

ในส่วนของการกระจายอำนาจ ได้ประสานงานทางวิชาการกับนักวิจัย และได้ข้อเสนอโครงการเพื่อศึกษารูปแบบการกระจายอำนาจหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ แต่โครงการไม่ได้รับการสนับสนุนจากแผนงานร่วมฯ

2. การทำงานวิชาการระยะสั้น

จากกรอบการทำงานในอีก 4 ด้าน ได้วางแผนให้เกิดการทำงานในลักษณะการสังเคราะห์องค์ความรู้ และ Quick survey นำเสนอต่อที่ประชุมเครือข่ายวิชาการสำหรับอภิปรายแนวทางการดำเนินการหรือการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยสนับสนุนการศึกษา รวม 9 เรื่อง ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- (1) การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข
 - ทบทวนสถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - การทบทวนความรู้เรื่องระบบการเงินและการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทสถานีนามัย ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
 - การทบทวน วิเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - การสำรวจเบื้องต้น “สถานการณ์และรูปแบบของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย”
 - การสำรวจข้อมูลการพัฒนาบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญา
 - ยกร่างข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข
- (2) การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ศึกษาบทเรียนการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น
- (3) การพัฒนาบุคลากรสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ
 - การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด
- (4) การกระจายอำนาจบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ
 - ศึกษาการลงทุนด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล

3. การผลิตเอกสาร

ได้มีส่วนร่วมและสนับสนุนการผลิตเอกสาร รวม 3 ฉบับ ได้แก่

- (1) ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข
- (2) ชุ่นใจ ไกลบ้าน : คลินิกเอกชนในระบบบริการสุขภาพ
- (3) สรุปบทเรียนการดำเนินงานโครงการหน่วยบริหารจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ รายละเอียดการดำเนินงานและผลงานโดยสรุป ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข⁹

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการหลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงทำหน้าที่ดูแลประชากรในระบบหลักประกันฯ ส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 91) ดังนั้น คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพของระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประชากรลงทะเบียน ปี พ.ศ. 2546 – 2550

สังกัดของหน่วยบริการ	จำนวนผู้ลงทะเบียน (ล้านคน / ร้อยละ)				
	ปี 46	ปี 47	ปี 48	ปี 49	ม.ย.50
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	42.2 (91.79)	42.75 (90.78)	43.290 (91.44)	43.310 (91.10)	42.245 (90.38)
รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1.96 (4.26)	2.08 (4.42)	1.976 (4.17)	2.159 (4.54)	2.102 (4.50)
เอกชน/กาชาด	1.82 (3.96)	2.26 (4.80)	2.076 (4.39)	2.073 (4.36)	2.393 (5.12)
รวมทั้งหมด	45.98 (100)	47.09 (100)	47.343 (100)	47.543 (100)	46.741 (100)

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการโดยสนับสนุนการทบทวนทางวิชาการ 2 หัวข้อคือ

- (1) ทบทวนสถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- (2) การทบทวนความรู้เรื่องระบบการเงินและการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทสถานีนอมา้ย ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข

และจัดกระบวนการในระดับการประชุมวิชาการและการประชุมคณะทำงานวิชาการหลัก จนถึงการขับเคลื่อนกับภาคีผู้มีส่วนได้เสีย

การทบทวนองค์ความรู้

1. สถานการณ์ทั่วไป

1.1 สถานการณ์ด้านจำนวนของหน่วยบริการ

สถานีนอมา้ยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลักภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในชุมชนมีประชากรรับผิดชอบชัดเจน ให้บริการแบบผสมผสาน ดูแลประชากรต่อเนื่อง ในปี 2550 มีสถานีนอมา้ย รวม 9,762 แห่ง¹⁰

⁹ สุพัตรา ศรีวณิชการ 2551 สถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เอกสารจัดสำเนา

ตั้งแต่ปี 2543 เริ่มการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปของหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวที่แยกออกจากบริการผู้ป่วยนอกเพื่อดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล รวมถึงในระยะหลังการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลระดับต่างๆ ได้ตั้ง ศูนย์สุขภาพชุมชน ขึ้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โรงพยาบาลเพื่อดูแลประชากรในความรับผิดชอบ ทำให้จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิมีเพิ่มมากขึ้นกว่าสถานีอนามัย (ตาราง 2)

ตาราง 2 หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ	ปี 47	ปี 49	
	จำนวน PCU	จำนวน PCU	ร้อยละ
ในสังกัดสำนักงานปลัดฯ	12,495	10,852	98.26
นอกสังกัดสำนักงานปลัดฯ	5	5	0.05
ภาครัฐนอกกระทรวง	134	72	0.65
เอกชน/สหประชาชาติ	129	116	1.04
รวมทั้งหมด	12,763	11,045	100.00

PCU หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 สถานการณ์ด้านกำลังคน

1.2.1 จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยมีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อยหรือแทบไม่เพิ่มเลยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เมื่อเทียบกับจำนวนสถานีอนามัยที่และประชากรที่เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราเจ้าหน้าที่ต่อประชากรไม่เปลี่ยนแปลง จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อหนึ่งสถานีอนามัย เท่ากับ 2.9 คน¹¹ และหากพิจารณาจำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน จากการสำรวจในปี 2547 พบว่าร้อยละ 50-70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน¹² (มาตรฐานประชากร 1,250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน)

¹⁰ การสาธารณสุขไทย (2550) สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

¹¹ สุพัตรา ศรีวนิชกร และคณะ (2547) การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด

¹² สุพัตรา ศรีวนิชกร (2547) อ้างแล้ว

ตารางที่ 3 สัดส่วนของประชากรต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน ในหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2547

จำนวนประชากรต่อ จนท.1คน	สอ.	ศูนย์แพทย์	พิชิตู ของ รพช.	พิชิตู รพศ./	รวม
	(N = 408)	(N = 11)	(N=109)	(N= 8)	(N=536)
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
180 – 999	28.43	45.45	28.44	25.00	28.73
1000 – 1500	31.86	18.18	26.61	12.50	30.22
1501 – 2000	20.59	9.09	19.27	37.50	20.34
2001 – 3000	15.44	9.09	13.76	25.00	15.11
3001 – 5000	3.19	9.09	5.50	0.00	3.74
5001 – 13701	0.50	9.09	6.42	0.00	1.87
รวม	100	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล สุพิตรา ศรีวิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด (สิงหาคม 2547)

1.2.2 ประเภทบุคลากรที่ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่ในสถานีนอมนามยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พื้นฐานการศึกษาในระดับอนุปริญญา และพยาบาลวิชาชีพประมาณครึ่งหนึ่ง แต่หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และมีแนวโน้มว่าจะมีบุคลากรประเภทต่างๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์เภสัชกร นักกายภาพบำบัด มาร่วมให้บริการมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยทำให้คุณภาพและบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านการดูแลสุขภาพขยายได้เพิ่มขึ้น แม้จะยังมีความขาดแคลนก็ตาม

ตารางที่ 4 ประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเภท	สถานีนอมนามย		ศูนย์สาธารณสุข		PCU รพศ/รพท.		PCU รพช	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	18	0.34	9	29.03	8	40.00	66	28.57
พยาบาลเวชปฏิบัติ	202	3.87	7	22.58	6	30.00	49	21.21
พยาบาลวิชาชีพ	2448	46.91	28	90.32	17	85.00	220	95.24
นักวิชาการสาธารณสุข	2473	47.39	4	12.90	11	55.00	135	58.44
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5135	98.41	20	64.52	17	85.00	198	85.71
ทันตภิบาล	640	12.27	6	19.35	4	20.00	45	19.48
จำนวนที่สำรวจ	5,218	100.00	31	100.00	20	100.00	231	100.00

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2548 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

1.2.3 แนวโน้มสถานการณ์การผลิตบุคลากรปฐมภูมิ

กำลังการผลิตพยาบาลโดยสถาบันการผลิตในกระทรวงสาธารณสุขปีละ 3,000 คน ผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ประกาศนียบัตร) ปีละ 800 คน ตั้งแต่ปี 2544 เริ่มไม่มีทุนการศึกษาและการบังคับใช้ทุน ในปี 2547 จึงเป็นปีแรกที่นักศึกษาพยาบาลจบโดยไม่มีทุน ทำให้การรับบุคลากรเข้าทำงานในระบบของกระทรวงสาธารณสุขลดลง เนื่องจากผู้จบแล้วไม่ไปทำงานในภาครัฐ รวมทั้งมีการลาออกจากระบบมากขึ้น จากข้อมูลเบื้องต้นของวิทยาลัยพยาบาลในปี 2549 พบว่ามีผู้ที่แจ้งว่าไม่ทำงานในระบบราชการหลังจบการศึกษาร้อยละ 23¹³ ข้อมูลจากจังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ พบว่านักศึกษาทุนพยาบาลที่จบแล้วไม่ไปปฏิบัติราชการที่กระทรวงสาธารณสุขประมาณร้อยละ 20-50 และมีแนวโน้มลาออกไปเรื่อย ๆ หากไม่ตำแหน่งราชการรองรับ

ตารางที่ 5 จำนวนลาออกของนักเรียนทุนพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข หลังจากการไม่มีสัญญาผูกพัน

นักเรียนทุน (พยาบาล วิชาชีพ)	อุบลราชธานี			ศรีสะเกษ		
	จบ การศึกษา (คน)	ลาออก (คน) (ร้อยละ)	ทำสัญญา (คน)	จบ การศึกษา (คน)	ลาออก (คน) (ร้อยละ)	ทำสัญญา (คน)
ปี 2547	87	18 (20.69%)	43	77	1 (1.3 %)	76
ปี 2548	43	23 (53.49%)	20	41	14 (34.15 %)	27
ปี 2549	35	16 (43.45%)	19	86	35 (40.69 %)	51
ปี 2550	99	49 (49.49%)	50	85	26 (30.59 %)	59

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และศรีสะเกษ

ในระยะหลังระบบประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่งพยาบาลไปปฏิบัติงานที่สถานีนานมากยิ่งขึ้น แต่ในช่วงระยะหลังเมื่อโรงพยาบาลมีพยาบาลลดลง และนโยบายการสนับสนุนบริการปฐมภูมิไม่ชัดเจน ทำให้บางแห่งเรียกให้พยาบาลกลับเข้ามาทำงานที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม ในขณะที่พยาบาลจบออกมาปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ โอกาสที่จะมีพยาบาลไปปฏิบัติงานที่สถานีนานมีก็ลดลงตามไปด้วย เนื่องจากพื้นที่ปฏิบัติงานที่สถานีนานมียากลำบากกว่า แนวโน้มที่พยาบาลจบมาแล้วสมัครใจไปทำงานที่สถานีนานมีน้อยมีน้อย ยกเว้นแต่จะมีมาตรการทางการบริหารในการบรรจุเข้าตำแหน่งราชการในกรณีปฏิบัติงานที่สอ. หรือ มีค่าตอบแทนที่สูงกว่ามาก หรือเป็นกรณีที่ต้องคุ้มครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จ้างงานแทนและการหาทางแก้ไขในปัจจุบัน คือการสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุน

¹³ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 2550

ทุนการศึกษาพยาบาลและทันตภิบาล แต่ยังคงติดขัดบ้างในเรื่องระเบียบ การจัดการสนับสนุนงบประมาณ และ ตำแหน่งที่รองรับเมื่อจบการศึกษามาแล้ว

1.2.4 การย้ายออกของบุคลากรปฐมภูมิ

แนวโน้มที่เจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขย้ายออกไปอยู่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีมาก โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ประสงค์จะย้ายออกไปถึงร้อยละ 30¹⁴ แต่ลาออกจริงหรือโอนย้ายไปเท่าใดยังไม่มีการศึกษา

ปัจจัยการคงอยู่ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้นาน¹⁵ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสภาพแวดล้อมการทำงาน การได้รับความยอมรับจากชุมชน การได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ความลงตัวในด้านครอบครัว พยาบาลที่อยู่สาธารณสุขอำเภอและยังอยู่ต่อ เพราะมีอิสระในการทำงาน การได้รับการยอมรับจากชุมชนและการสนับสนุนจากอำเภอ ก็เป็นปัจจัยเสริมที่ดี

1.2.5 การสนับสนุนด้านสวัสดิการ ค่าตอบแทน และแรงจูงใจ

สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอนมาย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับเงินเดือนตามระบบปกติ แต่การจัดการเรื่องค่าตอบแทนพิเศษต่างๆ นั้น ขึ้นกับนโยบายการจัดสรรงบประมาณของสาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารระดับอำเภอ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ)

ในระยะ 3 ปีนี้ มีการจ่ายเงินค่าตอบแทนพิเศษ (เงินโบนัส) ให้แก่เจ้าหน้าที่ในลักษณะต่างๆ คือ

- (1) เงินค่าตอบแทนพิเศษตามตัวชี้วัดของผู้ว่า CEO ระดับจังหวัด ส่วนนี้ให้แก่บุคลากรทุกระดับในจังหวัด
- (2) เงินค่าตอบแทนพิเศษตามตัวชี้วัดของ สปสช. (PP performance) ส่วนนี้จัดสรรงบประมาณเพิ่มให้แก่ CUP ไม่ได้ให้แก่บุคลากรรายคน
- (3) เงินค่าตอบแทนพิเศษของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนนี้จัดสรรให้จำเพาะกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรที่สนับสนุน ทั้งนี้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่ สปสช. กำหนด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปรับบางส่วน

ส่วนที่เป็นข้อขัดแย้ง และเป็นอุปสรรค คือ

- (1) การจัดการความก้าวหน้าและตำแหน่งรองรับให้พยาบาลที่อยู่โรงพยาบาลแต่ไปปฏิบัติราชการที่สถานีนอนมายเป็นการประจำ ซึ่งบางโรงพยาบาลผู้อำนวยการสนับสนุนเต็มที่ก็จะไม่มีปัญหา หากผู้บริหารไม่สนับสนุนก็จะยังติดขัดในการรับประโยชน์ตามสิทธิที่ควรได้รับ
- (2) การที่พยาบาล ได้รับเงินค่าตอบแทนพิเศษสำหรับวิชาชีพที่ขาดแคลน (พตส.) ในขณะที่ นักวิชาการสาธารณสุขไม่ได้รับเงินตอบแทนพิเศษนี้ ทำให้เกิดความรู้สึกเปรียบเทียบกับความไม่เท่าเทียมกัน ทั้งที่ภาระงานไม่ต่างกัน
- (3) ความก้าวหน้าของทันตภิบาล ที่จำกัด ช่องทางการพัฒนาต่อเนื่องโดยไม่ต้องเปลี่ยนสายงาน ทำให้เกิดความสูญเสียบุคลากรที่มีทักษะ ประสบการณ์ในด้านทันตสาธารณสุข
- (4) ไม่มีตำแหน่งข้าราชการที่รองรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตภิบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่หน่วยบริการระดับนี้ รวมทั้งหน่วยบริการเหล่านี้มักมีข้อจำกัดของงบประมาณในการจ้างงานด้วยค่าตอบแทนที่ค่าตอบแทนสูง

¹⁴ นงลักษณ์ พะไยยะ 2550

¹⁵ นงลักษณ์ พะไยยะ 2549

1.2.6 การสนับสนุนวิชาการ และพัฒนากำลังคน

ระบบบริหารจัดการเพื่อพัฒนากำลังคน จะเป็นลักษณะการดำเนินการเฉพาะหน้า เฉพาะกิจ รายปี ตามโอกาส และความสนใจของผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบ แต่ยังคงความชัดเจนในการวางแผนพัฒนาบุคลากรแบบมองภาพรวมทั้งระบบที่ต่อเนื่อง เป็นระยะยาวมากขึ้น มีลักษณะการแยกทำเป็นส่วนๆ ของผู้รับผิดชอบในฝ่ายพัฒนาบุคลากร หรือฝ่ายที่ดูแลระบบคุณภาพบริหาร หรือฝ่ายที่ดูแลระบบประกันคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งในระดับอำเภอ ก็เป็นการดำเนินการไปตามความสนใจของผู้รับผิดชอบงานนั้นๆ

เนื้อหาการพัฒนาคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจแบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ คือ

- 1) ส่วนที่เป็นการพัฒนาบุคลากรตามโครงการที่กระทรวงสาธารณสุข หรือสถาบันวิชาการต่าง ๆ ดำเนินการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถทำงานได้ตามโครงการ ซึ่งส่วนนี้ก็ยังคงดำเนินการต่อเนื่องขึ้นกับสถานการณ์การทำงานของกรม กองวิชาการ แต่แนวโน้มการพัฒนาส่วนนี้จะลดลงเนื่องจากงบประมาณของกรม กองวิชาการในส่วนนี้มีแนวโน้มลดลง อาจมีบางส่วนที่เป็นการดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพิ่มเติมเอง
- 2) ส่วนที่เป็นการพัฒนาบุคลากรในเนื้อหาเฉพาะด้านบริการปฐมภูมิ ซึ่งแบ่งตามเนื้อหา คือ
 - 2.1) ด้านแนวคิด หลักการและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ ส่วนนี้มีการอบรมมากในช่วงระยะ 2 ปีแรกหลังมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำความเข้าใจแนวคิด แนวทางจัดบริการ ซึ่งจัดอบรมโดยสถาบันพระบรมราชชนกในช่วงระยะปีแรก หลังจากนั้นจะเป็นการดำเนินการเองโดยสำนักงานสาธารณสุข แต่เชิญวิทยากรมาจากส่วนกลาง หรือระดับภูมิภาค เข้ามาบรรยาย รวมทั้งอาจมีการศึกษาดูงานในบางพื้นที่ แต่ในระยะหลัง เนื้อหาส่วนนี้จะสอดแทรกเข้าไปในการประชุมปกติ หรือ หลักสูตรต่าง ๆ ของสถาบันวิชาการ แต่ก็อาจยังไม่มีประสิทธิภาพนักในการทำความเข้าใจกับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน โดยผ่านแนวคิด หรือหลักการ
 - 2.2) ด้านมาตรฐานบริการคุณภาพ ส่วนนี้จะเป็นเนื้อหาการพัฒนาเพื่อให้สถานีอนามัยสามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัดในมาตรฐานคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน (HCA) ซึ่งจัดทำโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ การอบรมส่วนนี้เป็นการดำเนินการเองโดยผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือส่วนบริหารระดับอำเภอ แต่ละพื้นที่มีน้ำหนักการพัฒนาด้านนี้ไม่เท่ากัน
 - 2.3) ด้านความรู้ ทักษะเพื่อการบริการ มีทั้งที่เป็นการอบรมระยะสั้น และการศึกษาต่อเนื่อง เช่น การอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

การพัฒนาส่วนนี้ ส่วนใหญ่มีการดำเนินการพัฒนาโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดอบรมวิชาการสั้นๆ ประจำเดือน หรือเป็นระยะ ในเนื้อหา ด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมการติดเชื้อ การป้องกันโรคต่างๆ ตามโอกาส ความเข้มข้นหรือประสิทธิผลของการอบรมนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ และขึ้นกับความสัมพันธ์ ความเข้าใจกันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย

และนอกจากนี้ยังมีโครงการฝึกอบรมโดยหน่วยงานต่างๆ ตามที่หน่วยงานผู้จัดเห็นสมควร เช่น สำนักเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (สรส.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ร่วมกับสำนักตรวจราชการ และสถาบันพระบรมราชชนก จัดหลักสูตรต่าง เช่น การบริหาร จัดการ คุณภาพบริการ เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน การวางแผน ประเมินผล หรือ สปสช. จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการพัฒนาบุคลากรกลุ่มต่างๆ ในหน่วย ปฐมภูมิ

2. สถานการณ์ด้านการเงินและงบประมาณ¹⁶

2.1 แหล่งเงินสนับสนุน

แหล่งที่มาของเงินของสถานีนอามัยหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณสำหรับ ดำเนินการส่วนใหญ่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งออกเป็นหลายส่วนดังนี้

- 1) เงินเดือน ค่าจ้าง ถูกกันในระดับกระทรวง แล้วจัดสรรให้จังหวัด เพื่อจ่ายเป็นเงินเดือนให้กับ บุคลากรประจำในสถานีนอามัย
- 2) เงินที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกันไว้ เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายประจำ (Fixed cost) ให้แก่สถานีนอามัย ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด บางจังหวัดหน่วยบริการปฐมภูมิอาจจะไม่ได้รับจาก จังหวัด แต่รับจากหน่วยบริการประจำตามที่ตกลงกัน
- 3) เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของผู้ป่วยนอก (OPD) และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในหน่วยบริการ (PP Facility หรือ PP Expressed demand) ซึ่งจัดสรรจากหน่วย บริการประจำ โดยมีรูปแบบการจัดสรรเงินตามตกลงกัน
- 4) เงินส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โครงการเฉพาะ (Vertical program) จัดสรรตามกิจกรรมที่กำหนด ในโครงการเฉพาะจากกรม/กระทรวง
- 5) เงินส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ระดับพื้นที่ (PP Area-based) ซึ่งจัดสรรตามแผนงานโครงการใน ระดับเขต และระดับจังหวัด
- 6) เงินส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน (PP Community-based) ดำเนินงานโดยกองทุนสุขภาพ ตำบล หรือจัดสรรให้สถานีนอามัยโดยตรง กรณีไม่มีกองทุนสุขภาพตำบล

และได้รับเป็นยาและเวชภัณฑ์ที่สนับสนุนโดยโรงพยาบาล ตามการเบิกเพื่อให้บริการของสถานีนอามัย นอกจากนี้ ยังอาจได้รับเงินจาก

- 7) รายรับจากการให้บริการของผู้รับบริการ ที่จ่ายเงินเอง (รักษาไม่มีสิทธิ หรือข้ามเขต) หรือผู้ใช้สิทธิ อื่น เช่น สิทธิข้าราชการ รวมทั้งเงินจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- 8) งบประมาณจากโครงการพิเศษต่างๆ ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข และนอกกระทรวง สาธารณสุข งบประมาณนี้แปรเปลี่ยนตามพื้นที่และลักษณะของบุคลากรที่ให้บริการ รวมทั้ง งบประมาณจากโครงการขององค์กรต่างประเทศหรือองค์กรเอกชนอื่นๆ มาร่วมสนับสนุนเพิ่มเติม
- 9) งบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการกับ อบต.ในพื้นที่นั้นๆ

¹⁶พินิจ พ้าอานวยผล การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีนอามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า 2552

สำหรับงบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากรไม่มีการระบุชัดเจน เป็นการจัดการภายในของหน่วย
บริหารเครือข่ายแต่ละแห่ง

2.2 บทบาทของจังหวัดในการจ่ายเงินให้สถานีนอมา

ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรเงินให้กับสถานีนอมานั้น มีการตัดสินใจใน
ระดับจังหวัด เพื่อการวางแผนทางการเงินในการจัดสรรเงินให้กับสถานีนอมา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการ
วางแผนทางการเงินในการจัดสรรเงินให้กับสถานีนอมา ด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนี้

รูปแบบที่ 1	จังหวัดกันเงิน OPD และ PP Facility ส่วนหนึ่งไว้ แล้วจัดสรรให้กับสถานีนอมาโดยตรง ในรูปแบบของงบดำเนินการประจำ (Fixed cost)
รูปแบบที่ 2	จังหวัดกำหนดอัตราของงบดำเนินการประจำ (Fixed cost) ที่จะจ่ายให้กับสถานีนอมา โดยจัดสรรเงิน OPD และ PP Facility ให้หน่วยบริการประจำ โดยกำหนดให้จ่าย Fixed cost ที่กำหนดไว้ ให้กับสถานีนอมาในเครือข่าย
รูปแบบที่ 3	จังหวัดกำหนดหลักเกณฑ์กว้างๆ แล้วให้แต่ละหน่วยบริการประจำจ่ายเงินให้กับสถานีนอมา ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่ระบุรายละเอียดที่ตายตัว แต่ให้อิสระหน่วยบริการประจำในการตัดสินใจ แล้วใช้วิธีการติดตามสถานะทางการเงินของสถานีนอมา

2.3 บทบาทของหน่วยบริการประจำในการจ่ายเงินให้สถานีนอมา

การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยบริการประจำให้กับสถานีนอมา ก็มีรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนี้

รูปแบบที่ 1	สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ อย่างเดียว โดยรูปแบบนี้ สถานีนอมาจะได้รับงบดำเนินการ (Fixed cost) โดยตรงจากจังหวัด
รูปแบบที่ 2	สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ และจ่ายงบดำเนินการ (Fixed cost) ให้กับสถานีนอมา โดยรูปแบบนี้ จังหวัดไม่ได้จัดสรร Fixed cost ให้สถานีนอมาโดยตรง แต่อาจกำหนดอัตรา Fixed cost ให้หน่วยบริการประจำจัดสรรตามอัตราที่กำหนด
รูปแบบที่ 3	สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ และจ่ายเงินตามหลักเกณฑ์ ที่อาจจะผสมผสานระหว่างการคิดเงินตามบริการหรือผลงานของสถานีนอมา กับอัตราคงที่หรือตามหัวประชากร
รูปแบบที่ 4	จ่ายเงินตามหลักเกณฑ์ ที่อาจจะผสมผสานระหว่างการคิดเงินตามบริการหรือผลงานของสถานีนอมา กับอัตราคงที่หรือตามหัวประชากร แล้วนำมาหักด้วยค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เบิกโดยสถานีนอมา

โดยทั้ง 4 รูปแบบหน่วยบริการประจำจะเป็นผู้สนับสนุนสถานีนอมา ในรูปแบบของยาและเวชภัณฑ์ เป็นอย่างน้อย โดยอาจจะมีการจ่ายเพิ่มเติมในรูปของตัวเงิน ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับหลักเกณฑ์ของจังหวัด

2.4 ตัวอย่างการคิดอัตราที่จ่ายเงินให้สถานีนอนามัย

การคิดอัตราการจ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัย มีหลากหลายรูปแบบ แตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด และอำเภอ โดยมีตัวอย่างส่วนหนึ่ง ได้แก่

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดสรรงบประมาณ Fixed cost 12,500 บาทต่อสถานีนอนามัยต่อเดือน และจ่ายค่าตอบแทนให้กับสถานีนอนามัยโดยตรง
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดสรรงบประมาณ Fixed cost 100,000 บาทต่อสถานีนอนามัยต่อปี ให้กับสถานีนอนามัยโดยตรง
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดอัตราให้ CUP จ่าย Fixed cost อย่างน้อย 35 บาทต่อประชากรต่อปี ให้สถานีนอนามัย โดยไม่ต่ำกว่า 100,000 บาทแห่งต่อปี และค่าบริการ 20 บาทต่อครั้ง แล้วนำมาหักค่ายาและเวชภัณฑ์ ที่สถานีนอนามัยเบิก เงินที่เหลือจึงจ่ายเป็นตัวเงินให้สถานีนอนามัย
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดอัตราให้ CUP จ่าย Fixed cost อย่างน้อย 8,000 บาทต่อแห่งต่อเดือน และจ่ายค่าบริการ 35 บาทต่อประชากรต่อปี ให้สถานีนอนามัย แล้วนำมาหักค่ายาและเวชภัณฑ์ ที่สถานีนอนามัยเบิก เงินที่เหลือจึงจ่ายเป็นตัวเงินให้สถานีนอนามัย
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดหลักเกณฑ์กลางกว้างๆ แล้วให้แต่ละ CUP ตกलगกันเอง กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีนอนามัย

รูปแบบที่หลากหลายดังกล่าว เป็นไปตามที่ตกลงกันในระดับจังหวัด

2.5 การกักเงินที่สาธารณสุขจังหวัด

ในระดับจังหวัดอาจจะมีการกักเงินไว้บางส่วน สำหรับการจัดสรรเงินให้กับสถานีนอนามัยโดยตรง โดยงบประมาณที่กักไว้ที่ระดับจังหวัด 19% เป็นการกักไว้เพื่อการจ่ายงบดำเนินการ (Fixed cost) ให้กับสถานีนอนามัย

2.6 สถานการณ์ค่าใช้จ่ายของลูกข่าย (สถานีนอนามัย) ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550

สถานการณ์ค่าใช้จ่ายของลูกข่ายจากรายงาน 0110 รง.5 ในส่วนของการเงิน เป็นเครื่องสะท้อนสถานะด้านรายจ่ายของสถานีนอนามัย โดยการเปรียบเทียบปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 เพื่อพิจารณาแนวโน้มของค่าใช้จ่ายที่สถานีนอนามัยใช้จริงในแต่ละปี

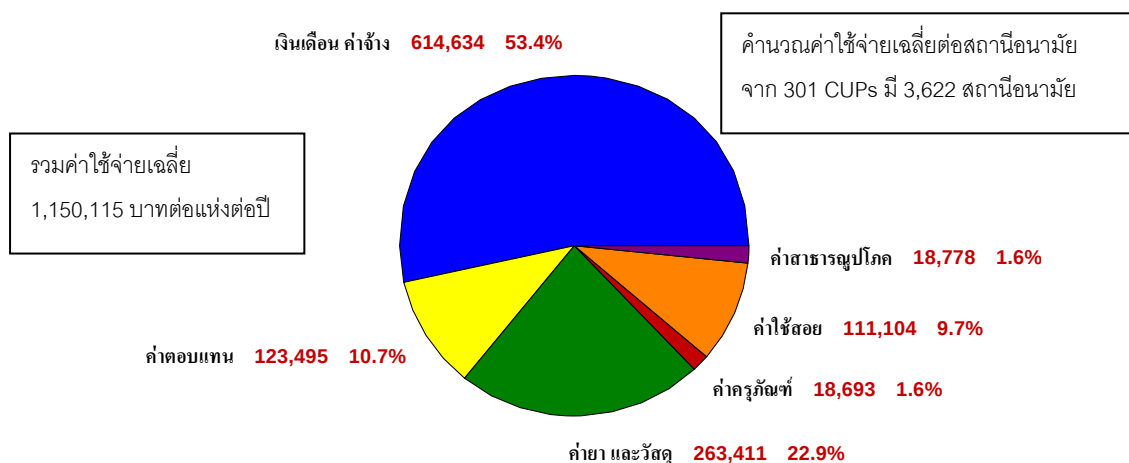
2.6.1 ค่าใช้จ่ายและประเภทค่าใช้จ่ายของสถานีนอนามัย ปี พ.ศ. 2548

ปี พ.ศ. 2548 สถานีนอนามัยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่ง (ข้อมูลเป็นรายหน่วยบริการประจำ ใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวมของทุกหน่วยบริการประจำหารด้วยจำนวนสถานีนอนามัยรวม) โดยคิดเป็นเงินเดือน ค่าจ้างประมาณ 620,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ร้อยละ 53) ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ 260,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ร้อยละ 23) ค่าตอบแทนประมาณ 120,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ร้อยละ 10) ค่าใช้สอยประมาณ 110,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ร้อยละ 10) ค่าสาธารณูปโภค และค่าครุภัณฑ์ อย่างละ 18,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ร้อยละ 1.5) (ภาพที่ 1) รวมเป็นค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 1,150,000 บาทต่อปี หรือประมาณ 1,200,000 บาทต่อแห่งต่อปี และหากคิดจากจำนวนประชากรเฉลี่ยต่อสถานีนอนามัยเท่ากับ 4,000 คนต่อแห่ง จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 300 บาทต่อประชากรต่อปี

หากจำแนกตามรายละเอียดของประเภทของค่าใช้จ่าย โดยแยกค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ ออกจากกัน จะได้เป็นค่ายา 170,000 บาทต่อแห่งต่อปี ค่าเวชภัณฑ์ 30,000 บาทต่อแห่งต่อปี และค่าวัสดุทั่วไป 60,000 บาทต่อแห่งต่อปี และแยกค่าฝึกอบรมออกจากค่าใช้จ่าย จะได้เป็นค่าฝึกอบรม 20,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ภาพที่ 2)

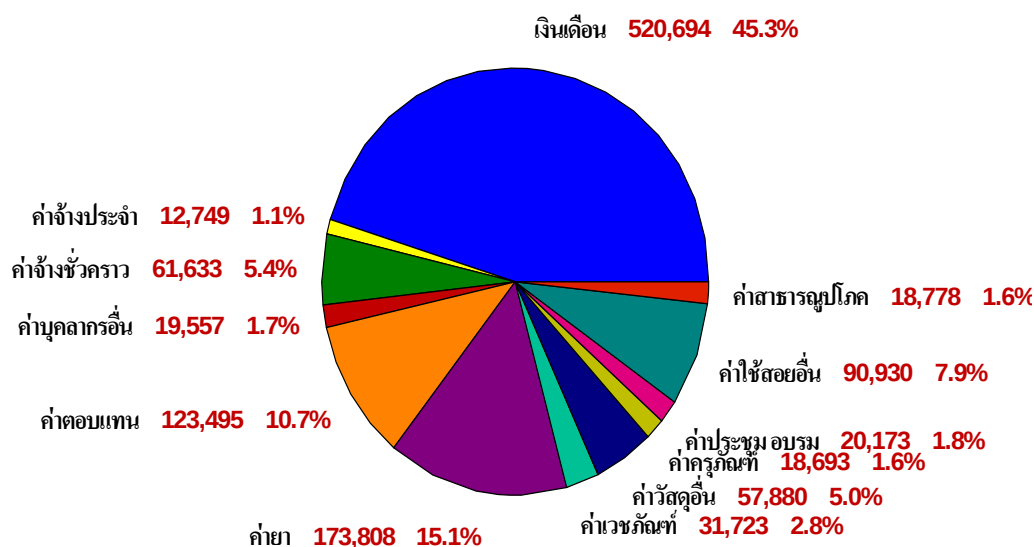
เมื่อคิดรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะเท่ากับ 1,200,000 บาทต่อแห่งต่อปี แต่หากหักเงินเดือน ค่าจ้างประจำออก (เนื่องจากเป็นงบประมาณ) จะมีค่าใช้จ่ายเหลือ 600,000 บาทต่อแห่งต่อปี และหักค่ายาและเวชภัณฑ์ออกด้วย (เนื่องจากได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาล) จะเหลือ 400,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 1 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานีนามัยและสัดส่วนค่าใช้จ่าย ตามประเภทรายจ่าย ปี พ.ศ. 2548



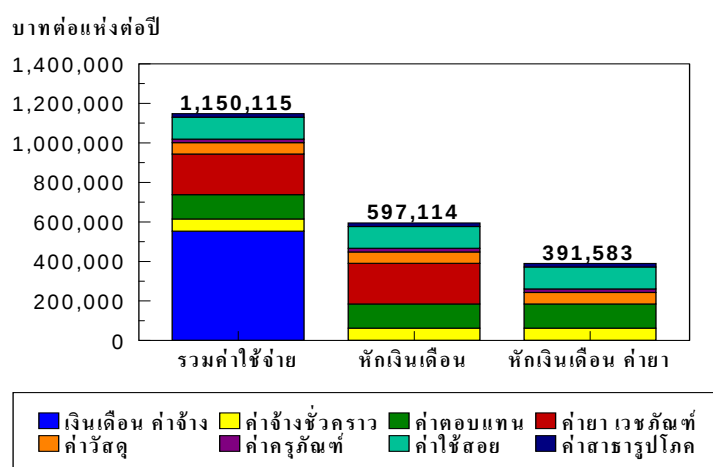
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 2 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานื่อนามัยและสัดส่วนค่าใช้จ่าย (เพิ่มเติม) ตามประเภทรายจ่าย ปี พ.ศ. 2548



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 3 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานื่อนามัย รวมทั้งหมด และเมื่อหักเงินเดือน และค่ายา ปี พ.ศ. 2548



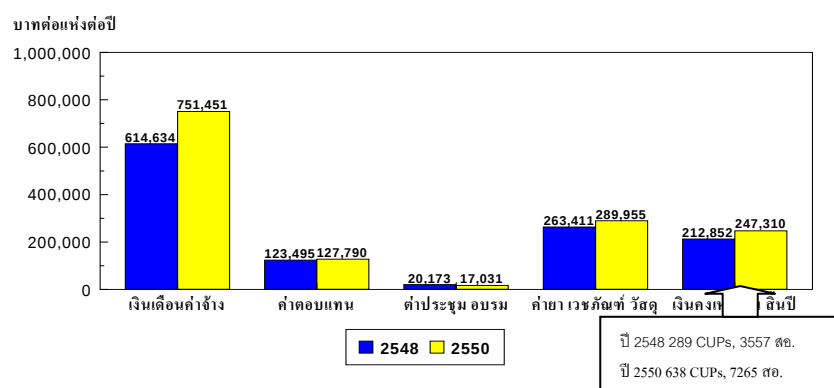
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

2.6.2 แนวโน้มค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานื่อนามัย ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2550 จะพบว่า เงินเดือน ค่าจ้าง เพิ่มขึ้นจาก 615,000 บาทเป็น 750,000 บาทต่อแห่ง ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นจาก 124,000 บาทเป็น 128,000 บาท ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ เพิ่มขึ้นจาก 260,000 บาทเป็น 290,000 บาท โดยเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ เพิ่มขึ้นจาก 212,000 บาทเป็น 247,000 บาท หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 35,000 บาทต่อแห่งโดยเฉลี่ย (ภาพที่ 4)

จากสถานการณ์โดยเฉลี่ยดังกล่าว แสดงให้เห็นโดยคร่าว ๆ ว่า ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรือนับว่าค่อนข้างคงที่ ในขณะที่มีเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณเพิ่มขึ้น แสดงว่ารายรับ ก็น่าจะมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากเป็นค่าเฉลี่ย ซึ่งอาจจะไม่สะท้อนความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการประจำหรือระหว่างจังหวัดได้ โดยอาจจะมียุทธบริการประจำจำนวนหนึ่งที่สถานีนามัยมีเงินคงเหลือที่ลดลง ซึ่งต้องศึกษาลักษณะการกระจายของสถานการณ์ดังกล่าวเป็นรายหน่วยบริการประจำต่อไป

ภาพที่ 4 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานีนามัย ตามประเภทค่าใช้จ่าย ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550



