

รายงานสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2554

โดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

คำนำ

รายงาน สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ภายใต้การสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วัตถุประสงค์เพื่อติดตาม ประเมิน สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวมอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และรวมทั้งเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการวางแผนระบบสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ

สถานการณ์ฉบับนี้ดำเนินการโดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และข้อมูลจากการศึกษา สถานการณ์และระบบติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิใน 12 จังหวัด ในปี 2553 โดยได้เสนอให้เห็นถึง แนวโน้มทางนโยบาย และแผนการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในด้านจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานการณ์ด้านกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานการณ์ด้านการบริหารจัดการเครือข่ายและงบประมาณ รวมถึงสถานการณ์ผลงาน และคุณภาพ การดำเนินงานที่เป็นอยู่ของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

ในฐานะผู้รับผิดชอบการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 หวังเป็นอย่างยิ่งว่า สถานการณ์ฉบับนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่ใช้เป็นฐานในการพัฒนาข้อเสนอเพื่อระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยในก้าวต่อไป

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

กรกฎาคม 2555

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ก

สารบัญตาราง

ข

สารบัญแผนภูมิ

ง

สารบัญภาพ

จ

บทที่ 1 สถานการณ์ด้านนโยบายและการสนับสนุน

1

1.1 แนวนโยบายและการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

1

1.2 แนวนโยบายและการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3

1.3 การขับเคลื่อนมิติสุขภาพในประเด็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
และประเด็นที่เกี่ยวข้อง

5

1.4 การพัฒนาระบบคุณภาพที่เชื่อมต่อโรงพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิ

7

บทที่ 2 สถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

9

2.1 จำนวน

9

2.2 คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

9

บทที่ 3 สถานการณ์ด้านกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

15

3.1 การกระจายกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ

15

3.2 การพัฒนาด้านกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ

22

3.3 บทบาทและลักษณะการทำงาน และบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ

24

บทที่ 4 สถานการณ์ด้านการจัดการเครือข่ายและงบประมาณ

35

4.1 งบประมาณสนับสนุนผ่านกองทุนสุขภาพตำบล

39

บทที่ 5 ผลงาน และคุณภาพบริการปฐมภูมิ

44

บทที่ 6 บทสังเคราะห์และสรุป

50

ภาคผนวก 1 สรุปภาพพัฒนาการของการนำนโยบายสู่ปฏิบัติการ

53

เพื่อให้เกิดกาพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในบริบทต่างๆ	9
ตารางที่ 2 ผลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ ปี 2554 จำแนกตามสังกัด	10
ตารางที่ 3 เกณฑ์ที่ไม่ผ่านของหน่วยบริการปฐมภูมิ 2554	10
ตารางที่ 4 เกณฑ์ที่ไม่ผ่านของหน่วยบริการประจำปี 2554	11
ตารางที่ 5 รายงานผลจำนวนหน่วยบริการที่ได้รับบน on top ปี 2554 จำแนกตามสังกัด	13
ตารางที่ 6 ประชากร UC ที่รับผิดชอบแยกตามช่วงประชากร	13
ตารางที่ 7 เวลาการเปิดให้บริการของบริการปฐมภูมิที่ได้รับบนตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On top payment)	14
ตารางที่ 8 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพ ของสถานีนอนาเมย์ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) รายภาค ปี 2554	15
ตารางที่ 9 การกระจายของแพทย์แยกตามต้นสังกัด และระดับสถานบริการ ปี 2543 – 2550 และ 2553	16
ตารางที่ 10 จำนวนและสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรจำแนกตามสังกัดรายภาค ปี 2553	17
ตารางที่ 11 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร จำแนกตามภาคและกรุงเทพฯ ปี 2552	17
ตารางที่ 12 แสดงการกระจายตัวของทันตบุคลากรจำแนกตามหน่วยงาน ในกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552	18
ตารางที่ 13 การกระจายพยาบาลตามสังกัดและระดับสถานบริการระหว่างปี 2543 -2553	19
ตารางที่ 14 การกระจายของเภสัชกรแยกตามระดับสถานบริการ ระหว่างปี 2543 -2553	19
ตารางที่ 15 การกระจายของนักกายภาพบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553	20
ตารางที่ 16 แสดงการกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงาน ในสถานบริการตามภูมิภาค ปี 2553	21
ตารางที่ 17 การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพแยกตามระดับสถานบริการในปี 2553	21
ตารางที่ 18 ร้อยละของการเห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นต่อระบบบริการปฐมภูมิของบุคลากร ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	24
ตารางที่ 19 หน่วยบริการที่มีบทบาทการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และโรคเรื้อรังจำแนกตามจังหวัด	25

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 20	ร้อยละบทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง ปี 2553	26
ตาราง 21	ร้อยละการเยี่ยมบ้าน และจำนวนเฉลี่ยต่อครั้งในแต่ละประเภทการ เยี่ยมบ้านแยกตามจังหวัด	27
ตาราง 22	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการทำงานร่วมกับชุมชนในแต่ละ ลักษณะเปรียบเทียบ 12 จังหวัด ปี 2553	29
ตาราง 23	รายได้เฉลี่ย และสัดส่วนค่าตอบแทนของบุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	30
ตาราง 24	ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย ของบุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	30
ตารางที่ 25	ระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	31
ตารางที่ 26	ระดับความมั่นใจ และความพึงพอใจต่อผลงานของบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	33
ตารางที่ 27	ปัจจัยจูงใจ หรือความสนใจในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องของบุคลากร ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	34
ตารางที่ 28	เปรียบเทียบการบริหารงบประมาณจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2552- 2554	36
ตารางที่ 29	แสดงจำนวนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เข้าร่วม จำแนก สปสช.เขต ปี 2554	39
ตารางที่ 30	แสดงจำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2553-2554	41
ตารางที่ 31	แสดงจำนวนกิจกรรมรายการกลุ่มโรคที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นปีงบประมาณ 49-54	42
ตารางที่ 32	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีในกลุ่มอายุ 30-60 ปี จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2553	46
ตารางที่ 33	ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและผู้มีความเสี่ยงต่อกลุ่ม โรคเมตาบอลิกปีงบประมาณ 2551-2553	47
ตารางที่ 34	จำนวนการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ในกลุ่มผู้ใหญ่ ปีงบประมาณ 2547-2553	48
ตารางที่ 35	การรับผู้ป่วยเบาหวานไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่างๆ ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปแสนคน ปี2548-2553	49

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2550 – 2554	11
แผนภูมิที่ 2 จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ปี 2550-2554	24
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละการเยี่ยมบ้าน และจำนวนเฉลี่ยต่อครั้งในแต่ละประเภทการเยี่ยมบ้าน แยกตามจังหวัด	27
แผนภูมิที่ 4 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการทำงานร่วมกับชุมชน ในแต่ละลักษณะเปรียบเทียบ 12 จังหวัด ปี 2553	28
แผนภูมิที่ 5 ทิศทางการเพิ่มขึ้นของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี 2545- 2554	35
แผนภูมิที่ 6 งบประมาณในระบบ UC ที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับ	38
แผนภูมิที่ 7 รายรับทั้งหมดของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแหล่งงบประมาณ	38
แผนภูมิที่ 8 เปรียบเทียบจำนวนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เข้าร่วม จำแนกสปป.เขต ปี 2554	40
แผนภูมิที่ 9 กราฟเปรียบเทียบจำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2553-2554	41
แผนภูมิที่ 10 จำนวนกิจกรรมรายกลุ่มโรคที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปี 2549-2554	43
แผนภูมิที่ 11 อัตราการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อครั้งต่อปีในช่วง 2546- 2553	44
แผนภูมิที่ 12 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาล ปี 2546 - 2554	45
แผนภูมิที่ 13 แนวโน้มของการคัดกรองมะเร็งเต้านมและอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2548-2553	47

สารบัญภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 สรุปพัฒนาการของการนำนโยบายสู่ปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ	3
แผนภาพที่ 2 สรุปพัฒนาการเพื่อผลักดันให้มีระบบบริหารจัดการคุณภาพ ระบบบริการปฐมภูมิ	8
แผนภาพที่ 3 การกระจายของสถาบันหลักและสมทบเพื่อการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวตามภูมิภาค	22

รายงานผลการดำเนินงานโครงการสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
(เมษายน 55 – มิถุนายน 2555)

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

สืบเนื่องจากบันทึกความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขในการจัดตั้งสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพข.) เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2552 ณ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา จังหวัดนครปฐมนั้น ทางสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ได้จัดทำแผนงานระยะ 3 ปี (2553-2555) โดยการสนับสนุนงบประมาณด้านการบริหารจัดการและดำเนินงานในบางส่วนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการจัดการความรู้ และวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่พึ่งตนเองได้และยั่งยืน โดยเน้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ กลไกสนับสนุน และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

จากข้อตกลง เลขที่ สวรส.54-043 ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2554 – 30 มิถุนายน 2555 สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นั้นทางสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภายใต้สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ขอสรุปผลงานสำคัญงวดที่ 3 ระหว่าง 1 เมษายน 2555 – 30 มิถุนายน 2555 (ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา) ดังต่อไปนี้

กิจกรรมดำเนินการและผลผลิตในช่วงระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีดังนี้

1.การศึกษาวิจัยเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์ และระบบบริการปฐมภูมิ โดยสำนักงานฯ ได้ดำเนินการศึกษา และทบทวนเพื่อกำกับติดตามสถานการณ์ และระบบบริการปฐมภูมิต่อเนื่องจากสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ.2553 ทางสำนักงานฯ ได้จัดทำรายงานสถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิประจำปี 2554 ฉบับสมบูรณ์ ซึ่งเป็นรายงานที่ได้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบันในเรื่องสถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเสนอให้เห็นถึงแนวโน้มทางนโยบาย และแผนการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในด้านจำนวนหน่วยบริการ สถานการณ์ด้านกำลังคน สถานการณ์ด้านการจัดการเครือข่ายและงบประมาณที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผลลัพธ์ และคุณภาพการดำเนินงานที่เป็นอยู่ของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

ผลผลิต

รายงานสถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิประจำปี 2554 ฉบับสมบูรณ์ (เอกสารแนบ 1)

2. กิจกรรมร่วมกับองค์กรภาคี และ สวรส. ซึ่งสพช.มีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการในการพัฒนาเครือข่ายวิจัยและพัฒนาในระดับพื้นที่ และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในส่วนกลางในช่วงระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

2.1 ร่วมดำเนินงาน ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสำนักงานวิจัย ครั้งที่ 5 “วิถี R2R เรียบง่าย คุณภาพ ครบวงจร” ระหว่างวันที่ 10-12 กรกฎาคม 2555 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และองค์กรเครือข่าย R2R โดยมีบทบาทร่วมในการเป็นคณะกรรมการรับผิดชอบงาน R2R ในประเด็นการสังเคราะห์ความรู้จากผลงานวิจัย R2R ระดับปฐมภูมิ และร่วมเป็นคณะทำงานรับผิดชอบห้องย่อยวิชาการจำนวน 5 ห้อง ดังนี้

- ห้องย่อย R2R เครือข่ายสาธารณสุขท้องถิ่น
- ห้องย่อย R2R Clinic: เขียนบทคัดย่ออย่างไรถึงไม่ได้รางวัล
- ห้องย่อย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงาน R2R ดีเด่น “ยกระดับสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้แข็งแกร่ง ด้วยงานวิจัย R2R”
- ห้องย่อยที่ R2R Clinic : ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้อยู่
- ห้องย่อยเครือข่ายที่มีชีวิต : เครือข่ายนครชัยบุรินทร์ “เรียบง่าย แต่ไม่ไม่ม่่ง่าย Design for life”

ผลผลิต

เนื้อหาโดยสรุปจากห้องย่อยวิชาการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสำนักงานวิจัย ครั้งที่ 5 “วิถี R2R เรียบง่าย คุณภาพ ครบวงจร” (เอกสารแนบ 2)

สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2554

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

สถาบันพัฒนาระบบสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2554 มาจากการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์จาก เอกสารรายงานวิจัย เอกสารการประชุม และรายงานผลการดำเนินการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลส่วนใหญ่ นำมาจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของ กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การที่ดำเนินงานวิจัยเฉพาะประเด็นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตลอดจนองค์ความรู้ต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นเอกสารนำเข้า และใช้อ้างอิงในการ สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระดับต่างๆ ต่อไป

บทที่ 1 สถานการณ์ด้านนโยบายและการสนับสนุน

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานหลัก สองส่วน คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยที่รับผิดชอบนโยบาย และการวางแผนระบบสาธารณสุขในภาพรวมของ ประเทศ และ อีกหน่วยงานคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดสรร งบประมาณสนับสนุนการบริการสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เป็นงบประมาณส่วนใหญ่ในระบบบริการ สุขภาพปัจจุบัน และเป็นฐานใหญ่ในการเป็นหน่วยบริการประจำเพื่อจัดบริการพื้นฐานสำคัญให้แก่ประชาชน

1.1 แนวนโยบายและการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข จากนโยบายระดับประเทศที่กำหนดในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) เน้นเนื้อหาการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคม การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพและ การแพทย์ที่ผู้รับบริการพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข รวมทั้งสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคาม สุขภาพ พันธกิจหลักของแผนดังกล่าวเน้นการสร้างเอกภาพทางความคิด สร้างวัฒนธรรมสุขภาพ สร้างดุลยภาพและ บูรณาการการพัฒนา สร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างภาวะผู้นำที่สร้างสรรค์และสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ เน้นหา ในยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนฯ ในด้านระบบบริการสุขภาพ กำหนดให้มีการสร้างระบบสุขภาพชุมชน และเครือข่ายบริการปฐม ภูมิที่เข้มแข็ง เพื่อสนับสนุนให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มี หัวใจความเป็นมนุษย์

สรุปเหตุการณ์ของการนำนโยบายสู่ปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยสังเขปตามเงื่อนไข เวลา ดังนี้

กรกฎาคม – ธันวาคม 53 จากนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการยกระดับสถานีอนามัย หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็น รพ.สต.จำนวน 9,770 แห่งทั่วประเทศ ก่อให้เกิดแนวทาง

การพัฒนาแต่ละด้านตามแนวปฏิบัติ การปรับปรุงอาคารสถานที่ และพลังเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการรับรู้ และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างทั่วถึง

มกราคม 54 มีการศึกษาเชิงสำรวจด้านกำลังคนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 1 อย่างเป็นทางการ หลังประกาศนโยบาย ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์ด้านกำลังคนของรพ.สต.โดยสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สป.รพ.สต.)

กุมภาพันธ์ 54 กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติปี 2554(P&P National Priority Program:NPP)จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 30 ล้านบาท ภายใต้ชื่อโครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2554 และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.และประสานการสนับสนุนการพัฒนาจากหน่วยงาน/แหล่งทุนเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต. ทำให้เกิด

หลักสูตร/คู่มือ/แนวทางการพัฒนารพ.สต. ตามกลุ่มเป้าหมายที่รพ.สต.ต้องดูแลในพื้นที่ รวมทั้งความรู้ ประสบการณ์ แนวทางด้านการบริหารจัดการ

ชุดโครงการการจัดการ สนับสนุนกลไกการจัดการและสังเคราะห์ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพรพ.สต. ทั้งในด้านบริการ และการสร้างการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของชุมชน

ชุดผลงานวิจัยประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายพัฒนารพ.สต.รวมทั้งประเด็นนำเสนอระดับนโยบาย

สิงหาคม - ธันวาคม 2554 มีการประกาศนโยบายเพื่อเน้นย้ำพร้อมแนวทางการปฏิบัติ รวมทั้งกำหนดกลไก คณะกรรมการพัฒนารพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (คสม.) ด้วยแนวทางการพัฒนา คือ การจัดทำแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (service plan)ในรูปแบบเครือข่ายบริการภายใต้หลักการบริหารแบบไร้รอยต่อใน 4-8 จังหวัด ดูแล ประชากรประมาณ 5 ล้านคน ในแต่ละเครือข่าย รวมทั้งหมด 12 เครือข่ายทั่วประเทศ โดยมีกรรมการบริหารเครือข่าย การ จัดระบบบริการ การส่งต่อ และการเงินการคลังของเครือข่ายบริการ กลยุทธ์การดำเนินการโดยเฉพาะ สำหรับหน่วยบริการ ปฐมภูมิ มี 2 ประเด็น คือ

- เขตเมือง ให้เกิดศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองโดยร่วมมือกับรัฐ เอกชนและท้องถิ่นตามบริบทที่หลากหลาย โดย รับผิดชอบดูแลประชากรประมาณไม่เกิน 30,000 คน จำนวน 226 แห่ง
- พัฒนาศักยภาพรพ.สต.ขนาดใหญ่ซึ่งมีประชากรรับผิดชอบมากกว่า 8,000 คน จำนวน 1,000 แห่ง

ธันวาคม 54 มีการติดตามผลดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์การยกระดับ ได้ผลดังนี้ การจัดทำปายและโลโก้ (ร้อยละ 30) การจัดบุคลากรตามเกณฑ์ (รพ.สต.เดี่ยว และรพ.สต.เครือข่าย) รวมจำนวนร้อยละ 75 การมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงกับรพ.แม่ข่าย (ร้อยละ 83) การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารรพ.สต.(ร้อยละ 91) รวม รพ.สต.จำนวนร้อยละ 26 ที่มีการดำเนินการแล้วในทุกเรื่องดังกล่าวข้างต้น

โดยพัฒนาการการดำเนินการที่สำคัญตามเงื่อนไขเวลาสรุปได้ตามแผนภาพที่ 1 และรายละเอียดสำคัญอยู่ใน ภาคผนวกที่ 1 ตารางสรุปภาพพัฒนาการของการนำนโยบายสู่ปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

แผนภาพที่ 1 สรุปพัฒนาการของการนำนโยบายสู่ปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ



1.2 แนวนโยบายและการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรหนึ่งในภาคีสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่บริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีการดำเนินงานภายใต้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555 – 2559 ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

1. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกและมาตรการคุ้มครองด้านประกันสุขภาพสำหรับทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย
2. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ และปราศจากช่องว่างกับองค์กรด้านสุขภาพ/ภาคีทุกภาคส่วนเพื่อนำไปสู่ความเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน

3. สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการโดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
4. หนุนเสริมระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศ ให้เกิดการบริการที่เชื่อมโยง สอดคล้อง และกลมกลืนกัน
5. เสริมสร้างและพัฒนาธรรมาภิบาล ของการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ

จากยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเห็นได้ว่า สปสช.ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการปฐมภูมิ โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา สปสช.ได้สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่สำคัญ 2 ประการคือ การพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิ และการสนับสนุนการจัดการบุคลากร ดังนี้

การพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนเชิงโครงสร้าง ทรัพยากรหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ได้ตามมาตรฐานเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ ผ่านงบลงทุนเพื่อการพัฒนาหน่วยบริการ

สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง เขตชนบท และพื้นที่ทุรกันดาร เสี่ยงภัย ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ตามความพร้อมและความสมัครใจของหน่วยบริการ โดยพัฒนาไปสู่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System: DHS)

สนับสนุนกลไกการบริหารจัดการระดับจังหวัดและระดับอำเภอ รวมทั้งร่วมมือในการพัฒนานโยบายระดับชาติ ที่สนับสนุนกลไกการทำงานที่เอื้อต่อการจัดบริการปฐมภูมิ

การใช้กลไกการเงินกระตุ้นและจูงใจให้เกิดการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย จัดงบตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (On top payment) สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านการจัดบริการ ด้านการบริหาร และผลงานบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนเพื่อผลิต พัฒนา และกระจายบุคลากรบริการปฐมภูมิ โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์การวิชาชีพสถาบันการศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาผู้นำด้านการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยนเรศวรจัดหลักสูตรปริญญาโทสำหรับผู้บริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยทดลองนำร่องจำนวน 3 รุ่น ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน

การพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนี้

- โครงการเพิ่มพูนศักยภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (In-service training) เป็นการเรียนขณะปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากสถาบันฝึกอบรมหลัก ใช้เวลาเรียน 3 ปี เมื่อจบแล้วสามารถสอบเพื่อขอรับวุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน
- โครงการแพทย์ชนบทคืนถิ่น “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” ภายใต้สนับสนุนจาก “ทุนการกุศลสมเด็จพระเจ้า และ ทุนการกุศล กว” ให้ทุนแพทย์ที่มีอุดมการณ์ในการดูแลประชาชนในถิ่นทุรกันดาร มีความทุกข์ยาก ได้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนา เป้าหมายปีละ 20 ทุน
- การสนับสนุนศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิระดับเขต 18 เขต จัดการอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้แก่แพทย์และทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ
- ปีงบประมาณ 2555 มีโครงการเพิ่มพูนประสบการณ์วิชาชีพปฏิบัติครอบครัวสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานบริการปฐมภูมิในชุมชน ระยะเวลา 1 ปี (Family Practice Learning :FPL) เพื่อสนับสนุนให้แพทย์พัฒนาการใช้ทุน และยังคงเลือกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว โดยใช้ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นฐานการเรียนรู้

การสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อให้มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความรู้ความสามารถ ในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การวางแผนแก้ปัญหาทั้งในหน่วยบริการ และในชุมชน ให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยความร่วมมือกับสภาการพยาบาล และสถาบันผลิตทั่วประเทศ โดยมีการปรับปรุงหลักสูตรและแนวทางจัดการเรียนการสอนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป รวมทั้งการสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนให้หมั่นกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนางานกายภาพบำบัดชุมชน สนับสนุนงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในชุมชน จัดเวทีวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเสริมพลังเครือข่าย โดยความร่วมมือกับสภากายภาพบำบัด และสมาคมกายภาพบำบัด

1.3 การขับเคลื่อนมิติสุขภาพในประเด็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และประเด็นที่เกี่ยวข้อง

การขับเคลื่อนมิติสุขภาพในประเด็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน ดังนี้