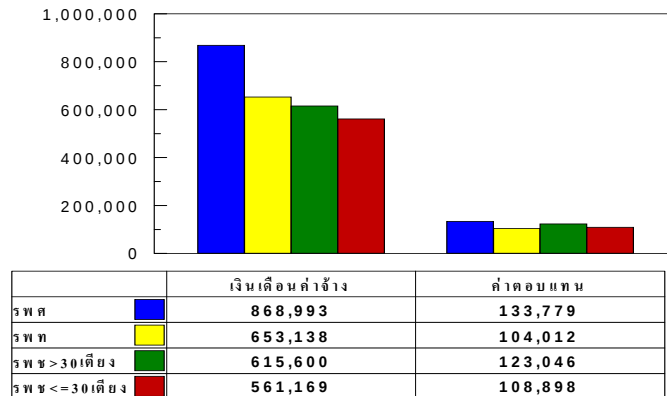
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

2.6.3 ค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานีนามัย จำแนกตามประเภทของหน่วยบริการประจำ

เมื่อจำแนกสถานการณ์ค่าใช้จ่าย และเงินคงเหลือของสถานีนามัย โดยจำแนกตามประเภทของ CUP โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่กว่า 30 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดไม่เกิน 30 เตียง จะพบว่าหน่วยบริการประจำประเภทโรงพยาบาลศูนย์ มีค่าใช้จ่ายสถานีนามัยเฉลี่ยต่อแห่งสูงที่สุด ทั้งนี้อาจจะเป็นค่าใช้จ่ายของลูกข่ายที่เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนรวมอยู่ด้วย ทั้งในส่วนของเงินเดือน ค่าจ้าง และค่ายา เวชภัณฑ์ และวัสดุ รวมทั้งเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ โดยหน่วยบริการประจำประเภทโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือต่ำที่สุด อย่างไรก็ตาม ในส่วนของค่าตอบแทน มีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยลักษณะดังกล่าว มีความคล้ายคลึงกันระหว่างปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 5 – 8)

ภาพที่ 5 เงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทนเฉลี่ยของสถานีนอนามัย แบ่งตามประเภทของหน่วยบริการประจำ ปี พ.ศ. 2548

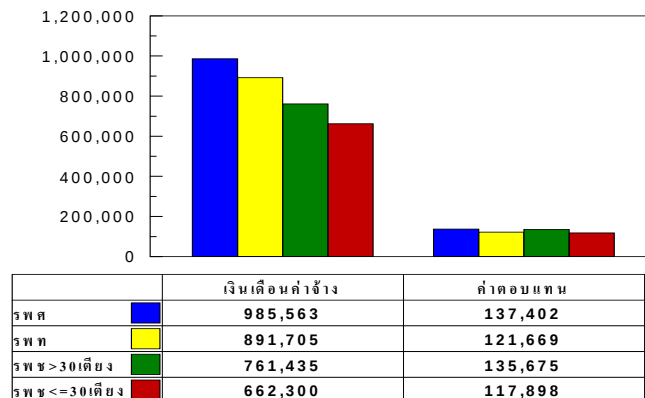
บาทต่อแห่งต่อปี (2548)



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

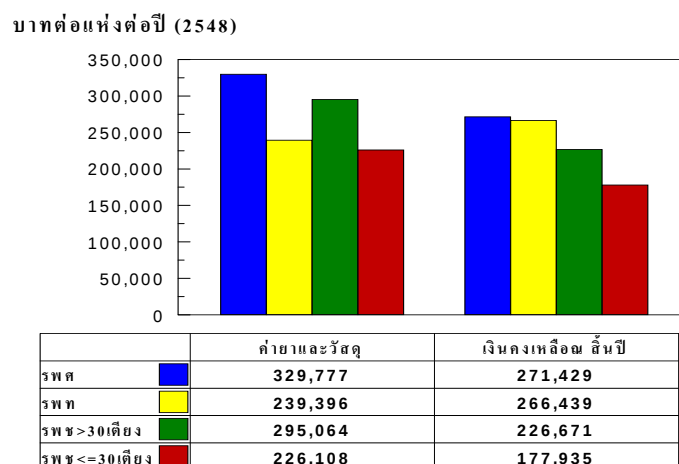
ภาพที่ 6 เงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทนเฉลี่ยของสถานีนอนามัย แบ่งตามประเภทของหน่วยบริการประจำ ปี พ.ศ. 2550

บาทต่อแห่งต่อปี (2550)



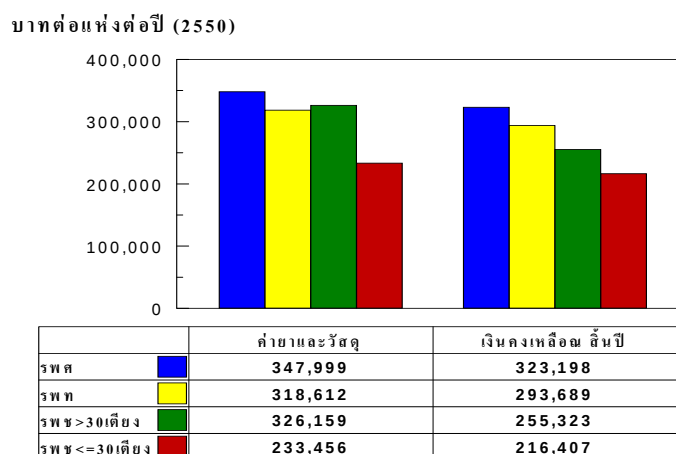
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 7 ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ และเงินคงเหลือเฉลี่ยของสถานีนอนามัย แบ่งตามประเภทของหน่วยบริการ ประจำปี พ.ศ. 2548



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 8 ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ และเงินคงเหลือเฉลี่ยของสถานีนอนามัย แบ่งตามประเภทของหน่วยบริการ ประจำปี พ.ศ. 2550



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

2.6.4 ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานีนอนามัยรายหน่วยบริการประจำ

นอกจากการเปรียบเทียบตามประเภทของหน่วยบริการประจำแล้ว การพิจารณาความแปรปรวนของข้อมูลเป็นรายหน่วยบริการประจำก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2548 หน่วยบริการประจำส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 มีค่าใช้จ่ายเงินเดือนและค่าจ้าง อยู่ในช่วง 400,000 – 800,000 บาทต่อสถานีนอนามัย โดยหน่วยบริการประจำประมาณร้อยละ 10 ที่มีเงินเดือน ค่าจ้างเกิน 800,000 บาท สำหรับค่าตอบแทนและค่าใช้สอย หน่วยบริการประจำส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 80 มีค่าตอบแทน และค่าใช้สอย อยู่ในช่วงอย่างละ 50,000 – 200,000 บาทต่อสถานีนอนามัย โดยมีหน่วยบริการประจำประมาณร้อยละ 10 มีค่าตอบแทนและค่าใช้สอย เกินอย่างละ 200,000 บาท สำหรับค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ หน่วยบริการประจำส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 80 มี

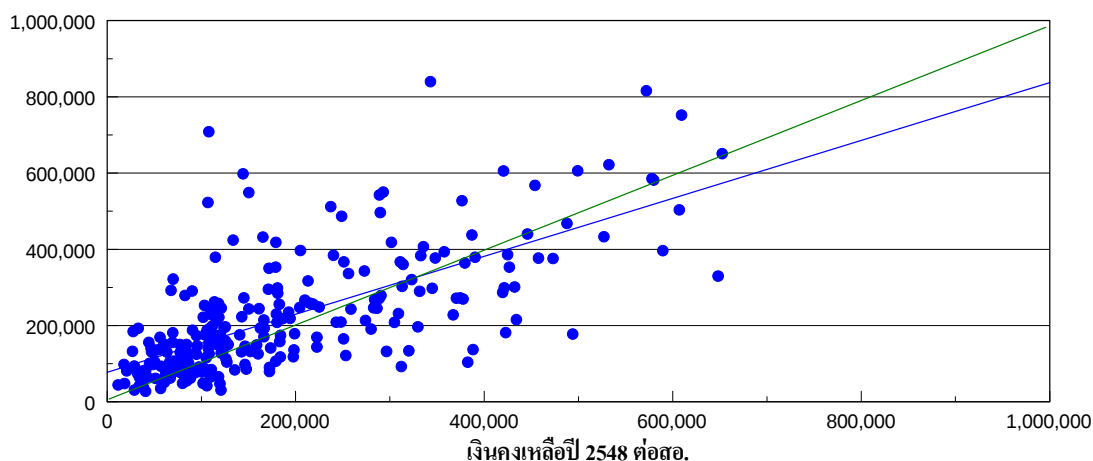
ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ อยู่ในช่วง 100,000 – 400,000 บาทต่อสถานีนอนามัย โดยมีหน่วยบริการประจำประมาณ ร้อยละ 10 มีค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ เกิน 400,000 บาท

สำหรับเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ หน่วยบริการประจำส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 80 มีเงินคงเหลืออยู่ในช่วง 50,000 – 400,000 บาทต่อสถานีนอนามัย โดยมีหน่วยบริการประจำประมาณร้อยละ 10 ที่มีเงินคงเหลือน้อยกว่า 50,000 บาทต่อสถานีนอนามัย และ หน่วยบริการประจำประมาณเกือบร้อยละ 30 มีเงินคงเหลือน้อยกว่า 100,000 บาทต่อสถานีนอนามัย โดยมีร้อยละ 10 ที่มีเงินคงเหลือเกิน 400,000 บาทต่อสถานีนอนามัย เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2550 โดยในปี พ.ศ. 2550 มีแนวโน้มที่เงินคงเหลือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยหน่วยบริการประจำประมาณร้อยละ 25 มีเงินคงเหลือน้อยกว่า 100,000 บาทต่อสถานีนอนามัย

เมื่อเปรียบเทียบเงินคงเหลือของลูกข่ายในระดับหน่วยบริการประจำระหว่างปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2550 จะพบว่า หน่วยบริการประจำที่สถานีนอนามัยมีเงินคงเหลือในปี พ.ศ. 2548 ต่ำกว่า 100,000 บาทต่อแห่ง ส่วนใหญ่จะมีเงินคงเหลือเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 ในขณะที่หน่วยบริการประจำอื่น ๆ มีทั้งที่มีเงินคงเหลือเพิ่มขึ้นและลดลง (ภาพที่ 9) อย่างไรก็ตาม เงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ เป็นเงินคงเหลือ ณ จุดเวลา ซึ่งอาจจะไม่ได้สะท้อนภาพรวมของผลต่างของรายรับกับรายจ่ายตลอดทั้งปีได้ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของเงิน เช่น อาจเป็นช่วงเวลาของการได้รับเงินที่โอนมาเป็นงวด หรือเป็นช่วงเวลาของการจ่ายเงินเพื่อชำระหนี้ ซึ่งทำให้เงินคงเหลือ ณ จุดเวลา มีการกระเพื่อมขึ้นลงได้

ภาพที่ 9 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือ เฉลี่ยของสถานีนอนามัย รายหน่วยบริการประจำ ปี พ.ศ. 2548 และ 2550

เงินคงเหลือปี 2550 ต่อสอ.



1 จุด = 1 CUP

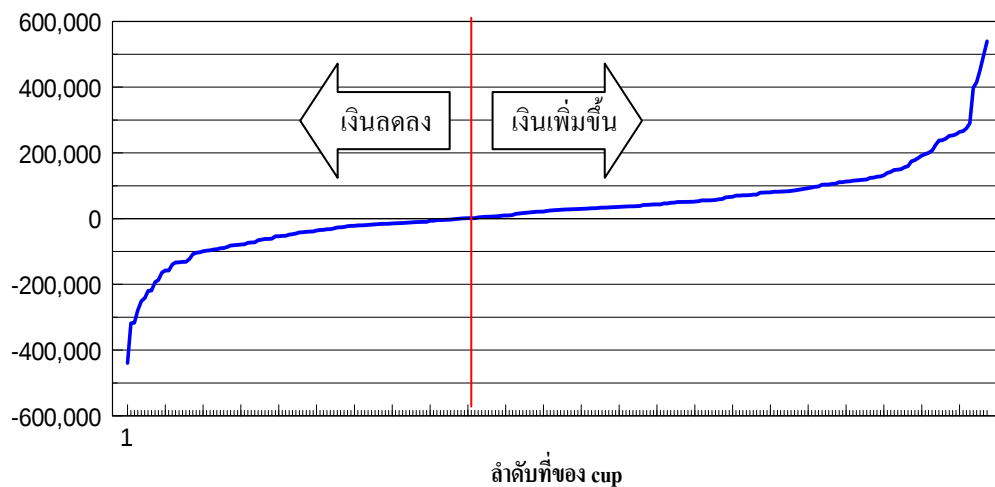
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเรียงลำดับตามผลต่างระหว่างเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2550 กับเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2548 จะพบว่า ประมาณร้อยละ 65 ของหน่วยบริการประจำ (จาก 251 แห่ง ที่จับคู่ระหว่างปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2550) ที่มีเงินคงเหลือเพิ่มขึ้น ในขณะที่ ร้อยละ 35 มีเงินคงเหลือลดลง โดยมีหน่วยบริการประจำประมาณร้อยละ 10 ที่มีเงินคงเหลือลดลง มากกว่า 100,000 บาทต่อสถานีนอนามัย และมีหน่วยบริการประจำประมาณ ร้อยละ 15 ที่มี

เงินคงเหลือเพิ่มขึ้นเกิน 100,000 บาทต่อสถานีนอนามัย (ภาพที่ 10) โดยหน่วยบริการประจำที่มีเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2548 ต่ำกว่า 200,000 บาทต่อสถานีนอนามัย ส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 70 มีเงินคงเหลือเพิ่มขึ้น ในขณะที่หน่วยบริการประจำที่มีเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2548 เกิน 200,000 บาทต่อสถานีนอนามัย ส่วนใหญ่ ประมาณ 60% มีเงินคงเหลือลดลง (ภาพที่ 11)

ภาพที่ 10 เงินคงเหลือเฉลี่ยของสถานีนอนามัย พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2548 รายหน่วยบริการประจำ เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก

เงินคงเหลือ 2550 - เงินคงเหลือ 2548

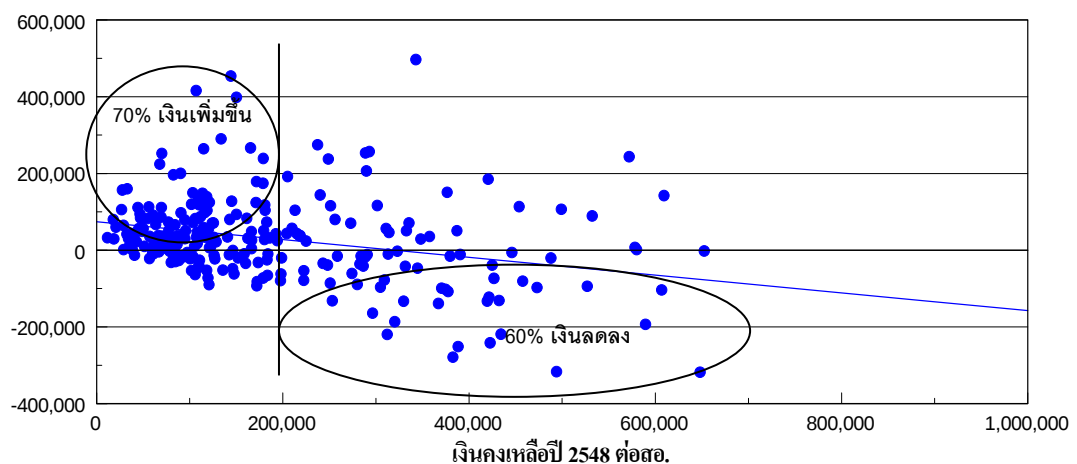


251 cups

ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 11 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือของสถานีนอนามัย ปี พ.ศ. 2550 – 2548 และเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2548

เงินคงเหลือปี 2550 - เงินคงเหลือปี 2548



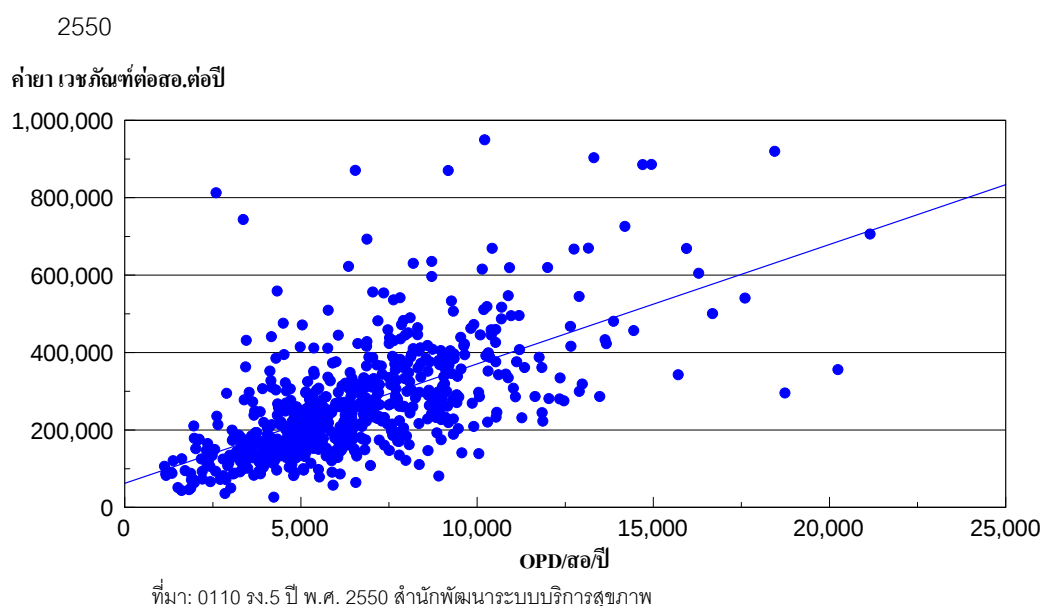
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

2.6.5 ปัจจัยกำหนดค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานีนอนามัย

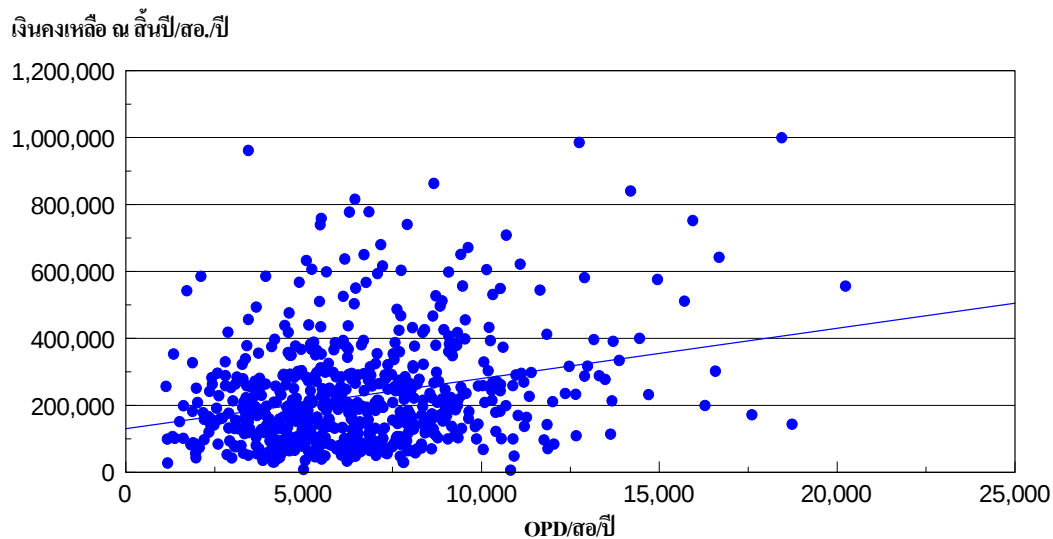
ปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือ ได้แก่ ปริมาณการให้บริการของสถานีนอนามัย ที่อาจจะส่งผลต่อค่าใช้จ่าย และปัจจัยเงินคงเหลือของแม่ข่าย (CUP) ที่อาจจะส่งผลต่อเงินคงเหลือของลูกค้า (สถานีนอนามัย)

หากเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกของสถานีนอนามัยต่อแห่งต่อปี ในแต่ละหน่วยบริการประจำกับค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อแห่งต่อปี จะพบถึงความสัมพันธ์เชิงบวก ที่อธิบายได้ถึงอิทธิพลของปริมาณผู้ให้บริการกับค่าใช้จ่ายด้านค่ายาและเวชภัณฑ์ (ภาพที่ 12) แต่หน่วยบริการประจำที่มีจำนวนผู้รับบริการที่สถานีนอนามัยมาก กลับไม่ได้ส่งผลให้มีเงินคงเหลือที่มากกว่าหน่วยบริการประจำที่มีจำนวนผู้รับบริการน้อยกว่าอย่างชัดเจนนัก (ภาพที่ 13)

ภาพที่ 12 แผนภูมิการกระจายของ ค่ายา เวชภัณฑ์เฉลี่ย และอัตราผู้ป่วยนอกต่อปี ของสถานีนอนามัย ปี พ.ศ.



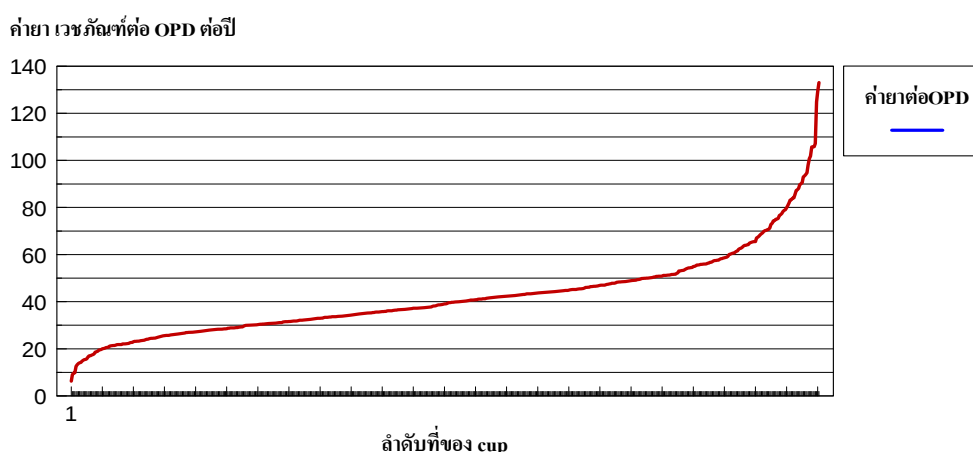
ภาพที่ 13 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ย และอัตราผู้ป่วยนอกต่อปี ของสถานีนอนามัย ปี พ.ศ. 2550



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ต่อครั้งของผู้ป่วยนอก จะพบว่า หน่วยบริการประจำส่วนใหญ่ ประมาณ 60% มีค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์อยู่ในช่วง 30-50 บาทต่อครั้งของผู้ป่วยนอกของสถานีนอนามัย โดยหน่วยบริการประจำ ประมาณ 20% มีค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์เกิน 50 บาทต่อครั้ง ไปจนถึง 120 บาทต่อครั้ง (ภาพที่ 14)

ภาพที่ 14 ค่ายา เวชภัณฑ์ ต่อครั้งของผู้ป่วยนอก รายหน่วยบริการประจำ เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ปี พ.ศ. 2550

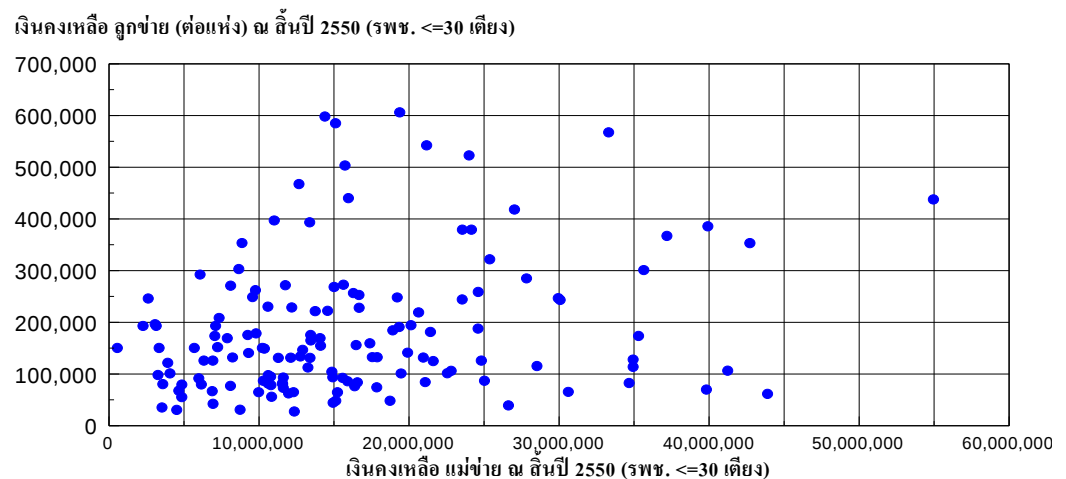


620 cups

ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

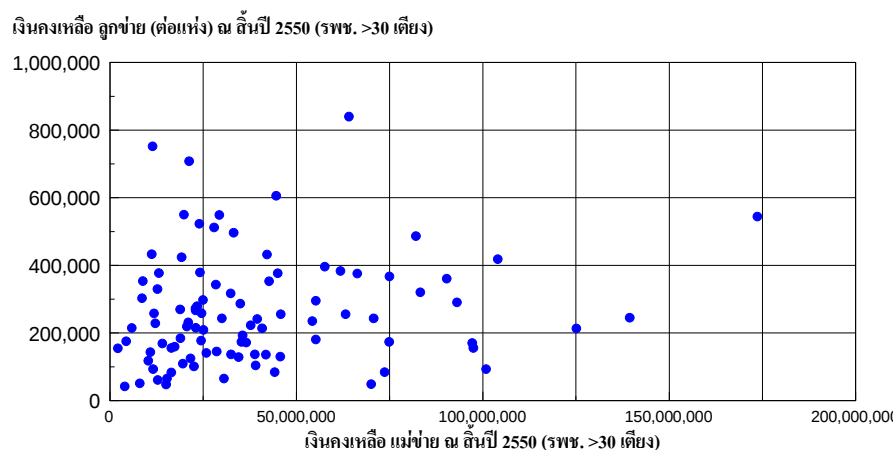
และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบเงินคงเหลือของลูกค้า (สถานะออมทรัพย์) และเงินคงเหลือของแม่ข่าย (CUP) จะพบว่าเงินคงเหลือของแม่ข่าย ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับเงินคงเหลือของลูกค้า ไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการประจำประเภทใดก็ตาม กล่าวคือหน่วยบริการประจำที่มีเงินคงเหลือมาก ก็ไม่ได้ทำให้ลูกค้ามีเงินคงเหลือมากตามไปด้วย (ภาพที่ 15 - 17)

ภาพที่ 15 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ยลูกค้า และเงินคงเหลือแม่ข่าย รพช.ขนาด <=30 เตียง ปี พ.ศ. 2550



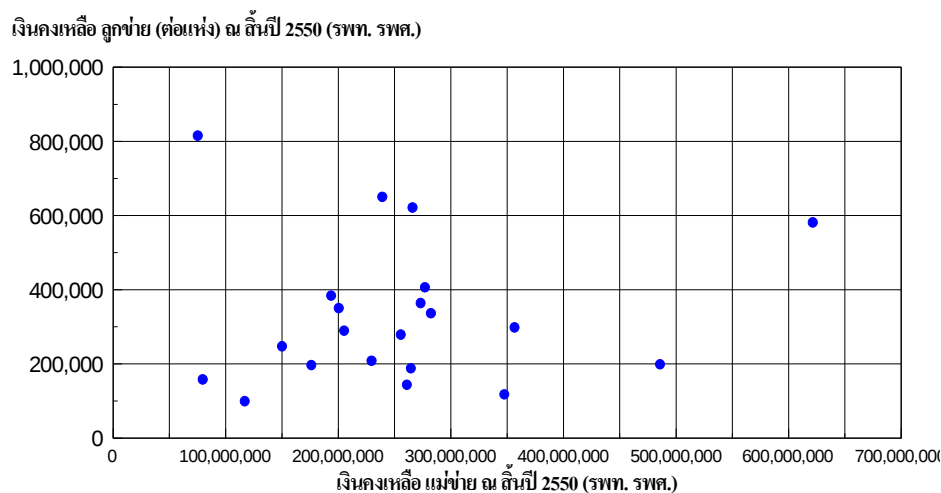
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 16 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ยลูกค้า และเงินคงเหลือแม่ข่าย รพช.ขนาด >30 เตียง ปี พ.ศ. 2550



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 17 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ยลูกค้า และเงินคงเหลือแม่ข่าย รพท. และ รพศ. ปี พ.ศ. 2550



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า การจัดสรรเงินให้กับสถานีนอมา้ย ไม่ได้สอดคล้องกับปริมาณบริการของสถานีนอมา้ย โดยตรง ทำให้หน่วยบริการประจำที่สถานีนอมา้ยให้บริการมากไม่ได้มีเงินคงเหลือที่มากกว่าหน่วยบริการประจำที่สถานีนอมา้ยให้บริการน้อยกว่า และฐานะการเงินของหน่วยบริการประจำที่มีเงินคงเหลือมาก ก็ไม่ได้ช่วยให้ฐานะการเงินของสถานีนอมา้ยในหน่วยบริการประจำเหล่านั้น ดีกว่าสถานีนอมา้ยที่อยู่ภายใต้หน่วยบริการประจำที่มีฐานะการเงินที่แย่กว่า

3. กระบวนการติดตาม นิเทศงาน

ดำเนินการจาก 3 ส่วน คือ

- (1) กระบวนการปกติ โดยเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ และจังหวัด
- (2) ระดับกระทรวง โดยผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศ

โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน หรืออาจสุ่มตรวจจากรายงานที่ส่งให้จังหวัดและอำเภอเป็นประจำ – สุ่มตรวจกิจกรรมตามตัวชี้วัดของส่วนกลาง และจังหวัด ตามรายงานเอกสาร และอาจลงพื้นที่เพื่อตรวจการจัดการระบบบริการบางเรื่อง รวมถึงการติดตามเชิงคุณภาพตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพที่กำหนด

- (3) การติดตามโดย สปสช.

เริ่มจากการติดตามโครงการพิเศษ โดย สปสช. เขต และเริ่มมีบทบาทในการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการระดับต่างๆ ซึ่ง เจ้าหน้าที่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในฐานะหน่วยงานสาขาระดับจังหวัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ดำเนินการ

กระบวนการทำงานภายหลังการทบทวนองค์ความรู้

ได้จัดนำเสนอการทบทวนองค์ความรู้เข้าสู่การประชุมวิชาการ จำนวน 20 ครั้ง ส่งเคราะห์ความรู้ และรวบรวมจัดทำร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยคณะทำงานวิชาการหลัก 29 ครั้ง ก่อนนำเสนอเบื้องต้น สอบถามถึงความเป็นไปได้ และขอข้อเสนอแนะต่อนักวิชาการในระดับต่างๆ ตั้งแต่ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหารโรงพยาบาลในฐานะผู้บริหารหน่วยบริการประจำ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และปรับปรุงร่าง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามความเห็นของนักวิชาการระดับต่าง ๆ และนำเสนอต่อผู้มีส่วนได้เสียเชิงนโยบาย และผู้รับผิดชอบโดยตรงต่องานพัฒนาบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จัดทำโดยคณะทำงาน ประกอบด้วย 4 หัวข้อหลัก ได้แก่

1. ให้มีการจัดตั้งสำนักบริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย: เพื่อบริหารยุทธศาสตร์และสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของ กระทรวงสาธารณสุขโดย

1. พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานอื่น
2. วางแผนการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้าง และกำลังคน
3. บริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
4. กำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมินการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง

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. สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการประจำ รวมถึงการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบการติดตามประเมินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้าง การลงทุน การบริหารจัดการเครือข่าย กำลังคน และการคลังระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ผลผลิตของการจัดบริการในมิติต่างๆ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน) และภาวะสุขภาพของประชาชน

บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. กำหนดหลักเกณฑ์การจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิใหม่เพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยบริการที่เหมาะสม โดยให้แยกงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิออกจากงบประมาณของโรงพยาบาล และกำหนดขนาดเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมเช่น ดูแลประชากรไม่เกิน 15,000 – 20,000 คน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม

2. พัฒนารูปแบบวิธีการจัดสรรงบประมาณ ที่สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน และมาตรการการจูงใจให้แก่พื้นที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น หากจัดบริการเชิงรุกตามที่กำหนดได้ จะได้รับงบประมาณเพิ่มเติม

3. พัฒนาระบบและกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมิน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ และคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ

2. จัดให้มีหน่วยบริหารจัดการกลางในระดับเขต/ จังหวัด

เป้าหมาย:

1. เพื่อบริหารจัดการ ส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

2. เพื่อให้เกิดการกระจายของทรัพยากรอย่างเป็นธรรม และเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีระดับสูง

3. เพื่อประสานการจัดการระบบสุขภาพและบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อปท. และเครือข่ายบริการในพื้นที่

4. เพื่อกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของเครือข่ายต่างๆ

บทบาทหน้าที่:

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. กำหนดแนวทาง วางแผนและสนับสนุนงบประมาณแก่เครือข่ายต่างๆในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐาน

2. วางแผนและบริหารจัดการ เพื่อการกระจายทรัพยากรในจังหวัดอย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาระบบการส่งต่อและสนับสนุนกันภายในและระหว่างเครือข่าย เพื่อประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการของประชาชน

3. บริหารจัดการด้านการเงินเพื่อประกันความเสี่ยงให้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิคู่สัญญา โดยเฉพาะงบประมาณเพื่อการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยนอกประเภทที่มีค่าใช้จ่ายสูง

4. บริหารจัดการให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการและกิจกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ในการดำเนินงานและทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงกิจกรรมเพื่อการสาธารณสุขในพื้นที่

5. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ และใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผน บริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่

6. จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

7. ประสานกับเชื่อมโยงกับ สปสช.เขตในการจัดสรรงบประมาณในการมาพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคน

ทิวทัศน์การพัฒนาในระดับเขต

1. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของจังหวัดตามยุทธศาสตร์และแผนการ พัฒนาของกระทรวง

2. ร่วมกับจังหวัดและสำนักงานประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ในการวางแผนระบบการสนับสนุน และพัฒนาระบบการส่งต่อในเขตเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยเฉพาะบริการทาง การแพทย์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูง หรือความรู้เฉพาะทางขั้นสูง (Excellence center)

3. ติดตามกำกับการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิของจังหวัดตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลาง กำหนด

3. เสนอให้มีกองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิระดับอำเภอ (Primary Health Care Development Fund - PDF)

เป้าหมาย:

1. เพื่อให้มีงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อการจัดการปฐภูมิที่ชัดเจน เป็นอิสระ ยืดหยุ่น และสามารถ ติดตามประเมินในภาพรวม

2. เพื่อให้มีหน่วยบริหารจัดการเพื่อการวางแผนและพัฒนาบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอแบบองค์ รวม และตอบสนองความต้องการของชุมชนและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และระดมความร่วมมือจากท้องถิ่นและ ชุมชน

3. เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ได้รับโอกาสเข้าถึงบริการ สุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับที่สูงกว่า

การจัดการโครงสร้างทางการเงิน

ปรับวิธีการบริหารจัดการเงินที่จัดสรรเงินงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน ระดับจังหวัดและอำเภอ ดังนี้

– **เงินงบประมาณบริการส่งเสริมป้องกัน (PP) ปรับแนวความคิดการบริหารจัดการงบบริการส่งเสริม ป้องกันโรคใหม่ให้มีลักษณะองค์รวมมากขึ้นโดยมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดด้านผลผลิตและผลลัพธ์ด้าน สุขภาพในการติดตามกำกับ ดังนี้**

(1) งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (PP vertical program) ยังคง รูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณแบบเดิมแต่จำกัดให้มีน้อยที่สุดเฉพาะที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของ ประเทศที่จำเป็นต้องมีการจัดการในแนวดิ่ง

(2) รวมเงินงบประมาณ PP ให้บริหารจัดการดังนี้

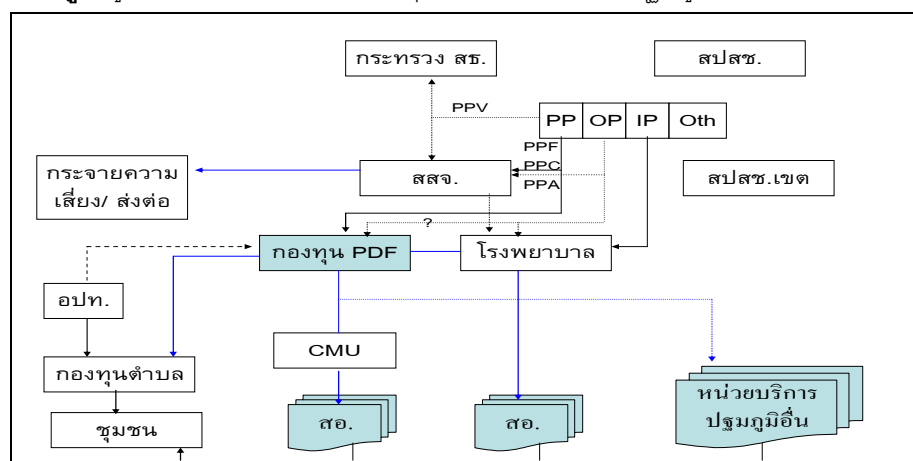
– งบบริการส่งเสริมป้องกันส่วนบุคคลที่จัดโดยหน่วยบริการ (PP facility) ที่ต้องให้บริการทั้งใน สถานบริการและนอกสถานบริการ/ในชุมชน เช่น การให้วัคซีน การฝากครรภ์ก่อนคลอด การ วางแผนครอบครัว การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามตรวจหลังคลอด บริการตรวจ สุขภาพ/ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ/ผู้พิการในชุมชน เป็นต้น ทั้งหมดให้จ่ายตรงไปยังกองทุน

พัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เพื่อบริหารและจัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการในพื้นที่ (ทั้งในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาล)

- ระบบบริการส่งเสริมป้องกันที่บริหารจัดการโดยชุมชน (PP community) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรผ่านลงไปถึงกองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เพื่อให้จัดสรรต่อไปยังกองทุนสุขภาพชุมชน โดยถือว่ากองทุนสุขภาพชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริหารจัดการ และกองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นผู้ติดตามดูแลกำกับให้การใช้งบประมาณเป็นไปตามวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน
- ระบบประมาณบริการส่งเสริมสุขภาพพื้นที่ (PP area-based) จัดสรรงบประมาณไปยังกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพื่อพิจารณาร่วมกับจังหวัดในการแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่ (อาจให้มีการกันเงินประมาณส่วนหนึ่งไว้ที่จังหวัดเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญของจังหวัดร่วมกัน) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค รวมถึงการกำหนดแนวทางพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในภาพรวมของจังหวัด
- **เงินงบประมาณบริการผู้ป่วยนอก (OP)** โดยหลักการถือว่าเป็นงบประมาณสำหรับบริการรักษาพยาบาลที่ใช้ร่วมกันในเครือข่าย (ส่วนหนึ่งอาจให้มีการกันไว้ที่จังหวัดสำหรับกระจายความเสี่ยงและการส่งต่อระหว่างกันและออกนอกจังหวัด) ดำเนินการได้ในสองลักษณะ
 - สปสช. จัดสรรไปยังกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ และให้คณะกรรมการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิร่วมกันกำหนดสัดส่วนและหลักเกณฑ์ในการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายและโรงพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ประชาชน โดยให้แยกบัญชีระหว่างบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพออกจากกันเพื่อป้องกันมิให้มีการเบียดเงินส่งเสริมป้องกันจากงานรักษาพยาบาล
 - สปสช. จัดสรรตรงไปยังโรงพยาบาลเนื่องจากบริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เกิดที่โรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องกำหนดร่วมกันในการแบ่งสัดส่วนเงินค่ารักษาพยาบาลว่าควรจัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเท่าใด และโอนไปให้กองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

รายละเอียดการบริหารงบประมาณแสดงดังในแผนภูมิ

แผนภูมิ รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ



โครงสร้างและการบริหารจัดการ

จัดตั้ง กองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ขึ้นในระดับอำเภอ เพื่อเป็นองค์กรบริหาร ความสัมพันธ์ ระหว่าง สถานีนามัยในเครือข่าย กับ โรงพยาบาลชุมชน และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ช่วยคิด จัดการและทำงานปฐมภูมิร่วมกันให้มากขึ้น บริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ มีองค์ประกอบเป็นตัวแทนจาก 3 ภาคส่วน คือ (1) ภาคบริการสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารคู่สัญญาของหน่วยบริการประจำ ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตนั้นๆ (2) ภาคองค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ (3) ภาคชุมชน ทั้งนี้อาจขยาย บทบาทของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายที่มีอยู่ให้มีส่วนประกอบและบทบาทหน้าที่ตามที่กำหนด

ในระยะเปลี่ยนผ่าน (ช่วง 2 ปีแรก) กำหนดให้ประธานและเลขานุการคณะกรรมการกองทุนพัฒนา บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ มาจากภาคบริการสุขภาพ และหลังจากนั้น ให้ใช้วิธีเลือกตั้งประธานและเลขานุการ จากกรรมการทั้งหมด

บทบาท/หน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ

ทำหน้าที่ วางแผน บริหารจัดการบริการสุขภาพในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนใน ความรับผิดชอบได้รับการปฐมภูมิ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมทั้งระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ ใช้ทรัพยากรอย่าง มีประสิทธิภาพและเพียงพอ โดยมุ่งให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ประกอบด้วย

1. จัดการและสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ทั้งในระดับ โรงพยาบาลชุมชน /ศูนย์แพทย์ และสถานีนามัย) ให้เกิดการกระจายหน่วยบริการที่ครอบคลุมและดูแลประชากรเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม และเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้ใช้บริการ
2. เชื่อมโยงหน่วยบริการในระดับสูงกว่า เพื่อสร้างเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุน เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม
3. บริหารจัดการเงินงบประมาณหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของงบประมาณ ที่ได้รับโดยตรง และงบประมาณหลักประกันสุขภาพที่เสริมหรือได้รับจากแหล่งทุนอื่นในท้องถิ่นที่เข้าร่วมกับ งบประมาณหลักประกันสุขภาพ
4. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ รวมถึงทำ หน้าที่ จัดบริการ /ซื้อบริการจากผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเน้นให้เกิดบริการปฐมภูมิตอบสนอง ต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของชุมชน และรวมถึงการวางแผนเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิใน พื้นที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
5. บริหารจัดการกำลังคนเพื่อให้เกิดการกระจาย และหมุนเวียนกำลังคนในพื้นที่รับผิดชอบ สำหรับ หน่วยบริการทุกระดับให้เหมาะสม และเพียงพอสำหรับให้บริการปฐมภูมิในพื้นที่
6. สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน และ สิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม
7. บริหารจัดการเวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ได้มาตรฐาน และมี คุณภาพ เพื่อให้บริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอ

แนวทางการบริหารจัดการ

เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

1. กองทุนพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ จะต้อง

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

2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่างๆ ภายในชุมชน เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการจัดบริการและการพัฒนาบริการปฐมภูมิ และต้องมีความโปร่งใสของการดำเนินงาน

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

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

4. การจัดการด้านกำลังคนในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ

กำลังคนถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายและการบริหารจัดการดังต่อไปนี้

4.1 ในแต่ละปีให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณากำหนด**พื้นที่ชนบทที่มีปัญหาขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพต่าง ๆ** ให้เป็นพื้นที่ขาดแคลนบุคลากร และจัดสรรตำแหน่งข้าราชการที่ได้รับคืนจากข้าราชการเกษียณอายุหรือจากอย่างอื่นไปยังพื้นที่ขาดแคลนนั้น เพื่อให้หน่วยบริการประจำแต่ละแห่งใช้ในการรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภทที่ผ่านการคัดเลือกและเห็นว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมบรรจุเป็นข้าราชการเพื่อปฏิบัติงานด้านบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ดังกล่าว ทั้งนี้ตำแหน่งดังกล่าวกำหนดให้เป็น**ตำแหน่งข้าราชการสำหรับพื้นที่ดังกล่าวโดยเฉพาะ** ไม่ผูกพันกับตัวข้าราชการผู้ครองตำแหน่ง หากประสงค์จะโอนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นไม่สามารถติดต่อตำแหน่งตามตัวได้

4.2 นอกเหนือจากการบรรจุแต่งตั้งบุคลากรให้ปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิข้างต้นแล้ว ให้กระทรวงสาธารณสุข / สปสช. มีนโยบายและสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำ / กองทุนพัฒนาระบบ

บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (ซึ่งต่อไปขอใช้คำว่า กองทุนฯ แทน) แต่ละแห่ง โดยเฉพาะในเขตชนบท ใช้งบประมาณของหน่วยบริการประจำ / กองทุนฯ จัดจ้างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภทที่จำเป็น รวมทั้งบุคลากรสายสนับสนุน (บริหารทั่วไป) ตามกำลังงบประมาณและปริมาณประชากรในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิแก่ประชาชนได้ดีขึ้น ทั้งในพื้นที่เขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย

4.3 เพื่อให้พนักงานราชการหรือลูกจ้างของทางราชการได้รับสวัสดิการใกล้เคียงกับสวัสดิการข้าราชการเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในชนบทอย่างยาวนาน กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายที่ชัดเจนรวมทั้งมีกลไกประสานงานเพื่อให้หน่วยบริการประจำ / กองทุนฯ ซึ่งรับผิดชอบดูแลบุคลากรดังกล่าว จัดให้มีระบบสวัสดิการเงินออมเมื่อสูงอายุ หรือสวัสดิการรักษายาบาลเพิ่มเติม เช่น เข้าเพิ่มประเภทสมาชิกที่เป็นพนักงานราชการเข้าไปในกองทุนเงินสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำ (เพิ่มเติมจากสิทธิบำนาญบำนาญในฐานะสมาชิกกองทุนประกันสังคม) และให้หน่วยบริการประจำ / กองทุนฯ ใช้เงินจากเงินส่วนที่หน่วยบริการประจำ / กองทุนฯ ได้รับในสัญญาจัดบริการปฐมภูมิจ่ายสมทบในส่วนของนายจ้าง เนื่องจากถือว่าเป็นต้นทุนการจัดบริการอย่างหนึ่ง

4.4 ให้หน่วยงานกลางที่จัดตั้งขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขดูแลการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดในระยะยาว โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนประสานหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ ตั้งแต่กระบวนการวางแผน จัดสรรตำแหน่ง บรรจุแต่งตั้งหรือจัดจ้าง และการสร้างแรงจูงใจทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่เป็นตัวเงิน เพื่อจูงจูงบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานในชนบทได้นาน รวมทั้งประสานกับหน่วยผลิตภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ให้ผลิตกำลังคนใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละพื้นที่อย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณและทักษะ โดยมีการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งในพื้นที่หรือตั้งงบประมาณจากส่วนกลางตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ และแต่ละช่วงเวลา

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างหน่วยบริการประจำต่าง ๆ โดยเฉพาะในส่วนที่ว่าด้วยแนวทางการบริหารงานบุคลากรในบริบทใหม่ ซึ่งอาจทำได้หลายแนวทางภายใต้หลักการและนโยบายใหญ่ทั้ง 3 ข้อข้างต้น

ข้อเสนอนี้ได้นำเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขและนำเสนอต่อที่ประชุมใหญ่ในการจัดมหกรรมสุขภาพชุมชน (Community Health and Primary Care Expo 2009) เมื่อวันที่ 18-20 กุมภาพันธ์ 2552 (ภาคผนวก 1) และได้จัดพิมพ์เป็นเอกสารวิชาการ¹⁷ นำเสนอในการประชุมเดียวกัน (ภาคผนวก 2) รวมถึงผลักดันโดยเฉพาะในส่วนของ การสร้างมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน เข้าสู่อการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อการจัดบริการในพื้นที่ และได้รับการตอบรับบางส่วนในการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹⁷ สมศักดิ์ ชุมหวัศร์ และพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2552) สาธารณสุขมูลฐานสู่สุขภาพชุมชน: ข้อเสนอสำหรับผู้กำหนดนโยบายและทีมสุขภาพชุมชน เอกสารประกอบการมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552 Community Health and Primary Care Expo 2009 วันที่ 18-20 กุมภาพันธ์ 2552 อิมแพ็คคอนเวนชันฮอลล์ เมืองทองธานี

การสำรวจแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิโดยหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ¹⁸

จากข้อมูลเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบต่างๆ เครือข่ายวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจึงเสนอให้ศึกษารูปแบบการสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิที่มีต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ศึกษาในหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิในระดับโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งทั่วประเทศ

การศึกษาพบว่า หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิแต่ละแห่งมีหลักเกณฑ์การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิแตกต่างกัน ตามมติของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ซึ่งบางพื้นที่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์ได้อย่างเป็นอิสระ แต่บางพื้นที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางเดียวกันตามที่ตกลงในระดับจังหวัด ผลจากการศึกษาที่เป็นตัวอย่างของการจัดการได้แก่

1. รูปแบบและวิธีการสนับสนุนของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิที่มีต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

1.1 งบประมาณค่าใช้จ่ายประจำ (Fix cost)

พบว่า ส่วนใหญ่แล้ว หน่วยบริการประจำจะจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโดยตรง (ร้อยละ 72.65) บางส่วน (ร้อยละ 26.12) จะใช้วิธีกันเงินไว้ที่ สสจ. แล้วจึงจ่ายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรง งบประมาณในส่วนของการค่าใช้จ่ายประจำที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมินั้น ส่วนใหญ่เป็นงบประมาณจากเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) (ร้อยละ 45.10) รองลงมาเป็นงบประมาณจากเงินบริการส่งเสริมป้องกันโรค (PP) (ร้อยละ 38.58) และอีกร้อยละ 11.87 ไม่ได้ระบุแหล่งที่มาของงบประมาณชัดเจน เนื่องจากจ่ายจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล ส่วนที่เหลือร้อยละ 2.38 มาจากแหล่งงบประมาณอื่นๆ ซึ่งได้แก่ เงิน CF ของจังหวัด / งบดำเนินการ งบก่อสร้างของหน่วยบริการประจำ / งบลงทุน / งบฉุกเฉิน / เงินบริจาคที่ได้รับ โดยมีหลักเกณฑ์ที่หน่วยบริการประจำเกือบทั้งหมดจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายงบประมาณให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่าย (ร้อยละ 95) โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายงบประมาณออกเป็น 4 ลักษณะ คือ (1) แต่ละหน่วยบริการประจำ กำหนดหลักเกณฑ์ขึ้นเอง (ร้อยละ 37.20) (2) สสจ.เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ (ร้อยละ 26.00) (3) หน่วยบริการประจำ และ สสจ. ร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์ให้เป็นเกณฑ์กลางของจังหวัด (ร้อยละ 36.80) และ (4) ผสมผสานทั้ง 3 แบบ

วงเงิน สำหรับหลักเกณฑ์ในการกำหนดวงเงินสำหรับค่าใช้จ่าย Fix Cost สรุปหลักเกณฑ์การจ่ายเงินได้ 6 รูปแบบ ดังนี้

1) จ่ายตามรายหัวประชากรภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยกำหนดจ่ายให้คนละ 20 - 110 บาท / ปี (สำหรับสถานีนอมนายที่มีบริการทันตกรรมจะได้รับงบประมาณสนับสนุนมากกว่าสถานีนอมนายที่ไม่มีบริการทันตกรรม) สำหรับสถานีนอมนายที่คำนวณงบประมาณได้ไม่ถึงปีละ 100,000 บาท ให้ปรับเป็น 100,000 บาท

2) หน่วยบริการประจำหักงบประมาณ 10% จากเงินที่ได้รับ เพื่อจ่ายเงินให้สถานีนอมนายทุกขนาดเท่าๆ กัน

¹⁸ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2552) รายงานการสำรวจข้อมูลการพัฒนาบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญา เอกสารอัดสำเนา

3) จ่ายเงินตามขนาดของสถานื่อนามัย โดยกำหนดจ่ายให้ สอ.ขนาดใหญ่ 28,000 บาท / เดือน ส่วนสถานื่อนามัยขนาดกลาง 27,000 บาท / เดือน และสถานื่อนามัยขนาดเล็ก 26,000 บาท / เดือน และอาจจะจ่ายเพิ่มเติมสำหรับสถานื่อนามัยที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิหลักชนิด A เดือนละ 24,200 บาท ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิหลักชนิด A เดือนละ 23,700 บาท หน่วยบริการปฐมภูมิหลักชนิด B เดือนละ 23,600 บาท ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิหลักชนิด B เดือนละ 23,100 บาท

4) จ่ายเป็นงวด โดยหน่วยบริการประจำคำนวณจากค่าใช้จ่ายปีก่อนหน้า และบวกเพิ่มอีก 0.5% เช่น จ่ายเป็นรายเดือน เดือนละ 10,000 – 30,000 บาท และจ่ายเพิ่มอีก 4 บาทต่อหัวประชากร สำหรับสถานื่อนามัยที่มีบริการทันตกรรมหรือจ่ายเป็นรายปี ปีละ 110,000 – 350,000 บาท หรือแบ่งจ่ายเป็นงวด (1 งวด = 3 เดือน / 6 เดือน)

5) คำนวณจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกมารับบริการ โดยกำหนดให้สถานื่อนามัยขนาดใหญ่ 103 บาท / ครั้ง สอ.ขนาดเล็ก 66 บาท/ครั้ง

6) จ่ายตามจริง โดยจ่ายเฉพาะค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว (หน่วยบริการประจำเป็นผู้พิจารณาเงินเดือน) และค่าสาธารณูปโภค

1.2 ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์

ในด้านการจัดสรรยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.10) แล้ว สสจ. จะเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรร ร้อยละ 15.22 หน่วยบริการประจำเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่าย และที่เหลือ สสจ. และหน่วยบริการประจำร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่าย โดยใช้เกณฑ์จ่ายตามจริง (ร้อยละ 86.18) และกำหนดวงเงิน (ร้อยละ 13.82) ซึ่งมีจำนวนแตกต่างกันไป โดยแหล่งงบประมาณที่ใช้ในการจัดสรรนั้นได้มาจากงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) (ร้อยละ 64.85) และ งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันโรค (PP) (ร้อยละ 17.75) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 15.70 มาจากแหล่งงบประมาณอื่น ได้แก่ งบประมาณผู้ป่วยใน (IPD) / งบลงทุน เงินบำรุงของโรงพยาบาล / เงิน CF ของจังหวัด

1.3 งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP)

ร้อยละ 53 ของหน่วยบริการประจำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจัดสรรงบ OP ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย โดยหน่วยบริการประจำ ร้อยละ 31 แยกเงิน OP จัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน ส่วนอีกร้อยละ 22 จัดสรรเงินโดยการจ่ายทั้งเงิน OP และ PP รวมกัน

วิธีการจ่ายเงินมี 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) เหม่าจ่ายรายหัวประชากร (ร้อยละ 36.93) โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 10 – 180 บาท ตามขนาดของสถานื่อนามัย (2) กำหนดอัตราจ่ายขั้นต่ำ (ร้อยละ 8.46) โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 7,000 – 20,000 บาท / เดือน ตามขนาดของสถานื่อนามัย (3) จ่ายตามจำนวนบริการ (visit) (ร้อยละ 36.15) โดยจ่ายในอัตราเฉลี่ยระหว่าง 8 – 70 บาท / ครั้ง ตามขนาดของสถานื่อนามัย (4) จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (ร้อยละ 18.46)

1.4 งบประมาณสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.71) จัดสรรงบประมาณ PP ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินงบประมาณดังนี้

1) PP Express Demand กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

- จ่ายตามผลงาน
- เหมาจ่าย
 - เหมาจ่ายรายหัวในอัตราเฉลี่ย 11 – 47.40 บาท / หัวประชากร / ปี
 - จ่ายตามฐานประชากร โดยคำนวณจากยอดเงินที่ได้รับจาก สปสช. หารฐานประชากรในพื้นที่
 - จ่ายตามงบประมาณที่ผ่านการจัดสรรจาก สสจ.
- จ่ายตามสัดส่วน
 - เหมาจ่ายรายหัวและจ่ายตามผลงาน ในสัดส่วน 60 : 40
 - จ่ายตามสัดส่วนระหว่าง โรงพยาบาล : สอ. : ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ในอัตรา 60 : 30 : 10

2) PP Community กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

- จ่ายตามผลงาน
- เหมาจ่ายรายหัวในอัตรา 37.50 บาท / หัวประชากร / ปี
- เหมาจ่ายรายหัว และจ่ายตามผลงาน ในสัดส่วน 50 : 50

3) งบ PP Area-based ทั้งหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกันเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจาก สสจ.

1.5 กิจกรรมสนับสนุนด้านวิชาการและพัฒนากำลังคน

ส่วนใหญ่หน่วยบริการประจำให้การสนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนาบุคลากร รองลงมาเป็นการสนับสนุนด้านบุคลากร ทั้งในรูปของการจัดอบรมวิชาการในโรงพยาบาล สนับสนุนให้การอบรม/ศึกษาจากภายนอก ให้เจ้าหน้าที่ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิมาร่วมปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะ ในส่วนของกำลังคนหน่วยบริการประจำได้จัดส่งให้บุคลากรสายต่างๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และนักกายภาพบำบัดไปให้บริการในพื้นที่ รวมถึงการจัดจ้างเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ให้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในส่วนของขอบเขตงาน โครงการได้ศึกษาในระดับหน่วยบริการประจำถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า บริการที่หน่วยบริการประจำมีความเห็น เกินกว่าร้อยละ 90 ว่าเป็นบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบต้องปฏิบัติ ได้แก่ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก การให้สุขศึกษา การตรวจรักษาโรคทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ก่อนมีหลักประกันสุขภาพ กิจกรรมที่หน่วยบริการประจำคิดว่าควรเป็นหน้าที่น้อยที่สุดคือ บริการกายภาพบำบัด ซึ่งมีการปฏิบัติในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิต่ำที่สุดด้วย และกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติอีกประการหนึ่งแต่ยังมีการปฏิบัติน้อยคือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ปริมาณการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาเปรียบเทียบก่อนและหลังการมีหลักประกันสุขภาพ พบว่า บริการที่เพิ่มขึ้นสูงสุด คือ บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (DM/HT) คิดเป็นร้อยละ 98.4 และบริการที่ลดลงสูงสุดคือ บริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 14.9

การบริการเชิงรุกถือได้ว่าเป็นภารกิจสำคัญของการบริการ งานเชิงรุกที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องปฏิบัติสูงสุดคือ งานอนามัยโรงเรียน งานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรวบรวมข้อมูลประชากรในชุมชนซึ่งเท่ากับการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ซึ่งหน่วยบริการประจำเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิได้ทำงานดังกล่าว งานเชิงรุกในชุมชนที่ลดลงในความเห็นของหน่วยบริการประจำ คืองานอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการดูแล

สารปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม และงานสุขภาพจิต รวมถึงงานค้นหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช

การพัฒนากำลังคนในระดับปฐมภูมิในพื้นที่¹⁹

ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรของระบบบริการระดับต่างๆ ยังคงเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับภูมิภาคและเขตชนบท ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมมีเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายของรัฐบาล และโครงการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง นโยบายให้ประเทศเป็นศูนย์กลางของการบริการด้านสุขภาพ นโยบายการรับยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ทุกคน รวมไปถึง การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของประชากรวัยสูงอายุ และแรงงานต่างด้าว การเกิดโรคอุบัติซ้ำอุบัติใหม่ โดยเฉพาะโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนกำลังคนและจัดการด้านกำลังคนมากกว่า 2 ทศวรรษ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรให้บริการในหน่วยบริการระดับต่างๆ ได้ สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากรูปแบบการวางแผนกำลังคนที่ผ่านมาเป็นการคาดการณ์ในระดับประเทศและเน้นด้านความต้องการกำลังคนในด้านจำนวนโดยขาดการให้น้ำหนักในด้านคุณภาพการวางแผนกำลังคน ได้แก่ การกระจาย การเพิ่มผลผลิต การจัดสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการในระดับพื้นที่ และไม่สามารถแก้ปัญหาในด้านการกระจายกำลังคนได้ และการวางแผนกำลังคนเป็นแบบแยกส่วนแต่ละวิชาชีพทำให้ขาดการผสมผสานระหว่างกลุ่มวิชาชีพที่ทำงานทดแทนหรือเสริมกัน (task shifting) หรือกลุ่มวิชาชีพที่ทำงานเป็นทีม และส่งผลคาดการณ์ความต้องการกำลังคนที่สูงกว่าความเป็นจริงและสูงเกินกว่าความเป็นไปได้ในด้านงบประมาณ เพราะในทางปฏิบัติบุคลากรสาธารณสุขทำงานเป็นทีมหรือทำงานสัมพันธ์กัน จึงจำเป็นต้องวางแผนอย่างผสมผสานที่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ นอกจากนี้ การวางแผนกำลังคนลงไปในระดับพื้นที่นั้นมีความจำเป็น เนื่องด้วยหน่วยงานระดับพื้นที่มีความเข้าใจต่อสภาพปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของท้องถิ่น และข้อจำกัดและจุดแข็งด้านทรัพยากรและงบประมาณเป็นอย่างดี ตลอดจนมีความใกล้ชิดกับการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

สำนักงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ได้พัฒนาโมเดลการคาดการณ์กำลังคนในระดับพื้นที่ และได้เริ่มทดลองใช้ใน 4 จังหวัด และน่าจะสามารถขยายพื้นที่เพื่อนำโมเดลดังกล่าวไปใช้กว้างขวางขึ้น โดยมุ่งที่การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้รับผิดชอบด้านการวางแผนกำลังคนในระดับจังหวัด ให้สามารถรวบรวมข้อมูลบุคลากรในพื้นที่โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิให้สามารถรวบรวมและนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ความต้องการกำลังคน เพื่อการวางแผนกำลังคนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โมเดลการวางแผนบุคลากรในพื้นที่ เป็นการนำข้อมูลที่เป็น ปัจจัยหลักที่เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนได้แก่ (1) ข้อมูลประชากรและระบาดวิทยา (2) ข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่การดูแลตนเอง การใช้บริการปฐมภูมิ และการใช้บริการทุติยภูมิ (3) ข้อมูลบริการประเภทต่าง ๆ ประกอบด้วย บริการด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ (4)

¹⁹ นางลักษณ์ พะโกยะ (2552) รายงานการศึกษาการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เอกสารอัดสำเนา

ข้อมูลกำลังคน ประกอบด้วยกำลังคนประเภทต่างๆที่มีปัจจุบัน การได้มา (Gain) 3 ปีย้อนหลัง การสูญเสีย (loss) 3 ปีย้อนหลัง ข้อมูลผลิตภาพกำลังคน (productivity) และข้อมูลมาตรฐานกำลังคน (staffing norm) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากข้อมูลมือสอง (secondary data)

ในการทดลองครั้งนี้ดำเนินการใน 10 จังหวัดพบความแตกต่างตามบริบทของพื้นที่

ภาคอีสาน ศึกษาในพื้นที่ 2 จังหวัด ในภาพรวมบุคลากรระดับปฐมภูมิหลัก มีบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีพบว่าจำนวนบุคลากรที่ได้เพิ่มมาค่อนข้างน้อย แต่อัตราการสูญเสียก็น้อยเช่นกัน สำหรับพยาบาลวิชาชีพข้อมูลย้อนหลังพบว่ามีการได้เพิ่มมากกว่าสูญเสียออกจากสถานบริการระดับปฐมภูมิ ส่วนกำลังคนในระดับโรงพยาบาลชุมชนนั้นพบการเคลื่อนย้ายมากในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ซึ่งอัตราการสูญเสียค่อนข้างสูงในกลุ่มแพทย์เฉลี่ย 18% และมีอัตราการได้เพิ่ม 18% ในบางจังหวัดการเคลื่อนย้ายเข้ามาต่ำกว่าจำนวนการย้ายออก ในอำเภอขนาดใหญ่มีแนวโน้มจะได้แพทย์เพิ่มมากกว่าการสูญเสีย แต่อำเภอขนาดเล็กมีการเคลื่อนไหวก่อนข้างน้อย

การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน และในอนาคตอีก 10 ปี เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปัจจุบัน พบว่ากำลังคนที่ขาดแคลนและมีความต้องการได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และนักกายภาพบำบัดหรือนักฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบความต้องการกำลังคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาล เทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร มากเกินกำลังคนรองรับ

ภาคเหนือ ศึกษาในพื้นที่ 2 จังหวัด พบว่ากำลังคนในระดับปฐมภูมิพบว่าบุคลากรสาธารณสุขและพยาบาลมีการเคลื่อนย้ายออกมากกว่าการได้เพิ่มในหนึ่งจังหวัด ส่วนในอีกจังหวัดหนึ่งพบการได้เพิ่มมากกว่าการย้ายออก ส่วนกำลังคนในระดับโรงพยาบาลชุมชนนั้นพบการเคลื่อนย้ายมากในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร โดยอัตราการสูญเสียค่อนข้างสูงในกลุ่มแพทย์เฉลี่ย 24% และมีอัตราการได้เพิ่ม 21% ส่วนทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จำนวนการเคลื่อนย้ายเข้ามายังสูงกว่าจำนวนการย้ายออกเล็กน้อยเช่นเดียวกันทั้ง 2 จังหวัด

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน และในอนาคตอีก 10 ปี เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปัจจุบัน พบว่ากำลังคนที่ขาดแคลนและมีความต้องการได้แก่ แพทย์ และพยาบาล กายภาพบำบัดหรือนักฟื้นฟูสมรรถภาพ และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขความต้องการกำลังคนและกำลังคนที่มีในปัจจุบันมีปริมาณใกล้เคียงกัน และเมื่อดูอัตราเพิ่มกำลังคนพบว่ากำลังคนด้านสาธารณสุขอาจจะขาดแคลนบ้างในอนาคตเพราะมีการเพิ่มไม่มาก การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนระดับทุติยภูมิพบว่า ในส่วนของโรงพยาบาลใหญ่กำลังคนที่ต้องการนั้นเพียงพอ แต่มีความขาดแคลนในกลุ่มเทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ และเวชกิจฉุกเฉิน สำหรับโรงพยาบาลเล็กมีความต้องการกำลังคนด้าน แพทย์ เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเวชกิจฉุกเฉินมากกว่ากำลังคนที่มี ส่วนบุคลากรด้านทันตกรรม และพยาบาลวิชาชีพโดยทั่วไปมีเพียงพอกับการบริการเมื่อเทียบกับปริมาณงาน

ภาคใต้ ศึกษาในพื้นที่ 3 จังหวัด ในระดับปฐมภูมิพบว่าจำนวนพยาบาลมีค่อนข้างมาก ในจังหวัดขนาดใหญ่มีพยาบาลมากกว่าบุคลากรสาธารณสุข ในขณะที่อัตราการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขสูงแต่การได้เพิ่มน้อยมากแต่การเคลื่อนย้ายของพยาบาลเข้า-ออกสถานบริการปฐมภูมิค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามในจังหวัดขนาดเล็กพบว่าการได้เพิ่มของพยาบาลและสาธารณสุขสูงกว่าการสูญเสีย ส่วนกำลังคนในระดับโรงพยาบาล

ชุมชนสำหรับประเภทต่าง ๆ นั้นพบการเคลื่อนย้ายมากในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร แต่ทั้ง 4 กลุ่มจำนวนการเคลื่อนย้ายเข้ามายังสูงกว่าจำนวนการย้ายออก สำหรับแพทย์มีอัตราการสูญเสียค่อนข้างสูงเฉลี่ย 16% แต่มีอัตราการได้เพิ่ม 22%

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน และในอนาคตอีก 10 ปี เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปัจจุบัน พบว่ากำลังคนที่ขาดแคลนแต่อยู่ในระดับไม่รุนแรง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเมื่อดูอัตราเพิ่มกำลังคนพบว่ากำลังคนในระดับปฐมภูมิไม่น่าจะขาดแคลนมากนัก การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนระดับทุติยภูมิพบว่าสำหรับอำเภอขนาดใหญ่ความต้องการแพทย์และพยาบาลเพียงพอกับปริมาณงานที่มี แต่สำหรับอำเภอเล็ก ความต้องการมากเกินกว่ากำลังคนที่มีสำหรับกรณีของ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และนักรังสี

ภาคกลาง ศึกษา 1 จังหวัด ภาพรวมของจังหวัด พบว่าในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีพบว่ามีรายได้เพิ่มมากกว่าการสูญเสีย ส่วนกำลังคนในระดับโรงพยาบาลชุมชนนั้นพบการเคลื่อนย้ายมากในกลุ่มแพทย์ค่อนข้างต่ำ โดยย้ายออก 3% และย้ายเข้า 4% และพบว่า ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร แม้มีอัตราการย้ายออกสูง แต่มีการเคลื่อนย้ายเข้าสูงกว่าจำนวนการย้ายออก โดยอำเภอขนาดใหญ่ ได้แพทย์และพยาบาลเพิ่มเฉลี่ยใกล้เคียงกับการสูญเสีย ส่วนอำเภอเล็กมีการเคลื่อนไหวน้อย

ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในภาพรวมของจังหวัดนั้น พบว่าความต้องการกำลังคนในปัจจุบันและ ความต้องการกำลังคนในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ มีความต้องการสูง รองลงมาเป็นความต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัด เมื่อเปรียบเทียบภาระงานปัจจุบันและความต้องการกำลังคนในอนาคตค่อนข้างจะเพียงพอในส่วนของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขของ สำหรับการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนระดับทุติยภูมิพบว่าสำหรับอำเภอขนาดใหญ่ มีความต้องการแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักรังสี และเวชกิจฉุกเฉิน มากเกินกว่ากำลังคนที่มี สำหรับอำเภอเล็ก กำลังคนที่ต้องการค่อนข้างมากเกินกำลังคนที่มี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เภสัชกร และเจ้าพนักงานเทคนิคเภสัชกรรม เทคนิคการแพทย์ และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์

การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนโดยใช้วิธีวิเคราะห์ความต้องการบริการและภาระงานจากการใช้บริการนั้น แม้จะมีผลที่แตกต่างกัน แต่ในภาพรวมพบว่าวิชาชีพที่ขาดแคลนที่ค่อนข้างมากในระดับปฐมภูมิได้แก่ พยาบาล และกายภาพบำบัด ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นลดลง สำหรับการบริการระดับทุติยภูมินั้นพบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่แม้จะขาดแคลนบุคลากรอยู่บ้างแต่อยู่ในระดับไม่รุนแรงนัก แต่โรงพยาบาลขนาดเล็กค่อนข้างมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากร วิชาชีพที่ขาดแคลนค่อนข้างมากใน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเทคนิคการแพทย์ ในขณะที่ระบบปฐมภูมียังมีความต้องการแพทย์อยู่มากและควรจะต้องมีการจัดระบบสนับสนุนที่เหมาะสม ส่วนบุคลากรที่ไม่พบว่าขาดแคลนมากนัก ได้แก่ ทันตแพทย์

ในด้านการเคลื่อนย้าย พบว่ากลุ่มที่เคลื่อนย้ายมากที่สุดได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร โดยเฉพาะแพทย์ แม้ในแต่ละปีจะมีแพทย์เข้ามาในระบบมาก แต่แพทย์ที่ออกจากระบบก็มากเช่นกัน โดยเฉพาะภาคอีสานและภาคเหนือที่การย้ายออกสูงกว่าการย้ายเข้า

อย่างไรก็ตาม จากภาพความต้องการ และการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่นี้ มีข้อเสนอแนะในการจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ควรดำเนินการในระยะยาว ควบคู่กับการดำเนินการในระดับประเทศ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ พื้นที่ เพื่อการผลิต การจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิชาชีพขาดแคลน เช่น พยาบาล และรวมถึงอาจส่งเสริมการผลิตกำลังคนระดับเจ้าพนักงาน (เช่น เจ้าพนักงานฟื้นฟูสมรรถภาพ) เนื่องจากมีระยะเวลาการผลิตน้อยกว่าและผลิตได้มากกว่า

การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ²⁰

นอกจากนี้ ข้อมูลหลายการศึกษาพบว่าหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ ถูกติดตามประเมินผลจากหลายหน่วยงาน หลายตัวชี้วัด รวมถึงมีแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิหลายแนวทาง และควรการพัฒนาทุกที่เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการจัดการบริการต่อประชาชน ทุกกลุ่ม อย่างมีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน เชื่อมโยงกันทั้งระบบ โดยไม่แยกส่วนโดยเน้นความต้องการของหน่วยงานเป็นหลัก โครงการจึงเห็นว่า เพื่อให้เข้าใจในจุดแข็ง จุดอ่อนที่เกิดขึ้นของกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำกับ และพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน จึงสนับสนุนให้ พญ.ลลิตยา กองคำ ทบทวน รวบรวมข้อมูลมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและวิเคราะห์ ตลอดจนพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมและเอื้อต่อการพัฒนาอย่างเป็นระบบของการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน

โดยการศึกษาดังกล่าวได้ทบทวนตัวชี้วัดจาก กลุ่มตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิจาก 2 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ประกอบด้วย เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เกณฑ์คุณภาพบริการ ชุดตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และตัวชี้วัด E-Inspection มีกลไกในการติดตามกำกับ อยู่ภายใต้นโยบายของ 2 หน่วยงานหลัก โดยกระทรวงสาธารณสุขติดตามกำกับผ่านระบบการนิเทศงานและตรวจราชการ ปกติ สปสช. ติดตามกำกับผ่านการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้ง กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ได้กำหนดกลไกระดับเขตและจังหวัด ระบบการติดตามกำกับ ระบบรายงานซึ่งพบว่าขาดเอกภาพของนโยบายและขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน อีกทั้งพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ และบริบทที่แตกต่างของหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลต่อสมรรถนะและผลลัพธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตัวชี้วัดส่วนใหญ่กำหนดจากส่วนกลาง ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติ ไม่สอดคล้องกับบริบทที่แท้จริงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เป็นธรรมชาติแก่หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก และผลการประเมินไม่ได้นำกลับมาใช้พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่เอื้อต่อระบบบริการปฐมภูมิ ได้พัฒนาจากกรอบแนวคิดบริการและเป้าหมาย ผลลัพธ์คุณภาพบริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมโครงสร้าง การบริหารจัดการ กลไกการดำเนินงาน กระบวนการหลักตามแนวคิดปฐมภูมิ และผลลัพธ์บริการ โดยพิจารณาถึงคุณสมบัติ ตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้ฐานชุดตัวชี้วัดเดิมที่จัดเก็บในระบบปกติหรือสามารถเก็บ ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ พัฒนาเพิ่มเติมในส่วนที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับบริบทของบริการปฐมภูมิ และกำหนดกลไกในการกำกับติดตามที่ไม่เป็นภาระเพิ่มแก่ระบบ

²⁰ ลลิตยา กองคำ (2552) รายงานการทบทวน วิเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เอกสารอัดสำเนา

หมวดเครื่องชี้วัด	มิติการวัด	จำนวนตัวชี้วัด
การเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุข ที่จำเป็น(Access to needed care หรือ effective care delivery)	การให้บริการตามหลักการปฐมภูมิ - Access - Comprehensive care ผลลัพธ์บริการ(Outcome)	8 2 3
มาตรฐานและธรรมาภิบาลของ หน่วยบริการ(Standard and good governance)	โครงสร้าง การบริหารจัดการ และกลไกการ ดำเนินงาน	3
ความต่อเนื่องของการได้รับการ ดูแลสุขภาพ(Continuity)	การให้บริการตามหลักการปฐมภูมิ - Continuity - Care co-ordinate	3
สิทธิ การได้รับการเลือกและการมี ส่วนร่วม(Patient rights, choice and involvement)	การให้บริการตามหลักการปฐมภูมิ - Community Participation	1
การยอมรับจากผู้ใช้บริการ (Acceptability)	ผลลัพธ์บริการ	1
รวมทั้งสิ้น		21