ความก้าวหน้าสมัชชา 2 มิติ 4 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2552 ดังนี้

- การประชุมติดตามคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2554 (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2554) มิติ 3 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน ได้เสนอให้สำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติ ขยายวงของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยเพิ่มกลุ่มผู้รับผิดชอบด้านพัฒนาการแพทย์ เพราะสามารถเป็นกำลังสำคัญในการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพบริการ ไม่เฉพาะการสร้างคู่มือการให้บริการแต่อาจรวมไปถึงการติดตาม/ประเมินคุณภาพในเชิงคลินิก ซึ่งจะนำไปสู่การใช้การแพทย์อย่างสมคุณค่าเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

- การประชุมผู้แทนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน(บีโอไอ) ได้มีข้อแลกเปลี่ยนเรื่องภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขของไทยซึ่งมีข้อจำกัดด้านบริการและทรัพยากรบุคคลและผลกระทบจากการพัฒนาศูนย์แพทย์เฉพาะทาง จึงมีข้อเสนอเบื้องต้น 1) เสนอให้สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนระงับประเภทกิจการที่มีผลกระทบมาก่อน ซึ่งได้แก่ ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง กิจการเวชศาสตร์ฟื้นฟู และศูนย์บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2) เสนอให้สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนพิจารณาสนับสนุนเรื่องที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับคนไทย ได้แก่ ส่งเสริมเครือข่ายปฐมภูมิ (Primary Care) โดยเฉพาะในเขตเมือง และเสนอให้ปรับจากสนับสนุนโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงขึ้นไป เป็น 30 เตียงลงมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่บริการปฐมภูมิ และต้องการแพทย์ทั่วไป(General Practice)

ความก้าวหน้าจากสมัชชา 2 มติ 7 การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2552 ดังนี้

- สปสช. มีจัดสรรงบประมาณกองทุนแพทย์แผนไทยเพื่อสนับสนุนการใช้จ่ายตามรายการยาเป็นจำนวน 1.50 บาทต่อหัวประชากร เพื่อเร่งรัดให้มีการจัดระบบบริการด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย ควบคู่การแพทย์แผนปัจจุบัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อที่เหมาะสม และให้สามารถเข้าสู่หลักประกันสุขภาพได้
- งบประมาณกองทุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 7.75 บาทต่อหัวประชากร
- ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และให้มีนักการแพทย์แผนไทยให้บริการใน รพ.สต. และมีแผนให้ครอบคลุม รพ.สต.ทั่วประเทศ ภายใน 5 ปี

ความก้าวหน้าจากสมัชชา 2 มติ 11 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2552

- กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการมัลติดิสแท้นแบบ มีศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งการยกระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็น รพ.สต. และการพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่งให้มีศักยภาพในการฟื้นฟู
- ในปี พ.ศ.2555 สปสช. มีการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด โดยสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำและเครือข่ายจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัวตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการกระจายตามชุดกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

จำนวน 58.86 บาท ต่อประชากรไทยทุกคน สำหรับดำเนินการตามชุดกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีชุดกิจกรรม ได้แก่ บริการตรวจคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค Metabolic (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

1.4 การพัฒนาระบบคุณภาพในเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ

ด้วยเป้าหมายที่จะต้องการให้ระบบบริการปฐมภูมิ สามารถเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยอยู่บนพื้นฐานของการดูแลตนเอง ครอบครัว และร่วมแก้ปัญหาในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิจึงต้องให้บริการอย่างใกล้ชิด มีคุณภาพ มาตรฐาน สามารถเข้าถึงประชาชน

การที่ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพนั้น หน่วยบริการและเครือข่าย ต้องมีการประกันคุณภาพบริการซึ่งหลายหน่วยงานให้ความสำคัญ สำนักงานหลักประกันสุขภาพร่วมกับสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภายใต้สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดทำโครงการกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นมา เพื่อผลักดันให้มีระบบบริหารจัดการคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีการดำเนินการเป็นระยะๆ ดังต่อไปนี้

ปี 2549 ปีแรกเป็นการพัฒนารอบแนวคิด แนวทางการพัฒนา รวมถึงเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Malcolm Baldrige ซึ่งในประเทศไทยได้มีการประยุกต์มาเป็นระบบคุณภาพของหน่วย เพื่อให้สอดคล้องกับระบบการพัฒนาคุณภาพในส่วนการบริหารจัดการภาครัฐ และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)

ปี 2550 ได้มีการทดลองพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโดยนำกรอบแนวคิดและเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ ภายใต้ชื่อเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) มีเครือข่ายหน่วยบริการที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา จำนวน 23 เครือข่าย ใน 16 จังหวัด

ปี 2551-2552 ได้มีการขยายพื้นที่ในการพัฒนารวมเป็น 28 เครือข่าย ใน 21 จังหวัด โดยมีการพัฒนาพื้นที่เดิมให้มีการพัฒนาได้ครบวงจร ทดลองขยายในพื้นที่ใหม่โดยใช้กระบวนการพัฒนาที่ประยุกต์ใหม่เพื่อพัฒนาระบบการให้มีความสอดคล้อง และพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ปี 2553 มีการพัฒนาเพื่อเข้าสู่ระบบ Primary Care Award ประกอบด้วยผลการดำเนินงาน ดังนี้

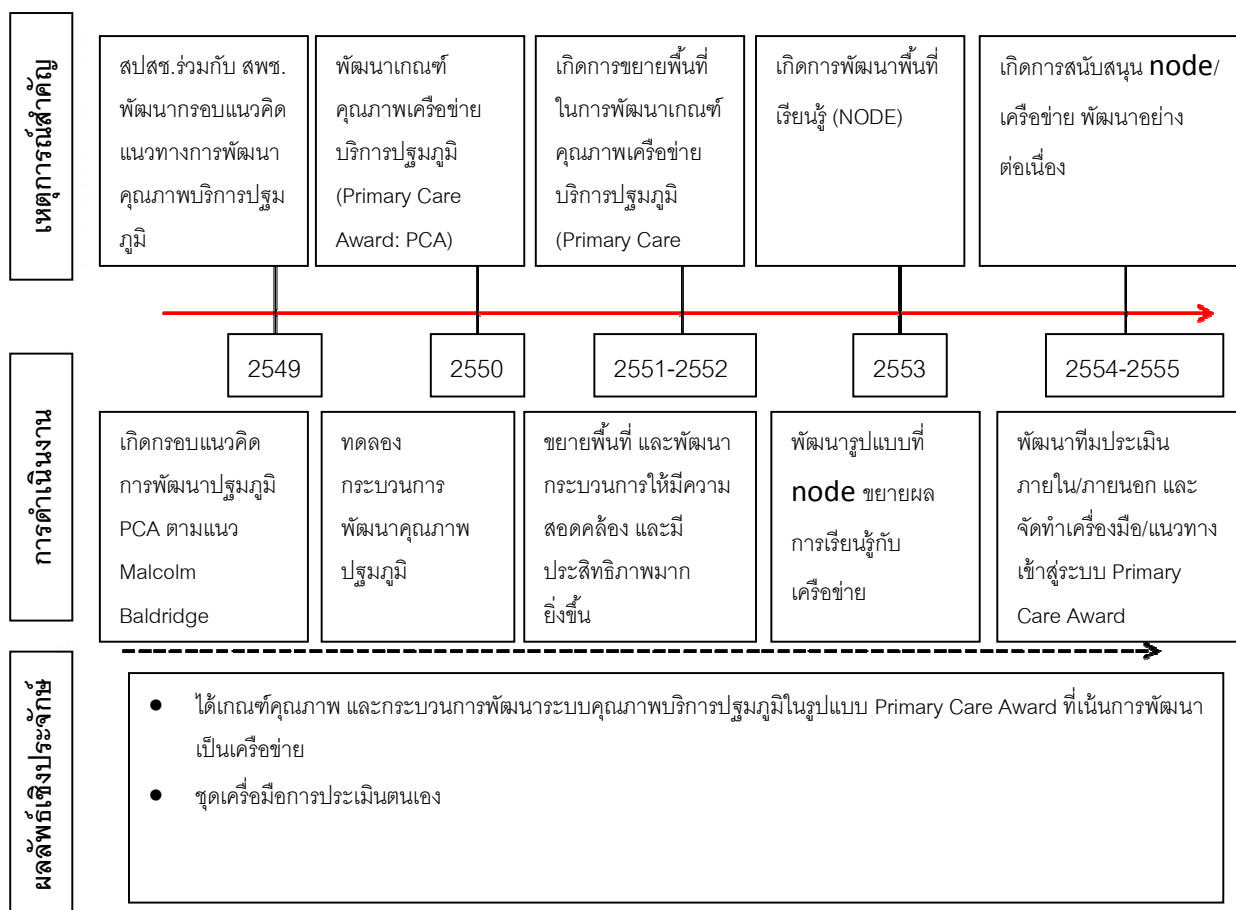
- 1) การพัฒนาพื้นที่เรียนรู้ (Node) และเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิก่อนใหม่ รวม 15 Node และมีเครือข่าย 72 เครือข่าย รวม 39 จังหวัด
- 2) มีการพัฒนาทีมประเมินภายใน จำนวน 77 คนให้เป็นผู้สะท้อนให้องค์กรได้เห็นตัวเอง ทำให้องค์กรสามารถแก้ไขข้อผิดพลาดและสามารถใช้โอกาสจากจุดแข็งของตนเองได้ และพัฒนาทีมประเมินภายนอก 20 คน
- 3) มีการพัฒนาหลักสูตร แนวทางและเครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนตนเอง และหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพตามกรอบคุณภาพใหม่

4) มีการพัฒนาแนวทาง องค์กร และระบบการให้รางวัล Primary Care Award (PCA) เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานการวางบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน กับกระทรวงสาธารณสุขและ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และได้ร่วมกันออกแบบโครงสร้าง และระบบการให้รางวัล Primary Care Award ซึ่งจะดำเนินการนำไปทดสอบกระบวนการตรวจประเมินที่เป็นรูปธรรม ต่อไป

ปี 2554 -2555 มีการสนับสนุน Node/ เครือข่าย พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนาที่ประเมินทั้งภายใน และภายนอก และได้จัดทำเครื่องมือ/แนวทางการเข้าสู่ระบบ Primary Care Award และนำเครื่องมือออกไปทดสอบ/ ทดลองเข้าสู่ระบบจริงกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อม โดยในปี 2555 มีแผนการทดลองประเมินให้รางวัล รวมทั้ง จัดตั้งหรือประสานให้เกิดองค์กรกลาง/หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินเพื่อให้รางวัลคุณภาพด้วย

สรุปพัฒนาการเพื่อผลักดันให้มีระบบบริหารจัดการจัดการคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 สรุปพัฒนาการเพื่อผลักดันให้มีระบบบริหารจัดการจัดการคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ



บทที่ 2 สถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1 จำนวน

สถานการณ์ด้านหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย ในปี 2554 ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ พบว่า แนวโน้มของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่ไม่มาก ส่วนหน่วยบริการในภาคเอกชนมีแนวโน้มที่คงตัว แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในบริบทต่างๆ

สังกัด	หน่วยบริการปฐมภูมิ						หน่วยบริการประจำ					
	2552	ร้อยละ	2553	ร้อยละ	2554	ร้อยละ	2552	ร้อยละ	2553	ร้อยละ	2554	ร้อยละ
ในสังกัด สป.	10,689	95.10	10,710	95.05	10,726	95.01	834	73.16	840	72.79	846	73.06
นอก สังกัด สป.	5	0.04	4	0.04	5	0.04	5	0.44	4	0.35	4	0.35
นอก สธ.	169	1.50	169	1.50	170	1.51	77	6.75	81	7.02	83	7.17
อปท.	151	1.34	162	1.44	168	1.49	12	1.05	13	1.13	14	1.21
เอกชน	226	2.01	223	1.98	220	1.95	212	18.60	216	18.72	211	18.22
รวม	11,240	100.00	11,268	100.00	11,289	100.00	1,140	100.00	1,154	100.00	1,158	100.00

ที่มา: ศูนย์ทะเบียนข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) :กรกฎาคม 2554.