และได้พัฒนาตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินดังกล่าวนี้ (ภาคผนวก 3) ได้นำเสนอต่อผู้รับผิดชอบในพื้นที่ และ
ได้ทดลองนำมาใช้จริงในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ประมาณขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมินอกกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายระยะยาวของระบบบริการสุขภาพ คือการที่ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยบริการที่มีลักษณะแบบผสมผสานด้วยแนวคิดแบบองค์รวม แต่ท่ามกลางสถานการณ์สังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการอพยพแรงงานจากชนบทเข้ามาสู่สังคมเมืองเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงการใช้บริการในสถานบริการสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง เนื่องจากบางพื้นที่มีหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐจัดบริการให้ไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง ทำให้ประชาชนเข้าไปใช้บริการอย่างหนาแน่น ประกอบกับสถานการณ์สุขภาพของคนไทยที่มีแนวโน้มมีปัญหาด้านสุขภาพที่มีลักษณะเรื้อรังและรุนแรง ซับซ้อนมากขึ้น ทำให้มีความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง

ในปี พ.ศ. 2547 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ริเริ่มดำเนินการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร ภายใต้แนวคิดในการเพิ่มหน่วยบริการสุขภาพที่มีรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่เขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่น แต่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอ คลินิกชุมชนอบอุ่นถือเป็นหน่วยบริการประจำคู่สัญญาหลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในหลักการเป็นสถานบริการทางเลือกที่น่าจะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ในระดับหนึ่ง โดยให้บริการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ

และจากความสำเร็จในการจัดบริการในรูปแบบคลินิกชุมชนอบอุ่นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทำให้หน่วยบริการในสังกัดภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่อยู่ในจังหวัดใหญ่จำนวนหนึ่งสนใจสมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในรูปแบบคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อสร้างทางเลือกใหม่ให้แก่ประชาชนในเขตเมืองใหญ่ๆ ในหลายจังหวัด โดยสรุปรูปแบบของคลินิกชุมชนอบอุ่น ได้แก่

1. คลินิกชุมชนอบอุ่นสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยความร่วมมือกับเทศบาลในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งในปัจจุบัน เทศบาล จำนวน 7 แห่ง²¹ ได้ขึ้นขอขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการคลินิกชุมชนอบอุ่นด้วย
2. โรงพยาบาลเอกชน และหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน
 - คลินิกชุมชนอบอุ่นภายใต้โรงพยาบาลเอกชน (คลินิกโรงพยาบาลเอกชน)
 - คลินิกชุมชนอบอุ่นภายใต้การบริหารจัดการเป็นกลุ่ม/เครือข่าย (คลินิกเครือข่าย)
 - คลินิกชุมชนอบอุ่นที่บริหารจัดการโดยแพทย์/ผู้ประกอบการวิชาชีพ (คลินิกเดี่ยว)

²¹ เทศบาลทั้ง 7 แห่งที่ให้บริการคลินิกชุมชนอบอุ่นได้แก่ เทศบาลเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน เทศบาลเมืองชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ เทศบาลเขาสูง จังหวัดราชบุรี เทศบาลนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 2 แห่ง เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช และเทศบาลตำบลบ้านพรุ จังหวัดสงขลา (<http://report.nhso.go.th/hmain/counthtype.jsp>)

คลินิกชุมชนอบอุ่นเอกชน	จำนวนเครือข่าย	จำนวนคลินิก
คลินิกภายใต้โรงพยาบาลเอกชน	16 เครือข่าย (โรงพยาบาล)	59 คลินิก*
คลินิกบริหารเป็นเครือข่าย/กลุ่ม	14 กลุ่ม	43 คลินิก* ต่างจังหวัด 1 คลินิก**
คลินิกเดี่ยว		กทม. 16 คลินิก* ต่างจังหวัด 17 คลินิก**

หมายเหตุ * ข้อมูลจาก สปสช เขตกทม. 2551

** ข้อมูลจาก สปสช 2552 (<http://report.nhso.go.th/hmain/counthtype.jsp>)

คลินิกชุมชนอบอุ่นส่วนใหญ่ให้บริการอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และรองลงไปคือจังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการ สปสช. มีประกาศให้โรงพยาบาลหรือคลินิกหรือกลุ่มวิชาชีพที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และสถานบริการเหล่านี้จะถูกตรวจสอบคุณสมบัติ และความเหมาะสม ด้านที่ตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพพื้นที่ โดยพิจารณาตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องคุณสมบัติ มาตรฐาน หน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการ รวมทั้งการจัดเครือข่ายตามระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2544 ได้กำหนดคุณลักษณะในการพิจารณาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยสรุปดังนี้

1. ข้อกำหนดเชิงโครงสร้างคลินิกชุมชนอบอุ่น – สปสช. ได้มีข้อกำหนดเชิงโครงสร้างในเรื่องต่างๆ เช่น พื้นที่ให้บริการ (กำหนดไว้ไม่น้อยกว่า 80 ตารางเมตร) จำนวนบุคลากร ทั้งจำนวนแพทย์ พยาบาล บุคลากรทำงานด้านชุมชน และบุคลากรทางทันตกรรม กรณีที่เปิดบริการทันตกรรม (แพทย์ประจำ 1 คนต่อประชากร 10,000 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 5,000 คน เป็นต้น) โดยในระยะเริ่มต้น ได้เปิดโอกาสให้คลินิกที่มีประชากรขึ้นทะเบียนจำนวนน้อยสามารถเข้าร่วมโครงการฯ ได้ แต่ให้ทางคลินิกดังกล่าวแบกรับความเสี่ยงเองในระยะเริ่มแรก และสามารถขยายจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนไปจนถึงจำนวนที่ สปสช. กำหนดไว้ต่อคลินิกชุมชนอบอุ่น (ต้องมีประชากรขึ้นทะเบียน 11,000 – 12,000 คน)

2. งบประมาณ – สปสช. จัดสรรงบประมาณต่อหัวให้กับคลินิกชุมชนอบอุ่นตามที่ได้รับงบประมาณจากรัฐบาล โดยไม่มีการหักส่วนของเงินเดือนค่าจ้าง โดยทั่วไปคลินิกชุมชนอบอุ่นจะได้งบประมาณสนับสนุนจากงบประมาณในส่วนของผู้ป่วยนอก (OPD) ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้แล้วในส่วนของงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะจัดสรรให้แก่คลินิกหรือไม่ นั้นเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. กับคลินิกว่า คลินิกจะให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยหรือไม่ ซึ่งคลินิกส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่ได้รับงบประมาณสำหรับบริการดังกล่าว เนื่องจากมุ่งเน้นงานด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก

3. การบริหารจัดการ - สปสช. ไม่กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการ เปิดให้คลินิกสามารถบริหารได้อย่างอิสระ แต่กำหนดเงื่อนไขบางประการให้คลินิกปฏิบัติ และหน่วยบริการที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นจะต้องถูกประเมินตามเงื่อนไขเหล่านี้ ได้แก่

- (1) คลินิกชุมชนอบอุ่นต้องได้รับอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

- (2) สามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนผู้มีสิทธิทุกวัน รวมเวลาให้บริการไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สามารถเชื่อมต่อกับบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
 - (3) สามารถให้บริการรักษาพยาบาลและมีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการ รวมทั้งบริการทันตกรรม ได้ตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด
 - (4) มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายสารสนเทศของ สปสช. เพื่อใช้ในการตรวจสอบการลงทะเบียน และจัดส่งข้อมูลให้แก่ สปสช. ตามที่กำหนด
 - (5) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการชันสูตร/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งต่อเพื่อรับบริการทางด้านทันตกรรม ในหน่วยบริการอื่นที่ร่วมให้บริการ
 - (6) มีเครือข่ายระบบบริการประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ และหน่วยร่วมให้บริการอื่น เช่น ห้องปฏิบัติการ หรือ หน่วยจ่ายยา เป็นต้น
 - (7) เครือข่ายที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ สามารถให้บริการได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในระดับทุติยภูมิขึ้นไป (ซึ่งรับส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย) สามารถให้บริการกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง และมีจำนวนเตียงสำรองไว้เพียงพอสำหรับบริการประชาชนที่ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. เป้าหมายของลักษณะการจัดบริการ สปสช. เน้นการให้บริการตามแนวคิดของบริการปฐมภูมิที่ดี ผสมผสานมิติทางการแพทย์และสังคม โดยนำแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพ
5. การควบคุมกำกับ และการรายงาน ให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) หรือ สปสช. เขตพื้นที่ กทม. ในกรณีคลินิกชุมชนอบอุ่นเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำหน้าที่ตรวจสอบ และสุ่มประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ/หรือเมื่อมีการร้องเรียนจากผู้รับบริการ และคลินิกชุมชนอบอุ่นมีหน้าที่จัดทำรายงานตามระบบที่ สปสช. กำหนด
6. คลินิกชุมชนอบอุ่นยังคงอยู่ภายใต้การบังคับใช้ของกฎหมายอื่นที่บังคับใช้แก่สถานพยาบาลเอกชน เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และรวมถึงการบังคับใช้ระเบียบ ข้อบังคับอื่น และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประกาศตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อีกด้วย

เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิกายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการปฐมภูมิเขตเมือง หน่วยจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจึงได้สนับสนุนการศึกษาในประเด็นคลินิกชุมชนอบอุ่น (ภาคผนวก 4) จากการบริหารจัดการทั้ง 2 รูปแบบ ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative approach) โดยวิธีการศึกษาใช้กระบวนการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้จัดการคลินิกอสม. และประชาชนผู้มารับบริการในหน่วยบริการ และในชุมชนในประเด็นที่ครอบคลุมกิจกรรมบริการและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ในประเด็นต่างๆ ประกอบด้วย

- (1) จำนวนประชากร และเขตพื้นที่ในการให้บริการ
- (2) โครงสร้างและรูปแบบของหน่วยบริการ
- (3) โครงการ / กิจกรรมการให้บริการ ทั้งบริการด้านการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

- (4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก
- (5) การประสานงานกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการให้บริการและการส่งต่อ
- (6) จำนวนงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. / แหล่งงบประมาณอื่นๆ
- (7) แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณ และตัวเลขค่าใช้จ่าย เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าส่งต่อ ฯลฯ
- (8) ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน
- (9) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

การศึกษาคลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาล

ศึกษาในคลินิกชุมชนอบอุ่นภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) 3 แห่ง ประเด็นสรุปจากการศึกษาดังกล่าวมีดังนี้

1. ลักษณะการดำเนินงานและการพัฒนาของคลินิก

คลินิกชุมชนอบอุ่นของเทศบาลทั้ง 3 แห่งที่เข้าร่วมโครงการมีพื้นฐานการจัดบริการสุขภาพกับกลุ่มประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบมาก่อนการเข้าร่วมโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นการให้บริการตามบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายที่ต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เทศบาลได้นำประสบการณ์การจัดบริการสุขภาพเดิมมาใช้เป็นพื้นฐานการจัดบริการ ร่วมกับแนวคิดต่อเรื่องบริการสุขภาพของผู้บริหาร (นายกเทศมนตรี) เป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพตามโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่น ดังนั้นบริการส่วนใหญ่จึงมีลักษณะ “ฝ่ายเทศบาลจัดให้” “ประชาชนในเขตพื้นที่เป็นฝ่ายรับ” โดยมีเป้าหมายที่ความพึงพอใจของประชาชนในเขตพื้นที่เป็นสำคัญ

2. ประเภทและลักษณะบริการที่จัดในคลินิก

ลักษณะของบริการที่คลินิกเป็นบริการลักษณะเดียวกันกับบริการของ PCU ตามกรอบมาตรฐานการบริการของ PCU ตามแนวทางการประเมินของกระทรวงสาธารณสุข ตามโครงสร้าง 13 กลุ่มงาน คือ รักษาพยาบาล อนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานสุขศึกษาในสำนักงาน งานสุขศึกษาในชุมชน อนามัยโรงเรียน ควบคุมป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน และงานฟื้นฟูสมรรถภาพ สุขภาพจิต, ยาเสพติด, สสม. งานผู้สูงอายุ บริการทางทันตกรรม แพทย์แผนไทย ถ่ายทอดภูมิปัญญา แต่แตกต่างกันในรายละเอียดบริการ ดังนี้

1. แพทย์เป็นผู้ให้บริการหลัก แต่มีบุคลากรอื่นให้บริการร่วมด้วย (พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลเทคนิค และบุคลากรทางการสาธารณสุขอื่น)
2. ในทางปฏิบัติเปิดให้บริการให้ทุกวัน และเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ
3. เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ มีจำนวนมากและหลากหลายชนิด สอดคล้องกับศักยภาพของบุคลากร ซึ่งมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมรักษา (พบชนิดของยาสูง 200- 400 ชนิดในคลินิก) แพทย์จ่ายยาให้ผู้ป่วยหลายรายการ (เฉลี่ย 7 รายการ) ค่าเฉลี่ยของมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ประมาณ 200- 300 บาท
4. ศักยภาพหรือสมรรถนะในการให้บริการ พบว่า คลินิกบางแห่งจัดให้มีแพทย์เฉพาะทางประจำที่คลินิกเพื่อให้บริการกับประชาชน ซึ่งเมื่อจำเป็นต้องทำหัตถการที่ซับซ้อนยุ่งยาก ทางคลินิกจะส่ง

ผู้ป่วยไปทำหัตถการที่โรงพยาบาลโดยแพทย์ของคลินิกเป็นผู้ดำเนินการเอง สำหรับกรณีบางคลินิกที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางให้บริการประจำ กรอบการทำงานจะยังคงอยู่ในเฉพาะคลินิก

5. บทบาทหน้าที่ของแพทย์ในคลินิก ยังเน้นหนักเรื่องการดูแลรักษาโรคเป็นหลัก สำหรับบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรกลุ่มอื่นๆ ดำเนินงานไม่มากนัก
6. ลักษณะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกจำแนกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มบุคลากรของคลินิกที่ปฏิบัติงานประจำเต็มเวลา และกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานบางเวลา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าคลินิก 2 ใน 3 ของคลินิกที่ศึกษา มีบุคลากรกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นบางเวลาจำนวนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำเต็มเวลา ในสัดส่วนที่สูง
7. การส่งต่อเพื่อรับบริการในโรงพยาบาลคู่สัญญา จากการศึกษามิพบปัญหาเรื่องอัตราการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลจากคลินิก เนื่องจาก
 - กำหนดให้มีอัตราการเรียกเก็บชัดเจนแบบเฉลี่ย 700 บาทต่อครั้ง
 - สสจ. กำหนดกรอบกติกาการเรียกเก็บ และมีบทบาทใกล้เคียงในกรณีที่เป็นปัญหา
8. นอกจากบริการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมป้องกันโรคในสถานพยาบาลแล้ว จากการศึกษายังพบว่าคลินิกทุกแห่งมีการจัดบริการพิเศษสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ โดยเฉพาะการจัดให้มีคลินิกพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และพัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยพัฒนาระบบฐานข้อมูล และบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
9. ทุกคลินิกมีการจัดบริการทางทันตกรรมโดยทันตภิบาล

3. ลักษณะประชากรและการใช้บริการของประชาชน

จากการศึกษาพบว่า จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบของคลินิกทั้ง 3 แห่งโดยเฉลี่ยประมาณ 10,000 คน เป็นผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉลี่ย 7,000 คน ได้รับการจัดสรรงบประมาณอุดหนุน เหมจ่ายรายหัวโดยเฉลี่ย 3,800,000 บาท และเทศบาลจัดสรรเงินสมทบโดยเฉลี่ย 1,600,000 บาท

สำหรับจำนวนผู้ใช้บริการที่คลินิกเฉลี่ย 74.3 คนต่อวัน อัตราการใช้บริการในคลินิกของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกโดยเฉลี่ย 2.5 ครั้งต่อคนต่อปี

ตารางที่ 6 รายละเอียดงบประมาณ การใช้บริการที่คลินิก ค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร จำนวนบริการและอัตราการใช้บริการของประชาชน

ประเภท	หน่วย	คลินิก 1	คลินิก 2	คลินิก 3	เฉลี่ย
ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	คน	14,400	8,453	9,529	10,794
ประชากรที่มีสิทธิ UC	คน	7,200	7,090	6,465	6,918
งบประมาณ จาก สปสช.	บาท	3,227,735	4,200,000	4,000,000	3,809,245
งบประมาณเทศบาลสมทบ	บาท	3,662,270	200,000	1,000,000	1,620,757
ผู้ใช้บริการที่คลินิก	(คน/วัน)	80	63	80	74.3

ประเภท	หน่วย	คลินิก 1	คลินิก 2	คลินิก 3	เฉลี่ย
เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรในพื้นที่รับผิดชอบต่อคนต่อปี	บาท	478.5	520.5	524.7	507.9
จำนวนบริการของคลินิกต่อปี	ครั้ง	28,800	22,680	28,800	26,760
อัตราการใช้บริการของประชาชน	ครั้ง/คน/ปี	2.0	2.7	3.0	2.5

4. การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนของคลินิกที่ผ่านมา ดำเนินงานตามกรอบงบประมาณและตามภารกิจความรับผิดชอบในฐานะหน่วยบริการของเทศบาล ดังนี้

(1) การดำเนินงานตามกรอบงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช.

คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลที่ศึกษาได้รับงบประมาณจัดสรรสองส่วนคือ งบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (PP Community base) และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ดังนี้

- งานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน - เน้นการทำงานเชิงรุกในกิจกรรมตามตัวชี้วัดที่เน้นการทำงานในชุมชน เช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม การคัดกรองโรคไม่ติดต่อ การเยี่ยมหลังคลอด การเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวกลับจากโรงพยาบาล รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะต่างๆ
- งานกองทุนสุขภาพระดับตำบล - จากการศึกษพบว่ามียุทธศาสตร์เพียง 1 แห่งที่ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบลผ่านกองทุนสุขภาพระดับตำบลอย่างชัดเจน ทั้งนี้แนวคิดของคลินิกที่ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกผ่านกองทุนตำบลที่สำคัญคือ การสร้างการทำงานร่วมระหว่าง ภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เกิดเป็นจริงในพื้นที่ และเป็นการดึงดูดทรัพยากรเสริมการทำงานเชิงรุกในชุมชนของคลินิก

(2) การดำเนินงานตามกรอบภารกิจของเทศบาล

จากข้อมูลที่ได้พบว่ากรอบการทำงานของเทศบาลที่มีอยู่ รวมทั้งวัฒนธรรมองค์กรของเทศบาลที่ต้องการเข้าถึงประชาชน สร้างความเชื่อมั่นและการยอมรับจากประชาชนในพื้นที่ เป็นทุนที่ดีในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนของคลินิก ทุกคลินิกที่ศึกษาให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบงานนี้ค่อนข้างดี

(3) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ

จากการศึกษาพบว่าหากในพื้นที่ที่คลินิกรับผิดชอบจะมีองค์กรหรือหน่วยงานอื่นๆ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน คลินิกจะเข้าไปร่วมดำเนินงานไม่มากนัก

นอกจากนี้การจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่า แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่คลินิกใช้ส่วนใหญ่เป็นสองกิจกรรมหลัก คือการสร้างกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ และการเยี่ยมบ้าน เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพโรค

5. การบริหารจัดการงบประมาณ

งบประมาณในการดำเนินงานของคลินิกได้มาจากสองส่วนหลัก ๆ คือ งบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล สมทบกับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. ซึ่งที่ผ่านมามีคลินิกได้รับงบประมาณจัดสรร (งบ OP งบประมาณ 670 บาทต่อหัวประชากร) โดยถูกหักเป็นเงินเดือน 33 เปอร์เซ็นต์ไว้ที่ส่วนกลางเพื่อเป็นค่าจ้างเงินเดือน ส่วนที่เหลือนำไปใช้ในการบริหาร การจัดการบริการด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยจัดทำเป็นโครงการต่างๆ

รายละเอียดเกี่ยวกับงบประมาณและการใช้จ่ายงบประมาณ แสดงดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 7 กรอบงบประมาณที่มีการใช้ในการบริการและการจัดการบริการของคลินิก

ประเภท/ที่มา ของงบประมาณที่ใช้ หมุนเวียนในคลินิก	ลักษณะการนำไปใช้
งบประมาณที่ได้รับจัดสรรรายหัวจาก สปสช.	○ ใช้ในการจัดหาวัดศุภกฤต หรือครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ○ ดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพทั้งในและนอกคลินิก ○ ตามจ่ายในกรณีส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องในสถานพยาบาลที่เหนือกว่า
เงินกองทุนหมุนเวียน	○ ใช้ในการจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์
งบประมาณสมทบของเทศบาล	○ ใช้เพื่อการจ่ายค่าจ้าง-ค่าตอบแทน และการพัฒนาโครงสร้าง
เงินที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการ (กรณีที่เบิกได้ หรือต้องจ่ายเพิ่ม)	○ สมทบเข้ากองทุนหมุนเวียน เพื่อจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์
เงินที่ได้จากโครงการเฉพาะกิจต่างๆ	○ ใช้ในการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพตามที่กำหนดตามวัตถุประสงค์โครงการ

6. การติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

คลินิกชุมชนอบอุ่นของเทศบาลมีลักษณะเฉพาะตัวคือ “โครงสร้างเป็นหน่วยบริการประจำ (CUP) ทำงานเหมือนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)” ดังนั้นการกำกับติดตามประเมินผลคุณภาพการบริการ จึงต้องประเมินทั้งมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และมาตรฐานหน่วยบริการประจำ ควบคู่กัน ประเมินสองส่วนหลัก คือ ประเมินตัวเองและประเมินจากองค์กรภายนอก ดังนี้

- (1) ประเมินตัวเอง หมายถึงการประเมินจากผลการดำเนินงานที่คลินิกต้องรายงานผลการดำเนินงานให้ 3 หน่วยงาน ประกอบด้วยสภาเทศบาลตำบลเขาสูง (ต้องรายงานผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นอกจากนี้จัดประเมินอย่างไม่เป็นทางการด้วยการรับฟังเสียงสะท้อนของประชาชนผ่าน นายกฯ หรือบุคลากรของคลินิก ซึ่งผู้บริหารของคลินิกมักให้ความสนใจเสียงสะท้อนเหล่านี้ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะจากฝ่ายการเมือง
- (2) ประเมินจากหน่วยงานภายนอก ในที่นี้หมายถึง การประเมินโดย สปสช. โดย สปสช. จังหวัด (สสจ.) ปีละ 1 ครั้ง ผลการประเมินจะนำไปสู่การพัฒนาหรือปรับปรุงคลินิกมากขึ้นน้อยอย่างไร

ขึ้นอยู่กับท่าทีและกระบวนการในการประเมินของทีมีประเมินที่ไม่สร้างความรู้สึกรังเกียจของผู้ถูกประเมิน
ว่ากำลังตรวจสอบจับผิด

การศึกษาคลินิกชุมชนอบอุ่นเอกชน

จากการศึกษาผลการดำเนินงานตามโครงการศึกษาทบทวนการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น²² พบว่าคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวนเพียงร้อยละ 3 ของคลินิกเอกชนทั้งหมดและประชาชนขึ้นทะเบียนสิทธิเพียงร้อยละ 9.6 ส่วนใหญ่คลินิกมีผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิเฉลี่ยประมาณ 3,600 – 4,800 คน ส่วนใหญ่เป็นคลินิกเป็นคลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 76) ซึ่งเคยเป็นเครือข่ายระบบประกันสังคม และเปิดคลินิกใหม่เพื่อรับนโยบาย อัตราการใช้บริการของผู้ใช้สิทธิ (1.3 ครั้ง/คน/ปี) ต่ำกว่าอัตราการใช้บริการเฉลี่ยของประชากรทั้งหมด (2.54 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2547) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนในละแวกใกล้เคียงใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 20 นาที

ปัญหาสำคัญคือการส่งต่อและการประสานงาน ซึ่งระบบยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินการด้านนี้มีความหลากหลายแตกต่างกัน ทั้งในด้านเกณฑ์ส่งต่อ การจ่ายงบประมาณ และการควบคุมกำกับ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีทั้งที่เกิดจาก

- (1) ด้านคลินิกเอกชน - ส่งซ้ำหรือไม่เอื้ออำนวยให้ส่งต่อได้สะดวก
- (2) ด้านโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ - ไม่รับดูแลต่อ รวมทั้งคิดค่าบริการสูง หรือปรับจากผู้ป่วยที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้เก็บค่าบริการได้มากขึ้น
- (3) ด้านประชาชน - เข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลแล้วมาขอใบส่งต่อจากคลินิก หรือตัดสินใจใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยยอมจ่ายเงินเอง แต่เมื่อมีค่าใช้จ่ายมากก็ขอใบส่งต่อย้อนหลัง
- (4) ด้านผู้จัดการระบบ คือ สปสช. - ไม่มีมาตรฐานการจัดการที่ชัดเจน เดิมจะจัดการด้วยการกันเงินเป็นกองกลาง แต่ตอนหลังเป็นการให้คลินิกเอกชนตามจ่าย รวมทั้งวิธีการที่ระบบจ่ายเงินผู้ป่วยในให้โรงพยาบาลรูปแบบ DRG ทำให้โรงพยาบาลรัฐไม่ต้องการรับการส่งต่อ เนื่องจากมีเพดานของงบประมาณที่จะได้รับจากการดูแลผู้ป่วยใน

จากการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพที่ประชาชนมาใช้บริการที่คลินิก ส่วนมากเป็นปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (ร้อยละ 40-70) รองลงมาเป็นปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับการบริการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาทิ บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีผู้ใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 2.5 ส่วนบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ยังต้องพัฒนาคุณภาพ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นต้นทุนบริการดำเนินการได้ยากเนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูลที่คลินิกเอกชนไม่ยินดีเปิดเผย แต่เนื่องจากการบริหารจัดการมีค่าใช้จ่ายคงที่อาจจะประเมินได้ จำนวนประชากรขึ้นทะเบียนของคลินิกจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะประกันรายได้ของคลินิกให้สามารถอยู่ได้โดยไม่ขาดทุน ร่วมไปกับการให้บริการผู้ป่วยใช้สิทธิประกัน

²² ดวงกมล สจิริวัฒนากุล (2551) โครงการศึกษาทบทวนการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เอกสารอัดสำเนา

อื่นและผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาเอง จากการลงพื้นที่สำรวจคลินิกชุมชนจำนวน 5 คลินิก²³ โดยกระจายตามประเภทของคลินิก ทั้งคลินิกเอกชนภายใต้โรงพยาบาล คลินิกเอกชนเครือข่าย และคลินิกเอกชนเดี่ยว หลังจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยระบบการให้บริการในส่วนของ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” ซึ่งเป็นหน่วยปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบปัญหาการดำเนินงานของคลินิกที่สำคัญทั้งหมด 3 ประเด็น คือ

1. ปัญหาการใช้บริการจำนวนมาก

จากข้อมูลรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2551 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยจากเดิมในปี 2548 ผู้ป่วยเฉลี่ยใช้บริการผู้ป่วยนอก 1.59 ครั้งต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นเป็น 2.14 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2551 ซึ่งจำนวนการเข้าถึงและการมารับบริการที่สถานพยาบาลดังกล่าว มากกว่าการคาดการณ์ของ สปสช. ที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณบริการสนับสนุนบริการโดยใช้จำนวน 2 ครั้งต่อคนต่อปี เป็นฐานในการคำนวณ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการพบว่า เป็นโรคหรือการเจ็บป่วยที่สามารถให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น โรคระบบทางเดินอาหาร หรือ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง โดยมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ทำให้คลินิกต้องส่งต่อไปสถานพยาบาลในระดับสูงกว่า ทั้งนี้ ในปี 2548 ผู้ป่วยร้อยละ 9 ต้องการการส่งต่อ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.6 ในปี 2550 ซึ่งเป็นอัตราการส่งต่อที่สูงกว่าการคาดการณ์ของ สปสช. ที่คาดไว้เพียงอัตราร้อยละ 3.5-5.6 เท่านั้น

ปัญหาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ทำให้สูญเสียชีวิต คุณภาพชีวิต และเป็นภาระต่อระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคลินิกอบอุ่นด้วยเช่นเดียวกัน โดยพบว่าผู้ป่วยส่งต่อ 1 ใน 3 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคเลือด และโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งทำให้เป็นภาระของคลินิกชุมชนอบอุ่นในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกที่มีการติดตามรักษาต่อเนื่อง

2. ปัญหาผู้ป่วยย้ายสิทธิ

สปสช. มีนโยบายให้คลินิกเอกชนสามารถขึ้นทะเบียนร่วมให้บริการในฐานะคลินิกอบอุ่นได้ โดยกำหนดให้จำนวนผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิควรมีประมาณ 10,000 - 12,000 คน อย่างไรก็ตามสำหรับคลินิกชุมชนอบอุ่น สปสช. กำหนดเงื่อนไขจำนวนผู้ประกันตนในเครือข่ายไว้เพียงประมาณ 8,000 คน เพื่อให้มีพื้นที่สำหรับสิทธิว่างจำนวนหนึ่ง สำหรับผู้ประกันตนที่มีความจำเป็นต้องย้ายสิทธิจากพื้นที่อื่นให้เปลี่ยนหน่วยบริการและมาขึ้นทะเบียนกับคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อใช้สิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้ มาตรการดังกล่าวยังเป็นการป้องกันคลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่งในการเลือกเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมาขึ้นทะเบียนกับคลินิกของตนเพียงเท่านั้น

การดำเนินการเรื่องสิทธิว่างนี้ เป็นจุดอ่อนในทางปฏิบัติและทำให้เกิดผลกระทบต่อคลินิกเอกชนจำนวนหนึ่ง ผลจากการศึกษาที่ได้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารคลินิกชุมชนอบอุ่นจำนวน 4 แห่ง พบว่า การย้ายสิทธิของผู้ป่วยมิได้เป็นไปตามเหตุผลและความจำเป็นอย่างแท้จริง สาเหตุของการย้ายสิทธิ ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนั้นให้บริการทางการแพทย์จนเป็นที่ยอมรับและประทับใจผู้บริหารเพียงเท่านั้น การย้ายสิทธิยังเกิดขึ้นจาก

²³ สุรศักดิ์ อธิกมานนท์ (2551) โครงการศึกษาบทเรียนการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เอกสารอัดสำเนา

1. ผู้ประกันตนต้องการได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียง จึงขอโอนย้ายสิทธิมายังคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ได้ทำสัญญารับส่งต่อและเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงตามที่ต้องการ เช่น โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น

2. คลินิกขึ้นทะเบียนเดิม

กรณีจากการสัมภาษณ์ พบว่าคลินิกที่รับขึ้นทะเบียนเดิมผลักดันให้ผู้ประกันตนย้ายสิทธิไปยังคลินิกใหม่ โดย

- จำกัดจำนวนผู้ป่วยส่งต่อในแต่ละเดือน - เพื่อลดหรือป้องกันค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งต่อไม่ให้เกินกว่าจำนวนงบประมาณที่ได้รับ คลินิกจึงจำกัดจำนวนการส่งต่อในแต่ละเดือน ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะได้รับการส่งต่อหรืออาจจะได้รับบริการด้วยคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน จนพิจารณาขอย้ายสิทธิด้วยตนเอง และในขณะเดียวกัน การดำเนินการดังกล่าวอาจเกิดผลร้ายต่อสุขภาพผู้ป่วยเนื่องจากได้รับการรักษาที่เหมาะสมค่อนข้างล่าช้า

- ปิดความรับผิดชอบ โดยการให้ข้อมูลคลินิกอื่น และโฆษณาชวนเชื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยย้ายสิทธิ

3. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ

นอกจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อก็มีจำนวนสูงเพิ่มขึ้นด้วย

ตัวอย่างค่าใช้จ่ายในการส่งต่อจากคลินิกชุมชนอบอุ่นภาคเอกชนแห่งหนึ่ง แสดงถึงการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เพียง 3 เดือนแรกของปี 2551 ยอดส่งต่อสูงกว่า 500,000 บาท (เดือนมกราคม 135,000 บาท เดือนกุมภาพันธ์ 181,000 บาท และเดือนมีนาคม 197,000 บาท) หรือในบางเดือนเช่นเดือนพฤษภาคม มีค่าใช้จ่ายส่งต่อ เกินกว่า 300,000 บาท ซึ่งภายใต้สถานะทางการเงินที่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งต่อจำนวนดังกล่าว คลินิกจะไม่สามารถให้บริการอยู่ได้

อีกตัวอย่างหนึ่งจากคลินิกชุมชนอบอุ่น พบว่าสัดส่วนการจ่ายชดเชยกรณีส่งต่อสถานพยาบาลทุติยภูมิ และตติยภูมิเพิ่มขึ้นทุกปีนับตั้งแต่เข้าร่วมในโครงการ โดยในปี 2548 คลินิกมีสัดส่วนชดเชยกรณีส่งต่อคิดเป็นร้อยละ 6.2 ของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. หรือประมาณ 0.213 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 2550 คิดเป็นร้อยละ 43.6 ของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. หรือประมาณ 2.39 ล้านบาท

นักวิชาการได้ยกร่างข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคลินิกชุมชนอบอุ่นภาคเอกชน เพื่อบริการปฐมภูมิเขตเมือง (ภาคผนวก 5) ดังนี้

1. การบริหารจัดการระบบ

1.1. การขึ้นทะเบียน

ปรับเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนคลินิกอบอุ่นเอกชน - สปสช. ควรยกเลิกข้อกำหนดเงื่อนไขให้คลินิกชุมชนอบอุ่นที่ต้องการขึ้นทะเบียนต้องมีความสามารถในการจัดบริการในลักษณะเครือข่ายระบบบริการที่ประกอบด้วยทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และบริการตติยภูมิ และมีระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการที่สูงขึ้นในลักษณะกำหนดหน่วยบริการ โดยควรเปิดโอกาสให้คลินิกชุมชนอบอุ่นแห่ง

หนึ่งสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิได้หลายแห่ง ทั้งนี้เพื่อลดการเอาเปรียบจากสถานพยาบาลระดับสูงที่มีต่อคลินิกเอกชน โดยเฉพาะคลินิกเดี่ยว และเปิดโอกาสให้คลินิกชุมชนอบอุ่นและผู้ป่วยมีทางเลือกรับบริการจากสถานบริการที่รับส่งต่อในอนาคต

1.2 หน่วยบริการทุติยภูมิและหน่วยบริการตติยภูมิเพื่อการส่งต่อ

สปสช. เป็นหน่วยประสานงานจัดทำรายชื่อสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่รับเป็นสถานพยาบาลรับส่งต่อ พร้อมทั้งรายการค่าใช้จ่ายประมาณการของเหตุการณ์ซึ่งสถานพยาบาลนั้นเรียกเก็บตามราคาของสถานพยาบาล และจัดทำเป็นฐานข้อมูลสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกชุมชนอบอุ่นใน กทม. และปริมณฑล ในการเลือกส่งต่อผู้ป่วย

1.3 กำหนดขีดเจเนระหว่างบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง และสามารถถ่ายโอนจากกรณีผู้ป่วยในมาเป็นการประเภทผู้ป่วยนอก

1.4 กรณีส่งต่อผู้ป่วย

กรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อ คลินิกสามารถส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใดก็ได้ที่รับเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิที่ขึ้นทะเบียนและมีรายการราคาไว้ที่ สปสช. แล้ว

ให้แพทย์ผู้ส่งต่อจากคลินิกชุมชนอบอุ่นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถปรึกษาหารือกับผู้ป่วยถึงสถานบริการส่งต่อ ประมาณค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลรับส่งต่อ ค่าใช้จ่ายส่วนที่สามารถเบิกจ่ายได้ และค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มเติม (ถ้ามี) เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกสถานบริการรับส่งต่อ

จัดระบบการปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ผู้ส่งต่อและแพทย์ที่รับส่งต่อ ถึงเหตุการณ์/บริการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลรับส่งต่อคาดว่าจะดำเนินการต่อผู้ป่วย และให้แพทย์ผู้ส่งต่อในฐานะเจ้าของเงินเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะให้ดำเนินการเช่นนั้นหรือไม่

1.5 จัดให้มีกระบวนการตรวจสอบความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่ดำเนินการในหน่วยบริการรับส่งต่อในผู้ป่วย มีความเหมาะสมตามหลักเกณฑ์และจริยธรรมทางวิชาชีพหรือไม่ (audit) หากดำเนินการเกินกว่าจำเป็นต่อการวินิจฉัยหรือการรักษาผู้ป่วย สปสช. อาจมีบทลงโทษตามความเหมาะสม

2. การจัดการทางการเงิน

2.1 การจัดทำราคากลาง

สปสช. ควรจัดทำราคากลางสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั้งเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่นเดียวกับการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของบริการผู้ป่วยใน เพื่อใช้เป็นแนวทางการจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก

2.2 การจัดสรรงบประมาณ

แบ่งงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอกออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 จัดสรรงบประมาณร้อยละ 80-90 ของงบผู้ป่วยนอกทั้งหมดสำหรับบริการผู้ป่วยนอกปกติตามจำนวนประชากรที่คลินิกรับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 กังบประมาณ (ร้อยละ 10-20) จัดสรรไปยัง สปสช. เขต สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่มีราคาแพง เพื่อให้สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เรียกเก็บโดยตรงจาก สปสช.