2.2 คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ ปี 2554 พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 23.06 และหน่วยบริการประจำไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 2.25 ซึ่งหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีเพียงแต่หน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดคือ ร้อยละ 27.98 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ ปี 2554 จำแนกตามสังกัด

สังกัด	หน่วยบริการปฐมภูมิ					หน่วยบริการประจำ				
	จำนวนรวม	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	จำนวนรวม	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
ในสังกัด สป. (สร.)	10,726	8,253	76.94	2,473	23.06	846	827	97.75	19	2.25
นอกสังกัด สป. (สร.)	5	5	100.00	0	0.00	4	4	100.00	0	0.00
รัฐนอก สร.	170	149	87.65	12	7.06	83	77	92.77	2	2.41
เอกชน	220	209	95.00	11	5.00	211	209	99.05	2	0.95
อปท.	168	121	72.02	47	27.98	14	13	92.86	1	7.14
Total	11,289	8,745	77.46	2,543	22.53	1,158	1,134	97.93	24	2.07

ที่มา : ศูนย์ทะเบียนข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ: กรกฎาคม 2554.

หากพิจารณาในรายละเอียดเกณฑ์คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ ในปี 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า เกณฑ์ที่ไม่ผ่านมากที่สุด ปี 2554 ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ คือ เกณฑ์ในหมวดบุคลากรที่เป็นบุคลากรกลุ่ม เกสซ์กร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์/หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

สำหรับหมวดอื่นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2554 คือเรื่องสถานที่ในหมวด ม.5.2 การจัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือและยาเวชภัณฑ์ที่จำเป็น เรื่องศักยภาพในการจัดระบบบริการ หมวด ม.1.2 คือมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการด้วยตนเองอย่างน้อย 1 แห่ง และเรื่องการจัดระบบบริการตามประเภทขอบเขตบริการสาธารณสุขหมวด ม.2.4 คือ จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้านและบริการเชิงรุกในชุมชน ข้อมูลดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เกณฑ์ที่ไม่ผ่านของหน่วยบริการปฐมภูมิ 2554

ลำดับ	หมวด	เกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์	จำนวน (%) คะแนน 0
1	บุคลากร	<u>ข้อ 3.6</u> เกสซ์กรอย่างน้อย 1 คนปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง/สัปดาห์ ต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 1,000 คน	1,606 (14.13%)
2	บุคลากร	<u>ม.3.5</u> ทันตแพทย์อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ ต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 1,000 คน	915 (8.08%)
3	สถานที่	<u>ม.5.2</u> จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น พร้อมใช้งานสร้างเสริม	612

ลำดับ	หมวด	เกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์	จำนวน (%) คะแนน 0
	เครื่องมือ อุปกรณ์ จำเป็น	สุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล ตาม รายการที่สำนักงานกำหนดในภาคผนวก 1	(5.40%)
4	บุคลากร	<u>ม.3.2 มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ</u> ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 2 คนต่อ ผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คน	555 (4.90%)
5	บุคลากร	<u>ม.3.1 จัดให้มีแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</u> ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คนต่อ สิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คนทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้มีสิทธิ ร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเป็นผู้ให้บริการกำกับดูแลคุณภาพ และให้คำปรึกษา	508 (4.48%)

หมายเหตุ : หน่วยบริการอาจไม่ผ่านเกณฑ์มากกว่า 1 ข้อ

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) :2554

ตารางที่ 4 เกณฑ์ที่ไม่ผ่านของหน่วยบริการประจำปี 2554

ลำดับ	หมวด	เกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์	จำนวน (%) คะแนน 0
1	ศักยภาพในการ จัดระบบบริการ	<u>ม.1.2</u> มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการด้วยตนเองอย่างน้อย 1 แห่ง	7
2	บุคลากร	<u>ม.3.1 แพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</u> ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คนต่อผู้มี สิทธิ UC ที่ลงทะเบียนไม่เกิน 10,000 คน	6
3	บุคลากร	<u>ม.3.5 ทันตแพทย์</u> อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานบริการทันตกรรมตามชุดสิทธิ ประโยชน์ในข้อ 2.1 และบริการทันตกรรมตามข้อ 2.3 ไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง/ สัปดาห์ ต่อผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนไม่เกิน 1,000 คน	4
4	บุคลากร	<u>ม.3.6 เภสัชกร</u> อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ต่อผู้มี สิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน 1,000 คน	4
5	จัดระบบบริการตาม ประเภทขอบเขต บริการสาธารณสุขให้ ครอบคลุม	<u>ม.2.4 จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน และบริการเชิงรุกในชุมชน</u>	3

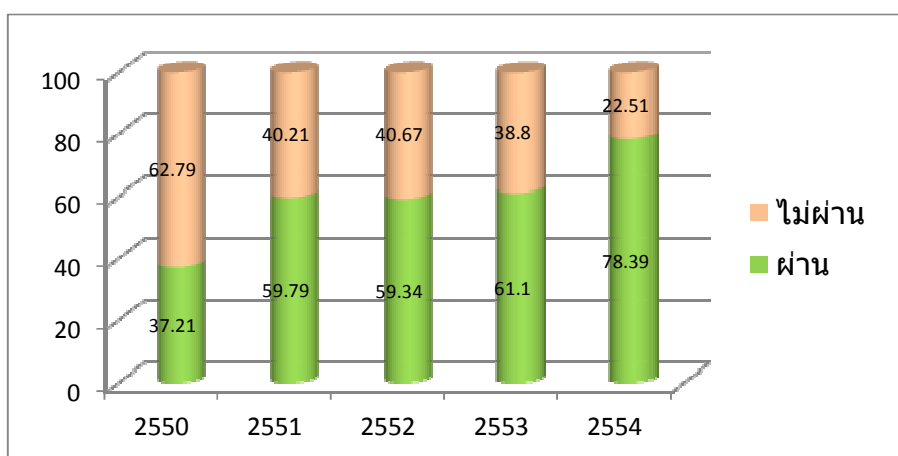
หมายเหตุ : หน่วยบริการอาจไม่ผ่านเกณฑ์มากกว่า 1 ข้อ

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) :2554

เมื่อพิจารณาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากเกณฑ์การขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หากเปรียบเทียบการพัฒนาในช่วง 4 ปี (ปี 2550 – 2554) จะเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50

ซึ่งสะท้อนการพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิในเชิงโครงสร้าง ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ปี 2554 หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินจำนวนทั้งหมด 11,289 แห่ง ผ่านการตรวจประเมิน (แบบผ่านและผ่านมีเงื่อนไข) จำนวน 8,745 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78.39 ร้อยละ 22.51 ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2550 – 2554



ที่มา : ศูนย์ทะเบียนข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.): 2554

นอกจากนี้ หากพิจารณาคุณภาพของหน่วยบริการโดยพิจารณาจากหน่วยบริการที่ได้รับการจัดบตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (On top payment) สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านการจัดบริการ ด้านการบริหาร และผลงานบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลงานในปี 2553 มีหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์และได้รับบ on top จำนวน 4,486 แห่ง ต่อมา ปี 2554 เพิ่มจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์และได้รับบ on top เป็น 6,386 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 39.81 และ 56.35 ตามลำดับ

โดยพบว่า จำนวนหน่วยบริการที่ได้รับบ on top ปี 2554 จำแนกตามสังกัด พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดในสังกัด สป. (สธ.) ได้รับบ On top ร้อยละ 58.49 ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดเอกชนได้รับบ on top ร้อยละ 26.36 ซึ่งพบเป็นร้อยละ 56.35 ของหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกสังกัดที่ได้รับบ on top ปี 2554 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 รายงานผลจำนวนหน่วยบริการที่ได้รับบน on top ปี 2554 จำแนกตามสังกัด

สังกัด	จำนวน หน่วย บริการ ปฐมภูมิ	หน่วยบริการที่ได้รับบน On top ปี 2554					
		ประจำ (100 บาท)		เครือข่าย (50 บาท)		จำนวนรวม	
		แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
ในสังกัด สป. (สร.)	10,734	24	0.22	6,254	58.26	6,278	58.49
นอกสังกัด สป. (สร.)	6	0	0.00	1	16.67	1	16.67
รัฐนอก สร.	171	9	5.26	22	12.87	31	18.13
เอกชน	220	51	23.18	7	3.18	58	26.36
อปท.	169	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	11,300	84	0.74	6,284	55.61	6,368	56.35

ที่มา : ศูนย์ทะเบียนข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ: 2554.