2.3 การเบิกจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

ให้แบ่งการเบิกจ่ายออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 - เบิกจ่ายจากผู้ป่วย กรณีที่เกินสิทธิ ในลักษณะ co-payment

ส่วนที่ 2 - เบิกจ่ายจากคลินิกส่งต่อ จากงบประมาณผู้ป่วยนอกที่ได้รับจาก สปสช. ทั้งนี้ อาจกำหนดเป็นอัตราเท่ากันในทุกบริการ หรือเป็นส่วนส่วนคำนวณจากราคากลางที่ตั้งไว้ของแต่ละบริการก็ได้

ส่วนที่ 3 - เบิกจ่ายจากงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกที่มีราคาแพง ที่กันไว้ที่ สปสช.

ซึ่งสำหรับประเด็นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมินอกกระทรวงสาธารณสุข ยังคงต้องพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้ชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบายที่เหมาะสมต่อไป

ส่วนที่ 4

บทสรุป

โครงการหน่วยบริหารจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการ EU Project และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่ 1 มีนาคม 2551 – 30 กันยายน 2552 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาทางเลือกนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ใช้วิธีการทำงานในลักษณะเครือข่ายวิชาการ เชื่อมประสานนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงาน และแหล่งทุนต่างๆ ที่รับผิดชอบด้านการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มาทำงานร่วมกัน โดยแบ่งการทำงานเป็น 3 ระดับ คือ งานวิชาการ การสังเคราะห์องค์ความรู้ และการเชื่อมโยงกับผู้บริหารหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านกระบวนการค้นหาประเด็นสำคัญและสังเคราะห์ข้อมูล องค์ความรู้ต่างๆ โดยคณะทำงานวิชาการหลัก จากนั้นได้วางแผนทบทวนความรู้หรือหาความรู้เพิ่มเติมด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งจากงานวิชาการ งานวิจัยขนาดเล็กและขนาดใหญ่ นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาทางเลือกนโยบายเบื้องต้น และนำเสนอร่างทางเลือกนโยบายต่อผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องดังกล่าวก่อนเสนอให้ผู้รับผิดชอบต่อไป

สำหรับประเด็นที่เป็นเป้าหมายหลัก และผลการดำเนินงานในแต่ละประเด็นโดยสรุป ดังนี้

1. **การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข** โครงการฯ ได้สนับสนุนการทบทวนทางวิชาการ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) สถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และ 2) การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจัดให้มีการนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในการประชุมวิชาการ พร้อมทั้งรวบรวมข้อเสนอ ข้อคิดเห็น จากที่ประชุม ร่วมกับการทบทวนเอกสารวิชาการอื่นๆ เพิ่มเติม และนำมาจัดทำข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และส่งข้อเสนอฯ ดังกล่าวอย่างเป็นทางการไปยังกระทรวงสาธารณสุข และนำเสนอประเด็นต่อที่ประชุมภาคีต่างๆ อย่างกว้างขวางในการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน (Community Health and Primary Care Expo 2009) และข้อเสนอดังกล่าว มีส่วนผลักดันให้เกิดนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

นอกจากนั้นแล้ว โครงการฯ ยังได้สนับสนุนให้ทบทวน วิเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมและเอื้อต่อการพัฒนาอย่างเป็นระบบของการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ซึ่งกรอบการประเมินดังกล่าวนี้ ได้นำเสนอต่อผู้รับผิดชอบในพื้นที่ และนำไปทดลองใช้จริงในจังหวัดนครราชสีมา โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

2. **การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** โครงการฯ ได้สนับสนุนให้ศึกษาบทเรียนการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น และได้ยกร่างข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคลินิกชุมชนอบอุ่นภาคเอกชนให้จัดบริการได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งยังคงต้องพัฒนาข้อเสนอฯ ดังกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้นเพื่อนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบายที่เหมาะสมต่อไป

3. **การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ** โครงการฯ ผลักดันให้เกิดโครงการประเมินและพัฒนาาระบบข้อมูลการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากแผนงานร่วมฯ ซึ่งโครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ระบบการคลังระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในด้านต่างๆ และประเมินกระบวนการบริหารจัดการและหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินในระบบเครือข่าย และได้นำผลการศึกษาในภาพรวมเสนอต่อคณะกรรมการ รพ.สต. เพื่อพิจารณานำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

4. **การพัฒนาบุคลากรสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ** สำนักงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ได้พัฒนาโมเดลการคาดการณ์กำลังคนในระดับพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่แท้จริงในพื้นที่ และได้ทดลองใช้โมเดลดังกล่าวในกลุ่มเล็ก พื้นที่ 4 จังหวัด โครงการฯ จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อทดลองขยายพื้นที่ในการใช้โมเดลดังกล่าวให้กว้างขวางออกไปจะเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น ประกอบกับขณะนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับโครงสร้างการทำงานในระดับจังหวัดให้รองรับการทำงานด้านการจัดทำแผนและพัฒนาากำลังคนในพื้นที่ จึงเป็นโอกาสดีที่จะได้ทดลองพัฒนาบุคลากรด้านการวางแผนกำลังคนในพื้นที่ควบคู่ไปด้วย หลังจากปิดโครงการเรียบร้อยแล้ว มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) จะได้เชิญนักวิจัยมาวางแผนการผลักดันหาความเป็นไปได้ในการผลักดันให้ใช้ประโยชน์จากโมเดลดังกล่าวให้มากขึ้น

5. **การกระจายอำนาจบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ** โครงการฯ สนับสนุนให้ศึกษาการลงทุนด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งผลจากการศึกษาดังกล่าว ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเปรียบเทียบการลงทุนด้านสุขภาพของ อบต. ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และเห็นถึงการสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงผลกระทบที่ชัดเจน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) จึงได้จัดส่งผลการศึกษาดังกล่าวไปยังนักวิจัยทางนโยบายเพื่อให้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

6. **การจัดการความรู้ ด้านเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มต่างๆ** โครงการฯ ได้สนับสนุนการทบทวนความรู้ในประเด็นการคัดกรองโรคที่สำคัญ โดยผ่านกระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของนักวิชาการทางการแพทย์และองค์กรวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการยอมรับและเหมาะสมที่จะนำไปใช้ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) มีแผนจะนำผลการศึกษามาพิจารณาเพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมในการนำไปใช้ในระดับปฐมภูมิ เพื่อผลักดันเข้าสู่ชุดบริการในโครงการ รพ.สต. ต่อไป

7. **การสร้างเสริมศักยภาพและพัฒนาบริการปฐมภูมิ** ผ่านหน่วยบริการคู่สัญญา โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ประสานงานกับมูลนิธิแพथชนบท เพื่อจัดทำข้อเสนอโครงการการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ ให้สามารถจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกพื้นที่ ซึ่งโครงการดังกล่าว ได้รับงบประมาณสนับสนุนโดยตรงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ส่วนที่ 5

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน

วิธีทำงานของโครงการหน่วยบริหารจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป็นการบริหารงานวิจัยรูปแบบใหม่ ที่เริ่มต้นจากการตั้งโจทย์ว่า “จะพัฒนานโยบายเรื่องอะไร” แล้วจึงตามด้วยการสำรวจความรู้และชุดความรู้ที่มีอยู่เดิมว่าสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายนั้นๆ ได้หรือไม่ ซึ่งจุดเด่นของกระบวนการทำงานโครงการฯ อยู่ที่โครงสร้างกลไกการทำงานที่จัดเครือข่ายวิชาการ 3 ระดับ คือ คณะทำงานวิชาการหลัก (Technical Core Team) การประชุมวิชาการ (Technical Forum) และการประชุมเวทีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders Forum) โดยคณะทำงานวิชาการหลัก (Technical Core Team) ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิชาการและนักบริหารที่มีความรู้และประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่สังเคราะห์ความรู้และหารูปแบบการใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด หลังจากนั้นจึงหาช่องว่างของการพัฒนาข้อเสนอทางนโยบายว่าต้องการความรู้ใดมาเติมเต็ม แล้วจึงสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยขนาดเล็กและขนาดใหญ่เพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว และนำองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นนั้นมานำเสนอในเวทีวิชาการ (Technical Forum) เพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น จากนั้นคณะทำงานวิชาการหลัก (Technical Core Team) จึงนำองค์ความรู้เดิมและองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นมาสังเคราะห์รวมกัน สร้างเป็นข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง และนำไปเสนอต่อเวทีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders Forum) ซึ่งเป็นเวทีที่ประกอบไปด้วยผู้เกี่ยวข้องับประเด็นนั้นๆ ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ผู้ตัดสินใจทางนโยบาย ผู้ปฏิบัติโดยตรง และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายนั้นๆ เพื่อร่วมกันตัดสินใจเชิงนโยบายและผลักดันไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโครงสร้างการทำงานดังกล่าวนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า ในปัจจุบันมีองค์ความรู้จำนวนมากที่ไม่ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากขาดการสังเคราะห์และจัดการความรู้ที่ดี และการเชื่อมต่อกับผู้ใช้ประโยชน์

ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการดำเนินงาน จึงทำให้โครงการฯ บรรลุผลวัตถุประสงค์หลักในการจัดทำข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายเพียงประเด็นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น แต่หากพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดำเนินงาน ที่เปิดเวทีให้นักวิจัย นักปฏิบัติ และผู้ใช้ความรู้ของระบบบริการปฐมภูมิ ได้มาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และทำความเข้าใจร่วมกันแล้วจะพบว่าโครงการประสบความสำเร็จในด้านที่สามารถต่อเชื่อมความรู้ภาพเล็ก ให้กลายเป็นความรู้ภาพใหญ่ ทั้งยังสามารถสังเคราะห์หาความรู้ที่ขาดหายไปซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็นต้องใช้ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้การรวบรวมคนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเข้ามาในเวทีเดียวกัน ยังเป็นช่องทางให้นักวิชาการและนักปฏิบัติที่ทำงานในประเด็นเดียวกันได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้วิถีคิดวิธีการทำงานที่แตกต่างไป นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมกระบวนการส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือเป็นผู้ขึ้นนโยบาย เช่น กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ที่เข้าร่วมกระบวนการทั้งในฐานะคณะทำงานวิชาการหลัก และในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บริหารระดับสูงมีโอกาสได้รับฟังข้อมูลความรู้ทั้งที่เป็นวิชาการและความรู้จากประสบการณ์จากนักวิชาการและนักปฏิบัติที่เข้าร่วมกระบวนการโดยตรง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะถูกสะสมไว้และถูกหยิบมาใช้เมื่อมีโอกาส และกระบวนการดังกล่าวยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บริหารได้รู้จักตัวบุคคลที่เป็น

แหล่งข้อมูลในประเด็นด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิในมิติที่หลากหลาย ทำให้ผู้บริหารระดับสูงเหล่านี้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นตัวบุคคลได้ทันทีเมื่อมีโอกาส

โครงสร้างการดำเนินงานดังกล่าวมาในข้างต้น มีจุดแข็งและจุดอ่อนที่ควรคำนึงถึงหากจะมีการนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในอนาคต ดังนี้

จุดแข็ง - นอกเหนือจากการออกแบบกระบวนการทำงานให้มีกลไกคอยเชื่อมประสานระหว่างกระบวนการวิจัยและกระบวนการนโยบายแล้ว พบว่าจุดแข็งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งของการบริหารจัดการโครงการวิจัยในลักษณะนี้คือภาคีผู้เข้าร่วมกระบวนการ

ตัวผู้อำนวยกระบวนการ (Facilitator) เป็นผู้มีความสำคัญยิ่งในกระบวนการ ต้องเป็นบุคคลซึ่งเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ ทั้งฝ่ายผู้ผลิตความรู้และผู้ใช้ความรู้ เข้าใจกระบวนการทำงานทั้งหมด ต้องเที่ยงตรง ไม่ลำเอียง หรือยึดมั่นกับแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง ใจกว้างและยอมรับฟังความเห็นที่แตกต่าง หลากหลาย ไม่ครอบงำที่ประชุม แต่สามารถอำนวยความสะดวกให้ภาคีผู้เข้าร่วมประชุมทุกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย มุ่งที่เป้าหมายเพื่อส่วนรวมเป็นหลัก มีความสามารถในการสังเคราะห์ และสรุปความรู้ จับประเด็นที่ได้จากการประชุม และนำเสนอเพื่อให้เกิดประเด็นเชิงพัฒนา แก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่อง และทางเลือกเชิงนโยบาย ซึ่งควรมีคุณสมบัติดังนี้

ภาคีต่างๆ ที่เข้ามีส่วนร่วม ต้องใจกว้าง เปิดเผย มองอนาคต มองภาพรวมเพื่อการแก้ไขปัญหาที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน มากกว่าการแก้ไขปัญหาขององค์กรของตนเอง มุ่งการทำงานที่ผลลัพธ์ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และชุดความรู้

จุดที่ต้องปรับปรุง - สร้างการมีส่วนร่วมของวิชาชีพอื่น ในกระบวนการทางวิชาการต่างๆ ทั้งในระดับนักวิชาการหลัก การประชุมวิชาการ และการประชุมผู้มีส่วนได้เสีย บุคลากรสายอื่นๆ เช่น หมออนามัย ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนจากภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นต้น ซึ่งภาคส่วนเหล่านี้ อาจจะมีส่วนในการสนับสนุนในการผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ผลจากการดำเนินโครงการฯ ที่ผ่านมา ได้ข้อสรุปว่า มีนักวิชาการจำนวนมากให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตลอดจนมีการผลิตงานวิจัยและความรู้ทั้งที่เป็นทางวิชาการ และการรวบรวมประสบการณ์จริงอยู่จำนวนมาก จนเกิดชุดความรู้ที่หลากหลายเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ แต่ยังคงพบว่า บริการปฐมภูมิในประเทศไทย ยังไม่สามารถเป็นสถานบริการด่านแรกที่ใช้บริการที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชนได้อย่างแท้จริง ทั้งด้านการดูแล รักษาสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งอาจเป็นเพราะการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ เมื่อจบโครงการแล้วก็ไม่มีการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นในวงกว้าง จึงทำให้ไม่สามารถต่อยอดหรือใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น เมื่อมีองค์กรหรือนักวิชาการกลุ่มใหม่มาดำเนินงานในประเด็นดังกล่าว ก็จะเป็นลักษณะการค้นหาค้นหาองค์ความรู้ใหม่ โดยขาดการบูรณาการและต่อยอดชุดความรู้ต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งทำให้ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร

ภาคผนวก 1

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 ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาชาติและในประเทศไทยเองสนับสนุนว่า ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมิบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ มิใช่บริการที่จัดโดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ยังคงเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปของโลกและนานาชาติ 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 ขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายที่ดีมีได้อานิสงค์ไปถึงลูกข่ายด้วย 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 ให้เกิดการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและทั่วถึง (2) เพื่อให้เกิดการกระจายของทรัพยากรอย่างเป็นธรรม และเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีระดับสูง (3) เพื่อประสานการจัดการระบบสุขภาพและบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อปท. และเครือข่ายบริการในพื้นที่ (4) เพื่อกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของเครือข่ายต่างๆ

3. ให้จัดตั้งกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ให้มีงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อการจัดการปฐมภูมิที่ชัดเจน เป็นอิสระ ยืดหยุ่น และสามารถติดตามประเมินในภาพรวม (2) เพื่อให้มีหน่วยบริหารจัดการเพื่อการวางแผนและพัฒนาบริการปฐมภูมิใน

ระดับอำเภอแบบองค์รวม และตอบสนองความต้องการของชุมชนและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และระดมความร่วมมือจากท้องถิ่นและชุมชน และ (3) เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ได้รับโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับที่สูงกว่า ทั้งนี้การบริหารจัดการให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนที่มีตัวแทนจากทั้งหน่วยบริการ (โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาคชุมชน ทั้งนี้อาจขยายบทบาทของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายที่มีอยู่ให้มีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ตามที่กำหนด

4. ให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและแผนการกระจายกำลังคนสำหรับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทที่เป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการกำหนดและบรรจุตำแหน่ง รวมถึงสนับสนุนให้ CUP /กองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต่างสนับสนุนงบประมาณในการจัดจ้างบุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพต่างๆรวมถึงบุคลากรฝ่ายสนับสนุน 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) ส่วนใหญ่หมายถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่จัดแก่ปัจเจกชนและครอบครัวโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขด้านเวชปฏิบัติครอบครัว 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 เนื่องจากปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพนั้นส่วนใหญ่อยู่นอกกระบวนการทางการแพทย์และสาธารณสุข

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

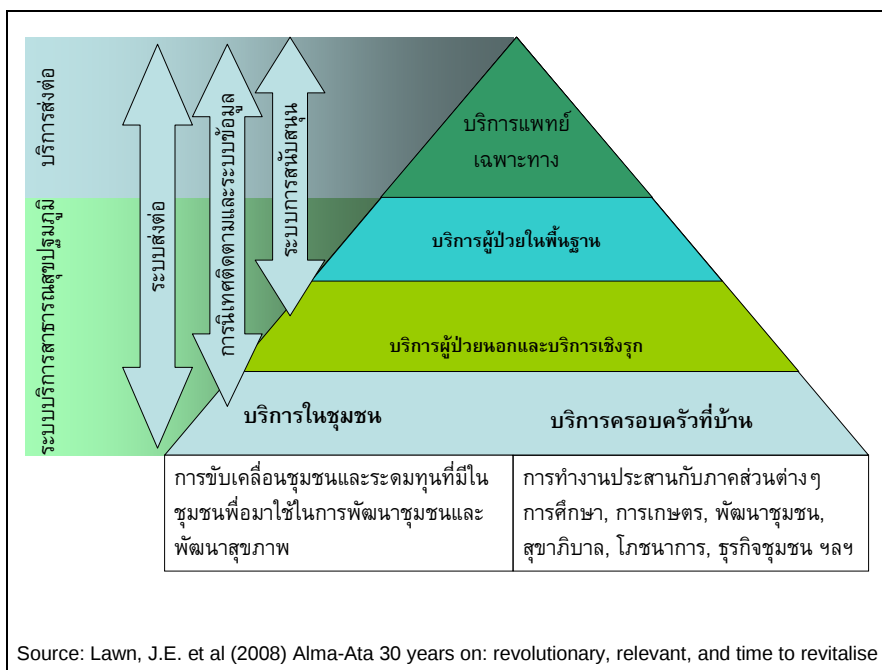
⁴ Muldoon, L.K., Hogg, W.E., and Levitt, M. (2006) Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC): What is the Difference? Canadian Journal of Public Health 97 (3): 409-11

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 ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมักมิใช่แพทย์ 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 ให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆในชุมชนและเป็นหน่วยบริการหลักที่ให้บริการแก่กลุ่มดังกล่าว การมีทีมสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการที่มีคุณภาพ และทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นๆในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน นำมาซึ่งความกลมเกลียวของคนในสังคมและเป็นการเสริมความเข้มแข็งแก่ชุมชนและประชาชนทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และเมื่อประชาชนมีการศึกษา สภาพความเป็นอยู่และการทำงานดีขึ้น มีผลต่อการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในสังคม¹²

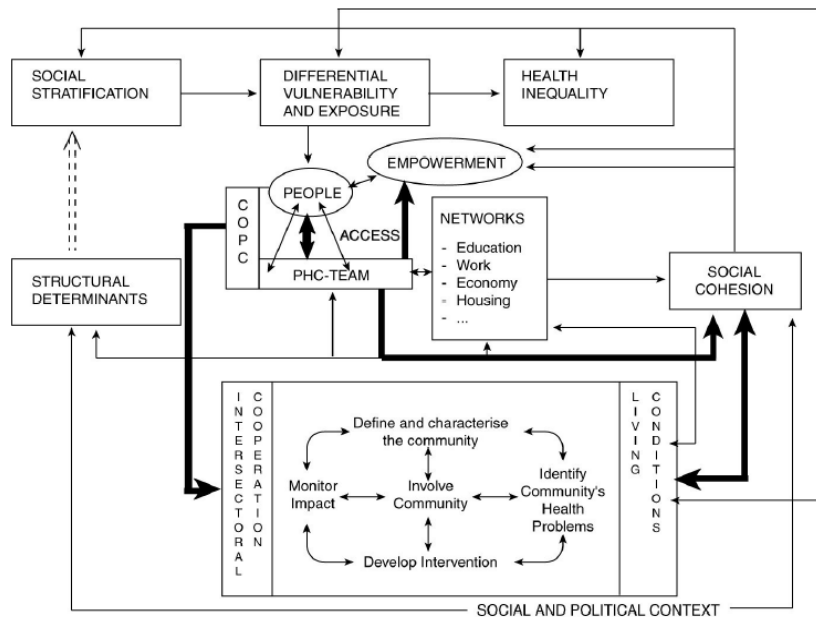
⁹ Macinko, J, Strafield B, and Shi L. (2003) The contribution of Primary Care System to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, Health Services Research, 38,3:831-865

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) ปฏิรูปนโยบายสาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาวะของบุคคลและสุขภาวะ ชุมชน (4) ปฏิรูประบบการจัดการที่เน้นการมีส่วนร่วมและกระจายการรับผิดชอบไปยังส่วนปลาย ทั้งนี้ในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรต้องผลักดันให้ระบบ บริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขโดย (1) สนับสนุนให้เกิดระบบ บริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นด่านหน้าการให้บริการ (2) ให้ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมี ประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน (3) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิใน การแสดงบทบาทการประสานบริการกับสถานพยาบาลระดับอื่นและมีอำนาจในการจัดการและซื้อ บริการ

สำหรับในประเทศไทยมีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหลักในการ สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน^{14,15} ประชาชนที่เข้าถึง บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) มากที่สุดคือประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ อาศัยในเขตชนบท^{16, 17}

1.3 ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในบริบทสังคมไทย

ประเทศไทยก็นำแนวคิด Primary Health Care มาใช้โดยเรียกว่า “**การสาธารณสุขมูลฐาน**” ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติได้ให้นิยามไว้ว่า “เป็นกลวิธีทาง สาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญใน การดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ประชาชนดำเนินการเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการ สนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลักและผสมผสานการพัฒนาการสาธารณสุขกับการ พัฒนาด้านการศึกษา 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) สถานการณ์การจัดบริการบูรณาการและผสมผสานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากของ ประชาชนไทย 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 ศรณิชากร (2551) ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เอกสารประกอบการศึกษาภาคพินิจและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นนทบุรี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

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

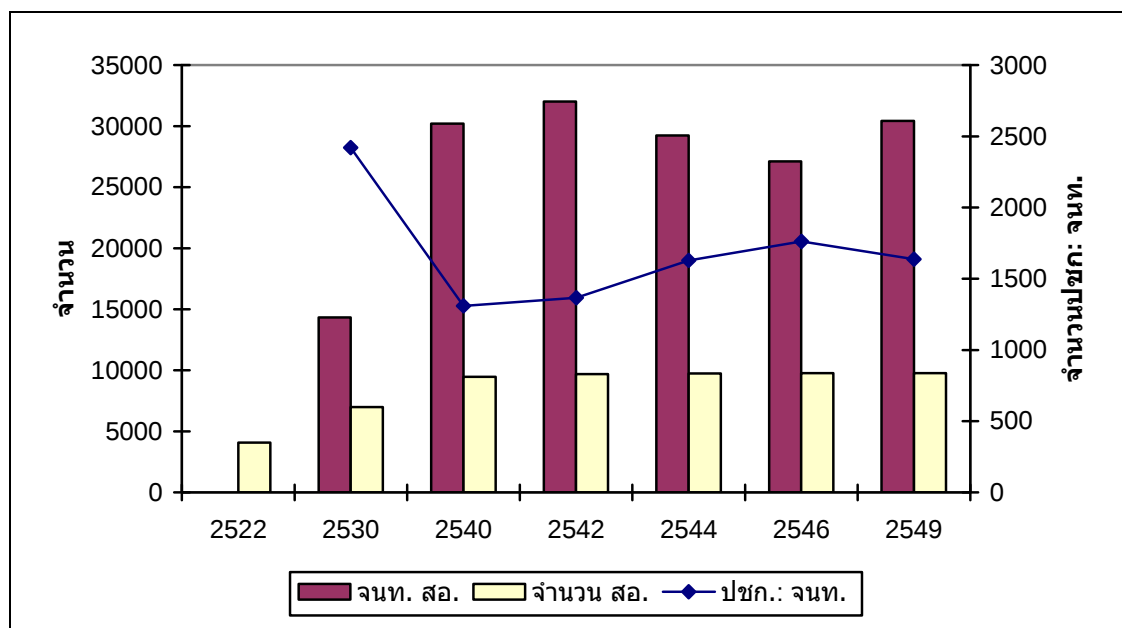
สำหรับขอบเขตบริการของเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิควรประกอบด้วย

- 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 แต่หลังจากนั้นแทบไม่มีการเพิ่มของจำนวนเจ้าหน้าที่ซึ่งเดี๋ยวก่อนก็มีแนวโน้มลดลงอันสืบเนื่องจากการจำกัดจำนวนข้าราชการของรัฐบาล 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

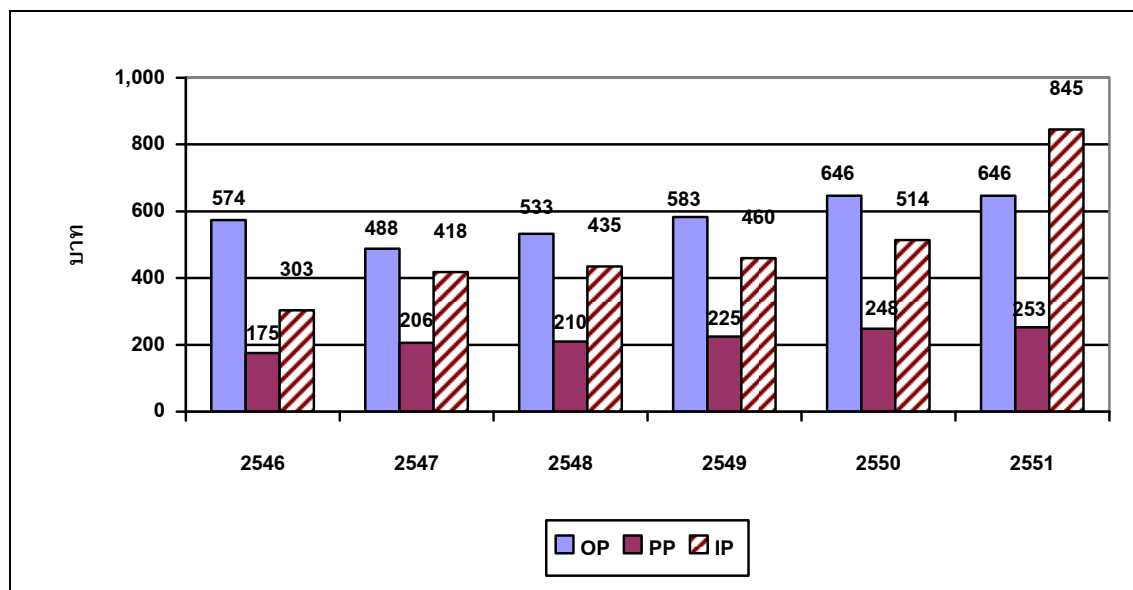
3.1 งบประมาณสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ

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

งบทหารายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจาก 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

ในขณะที่กองทุนสุขภาพตำบล ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยโอนงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน (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

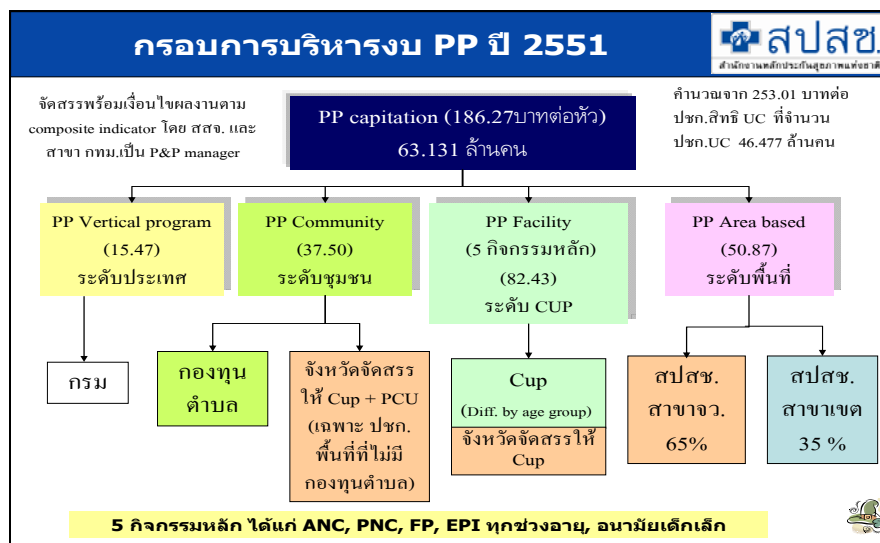
²¹ สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์ (2550) รูปแบบทางเลือกการคลังงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เอกสารอัดสำเนา

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 โดยจังหวัดจำนวนหนึ่งกันเงินส่วนหนึ่งไว้เพื่อใช้จัดสรรแก่อนุวยบริการประจำคู่สัญญาที่มีประชาชนขึ้นทะเบียนน้อย 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 ภายหลังหักลบมูลค่าเวชภัณฑ์และวัสดุที่เบิกไป
- (4) สนับสนุนกำลังคนในการไปปฏิบัติงานในสถานื่อนามัย ทั้งในลักษณะการจ้างลูกจ้างเพิ่มเติม ส่งพยาบาลจากโรงพยาบาลมาประจำที่สถานื่อนามัยหรือมาเป็นบางเวลา หรือมีการส่งแพทย์หมุนเวียนมาตรวจและให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานื่อนามัย
- (5) สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำงานในชุมชน/บริการเชิงรุก (outreach) หรือทำโครงการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ทั้งนี้พบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในหลักเกณฑ์การจัดสรรและสนับสนุนภายในเครือข่ายคู่สัญญาหลักระหว่างจังหวัดหรือแม้แต่ว่าระหว่างเครือข่ายภายในจังหวัดเดียวกัน ทั้งนี้บริบท

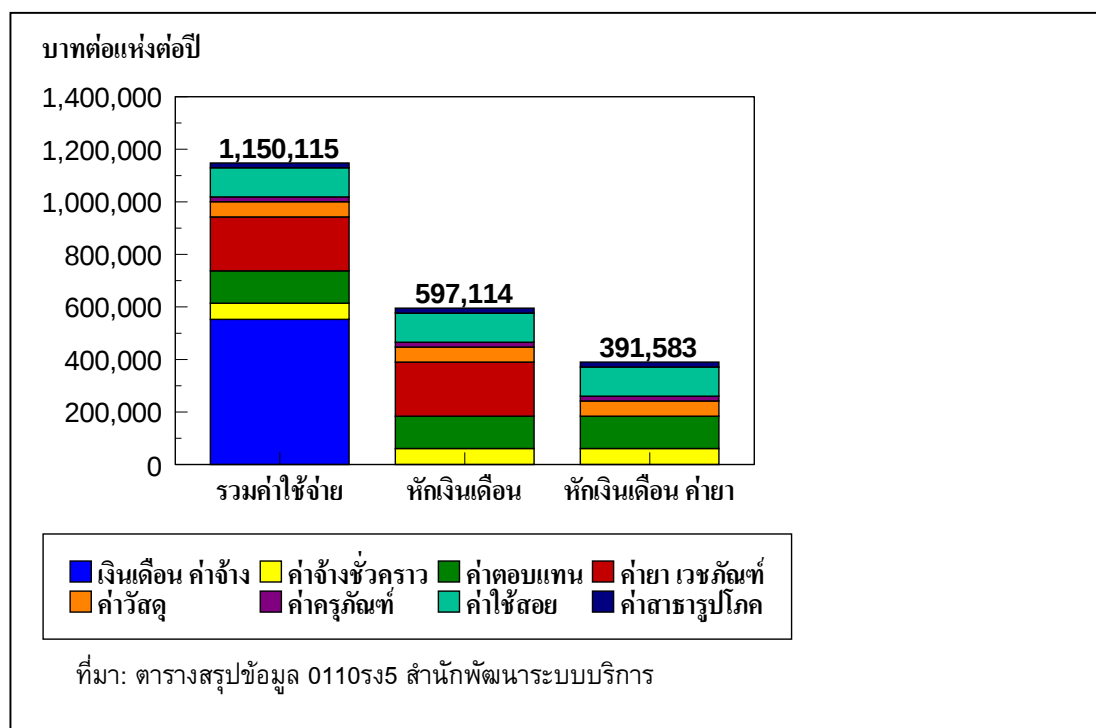
²⁴ พินิจ ฟาอำนวยผล (2551) การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานื่อนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เอกสารอัดสำเนา

ด้านการเงินของแม่ข่าย และความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลและสถานื่อนามัยเป็นปัจจัยกำหนดการสนับสนุนภายในเครือข่ายประการหนึ่ง

3.4 สถานการณ์ด้านการเงินของสถานื่อนามัย

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

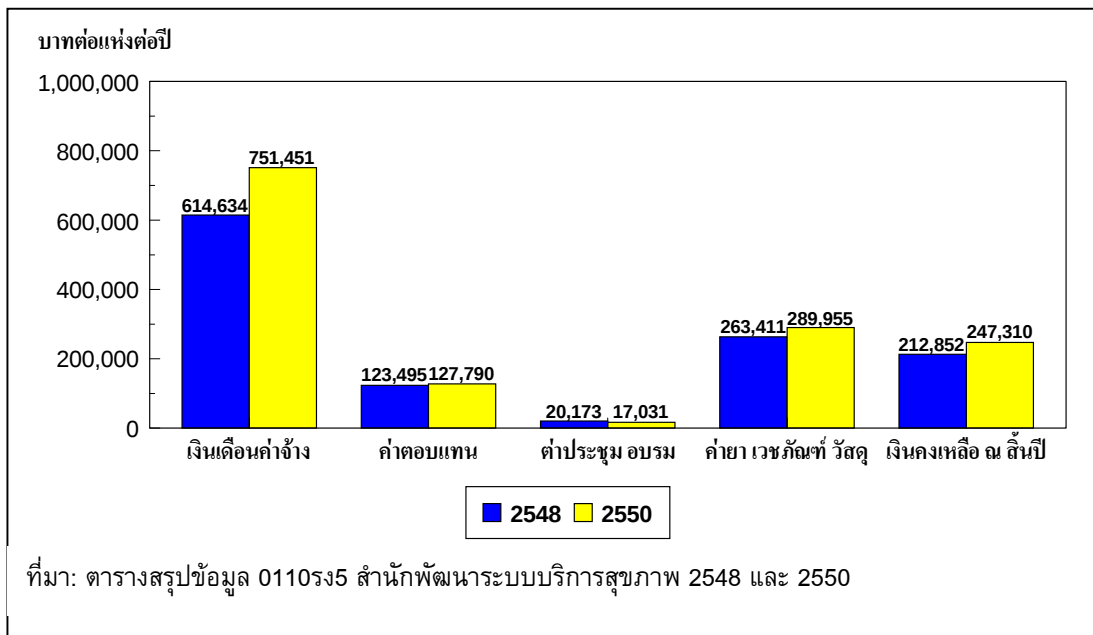
แผนภูมิที่ 6 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่งของสถานื่อนามัยในปีงบประมาณ 2548



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

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานื่อนามัยใน 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	สถานีนอนามัย			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 บาทต่อสถานีนอนามัย (ร้อยละ 10 ของ CUP มีเงินบำรุงเฉลี่ยคงเหลือต่อสถานีนอนามัยต่ำกว่า 50,000 บาท) และร้อยละ 10 มีเงินบำรุงคงเหลือเกิน 400,000 บาท ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี 2548 และ 2550 พบว่าร้อยละ 35 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อแห่งของสถานีนอนามัยลดลง ขณะเดียวกันพบว่า เงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยของสถานีนอนามัยของแต่ละ CUP มิได้มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับปริมาณงานผู้ป่วยนอกของสถานีนอนามัย และมิได้มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับเงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลแม่ข่าย บ่งชี้ว่าการจัดสรรเงินแก่สถานีนอนามัยอาจไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกันสถานการณ์เงินของโรงพยาบาลที่ดีมิได้อันส่งผลต่อการเงินของสถานีนอนามัย แม้ว่าเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อสถานีนอนามัยในภาพรวมจะเพิ่มขึ้นก็ตาม

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 ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ว่าในฐานะผู้กำหนดนโยบายชาติหรือเจ้าของสถานพยาบาล ศักยภาพในการทำหน้าที่ดังกล่าวทั้งในด้านโครงสร้างอันเป็นผลจากการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงและการขาดแคลนงบประมาณ ขณะเดียวกัน สปสช. ก็สนับสนุนทรัพยากรได้

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

อย่างจำกัดเนื่องจากมิได้มีการกิจในการพัฒนาระบบในภาพรวม จึงทำได้เพียงสนับสนุนเฉพาะประเด็นที่ สปสช. สนใจและให้ความสำคัญ

4.6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นกับความสนใจและภาวะผู้นำของผู้บริหารแต่ละแห่งในเรื่องดังกล่าว บางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทนำและแข่งขันในการพัฒนาและมีนโยบายให้แม่ข่ายต้องจัดสรรงบประมาณพื้นฐานให้กับทุกสถานื่อนามัย ในขณะที่บางแห่งผู้บริหารเครือข่ายมีบทบาทนำในการพัฒนามีการพัฒนาแบบบริการเชิงรุกในชุมชนและสนับสนุนลูกข่ายเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ในบริบทที่มีการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปยัง 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 ทั้งนี้ บทบาทดังกล่าวจะยิ่งทวีความสำคัญขึ้นหากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับบทบาทมาทำหน้าที่ใน

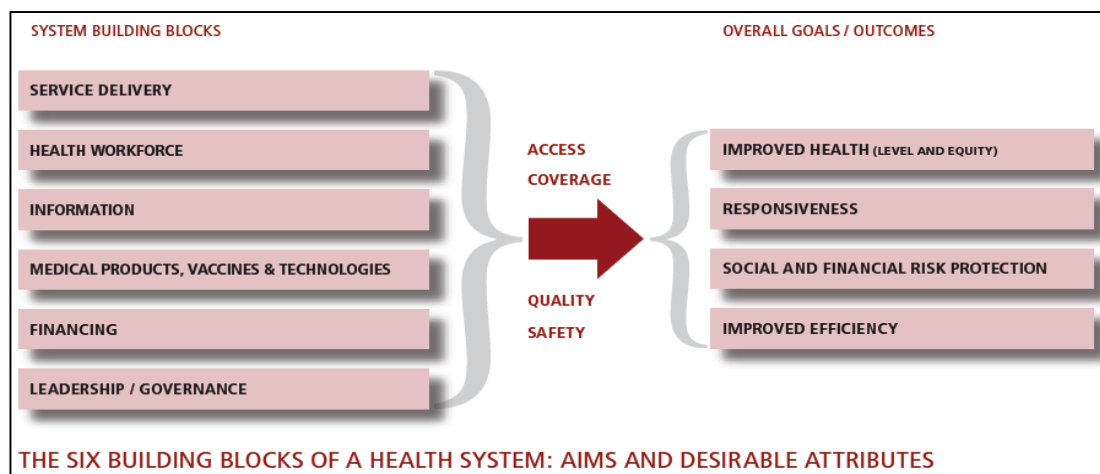
การกำหนดนโยบายและกำกับระบบบริการ การพัฒนาระบบดังกล่าวจึงเป็นการเตรียมระบบไปในตัว

5. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในชนบท การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการจัดบริการแบบเดี่ยว ๆ อาจมีข้อจำกัด 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 ให้มีการจัดตั้งสำนักบริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ในกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย: เพื่อบริหารยุทธศาสตร์และสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุข
ปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขโดย

1. พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานอื่น
2. วางแผนการลงทุนเพื่อการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้าง
และกำลังคน
3. บริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
4. กำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมินการพัฒนอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน่วยงานส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข

1. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ วางแผน สนับสนุน และติดตามการทำงานที่ตอบสนองต่อ
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในระดับส่วนกลางและภูมิภาค
2. จัดหางบประมาณและวางแผนการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้ได้
ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. ปรับโครงสร้างระบบบริการให้สอดคล้องกับแนวทางการทำงานในรูปแบบใหม่
4. กำหนดกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสม สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิระดับต่างๆ และใช้วิธี
เกลี่ยคนที่มีอยู่แล้วในระบบ (ภายในกระทรวง/พื้นที่) มาลงในตำแหน่งที่กำหนดขึ้น การ
ดำเนินงานในลักษณะนี้ สามารถเกลี่ยคนได้ทันทีในพื้นที่ที่พร้อม และมีคนพร้อมที่จะลงไป
ทำงานในพื้นที่ เนื่องจากปัจจุบันบางพื้นที่มีบุคลากรจาก รพ. ทำงานใน สอ. อยู่แล้ว โดย
เริ่มจากพื้นที่ที่มีความพร้อมก่อน
5. สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง CUP รวมถึงการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบ
การติดตามประเมินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้าง การ
ลงทุน การบริหารจัดการเครือข่าย กำลังคน และการคลังระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ
ผลผลิตของการจัดบริการในมิติต่างๆ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟู
สมรรถภาพ รวมถึงการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน) และภาวะสุขภาพของประชาชน

บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. กำหนดหลักเกณฑ์การจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิใหม่เพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วย
บริการที่เหมาะสม โดยให้แยกงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิออกจากงบประมาณของ

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

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 เพื่อพิจารณาร่วมกับจังหวัดในการแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่ (อาจให้มีการกันเงินประมาณส่วนหนึ่งไว้ที่จังหวัดเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญของจังหวัดร่วมกัน) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค รวมถึงการกำหนดแนวทางพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในภาพรวมของจังหวัด

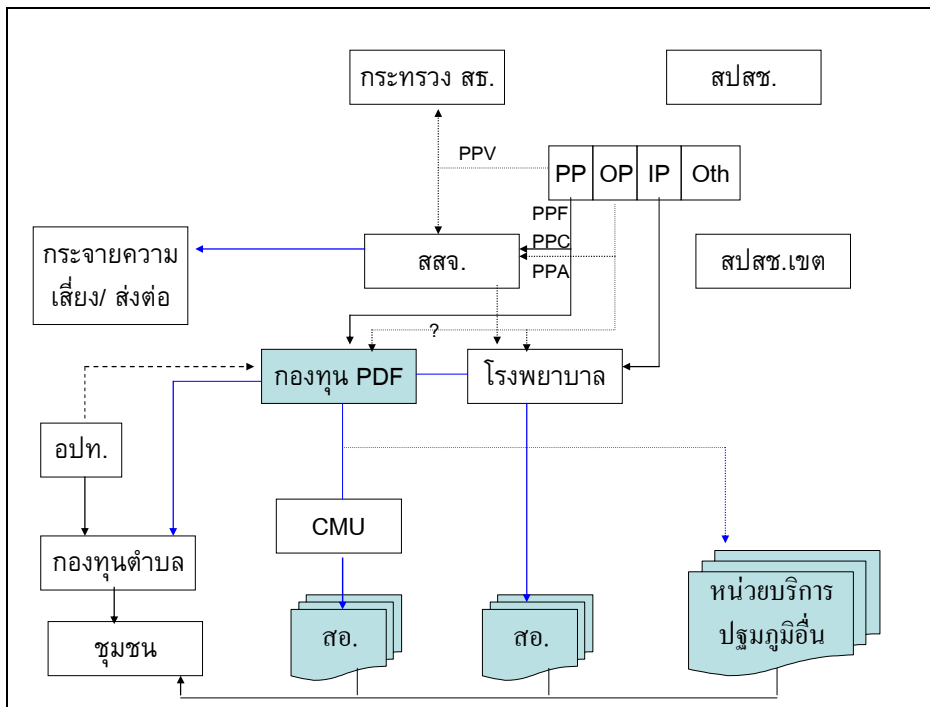
- **เงินงบประมาณบริการผู้ป่วยนอก (OP)** โดยหลักการถือว่าเป็นงบประมาณสำหรับบริการรักษาพยาบาลที่ใช้ร่วมกันในเครือข่าย (ส่วนหนึ่งอาจให้มีการกันไว้ที่จังหวัดสำหรับกระจายความเสี่ยงและการส่งต่อระหว่างกันและออกนอกจังหวัด) ดำเนินการได้ในสองลักษณะ

- สปสช. จัดสรรไปยังกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ และให้คณะกรรมการพัฒนาบริการสาธารณสุขปฐมภูมิร่วมกันกำหนดสัดส่วนและหลักเกณฑ์ในการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายและโรงพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ประชาชน โดยให้แยกบัญชีระหว่างบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพออกจากกันเพื่อป้องกันมิให้มีการเบียดเงินส่งเสริมป้องกันจากงานรักษาพยาบาล

- สปสช. จัดสรรตรงไปยังโรงพยาบาล เนื่องจากบริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เกิดที่โรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องกำหนดร่วมกันในการแบ่งสัดส่วนเงินค่ารักษาพยาบาลว่าควรจัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเท่าใดและโอนไปให้กองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

รายละเอียดการบริหารงบประมาณแสดงดังในแผนภูมิที่ 9

แผนภูมิที่ 9 รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ



โครงสร้างและการบริหารจัดการ

จัดตั้ง กองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ขึ้นในระดับอำเภอ เพื่อเป็นองค์กรบริหารความสัมพันธ์ ระหว่าง สถานื่อนามัยในเครือข่าย 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) กำหนดให้ประธานและเลขานุการคณะกรรมการกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ มาจากภาคบริการสุขภาพ และหลังจากนั้น ให้วิธีเลือกตั้งประธานและเลขานุการ 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 รวมทั้งประสานกับหน่วยผลิตภายใต้กระทรวง
สาธารณสุข ให้ผลิตกำลังคนใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละพื้นที่อย่างเพียงพอทั้งด้าน
ปริมาณและทักษะ โดยมีการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ทั้งในพื้นที่หรือตั้งงบประมาณ
จากส่วนกลางตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ และแต่ละช่วงเวลา

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง CUP
ต่างๆ โดยเฉพาะในส่วนที่ว่าด้วยแนวทางการบริหารงานบุคลากรในบริบทใหม่ ซึ่งอาจทำได้หลาย
แนวทาง ภายใต้หลักการและนโยบายใหญ่ทั้ง 3 ข้อข้างต้น

รายชื่อคณะทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

1.	นพ.	กิตตินันท์ อนรรฆมณี	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2.	นพ.	เกษม เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
3.	นพ.	โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
4.	นพ.	ชติกร 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 อชานานุภาพ	สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

19. คุณ สุทธิกานต์ ชุณหะวัณ มุขนิศาธารณสุขแห่งชาติ
20. คุณ สุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ มุขนิศาธารณสุขแห่งชาติ

ภาคผนวก 2

จากสาธารณสุขมูลฐานสู่สุขภาพชุมชน:

ข้อเสนอสำหรับผู้กำหนดนโยบายและทีมสุขภาพชุมชน

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง หลังคำประกาศ Alma Ata ในปี ค.ศ.1978 โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ.2000 (Health for All by the 2000) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เป็นผู้นำในการดำเนินงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานอย่างกระตือรือร้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงทศวรรษแรกหลังคำประกาศ Alma Ata และเป็นทศวรรษที่บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนในชนบทอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตาม ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก มีการปฏิรูปในหลายส่วนของระบบสุขภาพ บทบาทบุคลากรสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไป ด้วยภาระงานด้านบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บทบาทการทำงานในชุมชนลดลง เหลือเพียงการจัดบริการพื้นฐานที่จำเป็น

ในโอกาสครบสามทศวรรษการดำเนินงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ จึงได้ใช้โอกาสนี้ทบทวนประสบการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมา และพัฒนาข้อเสนอสำหรับการดำเนินงานในทศวรรษต่อไป ทั้งนี้โดยมอบหมายนักวิชาการไปทบทวนความรู้ในประเด็นที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) บริการปฐมภูมิ (Primary Care และ Primary Health Care): ที่มา การใช้ และความหมาย โดย นพ.ดร.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ 3) ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดย นพ.ดร.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ¹ และ 3) ข้อเสนอการดำเนินงานทศวรรษที่สี่ของการสาธารณสุขมูลฐานไทย โดย รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง และ สุภลักษณ์ เลิศมนโรรัตน์ นอกจากนี้ สวรส. ยังได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นอีก 1 คณะ เพื่อพิจารณาข้อมูลและแลกเปลี่ยนในประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนเอกสารทั้งหมด หลังจากนั้นได้พัฒนาข้อเสนอจำนวนหนึ่งขึ้น เพื่อผู้กำหนดนโยบายและบุคลากรที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน (ในที่นี้เรียก “ทีมสุขภาพชุมชน”) ได้ใช้พิจารณาเพื่อประกอบการตัดสินใจหรือประกอบแนวปฏิบัติต่อไป

¹ ข้อเสนอจัดทำขึ้นโดยคณะทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่าง สวรส. และอีกหลายองค์กร โดยมี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เป็นประธานคณะทำงาน

เอกสารฉบับนี้ได้รวบรวมข้อมูล ประเด็นต่างๆ และสรุปข้อเสนอดังกล่าวข้างต้น แม้ว่าข้อเสนอนี้จะยังไม่ครอบคลุมในทุกประเด็น แต่หวังว่าเอกสารนี้จะช่วยกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนกันอย่างกว้างขวางในโอกาสต่อไป

การสาธารณสุขมูลฐานไทยในทศวรรษต่อไป

1. ผลจากการทบทวนวรรณกรรมและการแลกเปลี่ยนกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เป็นที่ยอมรับกันว่า ประเทศไทยได้ใช้แนวคิด Primary Health Care มาใช้กับการพัฒนาการสาธารณสุขไทย ตั้งแต่ก่อนคำประกาศ Alma Ata ในปี ค.ศ.1978 และหลังคำประกาศ Alma Ata ประเทศไทยได้ใช้คำว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)” เพื่อสะท้อนแนวคิดดังกล่าว และใช้คำดังกล่าวเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุขไทย ความหมายของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ได้ถูกลดทอนและตีความจำกัดเหลือเพียงบางรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะการมี “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)”
2. แนวคิด Primary Health Care ที่มุ่งเน้นสร้างความเป็นธรรม (equity) ในระบบสุขภาพ โดยมีหลักการพื้นฐาน 4 ประการที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้ประเทศทั้งหลายใช้ คือ หลักการครอบคลุมบริการ (universal coverage) หลักการจัดบริการโดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centred service) หลักนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public policies) และหลักภาวะการนำ (leadership) (WHO 2008) ยังเป็นแนวคิดและหลักการที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพของไทยและของประชาคมโลกในปัจจุบัน แม้ว่าบริบทของแต่ละประเทศจะแตกต่างจากเดิมไปมาก ทั้งนี้แต่ละประเทศต้องรู้จักปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของตนเอง
3. ปรัชญา อุดมการณ์ หรือ จิตวิญญาณ ของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย โดยเฉพาะในเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ ได้เติบโตขยายวงกว้างขึ้นมากในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ภายใต้พื้นที่ใหม่ทางสังคมที่มีได้จำกัดอยู่ภายใต้บริบทการทำงานหรืออำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข และมีได้ผูกโยงด้วยชื่อทางการคำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” อีกต่อไป ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเติบโตของภาคประชาชน หลังการปฏิรูปการเมืองโดยการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ.2540 และการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนมีการประกาศใช้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 (ลือชัย ศรีเงินยวง และศุภลักษณ์ เลิศมนิรัตน์ 2552)
4. สำหรับประเทศไทย การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ช่วยสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนได้มาก แต่ยังมีปัญหาความไม่เป็นธรรมระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐอยู่ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ และคุณภาพบริการ รวมถึงการที่คนจำนวนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แต่มีปัญหาเรื่องสัญชาติหรือรพ.สุจันสถานะ กลุ่มประชากรไร้รัฐ รวมถึงแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ที่ปัจจุบันยังไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกัน

สุขภาพใดๆ ทำให้ไม่สามารถได้รับการสุขภาพได้เมื่อจำเป็น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2552)

ข้อเสนอระดับนโยบาย

- 1) แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานยังสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพไทย โดยทศวรรษที่สี่ของการสาธารณสุขมูลฐาน ควรให้ความสำคัญกับ “ความเป็นธรรม (equity)” และ “การมีส่วนร่วมของประชาชน (participation)” โดยการมีส่วนร่วมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ “เสริมสร้างพลัง (empowerment)” ภาวการณ์ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน ในระยะยาว
- 2) นอกจากการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว การเสริมสร้างพลังภาวการณ์ยังสามารถดำเนินการได้ผ่านกลวิธีต่างๆ ได้แก่
 - **การกระจายอำนาจ (decentralization)** ให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทในการตัดสินใจจัดการปัญหาสุขภาพในระดับท้องถิ่นมากขึ้น ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย และตามความพร้อม ทั้งนี้ต้องระมัดระวังมิให้ตีความเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพแบบจำกัด เหลือแค่เพียงการถ่ายโอนสถานพยาบาลรัฐไปอยู่ภายใต้การดูแลของ อปท. เท่านั้น
 - **การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (access to health information)** ผ่านการจัดตั้งระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในระดับชุมชน (community health information system) การจัดทำและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่สาธารณะให้ครอบคลุม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในประเด็นสำคัญต่างๆ การควบคุมและกำกับดูแลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลประโยชน์ทางธุรกิจแอบแฝง
- 3) การจะจัดบริการโดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centred service) ได้ ระบบบริการสุขภาพต้องเป็นระบบที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และสนับสนุนการเสริมสร้างพลังในทุกระดับ รวมทั้งเป็น “ระบบที่เรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง” โดยสร้างและใช้ภูมิปัญญา อันประกอบด้วย ภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) ความรู้จากการปฏิบัติซ้ำภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ (tacit knowledge) ความรู้จากการวิจัย (research) รวมทั้งทุนทางสังคม (social capital) ในแต่ละพื้นที่
- 4) ระบบบริการสุขภาพจะพัฒนาไปสู่ระบบที่มีความยั่งยืนได้ ต้องพัฒนาให้เป็นระบบที่มี “ประสิทธิภาพ (efficiency)” ผ่านกลวิธีต่างๆ เช่น

3.1) การส่งเสริมการใช้ “บริการปฐมภูมิ”² เป็นหลักในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีการขยายหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุม ประชาชนสามารถเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำตนเองหรือครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม (care coordinator/gate keeper)

3.2) การลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับการลงทุนด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้พบว่าในปี 2550 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่ากับร้อยละ 0.25 ของผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (GDP) หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 7.0 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 4 ต่อปี ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 10 ต่อปี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2551)

ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน

- 1) บุคลากรสาธารณสุขยังมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของปัจเจก ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้บทบาทดังกล่าวมีมากกว่าแค่การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องในระหว่างขั้นตอนการให้บริการ แต่ควรประกอบด้วย
 - 1.1) การเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนในภาพรวม หรือการพัฒนา “ชุมชนสุขภาพ” ผ่านกลไกที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมัชชาสุขภาพ และกลุ่มประชาสังคมอื่นๆ
 - 1.2) การเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีการให้ข้อมูลต่างๆ อย่างรอบด้าน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
 - 1.3) การสนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของชุมชน เพื่อให้ชุมชนใช้ในการตัดสินใจวางแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน
- 2) บุคลากรสาธารณสุขควรปรับบทบาทในการทำงานและการให้บริการ เน้นสร้างความสัมพันธ์ในเชิงราบ (horizontal relationship) ทั้งภายในทีมงานสุขภาพชุมชนและกับประชาชน เพราะเป็นความสัมพันธ์ที่สนับสนุนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มากกว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจในแนวดิ่ง (vertical relationship)

² บริการปฐมภูมิหรือ Primary Care จริงๆ แล้ว เป็นส่วนหนึ่งและกลไกสำคัญของแนวคิด Primary Health Care อย่างไรก็ตาม ต่อมาแนวคิด Primary Health Care ได้ถูกลดทอนและมีความหมายเท่ากับ Primary Care ซึ่งเป็นเพียงกลไกหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ และมีการใช้แทนกันในเอกสารวิชาการต่างๆ จำนวนมาก (ดู ยุทธพงษ์สุภาพ 2552)

พัฒนาการของ อสม. และทางออกในอนาคต

1. อสม. เป็นรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่ยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และเป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่ายิ่ง อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดกำลังคนในระบบบริการสุขภาพ ประกอบกับการบริหารจัดการ อสม. ภายใต้อาสาสมัครด้านสาธารณสุขของชุมชนที่โน้มเอียงสร้างระบบความสัมพันธ์แนวดิ่ง (vertical relationship) ทำให้บทบาท อสม. ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ในลักษณะ “ผู้ช่วย” บุคลากรสาธารณสุขมาตลอด
2. อสม. ที่กระตือรือร้น ส่วนใหญ่คือคนในชุมชนที่มีความสนใจประเด็นของส่วนรวม มีความเสียสละและมีบทบาทสนับสนุนการจัดกิจกรรมในชุมชนในทุกๆ ด้าน (โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ 2550) อสม. แต่ละคนจึงไม่ได้มีบทบาทจำกัดแค่การเป็นอาสาสมัครด้านสาธารณสุขของชุมชนเท่านั้น แต่ยังเป็นอาสาสมัครอื่นๆ และมีบทบาททางสังคมด้านอื่นๆ อีกมากมายด้วย ความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับบุคลากรและกลไกภาครัฐ เป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบที่ต่างฝ่ายต่างเกื้อกูลกันและกัน และเอื้อประโยชน์ต่อชุมชนโดยรวม
3. การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ทำให้ อสม. ต้องปฏิบัติงานภายใต้บริบทใหม่ที่เงินสนับสนุนการดำเนินงานมาจาก อปท. ขณะที่ยังคงความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อสม. กลายเป็นเป้าหมายที่การเมืองฝ่ายต่างๆ ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ต้องการเข้ามาครอบครองเป็นฐานคะแนนเสียง และเป็นที่มาของนโยบายของพรรคการเมืองต่างๆ ในการเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ ของ อสม. รวมถึงนโยบายการจ่ายค่าตอบแทน อสม. 600 บาท ต่อเดือนที่เป็นนโยบายของรัฐบาลชุดปัจจุบันด้วย
4. การเพิ่มขึ้นของชนชั้นกลางในสังคมไทย และบริบทของสังคมที่เปิดกว้างการมีส่วนร่วมทางสังคมและทางการเมืองมากขึ้น ทำให้อาสาสมัครในรูปแบบอื่นๆ มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นมากในปัจจุบัน โดยมีความหลากหลายทางชนชั้น ความหลากหลายตามลักษณะของพื้นที่ ความหลากหลายทางด้านทักษะและความรู้ของอาสาสมัคร และระดับการเข้ามามีส่วนร่วม (โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ 2550)

ข้อเสนอระดับนโยบาย

- 1) การขยายบทบาท อสม. ที่กระตือรือร้น เพื่อสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพชุมชนที่สถานีอนามัย (หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวทั้งในระยะเริ่มต้น และฝึกอบรมเสริมเป็นระยะๆ โดยมีการจ่าย “เงินสนับสนุนการปฏิบัติงาน” ดังกล่าว ทั้งนี้การใช้คำว่า “เงินสนับสนุนการปฏิบัติงาน” น่าจะรักษาคูณค่าความเป็น “อาสาสมัคร” ได้ดีกว่าการใช้คำว่า “ค่าตอบแทน” ตามที่กำหนดในนโยบายรัฐบาลชุดปัจจุบัน

- 2) ส่งเสริมสนับสนุนอาสาสมัครเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่นให้แพร่หลาย โดยการส่งเสริมให้เกิดเป็นค่านิยมของคนในสังคม รวมทั้งพัฒนากลไกบริหารจัดการและระบบข้อมูลเพื่อให้ผู้สนใจสามารถร่วมเป็นอาสาสมัครในกิจกรรมและเงื่อนไขเวลาที่เหมาะสม

ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน

- 1) ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขทำตัวเป็นแบบอย่างของอาสาสมัคร เพื่อสร้างสำนึกที่เห็นคุณค่าอาสาสมัครอย่างแท้จริง
- 2) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเปิดพื้นที่รองรับอาสาสมัครช่วยงานส่วนรวม โดยเฉพาะงานบริการต่างๆ ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน

ระบบบริการปฐมภูมิและการพัฒนาในทศวรรษต่อไป

1. บริการปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญภายใต้แนวคิด Primary Health Care การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย มุ่งเน้นการจัดบริการโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการจัดบริการมาตั้งแต่อดีต ทำให้บริการปฐมภูมิจากความเข้มแข็ง ต่างจากการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพในประเทศทางตะวันตกที่เริ่มจากการมี “หมอชุมชน” ก่อน แล้วค่อยพัฒนาเป็นโรงพยาบาลในภายหลัง (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ 2552)
2. ที่ผ่านมามีความพยายามพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิในหลายช่วง ตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) ที่มีการสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยครอบคลุมอำเภอและตำบลทั่วประเทศ แผนทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัยในระหว่างปี 2535-2544 ซึ่งเน้นการลงทุนพัฒนาโครงสร้างสถานีอนามัย และหลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 ที่เน้นใช้มาตรการทางการเงินสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จนปัจจุบันมีผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด และเป็นกลไกหลักที่สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับคนยากจนและคนส่วนใหญ่ในชนบท
3. รูปแบบพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิสำหรับพื้นที่ชนบทของประเทศไทยคือ การจัดบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย หรือที่เรียกว่าระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District health system) การสร้างความเข้มแข็งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยรวมทั้งพัฒนารูปแบบการจัดบริการร่วมกัน จึงเป็นเป้าหมายการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท สำหรับรูปแบบระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองยังขาดความชัดเจนต่างๆ ที่ประชากรในเขตเมืองขยายเพิ่มขึ้นมากในสองทศวรรษที่ผ่านมาจากร้อยละ 29.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 37 ในปัจจุบัน และคาดว่าจะขยายเป็นร้อยละ 50 ในอีก 10 ปีข้างหน้า
4. แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนจะยังมีปัญหาความเข้มแข็งในการจัดบริการ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดแคลนและการหมุนเวียนของแพทย์ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตาม ความจำเป็นในการพัฒนา

ระบบบริการปฐมภูมิที่ระดับสถานีนอมนัยมีมากกว่า เพราะความขาดแคลนในทุกๆ ด้าน ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในเรื่องคุณภาพบริการ และสถานีนอมนัยมีจุดแข็งในด้านความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ดีและจำเป็นสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิแบบองค์รวม

5. การเปลี่ยนแปลงบริบทระบบบริการสุขภาพในระยะหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีการเรียกซื้อหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (Contracted Unit for Primary Care-CUP) ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit-PCU) ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit-CMU) และคลินิกชุมชนอบอุ่น แต่ละชื่อจะมีความหมายแตกต่างกันอยู่บ้าง แต่ยังไม่มีการเรียกใดเป็นที่นิยมในวงกว้างโดยยังสามารถสะท้อนความหมายที่แท้จริงของบริการปฐมภูมิ ถ้าสรุปรัฐบาลปัจจุบันได้ประกาศยกฐานะสถานีนอมนัยเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล” โดยคงบทบาทการให้บริการปฐมภูมิเหมือนเดิม (ไม่ใช่เป็น “โรงพยาบาล”) โดยมีการลงทุนด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้คาดว่าจะสามารถช่วยยกระดับความมั่นใจคุณภาพบริการของสถานีนอมนัยได้
6. มีความพยายามพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิขึ้นมาอีกครั้ง (แผนระยะ 5 ปี) โดยสถาบันพัฒนาวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (สพข.) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาคีต่างๆ ที่เสนอเป็นกรอบยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ซึ่งมีการนำไปปรับใช้ในการวางแผนงบประมาณของ สปสช. และวางแผนระดับจังหวัด แต่ยังคงเปลี่ยนแปลงไปสู่สู่การปฏิบัติอาจจะยังไม่กว้างขวาง ชัดเจนและจริงจัง ทำให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมียังได้รับการสนับสนุนทางนโยบายไม่เข้มข้น และเป็นระบบ

ข้อเสนอระดับนโยบาย

- 1) การพัฒนาและจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนทศวรรษการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยอิงกับนโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน และจัดทำเป็น “แผนทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตชนบทโดยเน้นการสร้าง ความเข้มแข็งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล” หรือ “แผนทศวรรษพัฒนา รสต.” โดยมีลักษณะสำคัญคือ
 - 1.1) แผนยกระดับขีดความสามารถของทีมสุขภาพชุมชน โดยจัดให้มีบุคลากรเพิ่มขึ้น โดยยังคงเป็นบุคลากรที่สามารถให้บริการแบบผสมผสาน (multi-purpose personnel) ทั้งการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แทนการใช้บุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน ทั้งนี้เสนอให้มีการพัฒนาหลักสูตรต่อยอดหลักสูตรพยาบาลเพื่อพัฒนาบุคลากรปฏิบัติงานสุขภาพในชุมชน

- 1.2) พัฒนาระบบการจัดบริการที่เชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ระหว่างบริการในชุมชน โรงพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล และโรงพยาบาลชุมชน โดยการทำงานร่วมกันระหว่าง “ผู้ช่วยทีมสุขภาพชุมชน” หรือ อสม. เดิม กับทีมสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล และบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ให้ประชาชนมีสิทธิเลือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน?? เป็นหน่วยบริการประจำ
- 1.3) จัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิขึ้นในระดับอำเภอ เพื่อให้มีงบประมาณสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน โดยมีกลไกบริหารจัดการกองทุนที่แยกจากกลไกบริหารสถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลทุกแห่ง รวมถึงการมีผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้แทนจากชุมชน ร่วมบริหารกองทุนดังกล่าว (ดู ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดย สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์ และคณะ 2552)
- 2) จัดตั้งกลไกบริหารแผนทศวรรษการพัฒนาฯ ที่มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ และมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการรายงานต่อที่ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน และรายงานต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีละครั้ง
- 3) การพัฒนารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง โดยมีรูปแบบที่แตกต่างตามบริบทพื้นที่เขตเมืองแต่ละแห่ง
 - 3.1) ปรับปรุงศักยภาพและโครงสร้างฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพื่อเป็นหน่วยจัดบริการปฐมภูมิในเขตเมือง โดยให้เป็นหน่วยงานที่มีอิสระ มีความคล่องตัว ในรูปแบบองค์กรมหาชน และทำหน้าที่คล้ายโรงพยาบาลชุมชนในชนบท คือ เป็นแม่ข่ายและจัดบริการร่วมกับคลินิกเอกชน และศูนย์บริการสาธารณสุขของ อปท. ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการดูแลประชากรในจำนวนที่เหมาะสม ทั้งนี้ให้มีศักยภาพในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ครอบคลุมประชากร กรณีที่คลินิกเอกชนไม่สามารถให้บริการได้
 - 3.2) ในบางพื้นที่ อปท. มีนโยบายและศักยภาพในการลงทุนและจัดบริการสุขภาพ ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขของ อปท. จัดบริการร่วมกับคลินิกเอกชน โดยให้มีศักยภาพในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ครอบคลุมประชากร กรณีที่คลินิกเอกชนไม่สามารถให้บริการได้
 - 3.3) ปรับปรุงระบบการเงินการคลังระบบประกันสุขภาพภาครัฐ เพื่อเปิดโอกาสให้หน่วยปฐมภูมิเอกชนสามารถเข้าร่วมให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง จะต้องให้บริการเชิงรุกที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และดูแลรักษาพยาบาลประชาชนที่ในความดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างความ

สัมพันธ์ที่ดี เป็นหน่วยบริการประจำตัวและครอบครัวอย่างแท้จริง ไม่ใช่ให้บริการในลักษณะคลินิกแพทย์ที่ให้บริการแบบตั้งรับ โดยไม่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชนแต่อย่างใด

3.4) ปรับปรุงระบบส่งต่อ (referral system) เพื่อมิให้โรงพยาบาลปฏิเสธกับรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากคลินิกเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชนเมือง โดยใช้ทั้งมาตรการทางการเงินและมาตรการทางสังคมอื่น

ข้อเสนอสำหรับทีมสุขภาพชุมชน

- 1) สนับสนุนการดำเนินงานตาม “แผนทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล” โดยร่วมเรียนรู้และพัฒนารูปแบบต่างๆ ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ของตนเอง
- 2) พัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้พร้อมสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนได้ในอนาคต
- 3) พัฒนาขีดความสามารถในการทำงานร่วมกับชุมชน ท้องถิ่น ในลักษณะที่เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 3-4 (ตล.-ชค. 2550)
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2552) บริการปฐมภูมิ (Primary Care และ Primary Health Care): ที่มา ความหมาย และการใช้
- ลือชัย ศรีเงินยวง และศุภลักษณ์ เลิศมนโรจน์ (2552) ข้อเสนอการดำเนินงานทศวรรษที่สี่ของการสาธารณสุขมูลฐานไทย
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2552) ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2551) โครงการวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2552) รวมมติและข้อเสนอแนะจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551
- สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (2551) คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ 29 ธันวาคม 2551
- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (2550) แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2550-2554 นโม พรินดีงแอนด์พับบลิชซิง
- WHO 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever: World Health Report 2008.

รายชื่อคณะกรรมการ

๑. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๓. รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ม.มหิดล
๔. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๕. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๖. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
๗. รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
๘. นพ.สมชาย พิธีปกรณ์	องค์การอนามัยโลก(ประเทศไทย)
๙. พ.ญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากร	สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
	สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
๑๐. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๑. นายประจักษ์ ทองงาม	ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
๑๒. นส.สุทธาทิพย์ จันทักษ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑๓. นางอมรศรี ยอดคำ	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑๔. นายประสงค์ มั่นกันนาค	ชมรมอาสาสมัคร
๑๕. อาจารย์วิรัตน์ คำศรีจันทร์	สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
๑๖. นายเกษิธิ์ ชันธรัตน์	สมาคมหมออนามัย
๑๗. ผศ.ดร.พัชราภรณ์ เกดมงคล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
๑๘. นพ.เชบาสเตียน ภัคดี	German research foundation
๑๙. นส.ปารณัฐ สุขสุทธิ	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
๒๐. นางวนิดา ช่วยปลอด	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ภาคผนวก 3

ร่างชุดตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ

มิติการวัด	หมวดเครื่องชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	แหล่งข้อมูล
1. โครงสร้าง	มาตรฐานและธรรมาภิบาลของ	1. อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร	อัตราส่วนบุคลากรตามเกณฑ์มาตรฐานการขึ้น	ข้อมูลสสจ.
	หน่วยบริการ(Standard and Good	ได้ตามมาตรฐาน	ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ	
	Governance)			
2. การบริหารจัดการ		2. องค์ประกอบกรรมการCUP Board	สัดส่วนตัวแทนจากร.พ.: ตัวแทนจากPCU:	หน่วยบริการ
และกลไกการ			ตัวแทนจากชุมชนหรืออปท.	
ดำเนินงาน				
		3. ร้อยละการใช้งบประมาณ	งบลงทุนx100	หน่วยบริการ
			งบประมาณทั้งหมด	
			งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคx100	
			งบประมาณทั้งหมด	
			งบพัฒนาx100	
			งบประมาณทั้งหมด	

มิติการวัด	หมวดเครื่องชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	แหล่งข้อมูล
3. กระบวนการให้บริการ				HCIS
ตามแนวคิดปฐมภูมิ				
3.1 Access	เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง	4. อัตราการใช้บริการที่ PCU	จำนวน ปชก.ทั้งหมด-จำนวนผู้ป่วยในพื้นที่ที่มารับบริการ	
	การได้รับบริการสาธารณสุขที่		จำนวนประชากรทั้งหมด	
	เกิดขึ้น(Accessibility and Effective	5. อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีน	ระบบรายงานปกติ	HCIS
	delivery of needed care)	ในกลุ่มอายุ 1, 3, 5 ปี		
		6. ความครอบคลุม Selant ในเด็ก		โปรแกรม
		นักเรียน ป.1		Selant
		7. ความครอบคลุมการคัดกรองภาวะเสี่ยง		PPIS
		ในกลุ่มเด็กอายุ 15 ปีขึ้นไป		
		8. ความครอบคลุมการคัดกรองธาลัสซีเมีย		HCIS
		ในหญิงตั้งครรภ์		
		9. ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		PAP Registing
		10. ความครอบคลุมการคัดกรองโรคหลอดเลือด		PPIS
		สมอง/หลอดเลือดหัวใจ		
		11. อัตราการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด-จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ(คน)	HCIS
			จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด	

มิติการวัด	หมวดเครื่องชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	แหล่งข้อมูล
3.2 Care Co-ordinate	เครื่องชี้วัดที่สะท้อนความต่อเนื่อง	12. ร้อยละความต่อเนื่องของข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อ	จำนวนผู้ป่วยส่งต่อที่มีข้อมูลส่งกลับx100	Referral Case
	ของการได้รับการดูแลสุขภาพ		จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด	Analysis
	(Continuity)			
3.3 Continuity	เครื่องชี้วัดที่สะท้อนความต่อเนื่อง	13. ร้อยละความต่อเนื่องของการมารับบริการ	} เป้าหมายด้านคุณภาพบริการสาธารณสุข ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	HCIS
	ของการได้รับการดูแลสุขภาพ	pt.DM		
	(Continuity)	14. ร้อยละความต่อเนื่องของการมารับบริการ		HCIS
		pt.HT		

มิติการวัด	หมวดเครื่องชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	แหล่งข้อมูล
3.4 Comprehensive Care	เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึงการได้รับบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้น(Accessibility and Effective delivery of needed care)	15. ร้อยละของผู้ป่วย UC ที่มาใช้บริการที่ PCU	จำนวนครั้งที่มาใช้บริการของผู้ป่วย UC ที่ PCU x 100 จำนวนครั้งของผู้ป่วย UC ทั้งหมด(PCU+ รพ.)	สปสช.
		16. อันดับโรค/กลุ่มโรคที่ส่งต่อ	อันดับแรกของโรค/กลุ่มโรค ที่มารับบริการที่หน่วยบริการส่งต่อ	ข้อมูลเรียกเก็บ
3.5 Community participation	สิทธิ การได้รับการเลือกและการมีส่วนร่วม(Patient right, choice and involvement) ?	17. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพชุมชน	ระดับที่ 1 การมีส่วนร่วมรับรู้ ระดับที่ 2 การมีส่วนร่วมวางแผน/สนับสนุนงบประมาณ ระดับที่ 3 การมีส่วนร่วมประเมินผล	อปก.CUP Board แผนประชาคม ของหน่วยบริการ
4. Outcome	เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึงการได้รับบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้น(Accessibility and Effective delivery of needed care)	18. อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ	ตามเกณฑ์คุณภาพ สปสช.	สปสช.
		19. ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ x 100 จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด	สำรวจ
		20. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์คุณภาพ สปสช.	สปสช.
	การยอมรับจากผู้ให้บริการ(Acceptability)	21. ความพึงพอใจในการมารับบริการที่PCU	ตามเกณฑ์คุณภาพ สปสช.	สปสช.