สำหรับจำนวนประชากร UC ที่รับผิดชอบ พบว่า เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.44) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On top payment) ที่รับผิดชอบประชากร (UC) จำนวน 3,001 – 7,000 และต่ำกว่า 3,000 แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ประชากร UC ที่รับผิดชอบแยกตามช่วงประชากร

	จำนวนประชากร UC	จำนวน(แห่ง)	จำนวน(ร้อยละ)
1	ต่ำกว่า 3,000	2,633	42.76
2	3,001 – 7,000	3,182	51.68
3	7,001 – 10,000	280	4.55
4	10,001 – 20,000	58	0.94
5	20,001 – 30,000	2	0.03
6	30,001 ขึ้นไป	2	0.03

ที่มา : ข้อมูล PCU profile หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On top payment) กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) :ธันวาคม 2554

โดยหากพิจารณาถึงเวลาการให้บริการของบริการปฐมภูมิที่ได้รับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On top payment) จะพบว่า ร้อยละ 66.80 เปิดให้บริการเวลาราชการ + กับนอกเวลาราชการ วันเสาร์-อาทิตย์/วันหยุดนักขัตฤกษ์ และเช้า/เย็น วันธรรมดา ส่วนหน่วยบริการที่เปิดให้บริการเฉพาะเฉพาะเวลาราชการมีเพียงร้อยละ 5.50 แสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เวลาการเปิดให้บริการของบริการปฐมภูมิที่รับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On top payment)

	เวลาการเปิดให้บริการ	จำนวน (แห่ง)	จำนวน (ร้อยละ)
1	เฉพาะเวลาราชการ	338	5.50
2	เวลาราชการ + นอกเวลาราชการ เข้า/เย็น วันธรรมดา	147	2.40
3	เวลาราชการ + นอกเวลาราชการ วันเสาร์-อาทิตย์/วันหยุดนักขัตฤกษ์	1,511	24.40
4	เวลาราชการ + นอกเวลาราชการ วันเสาร์-อาทิตย์/วันหยุดนักขัตฤกษ์ และเช้า/เย็น วันธรรมดา	4,131	66.80
5	หน่วยบริการไม่กรอกข้อมูล	55	0.90
	รวม	6,182	100.00

ที่มา : ข้อมูล PCU profile หน่วยบริการปฐมภูมิที่รับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On top payment) กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) :ธันวาคม 2554

บทที่ 3 สถานการณ์ด้านกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.1 การกระจายกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ

สถานการณ์ด้านกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น พบว่า บางพื้นที่มีจำนวนมากขึ้น บางพื้นที่ไม่เพิ่มมากนัก และเมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งประเทศ หรือรายภาค ดังนี้

จากตารางที่ 8 สถานการณ์กำลังคนที่แสดงจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพ ของสถานีนอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) รายภาค ปี 2554 พบว่า กำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาพรวมทั้งประเทศอยู่ที่ 3.8 คน/แห่ง ซึ่งเมื่อพิจารณารายภาคเห็นว่าไม่แตกต่างกันมาก ดังนี้ ภาคกลาง 3.7 คน/แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4.1 คน/แห่ง ภาคเหนือ 3.6 คน/แห่ง และภาคใต้ 3.8 คน/แห่ง (หมายเหตุ: ข้อมูลชุดนี้มาจากรายงานของหน่วยบริการ)

เมื่อพิจารณากำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อประชากร พบว่า ภาพรวมอัตราของเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนประชากรทั้งประเทศอยู่ที่ 1:1,208 สำหรับในรายภาคพบว่าภาคกลางกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่แตกต่างกันมาก ดังนี้ ภาคกลาง 1:1,299 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1:1,295 และภาคเหนือกับภาคใต้ไม่แตกต่างกันมาก ดังนี้ ภาคเหนือ 1:1,217 และภาคใต้ 1:1,208

ตารางที่ 8 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพ ของสถานีนอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) รายภาค ปี 2554

ภาค	จำนวน รพ. สต.	พยาบาล วิชาชีพ	นักวิชาการ สาธารณสุข	ทัน ตากร บาล	อื่นๆ	รวม	บุคลากร เฉลี่ย ต่อแห่ง	อัตราของ เจ้าหน้าที่ต่อ ประชากร
กลาง	2,554	2,485	5,692	519	686	9,392	3.7	1,299
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,468	4,033	8,220	803	1,014	14,070	4.1	1,295
เหนือ	2,222	2,333	4,874	359	457	8,023	3.6	1,217
ใต้	1,506	1,429	3,727	191	320	5,667	3.8	1,208
รวม	9,750	10,280	22,513	1,882	1,299	37,152	3.8	1,208

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจจากสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สป.รพ.สต.): 2554

สำหรับการกระจายของแพทย์แยกตามต้นสังกัด พบว่า ภาพรวมระดับประเทศมีการกระจายกำลังคนของบุคลากรแพทย์ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อย่างเห็นได้ชัดในทุกสังกัด และเป็นที่น่าสังเกตว่าในหน่วยบริการระดับสถานีนอนามัยในปี 2553 มีการกระจายแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น แสดงดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การกระจายของแพทย์แยกตามต้นสังกัด และระดับสถานบริการ ปี 2543 – 2550 และ 2553

ภาค	การกระจายของแพทย์								
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2553*
รวมทั้งประเทศ	18,025	18,947	17,529	18,106	18,918	19,548	21,051	22,651	26,244
กระทรวงสาธารณสุข	9,363	10,068	8,821	9,321	9,357	9,928	11,311	11,415	12,373
● สอ	-	-	-	-	-	-	-	-	82
● รพช/รพร	-	-	2,732	2,885	3,050	3,229	3,523	3,583	4,623
● รพท/รพศ	-	-	4,619	4,890	4,806	4,878	5,103	5,078	6,221
กระทรวงอื่นๆ	3,400	3,568	4,337	3,993	5,201	4,531	4,164	5,583	9,177
รัฐวิสาหกิจ	114	132	102	127	12	49	45	31	-
หน่วยราชการอิสระ	655	252	123	126	123	179	547	153	-
เทศบาล	573	543	574	721	632	668	666	735	-
เอกชน	3,920	4,384	3,572	3,818	3,575	4,229	4,309	4,734	4,697

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, จากสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ: 2553.

หมายเหตุ : เครื่องหมาย – หมายถึง ไม่มีข้อมูล

จำนวนและสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรจำแนกตามสังกัด พบว่า อัตราของแพทย์ต่อประชากรภาพรวมทั้งประเทศในปี 2553 อยู่ที่ 1: 2,931 และเมื่อพิจารณารายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนืออัตราของแพทย์ต่อประชากรต่างกันมากที่สุด คือ 1: 5,028 อัตราของแพทย์ต่อประชากรต่างก็น้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร คือ 1: 955

ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรจำแนกตามสังกัดรายภาค ปี 2553

ภาค	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง อื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วย ราชการ	เทศบาล	เอกชน	รวม	อัตรา แพทย์ต่อ ประชากร
รวมทั้งประเทศ	11,841	5,214	27	154	390	3,943	21,569	1:2,931
กรุงเทพมหานคร	721	2,972	15	46	342	1,888	5,984	1:955
ภาคกลาง ไม่รวม กทม.	3,626	585	-	106	15	1,132	5,464	1:2,839
ภาคตะวันออก เชียงใหม่	3,319	715	-	1	12	212	4,259	1:5,028
ภาคเหนือ	2,420	640	12	1	17	417	3,507	1:3,386
ภาคใต้	1,755	302	-	-	4	294	2,355	1:3,694

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, จากสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ: 2553.

อัตราส่วนของทันตแพทย์ และการกระจายตัวของทันตบุคลากร ต่อประชากร พบว่า อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรภาพรวมทั้งประเทศในปี 2552 อยู่ที่ 1: 6,400 และเมื่อพิจารณารายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรต่างกันมากที่สุด คือ 1:17,663 อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรต่างก็น้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร คือ 1:1,167

ส่วนการกระจายตัวของทันตบุคลากรต่อประชากร พบว่า มีการกระจายไปในส่วนภูมิภาคถึงร้อยละ 98.73 (ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (สอ./สสอ.)) โดยอยู่ที่ส่วนกลางและส่วนกลางที่มีหน่วยงานในส่วนภูมิภาค เพียงร้อยละ 1.27 แสดงดังตารางที่ 11 และตารางที่ 12

ตารางที่ 11 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร จำแนกตามภาคและกรุงเทพฯ ปี 2552

	ทันตแพทย์	ประชากร	ทันตแพทย์:ประชากร
กรุงเทพฯ	4,886	5,702,595	1:1,167
กลาง	1,760	15,742,529	1:8,954
ใต้	869	8,813,880	1:10,143
เหนือ	1,194	11,770,233	1:9,858
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,217	21,495,825	1:17,663
ทั้งประเทศ	9,926	63,525,062	1:6,400

ที่มา : สำนักงานทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

หมายเหตุ: ข้อมูลจำนวนประชากรปี 2552 จากสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง

ตารางที่ 12 แสดงการกระจายตัวของทันตบุคลากรจำแนกตามหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552

สังกัด	จำนวนทันตบุคลากร (คน)			
	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	ผู้ช่วยทันตแพทย์	ช่างทันตกรรม
ส่วนกลาง				
สำนักทันตสาธารณสุข	26	14	7	-
สถาบันทันตกรรม	20	-	6	-
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	9	1	-	-
รวม	55	15	13	-
ส่วนกลางที่มีหน่วยงานในส่วนภูมิภาค				
กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุข	6	1	-	-
รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย	44	18	6	-
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	82	19	-	-
รวม	132	38	6	-
ส่วนภูมิภาค				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	128	233	26	-
รพศ./รพท.	895	221	505	37
รพช.	1,933	2,199	524	2
สอ.สสอ.	4	1,408	8	-
อื่นๆ	165	91	92	3
รวม	3,125	4,152	1,155	42
รวมทั้งสิ้น	3,312	4,205	1,174	42

ที่มา : สำนักงานทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

การกระจายพยาบาลตามสังกัดและระดับสถานบริการระหว่างปี 2543 -2553 พบว่า การกระจายพยาบาลในระดับประเทศมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี 2543 จนถึง 2553) โดยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2551 – 2553) กระจายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.00 แสดงดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การกระจายพยาบาลตามสังกัดและระดับสถานบริการระหว่างปี 2543 -2553

ภาค	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2553*
รวมทั้งประเทศ	70,978	78,182	85,392	91,570	95,834	101,664	101,143	105,398	109,797	138,710
กระทรวงสาธารณสุข	46,066	51,450	58,301	62,723	66,860	71,459	70,708	70,822	81,137	103,866
- สอ	0	0	2,268	2,959	3,625	3,945	2,442	2,433	6,158	10,010
- รพช/รพร	0	0	22,744	25,073	27,074	28,388	29,508	29,385	33,486	48,181
- รพท/รพศ	0	0	25,083	27,436	28,987	30,792	31,573	31,573	33,641	40,326
กระทรวงอื่นๆ	10,259	11,380	13,204	13,316	14,385	12,801	11,492	14,913	13,453	20,857
รัฐวิสาหกิจ	274	286	181	282	11	2	186	70	91	N/A
หน่วยราชการอิสระ	2,340	2,278	637	694	3,544	2,161	2,065	574	689	N/A
เทศบาล	3,130	2,917	3,367	3,404	624	2,656	3,372	3,884	2,238	N/A
เอกชน	8,909	9,871	9,702	11,515	10,410	12,378	13,320	16,136	12,189	13,987

ที่มา : กลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

*ข้อมูลปี 2553 สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

การกระจายของเภสัชกรแยกตามระดับสถานบริการ ระหว่างปี 2543 -2553 พบว่า ภาพรวมทั้งประเทศมีจำนวนเภสัชกรเพิ่มมากขึ้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2551 – 2553) ลดลงเล็กน้อย โดยลดลงในส่วนที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และปี 2553 มีเภสัชกรปฏิบัติงานในสถานีนอมนัย 1 คน แสดงดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การกระจายของเภสัชกรแยกตามระดับสถานบริการ ระหว่างปี 2543 -2553

ภาค	การกระจายของเภสัชกร									
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2553*
รวมทั้งประเทศ	6,384	6,858	6,288	7,146	7,413	7,937	7,940	8,565	8,390	8,134
กระทรวงสาธารณสุข	5,010	5,465	4,885	5,332	5,619	5,770	5,841	6,107	6,121	5,591
- สอ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
- รพช/รพร	-	-	2,267	2,474	2,522	2,585	2,649	2,640	2,794	3,195
- รพท/รพศ	-	-	1,592	1,638	1,653	1,657	1,790	1,780	1,924	2,395
กระทรวงอื่นๆ	358	381	413	485	638	709	567	833	826	1,527
รัฐวิสาหกิจ	19	23	19	143	1	12	10	13	13	
หน่วยราชการอิสระ	91	91	56	68	60	111	98	57	56	

ภาค	การกระจายของเภสัชกร									
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2553*
เทศบาล	125	115	124	138	155	181	190	193	127	
เอกชน	781	784	791	980	940	1,154	1,234	1,362	1,247	8,134

ที่มา : กลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

*ข้อมูลปี 2553 สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

การกระจายของนักกายภาพบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553 พบว่า การกระจายของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนมีการจ้างงานเพิ่มในโรงพยาบาลชุมชน แสดงดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การกระจายของนักกายภาพบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553

สถานบริการ	นักกายภาพบำบัด			เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู		
	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	รวม	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	รวม
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	305	126	331	134	0	134
โรงพยาบาลชุมชน	84	495	579	79	24	103
รวม	389	621	1,010	213	24	237

ที่มา: กลุ่มพัฒนาทรัพยากรข้อมูลสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข :2553.

โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบการกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานในสถานบริการตามภูมิภาค ปี 2553 ทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ภาพรวมในระดับประเทศ พบว่า อัตราส่วนต่อประชากรที่ต่างกันคือ อัตราทันตแพทย์ต่อประชากร 1:12,427 อัตราของเภสัชกรต่อประชากร 1:7,810 อัตราของแพทย์ต่อประชากร 1:2,428 แสดงดังตารางที่ 16

การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพแยกตามระดับสถานบริการในปี 2553 พบว่า การกระจายของบุคลากรสายทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 อยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) และอีกร้อยละ 30.00 กระจายอยู่ตามหน่วยงานและกระทรวงอื่นๆ

สำหรับบุคลากรสายงานแพทย์ พบว่า การกระจายกำลังคนอยู่ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียงร้อยละ 47.14 และที่เหลือนั้นกระจายอยู่ตามหน่วยงานและกระทรวงอื่นๆ แสดงดังตารางที่ 17

ตารางที่ 16 แสดงการกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานในสถานบริการตามภูมิภาค ปี 2553

	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาล	
	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากร	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากร	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากร	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากร
ภาคกลาง	5,832	2,699	1,357	11,601	2,069	7,609	35,564	443
ภาคอีสาน	4,591	4,682	1,113	19,313	1,827	11,766	35,171	611
ภาคเหนือ	3,848	3,059	995	11,829	1,523	7,728	25,847	455
ภาคใต้	2,809	3,138	772	11,417	1,160	7,598	19,403	454
กรุงเทพฯ	9,082	628	875	6,517	1,555	3,667	22,725	251
รวม	26,162	2,428	5,112	12,427	8,134	7,810	138,710	458

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: 2553.

ตารางที่ 17 การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพแยกตามระดับสถานบริการในปี 2553

	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	12,373	47.14	3,677	71.38	6,157	70.77	104,488	74.99
รพศ.	3,282	12.43	370	7.18	822	9.45	17,351	12.45
รพท.	2,959	11.27	618	12.00	1,137	13.07	22,975	16.49
รพช.	4,623	17.62	2,430	47.17	3,180	36.55	46,181	33.14
รพ.สต.	82	0.31	0	0.00	119	1.37	10,280	7.38
หน่วยงานอื่นๆ ในกระทรวงฯ	1,447	5.51	259	5.03	899	10.33	7,701	5.53
กระทรวงอื่นๆ	9,177	34.97	1,048	20.34	1,016	11.68	20,854	14.97
รพ.เอกชน	4,694	17.89	427	8.29	1,527	17.55	13,987	10.04
รวม	26,244	100.00	5,152	100.00	8,700	100.00	139,332	100.00

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: 2553.

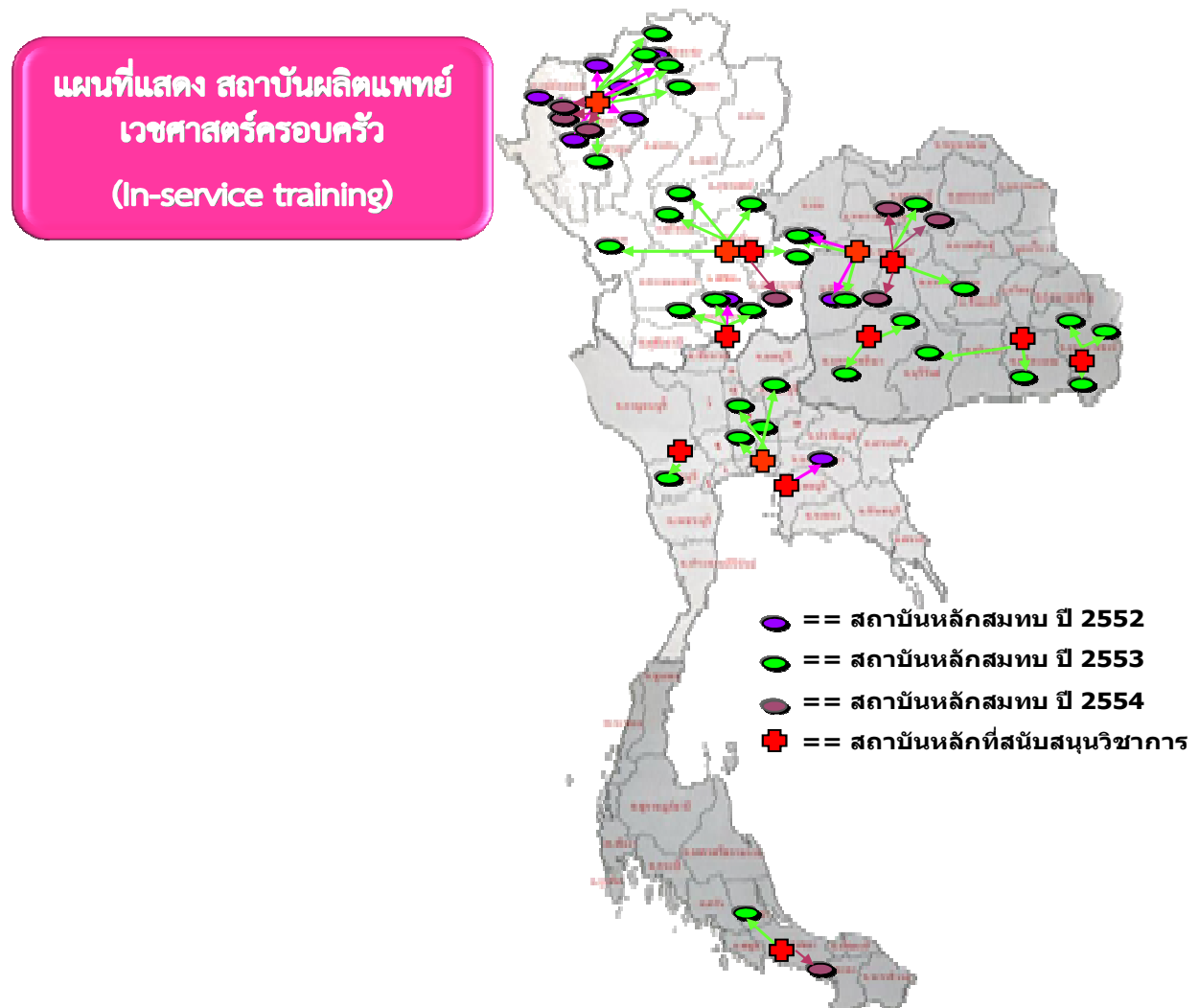
3.2 การพัฒนาด้านกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนการผลิต พัฒนา และกระจายบุคลากรบริการปฐมภูมิ ในปี 2554 มีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิในระดับต่างๆ หลายส่วน ดังนี้

ผู้นำด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ร่วมกับสถาบันการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย 3 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยนเรศวร รวมจำนวน 193 คน จากทั่วประเทศ รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายผู้นำการบริหารจัดการของโรงพยาบาลชุมชนผ่านงานวิจัยและพัฒนาภายใต้แนวคิดการพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับอำเภอต้นแบบของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 189 แห่ง นับเป็นร้อยละ 25.71 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใน โครงการเพิ่มพูนศักยภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระหว่างการปฏิบัติงาน (In-service training) ระหว่างการใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแพทย์เข้าร่วมโครงการจำนวน 54 คนและแพทย์จากโครงการแพทย์ชนบทคืนถิ่น “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” ภายใต้สนับสนุนจาก“ทุนการกุศลสมเด็จพระเจ้า และ ทุนการกุศลกว” ซึ่งปัจจุบันมีแพทย์รับทุน จำนวน 9 คน ทั้งนี้มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 45 แห่ง และโรงเรียนแพทย์ร่วมเป็นสถาบันหลักสนับสนุนทางวิชาการ จำนวน 13 แห่งดังแสดงการกระจายในแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 การกระจายของสถาบันหลักและสมทบเพื่อการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามภูมิภาค



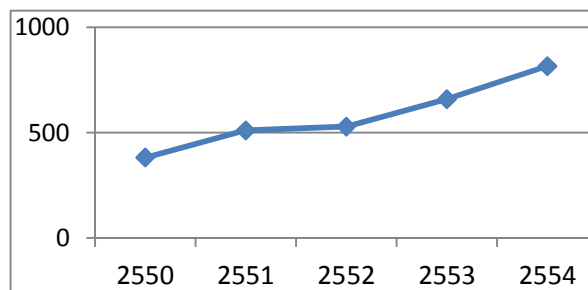
ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สปสช.) : 2554

ทีมแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาจากการอบรมระยะสั้นของศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิระดับเขต 18 เขต

ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิในวิชาชีพต่างๆ โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งในเชิงการปรับปรุงหลักสูตรและแนวทางการเรียนการสอนปี 2554 รวมจำนวน 1,000 คน ในปัจจุบันมีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปเพิ่มขึ้นเป็น 7,646 คน ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิถึง 5,972 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78.10

นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนางานกายภาพบำบัดชุมชน สนับสนุนงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในชุมชน โดยมีนักกายภาพบำบัดในชุมชนปี 2553-2554 จำนวน 287 คน ปัจจุบัน จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 82.45 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ปี 2550-2554



ที่มา : การสำรวจของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อ้างในรายงานผลการดำเนินงานกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) : 2554

3.3 บทบาทและลักษณะการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการศึกษาสถานการณ์และระบบติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิใน 12 จังหวัด (ครอบคลุมพื้นที่ตาม สปสช.เขต) ในปี 2553 โดยสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สุพัตรา ศีวีณิชากร และคณะ) ได้มีการศึกษาถึงการเห็นคุณค่าของบริการปฐมภูมิ บทบาท และลักษณะการทำงานในแต่ละด้าน ทั้งด้านการรักษา การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ความคิดเห็นต่อลักษณะการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ รายได้ รวมทั้งความพึงพอใจ และความมั่นใจต่องานที่ปฏิบัติของบุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

การเห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นต่อระบบบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัด พบว่า ในด้านแนวคิดต่อบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมากและค่อนข้างมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีบทบาทเป็นจุดแรกที่ประชาชนเข้าถึง การเป็นจุดดูแลแบบองค์รวม ความสามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพในชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วม รวมทั้งการเป็นจุดประสานบริการหลักกับโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่น แต่ที่เห็นด้วยระดับไม่มาก คือ การให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการพบแพทย์/พยาบาล/ทีมพยาบาลคนเดิมทุกครั้ง ข้อมูลดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ร้อยละของการเห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นต่อระบบบริการปฐมภูมิของบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

หัวข้อ	จำนวน	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย
		จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
หน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นจุดแรกที่ประชาชนจะเข้าถึงเมื่อเจ็บป่วยไม่รุนแรง	1,560	937 (60.1)	587 (37.6)	35 (2.2)	1 (0.1)
ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการควรจะได้พบแพทย์ พยาบาลคนเดิมทุกครั้ง	1,555	225 (14.5)	761 (48.9)	457 (29.4)	112 (7.2)

หัวข้อ	จำนวน	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย
		จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
หน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นจุดบริการที่สามารถดูแลแบบองค์รวมได้ดีกว่า	1,557	621 (39.9)	820 (52.7)	108 (6.9)	8 (0.5)
หน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นจุดประสานบริการหลักกับโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่น	1,558	659 (42.3)	837 (53.7)	57 (3.7)	5 (0.3)
หน่วยบริการปฐมภูมิควรสามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพในชุมชน สร้างการมีส่วนร่วม	1,558	679 (43.6)	794 (51.0)	79 (5.1)	6 (0.4)

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชน. : 2553.

ลักษณะการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัด พบว่า ในด้านการรักษาพยาบาลโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังนั้นบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลรักษาโรคทั่วไป กับบทบาทในการดูแลโรคเรื้อรังไม่ต่างกัน ซึ่งความแตกต่างกันจะขึ้นกับระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ตารางที่ 19 หน่วยบริการที่มีบทบาทการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และโรคเรื้อรังจำแนกตามจังหวัด

บทบาทการ รักษาพยาบาล /จังหวัด	จังหวัด 1	จังหวัด 2	จังหวัด 3	จังหวัด 4	จังหวัด 5	จังหวัด 6	จังหวัด 7	จังหวัด 8	จังหวัด 9	จังหวัด 10	จังหวัด 11	จังหวัด 12	รวม ทั้งสิ้น
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ดูแลโรคทั่วไป	52 (98.1)	44 (95.7)	47 (97.9)	33 (94.3)	61 (98.4)	48 (100.0)	50 (98.0)	35 (94.6)	34 (100.0)	41 (97.6)	28 (100.0)	32 (100.0)	505 (97.9)
ดูแลโรคเรื้อรัง	43 (81.1)	41 (89.1)	39 (81.3)	28 (80.0)	52 (83.9)	47 (97.9)	46 (90.2)	34 (91.9)	26 (76.5)	32 (76.2)	21 (75.0)	28 (87.5)	437 (84.7)

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชน. : 2553.

- ในกลุ่มการดูแลโรคเรื้อรัง จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัด พบว่า มีลักษณะการทำงานส่วนใหญ่เรื่องการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามผู้ป่วยขาดนัด การจัดกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง การจ่ายยาเฉพาะกลุ่มที่คุมได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.70 และ 62.40 รวมทั้งเป็นการจ่ายยาให้ทั้งกลุ่มที่คุมได้และไม่ได้ตามแนวปฏิบัติเท่ากันร้อยละ 58.10 ในด้านขอบเขตต่อการให้บริการดูแลโรคเรื้อรัง พบว่าหน่วยบริการมีส่วนในการจัดบริการเพื่อดูแลโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดรองลงมาคือ โรคหืด และโรคเอดส์ตามลำดับ ในกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคเอดส์บริการส่วนใหญ่ร้อยละ 84.10 เป็นเรื่องการให้คำปรึกษาเป็นหลัก ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยโรคหืดเป็นบริการลักษณะการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยขาดนัด ร้อยละ 72.50 และ 65.70 ตามลำดับ ตามตารางที่ 20

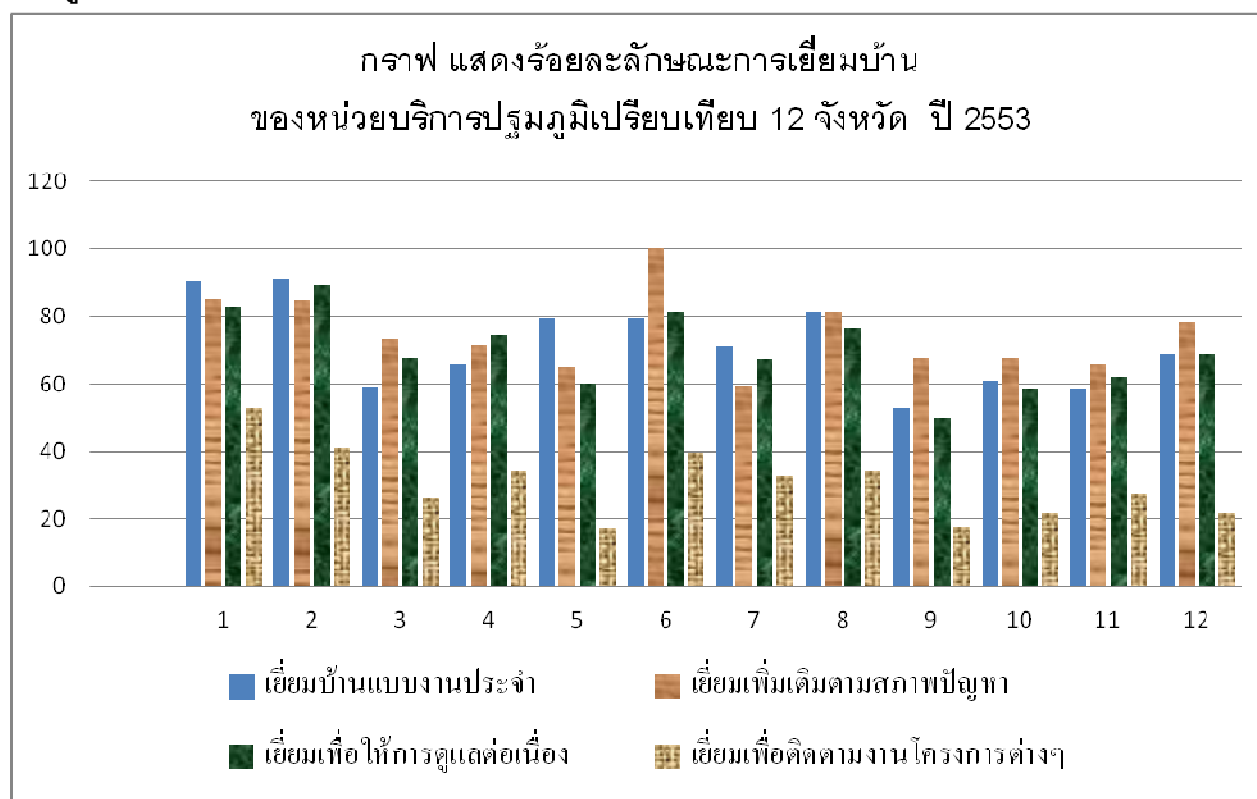
ตารางที่ 20 ร้อยละบทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง ปี 2553

บทบาท	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	โรคหืด	โรคเอดส์
มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัด	92.40	91.50	65.70	36.00
มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	95.40	94.30	57.20	21.80
มีการจัดกิจกรรมกลุ่มที่เสริมการดูแลตนเอง	87.60	84.70	50.20	24.20
มีการจ่ายยาเฉพาะกลุ่มที่คุมได้	58.70	62.40	49.60	1.3
จ่ายยาให้ทั้งกลุ่มที่คุมได้และไม่ได้ตามแนวปฏิบัติ	58.10	58.10	32.30	
มีการส่งต่อ กรณีที่ไม่สามารถรักษาได้		87.8	72.5	39.1
ให้คำปรึกษา				84.10

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. : 2553.

- การเยี่ยมบ้าน จากข้อมูลการสำรวจทั้ง 12 จังหวัด พบว่า มี 2 จังหวัดที่มีร้อยละในเรื่องการเยี่ยมบ้านแบบงานประจำของหน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่าร้อยละ 90.00 โดยจังหวัดส่วนใหญ่ สามารถเยี่ยมได้ระหว่างร้อยละ 50.00 – ร้อยละ 80.00 ด้านการเยี่ยมเพิ่มเติมตามสภาพปัญหา พบว่า มี 1 จังหวัดสามารถดำเนินการได้ทั้งหมด ร้อยละ 100.00 รองลงมาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 80.00 – ร้อยละ 85.00 โดยจังหวัดส่วนมากสามารถเยี่ยมได้ระหว่างร้อยละ 60.00 – ร้อยละ 80.00 การเยี่ยมเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง พบว่า จังหวัดที่มีการเยี่ยมบ้านได้สูงสุดคือเยี่ยมได้มากกว่าร้อยละ 80.00 มี 3 จังหวัด จาก 12 จังหวัด โดยจังหวัดส่วนใหญ่ สามารถเยี่ยมได้ระหว่างร้อยละ 50.00 – ร้อยละ 80.00 และ การเยี่ยมเพื่อติดตามงานโครงการต่างๆ พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ สามารถเยี่ยมได้ระหว่างร้อยละ 20.00 – ร้อยละ 35.00 และมีเพียง 3 จังหวัด ที่มีการเยี่ยมในลักษณะเพื่อติดตามโครงการต่างๆ ประมาณร้อยละ 35.00 – ร้อยละ 55.00 ข้อมูลดังแผนภูมิที่ 3 และตารางที่ 21

แผนภูมิ 3 ร้อยละการเยี่ยมบ้าน และจำนวนเฉลี่ยต่อครั้งในแต่ละประเภทการเยี่ยมบ้านแยกตามจังหวัด



ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. : 2553.