ภาคผนวก 4

กรอบการสัมภาษณ์ข้อมูลคลินิกชุมชนอบอุ่น

สำหรับผู้จัดการคลินิกชุมชนอบอุ่น

คำถามทั่วไป

- คลินิกของท่านเข้าร่วมเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นตั้งแต่เมื่อใด และเข้าร่วมโครงการได้อย่างไร
- คลินิกของท่านให้บริการดูแลประชากรจำนวนเท่าใด แบ่งเป็นประชากรที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ และสิทธิ์อื่นๆ จำนวนเท่าใด มีประชากรในเขตพื้นที่ใดที่มารับบริการบ้าง
- จำนวนผู้มาใช้บริการในคลินิกของท่านต่อวันมีจำนวนเท่าใด เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า และสิทธิ์อื่นๆ คิดเป็นสัดส่วนเท่าใด
- คลินิกของท่านมีเครือข่ายร่วมให้บริการด้วยหรือไม่ ที่ใดบ้าง

บุคลากร

- คลินิกของท่านมีโครงสร้างการบริหารจัดการด้านบุคลากรอย่างไร (มีบุคลากรจำนวนเท่าใด ตำแหน่งใดบ้าง บริหารจัดการอย่างไร ทำหน้าที่ใดบ้าง)
 - ท่านมีแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกอย่างไรบ้าง
 - ท่านมีการประเมินผล / ติดตามการดำเนินงานของบุคลากรในคลินิกหรือไม่ อย่างไร
 - ท่านมีวิธีอย่างไรในการสนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกของท่าน
 - มีปัญหา / อุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่ เช่น ด้านกำลังคน (เพียงพอ/ไม่เพียงพอ – แก้ปัญหาอย่างไร)
- ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ) เป็นต้น

กิจกรรมการให้บริการ

- โครงการ / กิจกรรม ที่คลินิกของท่านให้บริการทั้งด้านการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีอะไรบ้าง กรุณาอธิบายรายละเอียดของแต่ละโครงการ / กิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น ชื่อโครงการ แนวคิดที่มาของโครงการ ลักษณะกิจกรรม วิธีการดำเนินงาน ผลจากการดำเนินงาน ฯลฯ
- มีบริการใดบ้างที่คลินิกของท่านไม่สามารถให้บริการได้ และต้องประสานงานไปยังหน่วยงานอื่น ทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อขอให้มาร่วมให้บริการ และท่านมีวิธีการดำเนินการดังกล่าวอย่างไร
- มีปัญหา / อุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่ เช่น บริบทของพื้นที่เขตเมืองทำให้ไม่สามารถทำงานเชิงรุกได้ / ความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ เป็นต้น ท่านแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างไร

การส่งต่อ

- คลินิกของท่านมีสถานพยาบาลใดเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (ทั้งทุติยภูมิ และตติยภูมิ)
- ท่านมีวิธีการใดในการขอให้หน่วยบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ มาเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ
- ที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนหน่วยบริการรับส่งต่อหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร
- วิธีการส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิกไปยังสถานบริการระดับสูงเป็นอย่างไร
- ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงมักจะเป็นผู้ป่วยในกรณีใดบ้าง
- ท่านมีปัญหา หรืออุปสรรคอะไรบ้างในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับสูง และท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหา อุปสรรคดังกล่าวอย่างไร

- หลังจากส่งต่อผู้ป่วยแล้ว ท่านมีการติดตามผู้ป่วยต่อหรือไม่ อย่างไร
- มีปัญหา / อุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่ เช่น ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อสูงเกินไป / ลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความซับซ้อน / โรคเรื้อรัง ทำให้ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก เป็นต้น ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร

งบประมาณ

- ท่านได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. อย่างไร / จำนวนเท่าใด
- นอกจาก สปสช. แล้ว ท่านได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นอีกหรือไม่ อย่างไร จำนวนเท่าใด
- ตัวเลขค่าใช้จ่าย/เดือน ในคลินิกของท่านเป็นจำนวนเท่าใด (เงินเดือน / ค่าจ้าง / ค่า OT / ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ / ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ / ค่าสาธารณูปโภคต่างๆ เป็นต้น)
- ท่านมีวิธีการในการบริหารจัดการงบประมาณอย่างไร
- มีปัญหา และอุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่ เช่น งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ เป็นต้น ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

- ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่ทำให้คลินิกของท่านดำเนินการได้ประสบความสำเร็จ
- ท่านคิดว่าทิศทางการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่นในอนาคตจะเป็นอย่างไร
- มีความจำเป็นมากน้อยเพียงใดที่คลินิกจะต้องดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน
- หากปัจจุบันท่านยังไม่มีมีการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน สปสช. ควรจะมีการปรับเปลี่ยน / กำหนดนโยบายใหม่อย่างไรบ้าง ให้เอื้อต่อการดำเนินงานเชิงรุก
- ท่านมีข้อเสนออย่างไรบ้างเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น

สำหรับ อสม. ที่ดำเนินการเชิงรุกในชุมชนให้แก่คลินิก

- ท่านเข้าร่วมเป็น อสม. เพื่อดำเนินงานในชุมชนให้แก่คลินิกได้อย่างไร
- กิจกรรมที่ท่านดำเนินการมีอะไรบ้าง กรุณาอธิบายรายละเอียด (ชื่อกิจกรรม / ความเป็นมา / วิธีการดำเนินการ / ความถี่ – ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม)
- ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดำเนินการดังกล่าว
- คลินิกให้การสนับสนุน / ช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร

สำหรับประชาชนผู้มาใช้บริการ

- ท่านทราบหรือไม่ว่าคลินิกให้บริการใดบ้าง และท่านมารับบริการใดจากคลินิกบ้าง
- คลินิกมีการประชาสัมพันธ์ให้ท่านทราบหรือไม่ว่า คลินิกให้บริการอะไรบ้าง
- ท่านคิดว่าลักษณะการให้บริการของคลินิกเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
- คุณภาพการให้บริการของคลินิกเป็นอย่างไร
- ท่านอยากได้บริการใดเพิ่มเติมนอกเหนือจากบริการในปัจจุบัน

ภาคผนวก 5

(ร่าง)
**ข้อเสนอแนะทางเลือกนโยบายเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง
กรณีผู้ป่วยนอกคลินิกภาคเอกชน**

การจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง

การจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง หากพิจารณาในด้านประเภทของสถานพยาบาล อาจแบ่งออกเป็น

1. โรงพยาบาลของรัฐ และหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วย
 - a. โรงพยาบาลของรัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุข
 - b. โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - i. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงต่างๆ เช่น กระทรวงกลาโหม (โรงพยาบาลค่าย)
กระทรวงศึกษาธิการ (โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์)
 - ii. สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
2. โรงพยาบาลเอกชน และหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน

การให้บริการในลักษณะคลินิกชุมชนอบอุ่นนอกเหนือจากความร่วมมือจากภาคเอกชนแล้ว ปัจจุบันเทศบาล จำนวน 7 แห่ง^{*} ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการในลักษณะดังกล่าวนี้ด้วย การดำเนินการเพื่อเสนอข้อเสนอนี้ขึ้นนโยบายในครั้งนี้ มุ่งเน้นเฉพาะในส่วน of คลินิกเอกชนอบอุ่นเท่านั้น เนื่องจากมีช่องว่างขององค์ความรู้ (gaps of knowledge) และมีผู้ทำการศึกษาวิจัยในด้านนี้ไม่มากนัก

คลินิกชุมชนอบอุ่น

สปสช. มีนโยบายขยายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ไร้แรงงาน จึงได้เริ่มโครงการ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” ขึ้น เป็นครั้งแรกในเขตกรุงเทพฯ ในปี 2546 และขยายสู่พื้นที่เขตเมืองของจังหวัดใหญ่ๆ ในเวลาต่อมา

ในด้านวิธีดำเนินการนั้น สปสช. มีประกาศให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน หรือคลินิก หรือกลุ่มวิชาชีพที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด และสถานบริการเหล่านี้จะถูกตรวจสอบคุณสมบัติ และความเหมาะสมด้านที่ตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพพื้นที่

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องคุณสมบัติ มาตรฐาน หน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการ รวมทั้งการจัดเครือข่ายตามระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2544 ได้กำหนดคุณลักษณะในการพิจารณาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยสรุปดังนี้

1. ข้อกำหนดเชิงโครงสร้างคลินิกชุมชนอบอุ่น – สปสช. ได้มีข้อกำหนดเชิงโครงสร้างในเรื่องต่างๆ เช่น พื้นที่ให้บริการ (กำหนดไว้ไม่น้อยกว่า 80 ตารางเมตร) จำนวนบุคลากร ทั้งจำนวนแพทย์ พยาบาล บุคลากรทำงานด้านชุมชน และบุคลากรทางทันตกรรม กรณีที่เปิดบริการทันตกรรม (แพทย์ประจำ 1 คนต่อประชากร 10,000 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 5,000 คน เป็นต้น) โดยในระยะเริ่มต้น ได้เปิดโอกาส

^{*} เทศบาลทั้ง 7 แห่งที่ให้บริการคลินิกชุมชนอบอุ่นได้แก่ เทศบาลเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน เทศบาลเมืองชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ เทศบาลเขาสูง จังหวัดราชบุรี เทศบาลนครราชสีห์มา จังหวัดนครราชสีมา 2 แห่ง เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช และเทศบาลตำบลบ้านพุ จังหวัดสงขลา

ให้คลินิกที่มีประชากรขึ้นทะเบียนจำนวนน้อยสามารถเข้าร่วมโครงการฯ ได้ แต่ให้ทางคลินิกดังกล่าวแบกรับความเสี่ยงเองในระยะเริ่มแรก และสามารถขยายจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนไปจนถึงจำนวนที่ สปสช. กำหนดไว้ต่อคลินิกชุมชนอบอุ่น (ต้องมีประชากรขึ้นทะเบียน 11,000 – 12,000 คน)

2. งบประมาณ – สปสช. จัดสรรงบประมาณต่อหัวให้กับคลินิกชุมชนอบอุ่นตามที่ได้รับงบประมาณจากรัฐบาล โดยไม่มีการหักส่วนของเงินเดือนค่าจ้าง โดยทั่วไปคลินิกชุมชนอบอุ่นจะได้งบประมาณสนับสนุนจากงบประมาณในส่วนของผู้ป่วยนอก (OPD) ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้แล้วในส่วนของงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะจัดสรรให้แก่คลินิกหรือไม่ นั้นเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช. กับคลินิกว่าคลินิกจะให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยหรือไม่ ซึ่งคลินิกส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่ได้รับงบประมาณสำหรับบริการดังกล่าว เนื่องจากมุ่งเน้นงานด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก

3. การบริหารจัดการ - สปสช. ไม่กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการ เปิดให้คลินิกสามารถบริหารได้อย่างอิสระ แต่กำหนดเงื่อนไขบางประการให้คลินิกปฏิบัติ และหน่วยบริการที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นจะต้องถูกประเมินตามเงื่อนไขเหล่านี้ ได้แก่

- คลินิกชุมชนอบอุ่นต้องได้รับอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
- สามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนผู้มีสิทธิทุกวัน รวมเวลาให้บริการไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สามารถเชื่อมต่อกับบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
- สามารถให้บริการรักษาพยาบาลและมีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการ รวมทั้งบริการทันตกรรม ได้ตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด
- มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายสารสนเทศของ สปสช. เพื่อใช้ในการตรวจสอบการลงทะเบียน และจัดส่งข้อมูลให้แก่ สปสช. ตามที่กำหนด
- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการชันสูตร/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งต่อเพื่อรับบริการทางด้านทันตกรรม ในหน่วยบริการอื่นที่ร่วมให้บริการ
- มีเครือข่ายระบบบริการประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ และหน่วยร่วมให้บริการอื่น เช่น ห้องปฏิบัติการ หรือ หน่วยจ่ายยา เป็นต้น
- เครือข่ายที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ สามารถให้บริการได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในระดับทุติยภูมิขึ้นไป (ซึ่งรับส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย) สามารถให้บริการกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง และมีจำนวนเตียงสำรองไว้เพียงพอสำหรับบริการประชาชนที่ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. เป้าหมายของลักษณะการจัดบริการ สปสช. เน้นการให้บริการตามแนวคิดของบริการปฐมภูมิที่ดี ผสมผสานมิติทางการแพทย์และสังคม โดยนำแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพ

5. การควบคุมกำกับ และการรายงาน ให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) หรือ สปสช. เขตพื้นที่ กทม. ในกรณีคลินิกชุมชน

อปุ่ณเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำหน้าัที่ตรวจสอบ และสุ่มประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ/หรือเมื่อมีการร้องเรียนจากผู้รับบริการ และคลินิกชุมชนอปุ่ณมีหน้าัที่จัดทำรายงานตามระบบที่ สปสช. กำหนด

6. คลินิกชุมชนอปุ่ณยังคงอยู่ภายใต้การบังคับใช้ของกฎหมายอื่นที่บังคับใช้แก่สถานพยาบาลเอกชน เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และรวมถึงการบังคับใช้ระเบียบ ข้อบังคับอื่น และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประกาศตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อีกด้วย

รูปแบบคลินิกชุมชนอปุ่ณภาคเอกชน

คลินิกชุมชนอปุ่ณภาคเอกชนอาจจะแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบคือ

1. คลินิกชุมชนอปุ่ณภายใต้โรงพยาบาลเอกชน (คลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน)
2. คลินิกชุมชนอปุ่ณภายใต้การบริหารจัดการเป็นกลุ่ม/เครือข่าย (คลินิกเครือข่าย)
3. คลินิกชุมชนอปุ่ณที่บริหารจัดการโดยแพทย์/ผู้ประกอบการวิชาชีพ (คลินิกเดี่ยว)

โดยมีจำนวนคลินิกชุมชนอปุ่ณจำแนกตามรูปแบบดังกล่าว ดังต่อไปนี้

ลักษณะคลินิกชุมชนอปุ่ณ	จำนวนเครือข่าย	จำนวนคลินิก
คลินิกภายใต้โรงพยาบาลเอกชน	16 เครือข่าย (โรงพยาบาล)	59 คลินิก*
คลินิกบริหารเป็นเครือข่าย/กลุ่ม	14 กลุ่ม	43 คลินิก* ต่างจังหวัด 1 คลินิก**
คลินิกเดี่ยว		กทม. 16 คลินิก* ต่างจังหวัด 17 คลินิก**

หมายเหตุ * ข้อมูลจาก สปสช เขตกทม.

** ข้อมูลจาก สปสช (<http://report.nhso.go.th/hmain/counttype.jsp>)

คลินิกชุมชนอปุ่ณส่วนใหญ่ให้บริการอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และรองลงไปคือจังหวัดนนทบุรี จำนวน 13 แห่ง

โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการคลินิกชุมชนอปุ่ณ ส่วนใหญ่มีคลินิกในเครือข่ายประมาณ 2-3 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนคลินิกเอกชนในเครือข่ายสูง คือ โรงพยาบาลในเครือนวมิตร (โรงพยาบาล 2 แห่ง คลินิก 12 แห่ง) โรงพยาบาลในเครือกล้วยน้ำไทย (โรงพยาบาล 2 แห่ง คลินิก 11 แห่ง) และโรงพยาบาลในเครือเกษมราษฎร์ (โรงพยาบาล 3 แห่ง คลินิก 11 แห่ง)

สภาพปัญหา

ปัญหาการใช้บริการจำนวนมาก

จากข้อมูลรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2551 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยจากเดิมในปี 2548 ผู้ป่วยเฉลี่ย

ให้บริการผู้ป่วยนอก 1.59 ครั้งต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นเป็น 2.14 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2551 ซึ่งจำนวนการเข้าถึงและการมารับบริการที่สถานพยาบาลดังกล่าว มากกว่าการคาดหมายของ สปสช. ที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณบริการสนับสนุนบริการโดยใช้จำนวน 2 ครั้งต่อคนต่อปี เป็นฐานในการคำนวณ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการพบว่า เป็นโรคหรือการเจ็บป่วยที่สามารถให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น โรคระบบทางเดินอาหาร หรือ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง โดยมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ทำให้คลินิกต้องส่งต่อไปสถานพยาบาลในระดับสูงกว่า ทั้งนี้ ในปี 2548 ผู้ป่วยร้อยละ 9 ต้องการการส่งต่อ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.6 ในปี 2550 ซึ่งเป็นอัตราการส่งต่อที่สูงกว่าการคาดการณ์ของ สปสช. ที่คาดไว้เพียงอัตราร้อยละ 3.5-5.6 เท่านั้น

ปัญหาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ทำให้สูญเสียชีวิต คุณภาพชีวิต และเป็นภาระต่อระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคลินิกอบอุ่นด้วยเช่นเดียวกัน โดยพบว่าผู้ป่วยส่งต่อ 1 ใน 3 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคเลือด และโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งทำให้เป็นภาระของคลินิกชุมชนอบอุ่นในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกที่มีการติดตามรักษาต่อเนื่อง

ปัญหาผู้ป่วยย้ายสิทธิ์

สปสช. มีนโยบายให้คลินิกเอกชนสามารถขึ้นทะเบียนร่วมให้บริการในฐานะคลินิกอบอุ่นได้ โดยกำหนดให้จำนวนผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิควรมีประมาณ 10,000 - 12,000 คน อย่างไรก็ตามสำหรับคลินิกชุมชนอบอุ่น สปสช. กำหนดเงื่อนไขจำนวนผู้ประกันตนในเครือข่ายไว้เพียงประมาณ 8,000 คน เพื่อให้มีพื้นที่สำหรับสิทธิว่างจำนวนหนึ่ง สำหรับผู้ประกันตนที่มีความจำเป็นต้องย้ายสิทธิ์จากพื้นที่อื่นให้เปลี่ยนหน่วยบริการและมาขึ้นทะเบียนกับคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อใช้สิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้ มาตรการดังกล่าวยังเป็นการป้องกันคลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่งในการเลือกเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมาขึ้นทะเบียนกับคลินิกของตนเพียงเท่านั้น

การดำเนินการเรื่องสิทธิว่างนี้ ก่อให้เกิดจุดอ่อนในทางปฏิบัติ และทำให้เกิดผลกระทบต่อคลินิกเอกชนจำนวนหนึ่ง ผลจากการศึกษาที่ได้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารคลินิกชุมชนอบอุ่นจำนวน 4 แห่ง พบว่า การย้ายสิทธิ์ของผู้ป่วยมิได้เป็นไปตามเหตุผลและความจำเป็นอย่างแท้จริง สาเหตุของการย้ายสิทธิ์ ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนั้นให้บริการทางการแพทย์จนเป็นที่ยอมรับและประทับใจผู้บริการเพียงเท่านั้น การย้ายสิทธิ์ยังเกิดขึ้นจาก

1. ผู้ประกันตนต้องการได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียง จึงขอโอนย้ายสิทธิ์มายังคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ได้ทำสัญญารับส่งต่อและเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงตามที่ต้องการ เช่น โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น

2. คลินิกขึ้นทะเบียนเดิม

กรณีจากการสัมภาษณ์ พบว่าคลินิกที่รับขึ้นทะเบียนเดิมผลักดันให้ผู้ประกันตนย้ายสิทธิ์ไปยังคลินิกใหม่ โดย

- จำกัดจำนวนผู้ป่วยส่งต่อในแต่ละเดือน - เพื่อลดหรือป้องกันค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งต่อไม่ให้เกินกว่าจำนวนงบประมาณที่ได้รับ คลินิกจึงจำกัดจำนวนการส่งต่อในแต่ละเดือน

ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะได้รับการส่งต่อหรืออาจจะได้รับบริการด้วยคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน จนพิจารณาขอย้ายสิทธิด้วยตนเอง และในขณะเดียวกัน การดำเนินการดังกล่าวอาจเกิดผลร้ายต่อสุขภาพผู้ป่วยเนื่องจากได้รับการรักษาที่เหมาะสมค่อนข้างล่าช้า

- บัดความรับผิดชอบ โดยการให้ข้อมูลคลินิกอื่น และโฆษณาชวนเชื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยย้ายสิทธิ

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ

นอกจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อก็มีจำนวนสูงเพิ่มขึ้นด้วย

ตัวอย่างค่าใช้จ่ายในการส่งต่อจากคลินิกชุมชนอบอุ่นภาคเอกชนแห่งหนึ่ง แสดงถึงการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เพียง 3 เดือนแรกของปี 2551 ยอดส่งต่อสูงกว่า 500,000 บาท (เดือนมกราคม 135,000 บาท เดือนกุมภาพันธ์ 181,000 บาท และเดือนมีนาคม 197,000 บาท) หรือในบางเดือนเช่นเดือนพฤษภาคม มีค่าใช้จ่ายส่งต่อ เกินกว่า 300,000 บาท ซึ่งภายใต้สถานะทางการเงินที่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งต่อจำนวนดังกล่าว คลินิกจะไม่สามารถให้บริการอยู่ได้

อีกตัวอย่างหนึ่งจากคลินิกชุมชนอบอุ่น พบว่าสัดส่วนการจ่ายชดเชยกรณีส่งต่อสถานพยาบาลทุติยภูมิ และตติยภูมิเพิ่มขึ้นทุกปีนับตั้งแต่เข้าร่วมในโครงการ โดยในปี 2548 คลินิกมีสัดส่วนชดเชยกรณีส่งต่อคิดเป็นร้อยละ 6.2 ของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. หรือประมาณ 0.213 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2550 คิดเป็นร้อยละ 43.6 ของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. หรือประมาณ 2.39 ล้านบาท

ข้อเสนอแนะ

การบริหารจัดการระบบ

1. การขึ้นทะเบียน

ปรับเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนคลินิกอบอุ่นเอกชน - สปสช. ควรยกเลิกข้อกำหนดเงื่อนไขให้คลินิกชุมชนอบอุ่นที่ต้องการขึ้นทะเบียนต้องมีความสามารถในการจัดบริการในลักษณะเครือข่ายระบบบริการที่ประกอบด้วยทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และบริการตติยภูมิ และมีระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการที่สูงขึ้นในลักษณะกำหนดหน่วยบริการ โดยควรเปิดโอกาสให้คลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งหนึ่งสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิได้หลายแห่ง ทั้งนี้เพื่อลดการเอาเปรียบจากสถานพยาบาลระดับสูงที่มีต่อคลินิกเอกชน โดยเฉพาะคลินิกเดี่ยว และเปิดโอกาสให้คลินิกชุมชนอบอุ่นและผู้ป่วยมีทางเลือกรับบริการจากสถานบริการที่รับส่งต่อในอนาคต

2. หน่วยบริการทุติยภูมิและหน่วยบริการตติยภูมิเพื่อการส่งต่อ

สปสช. เป็นหน่วยประสานงานจัดทำรายชื่อสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่รับเป็นสถานพยาบาลรับส่งต่อ พร้อมทั้งรายการค่าใช้จ่ายประมาณการของ

หัตถการซึ่งสถานพยาบาลนั้นเรียกเก็บตามราคาของสถานพยาบาล และจัดทำเป็นฐานข้อมูลสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกชุมชนอบอุ่นใน กทม. และปริมณฑล ในการเลือกส่งต่อผู้ป่วย

3. กำหนดชัดเจนระหว่างบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงและสามารถถ่ายโอนจากกรณีผู้ป่วยในมาเป็นการประเภทผู้ป่วยนอก

4. กรณีส่งต่อผู้ป่วย

กรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อ คลินิกสามารถส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใดก็ได้ที่รับเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนและมีรายการราคาไว้ที่ สปสช. แล้ว

ให้แพทย์ผู้ส่งต่อจากคลินิกชุมชนอบอุ่นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถปรึกษาหารือกับผู้ป่วยถึงสถานบริการส่งต่อ ประมาณค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลรับส่งต่อ ค่าใช้จ่ายส่วนที่สามารถเบิกจ่ายได้ และค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มเติม (ถ้ามี) เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกสถานบริการรับส่งต่อ

จัดระบบการปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ผู้ส่งต่อและแพทย์ที่รับส่งต่อ ถึงหัตถการ/บริการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ที่โรงพยาบาลรับส่งต่อคาดว่าจะดำเนินการต่อผู้ป่วย และให้แพทย์ผู้ส่งต่อในฐานะเจ้าของเงินเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะให้ดำเนินการเช่นนั้นหรือไม่

5. จัดให้มีกระบวนการตรวจสอบความเหมาะสมของหัตถการที่ดำเนินการในหน่วยบริการรับส่งต่อในผู้ป่วย มีความเหมาะสมตามหลักเกณฑ์และจริยธรรมทางวิชาชีพหรือไม่ (audit) หากดำเนินการเกินกว่าจำเป็นต่อการวินิจฉัยหรือการรักษาผู้ป่วย สปสช. อาจมีบทลงโทษตามความเหมาะสม

การจัดการทางการเงิน

1. การจัดทำราคากลาง

สปสช. ควรจัดทำราคากลางสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั้งเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่นเดียวกับการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของบริการผู้ป่วยใน เพื่อใช้เป็นแนวทางการจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอก

2. การจัดสรรงบประมาณ

แบ่งงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอกออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 จัดสรรงบประมาณร้อยละ 80-90 ของงบผู้ป่วยนอกทั้งหมดสำหรับบริการผู้ป่วยนอกปกติตามจำนวนประชากรที่คลินิกรับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 กั้นงบประมาณ (ร้อยละ 10-20) จัดสรรไปยัง สปสช. เขต สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่มีราคาแพง เพื่อให้สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เรียกเก็บโดยตรงจาก สปสช.

3. การเบิกจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

ให้แบ่งการเบิกจ่ายออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 - เบิกจ่ายจากผู้ป่วย กรณีที่เกินสิทธิ์ ในลักษณะ co-payment

ส่วนที่ 2 - เบิกจ่ายจากคลินิกส่งต่อ จากงบประมาณผู้ป่วยนอกที่ได้รับจาก สปสช. ทั้งนี้ อาจกำหนดเป็นอัตราเท่ากันในทุกบริการ หรือเป็นสัดส่วนคำนวณจากราคากลางที่ตั้งไว้ของแต่ละบริการก็ได้

ส่วนที่ 3 - เบิกจ่ายจากงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกที่มีราคาแพง ที่กันไว้ที่ สปสช.

ภาคผนวก 6

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
การประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team)		
1. การประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 1 วันที่ 18 มี.ค.51(17.30-19.30 น.) ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานโครงการบริหารจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องในงาน Primary care ร่วมเป็นคณะทำงานเพื่อวางแผนทางวิชาการ – นำข้อมูลทางวิชาการที่มีอยู่ / หาข้อมูลเพิ่ม – สังเคราะห์เป็นทางเลือกทางนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุข	1. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 2. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 3. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 4. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 5. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 6. พ.ญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 7. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 9. คุณอัญญารัตน์ ทองธรรมชาติ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 10. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
2. การประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 2 วันที่ 22 เม.ย. 51 (17.30-20.00 น.) ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	เพื่อวางแผนกิจกรรม / แนวทางการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข	1. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 2. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 3. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 4. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 5. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 6. พ.ญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 7. ศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาภาพ (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) 8. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
3. การประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 3 วันที่ 8 พ.ค. 51 (17.00-20.00 น.) ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	หารือในประเด็นแนวทางการจัดสรรงบประมาณสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ	10. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 1. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 2. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 3. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 4. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 5. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 6. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ) 7. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 8. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 9. นพ.ทินกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 10. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 11. พ.ญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 12. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 13. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 14. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
4. การประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 4 วันที่ 21 พ.ค. 51 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้องประชุม 1	ยกร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข	1. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 2. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 3. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 4. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 5. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ) 6. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข		7. นพ.ทิตกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 8. พ.ญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 9. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 12. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
5. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 5 วันที่ 12 มิ.ย. 51 (17.00-20.30 น.) ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	การพัฒนาศักยภาพสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 3. นพ.นิวัฒน์ จี๋แก้วฟ้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 4. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 5. ศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล) 6. นพ.พินิจ ฟ้าอานวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 7. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 8. นพ.ทิตกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 9. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 10. พ.ญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 11. คุณชลธิ์ หาญเบญจพงศ์ (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข) 12. คุณจวีร์รัตน์ กิจสมพร (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข) 13. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 14. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 15. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		16. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 17. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
6. การประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 6 วันที่ 30 มิ.ย. 51 เวลา 17.30-20.00 น. ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	การพิจารณาโครงการแนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน	1. นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล) 2. พญ.เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์ (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล) 3. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 4. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 5. นพ.สุรจิต สุนทรธรรม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 6. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 7. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 8. ศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล) 9. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 10. พ.ญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 11. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 12. คุณสุทธิดา ฐนัทธวิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 13. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 14. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
7. การประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 7 วันที่ 8 ก.ค. 51 เวลา 17.00-20.00 น.	ยกร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 3. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 4. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 5. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข		6. นพ.พินิจ ผู้อำนวยการ (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 7. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 8. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 12. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
8. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 8 วันที่ 24 ก.ค. 51 เวลา 17.00-20.00 ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	ยกร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข	1. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 2. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 3. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 4. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 5. นพ.พินิจ ผู้อำนวยการ (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 6. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 7. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณเนาวรัตน์ ชุ่มยวง (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณมุกดา สำนวนกลาง (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
9. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core	ปรับแก้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ก่อนจะนำเสนอในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	1. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 2. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 3. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
team) ครั้งที่ 9 วันที่ 14 ส.ค. 51 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข		4. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 5. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 6. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 7. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
10. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 10 วันที่ 26 ส.ค. 51 เวลา 18.00-20.00 ณ ห้องประชุม โรงแรมทีเค พาเลซ	1. การหรือการดำเนินโครงการจัดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้เพื่อพัฒนาสถานีนอมาัย ผ่านโรงพยาบาล ชุมชน 2. การใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลการใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์เพื่อการบันทึกข้อมูลคลินิกเอกชนใน กรุงเทพมหานคร	1. ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์ (โรงพยาบาลกรุงเทพ-ภูเก็ต) 2. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (โรงพยาบาลภูกระดึง) 3. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 4. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 5. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 6. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 7. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
11. การประชุม คณะทำงานวิชาการเพื่อ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 11 วันที่ 12 ก.ย. 51 เวลา	วางแผนการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ พัฒนาสถานีนอมาัยผ่านโรงพยาบาลชุมชน	1. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 3. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (โรงพยาบาลภูกระดึง) 4. นพ.วิริยะ บถพิบูลย์ (โรงพยาบาลชุมพวง จ.นครราชสีมา) 5. นพ.พรเทพ โชติชัยสุวัฒน์ (โรงพยาบาลนครไทย จ.พิษณุโลก)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
17.00-20.00 น. ณ ห้องประชุม โรงแรมที่เคาเลซ		6. นพ.นพดล เสรีรัตน์ (โรงพยาบาลกุดฉินรายณ์ จ.กาฬสินธุ์) 7. นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา (โรงพยาบาลเชียงใหม่ จ.มหาสารคาม) 8. นพ.วิรุฬห์ ลิ้มสวาท (โรงพยาบาลฉวาง จ.นครศรีธรรมราช) 9. นพ.เกษม ตั้งเกษมสำราญ (โรงพยาบาลชาติตระการ จ.พิษณุโลก) 10. นพ.นราพงศ์ ธีระวัชรวิภาส (โรงพยาบาลลำลูกกา จ.ปทุมธานี) 11. นพ.บรรพต พินิจจันทร์ (โรงพยาบาลมโนรมย์ จ.ชัยนาท) 12. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร (โรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี) 13. นพ.อนุวัตร แก้วเชียงหวาง (โรงพยาบาลคำชะอี จ.มุกดาหาร) 14. นพ.พรเจริญ เจียมบุญศรี (โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จ.อุบลราชธานี) 15. นพ.วิโรจน์ รัตนอมรสกุล (โรงพยาบาลท่าหลวง จ.ลพบุรี) 16. นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ (โรงพยาบาลเทพา จ.สงขลา) 17. คุณสายใจ วอนขอพร (มูลนิธิแพทย์ชนบท) 18. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 19. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 20. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 21. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 22. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
12. การประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 12 วันที่ 22	การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 3. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 4. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ก.ย. 51 เวลา 17.30-20.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข		5. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 6. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 7. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณสุพัตรา บุญญาภาพวงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณพฤษภา บุญบุญ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 10. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
13. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 13 วันที่ 22 ก.ย. 51 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิ สาธารณสุขแห่งชาติ	หารือการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 3. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 4. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 5. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 6. คุณสุพัตรา บุญญาภาพวงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 7. คุณนงนุช ป่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
14. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 14 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2551 เวลา 17.30-20.00 น. ณ ห้อง ประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	การพิจารณาร่างข้อเสนอแนะทางเลือกเชิง นโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ กระทรวงสาธารณสุขรอบสุดท้าย ก่อนนำเสนอ อย่างเป็นทางการ	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 3. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 4. นพ.นิวัฒน์ จี๋แก้ววารี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 5. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 6. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 7. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 8. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		9. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 10. พ.ญ.สุพัทธรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 11. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 12. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 13. คุณสุทธิกานต์ ชุณหสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 14. คุณสุพัทธรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 15. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
15. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 15 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2551 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้อง ประชุมกัลปพฤกษ์ 2 โรงแรม ที.เค. พาเลซ	การดำเนินงานถ่ายโอนสถานีนอนมายให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 3. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 4. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 5. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 6. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 7. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 8. พ.ญ.สุพัทธรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 9. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 10. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุทธิกานต์ ชุณหสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 12. คุณสุพัทธรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 13. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
16. การประชุมคณะทำงาน	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดำเนินงานในระบบ	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 16 วันที่ 2 ธันวาคม 2551 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	บริการปฐมภูมิ	2. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 3. ทพ.จเร วิชาติไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 4. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 5. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 6. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 7. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 8. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 9. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 10. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 11. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 12. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 13. รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) 14. ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น) 15. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 16. คุณสุทธิดา ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 17. คุณสุพัตรา บุญญาภาพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 18. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
17. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 17 วันที่ 22	การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาพรวมระบบบริการ ปฐมภูมิ	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 3. สุพัตรา ศรีวิฑิตขจร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 4. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ธันวาคม 2551 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้อง ประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข		5. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 6. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 7. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 8. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 9. Dr.Sebastien Chakrit Punyaratabandhu Bhakdi 10. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 12. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
18. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 18 วันที่ 13 มกราคม 2552 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้อง ประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	การตรวจนิเทศงานและติดตามความก้าวหน้าใน ระบบบริการปฐมภูมิ	1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. พ.ญ.ลัดดา คำการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 3. ทพ.จเร วิชาไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 4. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 5. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 6. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 7. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 8. Dr.Sebastien Chakrit Punyaratabandhu Bhakdi 9. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 12. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 13. คุณวรรณพร บุญเรือง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
19. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 19 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2552 เวลา 17.30-20.00 น. ณ ห้อง ประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	นำเสนอข้อมูลบริการปฐมภูมิเขตเมือง : คลินิก ชุมชนอบอุ่นสังกัดเทศบาล	1. คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) 2. คุณสุรชาติพิทย์ จันทร์ภักษ์ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข) 3. คุณอมรศรี ยอดคำ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข) 4. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 5. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 6. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 7. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 8. สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 9. นพ.พินิจ พ้าอานวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 10. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 11. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 12. Dr.Sebastien Chakrit Punyaratabandhu Bhakdi 13. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 14. คุณสุทธิดา ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 15. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
20. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 20 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2552 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้อง	ผลการศึกษาพิกัดสถานพยาบาลและการเชื่อมโยง ไปสู่การจัดระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	1. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 3. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 4. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 5. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 6. นพ.พินิจ พ้าอานวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข		7. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณวรรณพร บุญเรือง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
21. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 21 วันที่ 10 มีนาคม 2552 เวลา 17.00- 20.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	การวางแผนการดำเนินงานด้านบริการปฐมภูมิใน ระยะ 3 ปีข้างหน้า	1. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 3. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 4. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 5. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 6. นพ.ทิตกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 7. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 8. Dr.Sebastien Chakrit Punyaratabandhu Bhakdi 9. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
22. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 22 วันที่ 23 มีนาคม 2552 เวลา 17.00- 20.00 น. ณ ห้องรวม	ข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาหน่วย บริการปฐมภูมิในเขตเมือง	1. พ.ญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 2. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 3. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 4. นพ.ทิตกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 5. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 6. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
อินทรา 1 โรงแรมหรู แพเวิร์น		7. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
23. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 23 วันที่ 22 เมษายน 2552 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้อง รามอินทรา 1 โรงแรมหรู แพเวิร์น	ตัวชี้วัดบริการปฐมภูมิเพื่อการจัดการบริการที่มี ประสิทธิภาพ	1. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 2. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 3. นพ.ทินกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 4. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 5. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 6. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 7. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
24. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 24 วันที่ 27 พฤษภาคม 2552 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้อง ประชุมลิบร้า ชั้น 3 โรงแรม มิราเคิลแกรนด์	การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด	1. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 2. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 3. ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 4. นพ.ภูวัต จารุกำเนตคนก (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ วัดไร่ขิง) 5. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 6. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 7. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
25. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ	นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นโครงการประเมิน สถานการณ์การคลังระบบบริการปฐมภูมิและ	1. นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 2. คุณพัชรี ธรรมวันนา (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 25 วันที่ 3 มิถุนายน 2552 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้องประชุมเวอร์โก้ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์	พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการติดตามประเมิน	- คุณภาสกร สอนเรือง (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) - คุณสุธีรดา ฉิมน้อย (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) - นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) - ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) - ดร.วลัยพร พัทธนกุล (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) - คุณจิตปราณี วาศวิท (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) - นพ.ทิตนกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) - นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) - นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) - นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) - ผศ.ดร.นุศราพร เกษสมบุญ (มหาวิทยาลัยขอนแก่น) - ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณานุกุณัย (มหาวิทยาลัยนเรศวร) - ดร.ภญ.นิลวรรณ อยู่ภักดี (มหาวิทยาลัยนเรศวร) - นพ.นิพนธ์ ไตวิวัฒน์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี) - ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) - นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) - คุณทัศนีย์ ญาณะ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) - นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) - นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) - นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) - พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		24. นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ) 25. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 26. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 27. คุณสุทธิดานต์ ชุณหสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 28. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
26. การประชุมคณะกรรมการวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 26 วันศุกร์ที่ 14 กรกฎาคม 2552 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย 2552 (Screening) สำหรับระบบบริการปฐมภูมิ	1. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 2. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 3. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 4. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 5. นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล) 6. นพ.สุรจิต สุนทรธรรม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 7. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 8. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณสุทธิดานต์ ชุณหสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
27. การประชุมคณะกรรมการวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 27 วันศุกร์ที่ 24 กรกฎาคม 2552 เวลา 16.30-18.00 น. ณ ห้อง	ประเด็นสำคัญที่จะนำเสนอในเวทีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552	1. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 2. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 3. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 4. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 5. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 6. นพ.ภูวัต จารุกำเนิดกนก (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ วัดไร่ขิง)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ประชุม 1 มูลนิธิ สาธารณสุขแห่งชาติ		7. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณสุทธิดา ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณสุพัตรา บุญญาภาพวงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
28. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 28 วันพุธที่ 26 สิงหาคม 2552 เวลา 17.00-20.00 น. ณ ห้อง ประชุม เมจิก 1 ชั้น 1 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์	ทิศทางการกำหนดงบประมาณ Primary care ของ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข	1. นพ.นิวัฒน์ จี๋งวาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 2. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 3. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 4. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 5. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 6. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 7. ดร.วณิ ปิ่นประทีป (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 8. คุณศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณนงลักษณ์ ยอดมงคล (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. คุณสุทธิดา ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุพัตรา บุญญาภาพวงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
29. การประชุมคณะทำงาน วิชาการเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (Core team) ครั้งที่ 29 วันศุกร์ที่ 11 กันยายน 2552 เวลา 17.30-20.00 น. ณ ห้อง ประชุม 1 มูลนิธิ	นำเสนอข้อมูลโครงการศึกษาการลงทุนทางด้าน สุขภาพของ อบต.	1. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 2. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 3. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 4. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 5. ดร.วณิ ปิ่นประทีป (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 6. คุณศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 7. คุณพวงมณี พิพัฒน์เจริญวงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
สาธารณสุขแห่งชาติ		8. คุณอารีย์ เหมมะธุลิน (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 9. คุณนงลักษณ์ ยอดมงคล (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 10. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 12. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Technical Forum)		
1. การประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ครั้งที่ 2) วันที่ 13 มีนาคม 2551 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	หารือประเด็นสำคัญเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ	1. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 2. ศ.นพ.ไพจิตร ปะบุตร (ประธานคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง สปสช.และ สสส.) 3. ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ (สภาการพยาบาล) 4. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 5. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 6. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 7. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 8. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ) 9. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 10. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ) 11. นพ.ชลอ ศานติวรารณ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่นครราชสีมา) 12. พญ.ลลิตยา กองคำ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 13. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 14. คุณกรรณิกา ปัญญาอนงค์ (คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่) 15. คุณประชาธิป กะทา (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		16. คุณสัมพันธ์ ต่อสติ (สำนักงานเทศบาลพระนครศรีอยุธยา) 17. คุณทัศนีย์ ญาณะ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 18. คุณสุทธิดา ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 19. คุณสุพัทธา บุญญาภาพวงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 20. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 21. คุณอัญญารัตน์ ทองธรรมชาติ (แผนงานร่วม สสส.กับ สปสช.) 22. คุณอ้อยทิพย์ อวยศิลป์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
2. การประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ครั้งที่ 3) วันที่ 22 เมษายน 2551 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	เพื่อให้ทราบสถานการณ์การพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย	1. คุณสุนทรี อภิภูณานนท์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) 2. ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) 3. ทพญ.สุนีย์ วงศ์คงคาเทพ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) 4. คุณพรพิมล จันทรวโรจน์ (คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต) 5. พญ.ลลิตยา กองคำ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 6. ศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุล (ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) 7. นพ.ศักดิ์ดา เมืองคำ (เรือพระพรวังคลินิกเวชกรรม) 8. คุณจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์ (โรงพยาบาลสูงเนิน) 9. ทพญ.ทิพาพร สุโขสิต (สถาบันพระบรมราชชนก) 10. นพ.สุวัช เขียวศิริวัฒนา (สถาบันพระบรมราชชนก) 11. คุณอรพินท์ มุกดาดี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 12. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 13. คุณอ้อยทิพย์ อวยศิลป์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 14. พญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยระบบสุขภาพชุมชน)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		15. ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 16. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 17. รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ (สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) 18. คุณศรายุทธ สมศรี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู) 19. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 20. คุณบำรุง ชะลอเดช (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 21. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 22. นพ.สำเริง แหยมกระโทก (องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา) 23. นพ.ไพจิตร ปวะบุตร (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์) 24. Monica Burns (THAI-EUROPEAN COOPERATION FOR HEALTH) 25. คุณมุกดา สำนวนกลาง (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 26. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 27. คุณสุทธิดา ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 28. คุณสุพัชรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
3. การประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ครั้งที่ 4) วันที่ 30 พฤษภาคม 2551 เวลา 13.30 – 16.00 น. ห้องประชุม 1 มูลนิธิ	เพื่อให้ทราบ 1. ข้อมูลภาพรวมระบบงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้สถานีนอมนายทั้งก่อนและหลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2. ระบบการเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 2. นพ.ปองพล วรปาณี (โรงพยาบาลกบไกรลาค จ.สุโขทัย) 3. นพ.พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี (โรงพยาบาลหล่มสัก จ.เพชรบูรณ์) 4. นพ.พรเทพ โชติชัยสุวรรณ (โรงพยาบาลนครไทย จ.พิษณุโลก) 5. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 6. นพ.ไพจิตร ปวะบุตร (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
สาธารณสุขแห่งชาติ		7. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 8. นพ.วิโรจน์ รัตนอมร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี) 9. พญ.ลลิตยา กองคำ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 10. นพ.ศักดา เมืองคำ (เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม) 11. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 12. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 13. พญ.สมพิศ จำปาเงิน (โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี) 14. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 15. นพ.สุวัฒน์ กิตติติกุล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน) 16. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 17. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 18. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 19. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
4. การประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ครั้งที่ 5) วันที่ 30 มิถุนายน 2551 เวลา 13.30 – 17.00 น. ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	เพื่อนำเสนอ และให้ความเห็นต่อ (ร่าง)โครงการประเมินและพัฒนาระบบข้อมูลการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ	1. ศ.นพ.ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี) 2. นพ. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข) 3. ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) 4. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 5. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 6. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 7. นพ.ประวิ อ่ำพันธ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ) 8. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		9. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 10. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 11. คุณนงนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 12. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 13. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 14. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 15. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
5. ประชุมสนทนากลุ่ม “ประสบการณ์การ ดำเนินงานเพื่อพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่าย” วันที่ 1 กรกฎาคม 2551 เวลา 09.00-16.00 น. ณ ห้อง ประชุม 1 มูลนิธิ สาธารณสุขแห่งชาติ	เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อคิดเห็น และ ประสบการณ์การดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิในเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล ต่างๆ ในพื้นที่	1. คุณลำพาส พิศปุ่น (โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์) 2. นพ.ปกรณ์ ทองวิไล (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา) 3. นพ.วิชัย อัครภาคย์ (โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น) 4. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ (โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา) 5. นพ.ชาญชัย จันทรรักษ์กุล (โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์) 6. พญ.สมพิศ จำปาเงิน (โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี) 7. นพ.ชลิต ทองประยูร (โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ) 8. พญ.จุไรรัตน์ ญาณแก้ว (โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่) 9. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 10. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 11. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 12. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 13. คุณนงนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 14. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		15. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 16. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
6. ประชุมสนทนากลุ่ม “ประสบการณ์การ ดำเนินงาน เพื่อพัฒนาหน่วยบริการ ปฐมภูมิ” วันที่ 22 กรกฎาคม 2551 เวลา 09.30-16.30 น. ณ ห้องประชุม 3-4 สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์	เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานเพื่อ พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่างสถานีนอามัย	1. คุณจรรยาเกียรติ อุทัยโสธร (สถานีนอามัยดงแคนใหญ่ จังหวัดยโสธรX) 2. คุณจรรยาเกียรติ ทองมาก (สถานีนอามัยหนองคันที จังหวัดสระบุรี) 3. คุณชนิษฐา ทวีเดชาชาญ (สถานีนอามัยหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี) 4. คุณบรรพต มัชฌิมา (สถานีนอามัยผานกเค้า จังหวัดเลย) 5. คุณเยาวภา เลียงประยูร (สถานีนอามัยดงละคร จังหวัดนครนายก) 6. คุณวัชรินทร์ ตรุสันทน์ (สถานีนอามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านคลองบางปิ้ง จังหวัดสมุทรปราการ) 7. คุณวาสนา ชาญวิรัตน์ (สถานีนอามัยน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น) 8. คุณสมส่วน บุณยพงศ์ (สถานีนอามัยห้วยขุนราม จังหวัดลพบุรี) 9. คุณสมสวย คำอู (สถานีนอามัยห้วยขะยุง จังหวัดอุบลราชธานี) 10. คุณอารีย์ จันทร์หนู (สถานีนอามัยบ้านท่าลาด จังหวัดพัทลุง) 11. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 12. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ) 13. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 14. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 15. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 16. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 17. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 18. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 19. คุณเนาวรัตน์ ชุมยวง (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		20. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 21. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
7. ประชุมระดมสมอง บทบาทของการบริหาร จัดการระดับส่วนกลาง และ ระดับเขต เพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ วันที่ 23 กรกฎาคม 2551 เวลา 09.00-12.00 น. ณ ห้อง ประชุม 3-4 สถาบันวิจัย จุฬาลงกรณ์	เพื่อหาบทบาทของหน่วยงานระดับส่วนกลาง และระดับเขต ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ	1. Ms. Monica Burn 2. คุณกรรชิต คุณาภูมิ (สปสช.เขตพื้นที่ระยอง) 3. คุณเกวณีน ชื่นเจริญสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) 4. นพ.คำรณ ไชยศิริ (สำนักผู้ตรวจราชการ) 5. นพ.ชลอ ศานติวงศา (สปสช.เขตพื้นที่นครราชสีมา) 6. นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 7. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 8. นพ.อำรงค์ สมบุญตนา (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กระทรวงสาธารณสุข) 9. นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 10. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล (สปสช. เขตพื้นที่กรุงเทพฯ) 11. นพ.ภูมิวิทย์ ขวัญเมือง (สปสช.เขตพื้นที่สุราษฎร์ธานี) 12. คุณวนิดา วิระกุล (สปสช. เขตพื้นที่ขอนแก่น) 13. คุณอนุสรณ์ ศิริโชติ (สปสช.เขตพื้นที่ราชบุรี) 14. คุณอัครัย วัน ย่งยวน (สปสช.เขตพื้นที่พิษณุโลก) 15. คุณอุทัย หมั่นเทียนดิพันธ์ (สปสช.เขตพื้นที่นครสวรรค์) 16. คุณศตกร ฐานสนธิ (สปสช.เขตพื้นที่เชียงใหม่) 17. คุณมาติกา ศิริโสภณ (สำนักตรวจและประเมินผล) 18. คุณลัมภา หทัยธรรมมะ (กระทรวงสาธารณสุข) 19. พญ.วิลาวัลย์ จีประเสริฐ (สำนักผู้ตรวจราชการ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		20. นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) 21. คุณรสสุคนธ์ กังวานเลิศ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) 22. คุณสุนทรี อภิภูณานนท์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) 23. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 24. นพ.พินิจ ฟ้าอานวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 25. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 26. นพ.ถาวร สกฤตพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 27. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 28. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 29. คุณสุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 30. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 31. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 32. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 33. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 34. คุณสุทธิดา ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 35. คุณเนาวรัตน์ ชุมยวง (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 36. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
8. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ระบบการเงินและการจัดสรรงบประมาณ)	เพื่อนำเสนอข้อมูลและให้ความเห็นต่อผลการศึกษาในประเด็น ระบบการเงินและการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทสถานีนอนามัย ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวง	1. นพ.พินิจ ฟ้าอานวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 2. นพ.จักรวาล เผือกคง (โรงพยาบาลหันคา จ.ชัยนาท) 3. ศ.นพ.ไพจิตร ปะบุตร (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์) 4. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
หน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทสถานีอนามัย ภายใต้ความรับผิดชอบของ กระทรวงสาธารณสุข) วันที่ 4 สิงหาคม 2551 เวลา 09.30-12.00 น. ณ ห้อง ประชุมเอ็บสินธุ์ โรงแรม กานต์มณี	สาธารณสุข	5. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 6. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 7. นพ.ชาญชัย จันทิวงษ์กุล (โรงพยาบาลยางตลาด จ.กาฬสินธุ์) 8. คุณศรีวรา คงทอง (โรงพยาบาลหัวไทร จ.นครศรีธรรมราช) 9. นพ.ศักดิ์ เมืองคำ (เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม) 10. คุณสุวรรณา นูวงศ์ (โรงพยาบาลป่าตอง จ.ภูเก็ต) 11. นพ.สุวัฒน์ กิตติดิลกุล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน) 12. พญ.ลลิตยา กองคำ (โรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมา) 13. คุณมะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย (ศูนย์แพทย์ชุมชนศรีชะละเลิง จ.นครราชสีมา) 14. นพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) 15. ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น) 16. คุณพัชนี ธรรมวันนา (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 17. คุณสุนทรี อภิภูยานนท์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) 18. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 19. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 20. คุณสุทธิดา ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 21. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
9. ประชุมประเมินผลการ ดำเนินงานของคลินิกชุมชน อบอุ่นเพื่อสนับสนุน และ	เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน และ การบริหารจัดการ ระหว่างคลินิกชุมชนอบอุ่น	1. คุณจิราพร สร้อยมุกดา (คลินิกนมินทร์) 2. คุณสำรวย บัวจันทร์ (คลินิกนมินทร์) 3. พญ.นันทวรรณ ชุ่มทอง (คลินิกแพทย์ฉัตรดา 1)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
พัฒนาบริการปฐมภูมิ (ครั้งที่ 1) วันที่ 26 สิงหาคม 2551 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย		4. คุณณฐมณต์ พัทธาสิริปกรณ์ (ทัพบกเวชกรรมคลินิกเวชกรรม) 5. คุณทวีพร ยาศรี (คลินิกแพทย์ปัญญา) 6. คุณทัศนีย์ สุทธิไชยากุล (คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลเมืองลำพูน) 7. คุณเบญจมาศ พยัคฆ์เกษม (คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลเมืองชุมแสง) 8. คุณแววดาว ทองอรัญญิก (คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลตำบลเขาสูง) 9. คุณมยุรี ทองกำพร้าว (คลินิกเวชกรรมบางไผ่) 10. คุณรำไพ ศรีนวล (คลินิกเวชกรรมจันทน์สะพาน 4) 11. คุณนิภา โยจจอหอ (เพชรบุรี 12 คลินิกเวชกรรม) 12. คุณละอียด หัสดี (คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย) 13. นพ.ศักดิ์ดา เมืองคำ (เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม) 14. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 15. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 16. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 17. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 18. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 19. คุณสุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 20. นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์ (โรงพยาบาลกรุงเทพ-ภูเก็ต) 21. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (โรงพยาบาลภูกระดัง จ.เลย) 22. คุณทัศนัย ชัยตยาภรณ์ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 23. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 24. คุณสุทธิดา ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
10. ประชุมประสบการณ์การดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อสนับสนุนและพัฒนาบริการปฐมภูมิ (ครั้งที่ 2) วันที่ 17 ตุลาคม 2551 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการ ระหว่างคลินิกชุมชนอบอุ่น	25. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 1. คุณจิราพร สร้อยมุกดา (คลินิกนมวันจันทร์) 2. คุณณัฐมณต์ พัทธาสิริปกรณ์ (ทัพบสุวรรณคลินิกเวชกรรม) 3. คุณทวีพร ยาศรี (คลินิกแพทย์ปัญญา) 4. คุณทัศนีย์ สุทธิไชยากุล (คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลเมืองลำพูน) 5. คุณเบญจมาศ พยัคฆ์เกษม (คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลเมืองชุมแสง) 6. คุณแววดาว ทองอรัญญิก (คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลตำบลเขาสูง) 7. คุณมยุรี ทองกำพร้าว (คลินิกเวชกรรมบางไผ่) 8. คุณรพีพร ศรีนวล (คลินิกเวชกรรมจันทน์สะพาน 4) 9. คุณละอียด หัสดี (คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย) 10. นพ.ศักดิ์ เมืองคำ (เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม) 11. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 12. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 13. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 14. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 15. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 16. คุณสุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 17. คุณทัศนัย ชัยตยาภรณ์ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 18. ดร.ชาติรี ใต้ฟ้าพูล (คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) 19. คุณวิสิฐ อัครวรจกุล (คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) 20. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		21. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 22. คุณสุพัตรา บุญญาภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
11. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (การดำเนินงานถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) วันที่ 26 พฤศจิกายน 2551 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้องประชุมกัลปพฤกษ์ 2 โรงแรม ที.เค. พาเลซ	เพื่อให้ทราบบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบสุขภาพ และการติดตามการถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแนวทางการดำเนินงานทางวิชาการในประเด็นดังกล่าว	1. ดร.สมพันธ์ เตชะอธิก (คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) 2. นพ.วินัย ลิสมิทธิ (โรงพยาบาลคลองขลุง) 3. นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 4. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 5. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 6. คุณอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 7. พญ.บุษกร อนุชาตวรกุล (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) 8. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข) 9. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 10. คุณเยาวมาลย์ เสือแสงทอง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 11. คุณสารศิริ อาจคงหาญ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 12. คุณสุกัญญา ภัทรวิมล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 13. คุณประภาพร โพธิ์ทอง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 14. คุณรพี ไก้ววิเชียร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 15. คุณทองดี มุ่งดี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 16. คุณสมบุญ ทรัพย์พุ่ม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 17. คุณสุวรรณ มานะโรจนานนท์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 18. คุณธนา ยันตรโกวิท (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) 19. คุณพรณวิภา พูลสวัสดิ์ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		20. คุณธีรพัฒน์ คัชมาตย์ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) 21. คุณสิทธิวีร์ วรรณพฤษ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) 22. คุณจิรายุ จงเพชร (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) 23. คุณนิลวรรณ ทนคุ้มทอง(กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) 24. คุณทองเล็ก ปาตังกะโร (มูลนิธิส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) 25. คุณอุบล ยะไวย (องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว จ.เชียงใหม่) 26. คุณอำนาจ อธิธาธิราช (องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์) 27. คุณสมชาย เข็มเอิบ (เทศบาลตำบลบึงยี่โถ จ.ปทุมธานี) 28. คุณธนาวุฒิ ถาวรพรหมณ์ (องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน จ.นครศรีธรรมราช) 29. คุณกษิต ชันธรัตน์ (สมาคมหมออนามัย) 30. รศ.ดร.อุดม ทุมโสมิต (คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์) 31. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 32. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 33. ทพ.จเร วิชาไท (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 34. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 35. คุณจิรบูรณ์ โตสงวน (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 36. ภก.ราชิด จันทรดี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 37. บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 38. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 39. คุณชยภรณ์ ดีเอม (มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์) 40. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		41. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 42. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
12. ประชุมรับฟัง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายใน การพัฒนาหน่วยบริการปฐม ภูมิภายใต้กระทรวง สาธารณสุข วันที่ 22 ธันวาคม 2551 เวลา 13.30- 17.00 น. ณ ห้องประชุม 4 ชั้น 2 สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายใน การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวง สาธารณสุข ต่อผู้บริหารระดับสูงในกระทรวง สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง	1. พญ.ศิริพร กัญชนะ (รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข) 2. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 3. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 4. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 5. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 6. คุณวาสนา วิลัยรัตน์ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 7. คุณปราณี สมานโสถิวงศ์ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 8. นพ.ไพจิตร ปะบุตร (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร) 9. ทพ.จเร วิชาไท (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 10. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 11. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 12. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 13. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะรัศมี (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 14. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 15. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
13. ประชุมวิชาการเพื่อ พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ (การจัดการ กำลังคนในระบบสุขภาพ	เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานจัดการ กำลังคนในระบบสุขภาพชุมชน	1. คุณจุฑารัตน์ สาขานาญ (เทศบาลตำบลลำน้ำพอง จ.ขอนแก่น) 2. คุณสุเวช บัณฑิตยะโส (เทศบาลตำบลลำน้ำพอง จ.ขอนแก่น) 3. คุณชัยณฤทธิ์ สิงห์ทอง (องค์การบริหารส่วนตำบลบึงคั่ว จ.เพชรบูรณ์) 4. คุณชาญชัย อรุณ (องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน จ.นครศรีธรรมราช)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ชุมชน) วันที่ 14 มกราคม 2552 เวลา 09.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม 3-4 สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์		5. คุณไสว จันทรเหลือง (องค์การบริหารส่วนตำบลศรีฐาน จ.ยโสธร) 6. คุณกันยา เกษมราช (องค์การบริหารส่วนตำบลศรีฐาน จ.ยโสธร) 7. คุณทัศนีย์ สุทธิไชยากุล (เทศบาลเมืองลำพูน จ.ลำพูน) 8. คุณวรรณุช ไพโรหิรัญ (เทศบาลนครเชียงราย จ.เชียงราย) 9. ผศ.ดร.ชนวนทอง ธนะสุกาญจน์ (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) 10. รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) 11. ดร.นงลักษณ์ พะไถยะ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ขอนแก่น) 12. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 13. คุณสุนทรี อภิภูณานนท์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) 14. คุณนิชากร ศิริกนกวิไล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 15. คุณสุรชาติพิทย์ จันทรักษ์ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข) 16. คุณอมรศรี ยอดคำ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข) 17. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 18. นพ.ทินกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 19. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 20. คุณสัณญา ศรีรัตนะ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 21. คุณนิภาภรณ์ สาธุชาติ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 22. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 23. คุณสุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 24. Dr.Sebastian Chakrit Punyaratabandhu Bhakdi 25. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		26. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 27. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 28. คุณสุพัตรา บุญญาภาพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
14. ประชุมสนทนากลุ่ม (ประสบการณ์ของท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสุขภาพ) วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2552 เวลา 09.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม 1 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	1. คุณนพดล ณ เชียงใหม่ (องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว จ.เชียงใหม่) 2. คุณอำนาจ อินทธีราช (องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ จ.อุดรธานี) 3. คุณสมชาย อิมเอบ (เทศบาลตำบลบึงยี่โถ จ.ปทุมธานี) 4. คุณประภาส จเรประพาฬ (องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน จ.นครศรีธรรมราช) 5. คุณคุณาสิน หอยนกก (องค์การบริหารส่วนตำบลเขาเจ็ยก จ.พัทลุง) 6. คุณนิคม อุไรรัตน์ (องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งหวัง จ.สงขลา) 7. คุณเกียรติศักดิ์ ชูเกียรติศิริ (องค์การบริหารส่วนตำบลดงละคร จ.นครนายก) 8. คุณอ้อมใจ แสนสุข (องค์การบริหารส่วนตำบลแพ่งพวย จ.ราชบุรี) 9. คุณประวดี กองเมืองปัก (องค์การบริหารส่วนตำบลภูดู่ จ.มหาสารคาม) 10. คุณบุญสินธุ์ วันวิเศษ (องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์งาม จ.กาฬสินธุ์) 11. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 12. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 13. คุณพฤษา บุญบุญ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 14. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 15. ผศ.ดร.จรวรรพ ศรีศัลลักษณ์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 16. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 17. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 18. คุณสุพัตรา บุญญาภาพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
15. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (คลินิกชุมชนอบอุ่น : บริการปฐมภูมิในเขตเมือง) วันที่ 23 มีนาคม 2552 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้องประชุมรวมอินทรา 1 โรงแรมหลุยส์ แทเวอร์น	นำเสนอข้อมูลรูปแบบการดำเนินงานของบริการปฐมภูมิเขตเมือง ประเภทคลินิกชุมชนอบอุ่น	1. คุณณัฐินี บัณฑิตวงค์ (กลุ่มงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) 2. ทพญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) 3. นพ.ไพจิตร ปวะบุตร (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร) 4. คุณละอียด หัสดี (คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย) 5. นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) 6. ณัฐนันท์ ทรัพย์เย็น (เทศบาลตำบลเขาสูง จ.ราชบุรี) 7. สิริกานดา เจนัญญกรณ์ (เทศบาลเมืองชุมแสง จ.นครสวรรค์) 8. ทศนีย์ สุทธิไวยากุล (เทศบาลเมืองลำพูน จ.ลำพูน) 9. วราภรณ์ ประสม (เทศบาลเมืองลำพูน จ.ลำพูน) 10. ดวงกมล สจิริวัฒนากุล (นักวิจัยอิสระ) 11. พญ.อารยา รุ่งเรืองรัตน์ (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร) 12. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 13. คุณไกรจักร แก้วนิล (รองปลัดกรุงเทพมหานคร) 14. นพ.ธำนิษฐ์ สิวราภรณ์สกุล (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา) 15. นพ.วีระพล ธีระพันธ์เจริญ (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา) 16. น.อ.นพ.นภ ตู้อินดา (โรงพยาบาลภูมิพล) 17. พญ.ลลิตยา กองคำ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 18. พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์ (โรงพยาบาลระนอง จ.สงขลา) 19. พญ.บุษกร อนุชาตวรกุล (ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี) 20. ทพ.จเร วิชาติ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 21. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		22. คุณสุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 23. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 24. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 25. คุณประสิทธิ์ ไต้ตระกูล (สำนักงานเทศบาลนครเชียงราย) 26. คุณกาญจนา กาญจนธวัช (สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา) 27. คุณเพชรสจี ชูหิรัญญ์วัฒน์ (สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา) 28. คุณพีระกฤต คณินวรพันธุ์ (สำนักงานเทศบาลนครหาดใหญ่ จ.สงขลา) 29. คุณเฉลิมเกียรติ ปัญญาสว่าง (สำนักงานเทศบาลเมืองแม่สอด จ.ตาก) 30. นพ.ทิตกร โนรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 31. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 32. คุณขจีรัตน์ บุญวิวัฒนาการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย) 33. นพ.รัฐพล เจริญวิชานนท์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 34. นพ.สุเดช วลีอิทธิกุล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 35. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 36. คุณพัชรา เอ่งบริบูรณ์พงศ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) 37. คุณอรุณี อรรถเวชกุล (สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค) 38. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 39. นพ.วศิน ทีฆวณิช (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 40. คุณสุนทรี อภิญานนท์ (สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข) 41. คุณศรีสมร นัยปรี (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) 42. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		43. คุณจิรวรรณ เลียงชีปะชอบ (สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร) 44. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 45. คุณสุทธิดานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 46. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
16. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (การทบทวนตัวชี้วัดบริการปฐมภูมิเพื่อการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพ) วันที่ 22 เมษายน 2552 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้องประชุมรวมอินทรา 1 โรงแรมห้วยสัเทวีรินทร์	เพื่อนำเสนอตัวชี้วัดบริการปฐมภูมิเพื่อการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพ	1. นพ.สุวัฒน์ กิตติดิกลกุล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน) 2. พญ.ประนอม คำเที่ยง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี) 3. คุณนิศยา โชตินอก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา) 4. คุณสัมฤทธิ์ ต่อสติ (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลพระนครศรีอยุธยา) 5. คุณณัฐณี บัณฑิตวงศ์ (กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) 6. คุณศรีสมร นัยปรี (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) 7. ดร.ทัศนีย์ เอื้อบริบูรณ์พงศ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 8. นพ.สุชาติ เลขาภิพัตร (สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข) 9. นพ.ธงชัย ไชยสิทธิ์สวัสดิ์ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 10. คุณวิภา วงศ์เมฆ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 11. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ) 12. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 13. คุณธรรมา หทัยธรรม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 14. นพ.ชวลิต นิลวรรณ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่เชียงใหม่) 15. คุณสายพันธ์ พึ่งพระคุณ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ราชบุรี) 16. นพ.ชลอ ศานติวงศา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่นครราชสีมา) 17. คุณบุญเรือง ชัยสิทธิ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่อุบลราชธานี)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		18. พญ.สายรัตน์ นกน้อย (โรงพยาบาลชลบุรี) 19. พญ.ลลิตยา กองคำ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 20. นวพลวี เพิ่มทองชูชัย (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 21. คุณผุสดี ด้านกุล (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 22. พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์ (โรงพยาบาลระโนด จ.สงขลา) 23. พญ.บุษกร อนุชาตวรกุล (ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี) 24. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 25. คุณไกรยง วิชกุล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 26. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 27. คุณทัศนีย์ ญาณะ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 28. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 29. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 30. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 31. คุณสุพัชรา บุญญาภาพวงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
17. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด) วันที่ 27 พฤษภาคม 2552 เวลา 13.30-17.00 น. ณ ห้อง	เพื่อนำเสนอผลการศึกษาโครงการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด	1. คุณชาญชัย อรุณ (องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน จ.นครศรีธรรมราช) 2. คุณอำนาจ อินทธีราช (องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ จ.อุดรธานี) 3. คุณประวิติ กองเมืองปัก (องค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่ง จ.มหาสารคาม) 4. คุณนงนุช พุทธิประสิทธิ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา) 5. นพ.สุวัฒน์ กิตติดิลกุล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน) 6. พญ.ประนอม คำเที่ยง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี) 7. นพ.ไพจิตร ปวะบุตร (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ประชุมเจมินี ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์		8. พญ.บุษกร อนุชาตวรกุล (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) 9. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 10. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) 11. นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) 12. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 13. คุณชลธิ หาญเบญจพงศ์ (สถาบันพระบรมราชชนก) 14. คุณวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 15. ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ) 16. คุณสัญญา ศรีรัตนะ (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ) 17. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 18. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 19. คุณวุฒิพันธ์ วงษ์มงคล (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 20. คุณทัศนัย ชันตยาภรณ์ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 21. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 22. นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 23. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะวัณ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 24. คุณสุพัตรา บุญญาอนุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
18. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (แนวทางความเป็นไปได้ในการใช้	การนำเสนอผลการศึกษาและแนวทางความเป็นไปได้ในการใช้ตัวชี้วัดเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	1. คุณกฤติยาพร พลาเศรษฐ์ (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) 2. คุณบุปผา จารุณเศรษฐ์ (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) 3. คุณกัญญา บรรจงแจ่ม (โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์) 4. คุณฐวิธ แสงแก้ว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ตัวชี้วัดเพื่อพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ) วันที่ 26 สิงหาคม 2552 เวลา 13.30- 17.00 น. ณ ห้องประชุมเม จิก 1 ชั้น 1 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์		5. คุณบุษบา ใจกล้า (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก) 6. คุณอัญชลี ยอดวิเศษศักดิ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก) 7. นพ.ชาญชัย จันทน์วรชัยกุล (โรงพยาบาลยางตลาด) 8. คุณสมบุญ สารถ (โรงพยาบาลร้อยเอ็ด) 9. คุณธีรพันธ์ โพธิ์พฤษ (โรงพยาบาลทัพทัน) 10. คุณประชา ปาจิตร (โรงพยาบาลทัพทัน) 11. นพ.วีระพล ธีระพันธ์เจริญ (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา) 12. นพ.เศกสรรค์ ชวนะดีเลิศ (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา) 13. คุณตรีศักดิ์ ลีระทอง (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา) 14. คุณนภสร หิรัญภูมิ (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา) 15. คุณสุภารัตน์ สำอางศรี (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา) 16. นพ.อมร รอดคล้าย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่สงขลา) 17. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน) 18. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 19. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) 20. คุณทัศนีย์ ญาณะ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 21. คุณหทัยชนก สุมาลี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 22. ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) 23. นพ.ธีรศักดิ์ ลักษณะนันท์ (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์) 24. คุณปกรณ์เกียรติ พงฉิมพันธุ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา) 25. พญ.ลลิตยา กองคำ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		26. คุณนวลฉวี เพิ่มทองชูชัย (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 27. คุณดุสิตี ด่านกุล (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) 28. นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (โรงพยาบาลประทาย จ.นครราชสีมา) 29. คุณพัชรี ภูวศิริ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) 30. คุณไกรยง วิชกุล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 31. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 32. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 33. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 34. ดร.วณิ ปิ่นประทีป (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 35. คุณศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 36. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธีวัฒน์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 37. คุณอารีย์ เหมะธุลิน (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 38. คุณนงลักษณ์ ยอดมงคล (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 39. คุณสุพัทธรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
19. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (การประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ)	นำเสนอผลการประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ	1. คุณกรรณา บัววัฒน์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี) 2. คุณเกดศิริ ไชยทองศรี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก) 3. คุณจันทิมา บุญลาภ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์) 4. คุณเจียรณัย บัวลอย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี) 5. คุณดำรงค์ ฉิมนิล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู) 6. คุณณณฎาณี โชติการณ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์) 7. คุณนิมิต นวล แสนเหลิม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
สถานพยาบาลปฐมภูมิ) วันที่ 24-25 กันยายน 2552 เวลา 09.00-17.00 น. ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์		8. นพ.ประวิ อัมพพันธุ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ) 9. คุณพรพิมล คำเหลือง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก) 10. คุณพิศ ลีลานนท์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา) 11. คุณวนิดา รุ่งสุวรรณ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย) 12. คุณวงศ์วิระ ศุภมันตา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ) 13. คุณวรชาติ จำเริญพัฒน์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์) 14. คุณวันชัย เหล่าเสถียรกิจ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ) 15. คุณศรุตยา สุทธิรักษ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี) 16. คุณสมบัติ บุญโต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์) 17. คุณสมพิศ ปัญญาชนวัฒน์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี) 18. คุณสุนี อัสวโกวิทพงศ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย) 19. คุณสุพัตรา ศรีสว่าง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก) 20. คุณสุภาวดี เอกอุรุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา) 21. คุณสุชาดา ศิริกิจจารักษ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์) 22. คุณแสงวง หอมน่าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก) 23. คุณแสงทอง แหงมงาม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ) 24. ดร.อัมมาร สยามวาลา (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย) 25. คุณสุรเชษฐ์ แก่นชา (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย) 26. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 27. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข) 28. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		29. นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 30. นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) 31. คุณรัตนาภรณ์ วิเศษสังข์ (กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) 32. นพ.ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร) 33. คุณสมภาพร สุริยพงศ์ (มหาวิทยาลัยนเรศวร) 34. คุณลัดดาวัลย์ เรียบร้อย (มหาวิทยาลัยนเรศวร) 35. นพ.ภูษิต ประคองสาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 36. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 37. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 38. คุณพัชรี ธรรมวันนา (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 39. คุณภาสกร สอนเรือง (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 40. คุณสุธีรดา ฉิมน้อย (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 41. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 42. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 43. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 44. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
20. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (แนวทางการให้บริการเวชกรรมป้องกันทางคลินิกสำหรับบริการ	นำเสนอผลการศึกษาโครงการ “แนวทางการให้บริการเวชกรรมป้องกันทางคลินิกสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ”	1. นพ.สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) 2. พญ.นันทา อ่วมกุล (สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) 3. ผศ.ดร.พญ.นลินี จงวิริยะพันธุ์ (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) 4. นพ.จักรกริช ใจศิริ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 5. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
ระดับปฐมภูมิ) วันที่ 9 ตุลาคม 2552 เวลา 09.00- 12.00 น. ณ ห้องเจมินี ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์		6. นพ.สุรจิต สุนทรธรรม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 7. คุณพุกษา บุญบุญ (สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน) 8. นพ.เชิดชัย นพณิจำรัสเลิศ (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล) 9. พญ.เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์ (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล) 10. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 11. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 12. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
การประชุมเวทีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders Forum)		
1. ประชุมให้ความเห็นต่อร่าง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายใน การพัฒนาหน่วยบริการปฐม ภูมิภายใต้กระทรวง สาธารณสุข วันอังคารที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2551 เวลา 13.30 – 16.30 น.	เพื่อนำเสนอ (ร่าง) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการ พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวง สาธารณสุข	1. ชาญชัย จันทรรักษ์กุล (โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์) 2. พรเทพ โชติชัยสุวรรณ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก) 3. นพ.จักรวาล เผือกคง (โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท) 4. คุณศรีวรา คงทอง (โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช) 5. ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น) 6. คุณบุญส่ง ชำนาญไพร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก) 7. คุณดุสิต พงษ์พิทักษ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์) 8. นพ.สุวัฒน์ กิตติดิลกุล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน) 9. พญ.ประนอม คำเที่ยง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี) 10. นพ.บุญเติม ต้นสุรัตน์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย) 11. นพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) 12. นพ.ศตกร ธนูสนธิ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่เชียงใหม่) 13. นพ.ชาติรี เจริญชีวะกุล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่นครสวรรค์)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		14. นพ.อนุสรณ์ ศิริโชติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ราชบุรี) 15. นพ.ปรีดา แต่อารักษ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่สกลนคร) 16. นพ.สมสันต์ สายวิจิตร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่สระบุรี) 17. นพ.ภูมิวิชัย ขวัญเมือง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่สุราษฎร์ธานี) 18. คุณบุญเรือง ชัยสิทธิ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่อุบลราชธานี) 19. นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) 20. คุณร่มภา หทัยธรรม (สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข) 21. นพ.ธำรง สมบุญตนนท์ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) 22. นพ.ไพจิตร ปวะบุตร (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร) 23. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ) 24. นพ.ฐวิทย์ ลิขิตยิ๊งวรา (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 25. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 26. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ (สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) 27. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ) 28. คุณสุนทรี อภิญานนท์ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) 29. นพ.นิวัฒน์ จี๋กังวฬ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 30. คุณจรัสรัตน์ กิจสมพร (สถาบันพระบรมราชชนก) 31. คุณชลธิ์ หาญเบญจพงศ์ (สถาบันพระบรมราชชนก) 32. ทพญ.ทิพาพร สุโสมิต (สถาบันพระบรมราชชนก) 33. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 34. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ประเด็น/กิจกรรม	วัตถุประสงค์/นโยบายที่ต้องการให้เกิด	รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
		35. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 36. คุณวนิดา ช่วยปลอด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) 37. พญ.สุพัตรา ศรีวิชชากร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) 38. ภก.ราชิด จันทร์ดี๊ะ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) 39. คุณสมาลี ประทุมพันธ์ (โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข) 40. คุณน้องนุช บ่อคำ (แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 41. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 42. คุณสุทธิกานต์ ชุณหรัศมิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 43. คุณเนาวรัตน์ ชุมยวง (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) 44. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)