ตาราง 21 ร้อยละการเยี่ยมบ้าน และจำนวนเฉลี่ยต่อครั้งในแต่ละประเภทการเยี่ยมบ้านแยกตามจังหวัด

จังหวัด	เยี่ยมบ้านแบบงานประจำ (จำนวน/ร้อยละ)	เยี่ยมเพิ่มเติมตามสภาพปัญหา (จำนวน/ร้อยละ)	เยี่ยมเพื่อให้เกิดความรู้ต่อเนื่อง (จำนวน/ร้อยละ)	เยี่ยมเพื่อติดตามงานโครงการต่างๆ (จำนวน/ร้อยละ)
1	48 (90.57)	45 (84.91)	44 (83.02)	28 (52.83)
2	42 (91.3)	39 (84.78)	41 (89.13)	19 (41.3)
3	29 (59.18)	36 (73.47)	33 (67.35)	13 (26.53)
4	23 (65.71)	25 (71.43)	26 (74.29)	12 (34.29)
5	50 (79.37)	41 (65.08)	38 (60.32)	11 (17.46)
6	38 (79.17)	48 (100.00)	39 (81.25)	19 (39.58)
7	37 (71.15)	31 (59.62)	35 (67.31)	17 (32.69)
8	31 (81.58)	31 (81.58)	29 (76.32)	13 (34.21)
9	18 (52.94)	23 (67.65)	17 (50.00)	6 (17.65)

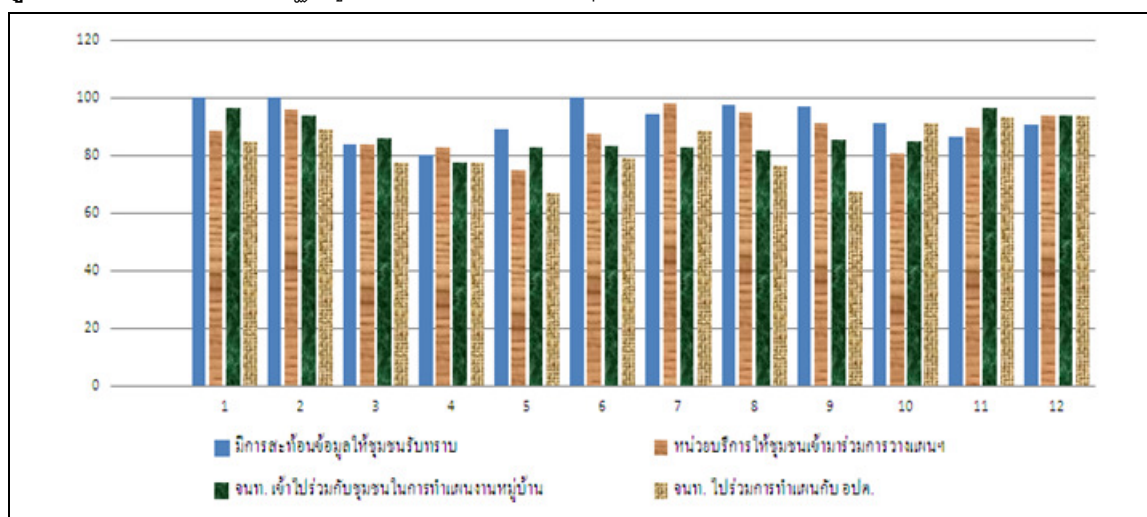
จังหวัด	เยี่ยมบ้านแบบงานประจำ (จำนวน/ร้อยละ)	เยี่ยมเพิ่มเติมตามสภาพปัญหา (จำนวน/ร้อยละ)	เยี่ยมเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง (จำนวน/ร้อยละ)	เยี่ยมเพื่อติดตามงานโครงการต่าง ๆ (จำนวน/ร้อยละ)
10	28 (60.87)	31 (67.39)	27 (58.7)	10 (21.74)
11	17 (58.62)	19 (65.52)	18 (62.07)	8 (27.59)
12	22 (68.75)	25 (78.13)	22 (68.75)	7 (21.88)

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. : 2553.

● การทำงานชุมชน/ท้องถิ่น จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัด พบว่า ลักษณะการทำงานส่วนใหญ่เป็นการทำงานร่วมกับชุมชน บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการสะท้อนข้อมูลให้ชุมชนทราบเป็นประจำโดยการเสนอเป็นปัญหาสุขภาพในรูปแบบที่ชุมชนเข้าใจง่าย และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำแผนด้านสุขภาพ เช่น หน่วยบริการให้ชุมชนเข้ามาร่วมในการทำแผนของหน่วยบริการเจ้าหน้าที่เข้าไปร่วมกับชุมชนในการทำแผนระดับหมู่บ้านและร่วมทำแผนกับ อบต.

จากข้อมูลการศึกษา พบว่า การทำงานในเรื่องการสะท้อนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบมี 3 จังหวัด ที่ประเมินว่าสามารถดำเนินการได้ร้อยละ 100.00 และหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีการทำงานในเรื่องการสะท้อนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบอยู่ในระดับที่สูงคือร้อยละ 80.00 – ร้อยละ 90.00 สำหรับการทำงานร่วมโดยให้ชุมชนที่พบน้อยที่สุดคือ เรื่องที่เจ้าหน้าที่เข้าไปร่วมกับชุมชนในการทำแผนหมู่บ้าน และการเข้าไปร่วมทำแผนกับ อบต. ซึ่งสองกิจกรรมนี้มีสัดส่วนเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 70.00 – ร้อยละ 80.00 ข้อมูลดังแผนภูมิที่ 4 และตารางที่ 22

แผนภูมิ 4 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการทำงานร่วมกับชุมชนในแต่ละลักษณะเปรียบเทียบ 12 จังหวัด ปี 2553



ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. : 2553.

ตาราง 22 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการทำงานร่วมกับชุมชนในแต่ละลักษณะเปรียบเทียบ 12 จังหวัด ปี 2553

จังหวัด	มีการสะท้อนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบ	หน่วยบริการให้ชุมชนเข้ามาร่วมการวางแผนฯ	จนท. เข้าไปร่วมกับชุมชนในการทำแผนงานหมู่บ้าน	จนท. ไปร่วมการทำแผนกับ อปต.
1	53 (100.00)	47 (88.68)	51 (96.23)	45 (84.91)
2	46 (100.00)	44 (95.65)	43 (93.48)	41 (89.13)
3	41 (83.67)	41 (83.67)	42 (85.71)	38 (77.55)
4	28 (80.00)	29 (82.86)	27 (77.14)	27 (77.14)
5	56 (88.89)	47 (74.6)	52 (82.54)	42 (66.67)
6	48 (100.00)	42 (87.5)	40 (83.33)	38 (79.17)
7	49 (94.23)	51 (98.08)	43 (82.69)	46 (88.46)
8	37 (97.37)	36 (94.74)	31 (81.58)	29 (76.32)
9	33 (97.06)	31 (91.18)	29 (85.29)	23 (67.65)
10	42 (91.3)	37 (80.43)	39 (84.78)	42 (91.3)
11	25 (86.21)	26 (89.66)	28 (96.55)	27 (93.1)
12	29 (90.63)	30 (93.75)	30 (93.75)	30 (93.75)

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน : 2553.

รายได้เฉลี่ย และสัดส่วนค่าตอบแทนของบุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัด พบว่า เงินรายได้เฉลี่ยทั้งหมดต่อเดือนอยู่ที่ 23,432 บาท/เดือน สัดส่วนเงินค่าล่วงเวลา และเบี้ยเลี้ยงต่างๆ รวมค่าตอบแทนพิเศษเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 18.76 รายได้เสริมอื่นๆ เฉลี่ยร้อยละ 5 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 23

ส่วนใหญ่บุคลากรไม่มีรายได้พิเศษ และเงินตอบแทนจากอาชีพอื่นๆ และมีเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บร้อยละ 36.00 และมีเงินเหลือเก็บบ้าง ร้อยละ 32.6 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ประเมินตนเองว่ามีเงินเหลือเก็บมาก อยู่มากถึงร้อยละ 35.5 ข้อมูลจากตารางที่ 24

ตาราง 23 รายได้เฉลี่ย และสัดส่วนค่าตอบแทนของบุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สัดส่วนรายได้เฉลี่ยรวม 12 จังหวัด (n=1,960)	Mean
จำนวนเงินรายได้ทั้งหมดต่อเดือน(บาท)	23,432
สัดส่วนของเงินค่าล่วงเวลา และเบี้ยเลี้ยงต่างๆ(%)	12
สัดส่วนของเงินค่าตอบแทนพิเศษ(%)	6.76
สัดส่วนของเงินโบนัส(%)	2.68
สัดส่วนของเงินรายได้จากอาชีพเสริมอื่นๆ(%)	5

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. : 2553.

ตาราง 24 ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย ของบุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

	จำนวน	ร้อยละ
มีรายได้พิเศษและเงินตอบแทนจากอาชีพอื่น ๆ (n = 1,533)		
ไม่มี	1,312	85.6
มี	221	14.4
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย (n = 1,536)		
มีเงินเหลือเก็บมาก	7	0.5
มีเงินเหลือเก็บบ้าง	500	32.6
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	553	36.0
น้อยกว่ารายจ่ายบ้าง	287	18.7
น้อยกว่ารายจ่ายมาก	189	12.3

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. : 2553.

ระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัด พบว่า บุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างน้อย/น้อยใน 2 ประเด็น คือ 1. การกระจายกำลังคนภายในเหมาะสมกับงาน และ 2. ความก้าวหน้าในตำแหน่งงานและวิชาชีพ โดยสรุป คือ

- 1) โครงสร้างและการทำงานเป็นทีม: พึงพอใจระดับค่อนข้างมาก/มากในด้านการได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและลักษณะการทำงานที่ช่วยเหลือกันและกันในทีม
- 2) ความมั่นคงในการทำงาน: พึงพอใจในระดับค่อนข้างมากต่อการบริหารจัดการบุคลากรในแง่ความเป็นธรรมในการบริหาร กระบวนการบรรจุแต่งตั้ง รวมทั้งกระบวนการพิจารณาความดีความชอบบุคลากร
- 3) สภาพแวดล้อมการทำงาน: พึงพอใจในระดับค่อนข้างมาก/มากในแง่สภาพแวดล้อมการทำงานส่งเสริมสุขภาพอนามัย มีความปลอดภัยจากสภาพแวดล้อมภายนอก มีบรรยากาศส่งเสริมให้มีการทำงานอย่างกระตือรือร้น

4) การพัฒนาความรู้ ความสามารถบุคลากร: พึงพอใจระดับค่อนข้างมากในด้านการมีแผนและงบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากร แต่มีความพึงพอใจค่อนข้างมากที่ได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ

5) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ: พึงพอใจค่อนข้างน้อย/น้อยในเรื่องความเพียงพอของรายได้ ค่าตอบแทนพิเศษ และความเหมาะสมของสวัสดิการอื่นๆ ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

หัวข้อ	จำนวน	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย
		จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
1. ด้านโครงสร้างและการทำงานร่วมกันเป็นทีม					
การกระจายกำลังคนภายในเหมาะสมกับงาน	1,557	111 (7.10)	666 (42.80)	612 (39.30)	168 (10.80)
ภาระงานที่ท่านได้รับมอบหมายมีความเหมาะสม	1,554	216 (13.90)	911 (58.60)	348 (22.40)	79 (5.10)
การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน	1,558	273 (17.50)	1,166 (74.80)	114 (7.30)	5 (0.30)
ลักษณะการทำงานที่ช่วยเหลือกันและกันเป็นทีม	1,553	432 (27.80)	921 (59.30)	188 (12.10)	12 (0.80)
2. ด้านความมั่นคงในการทำงาน					
ได้รับความเป็นธรรมในการบริหาร	1,555	190 (12.20)	908 (58.40)	390 (25.10)	67 (4.30)
กระบวนการบรรจุแต่งตั้งบุคลากรของหน่วยงาน	1,556	161 (10.30)	916 (58.90)	401 (25.80)	78 (5.00)
กระบวนการพิจารณาความดีความชอบบุคลากรของหน่วยงาน	1,552	110 (7.10)	791 (51.00)	502 (32.30)	149 (9.60)
ความก้าวหน้าในตำแหน่งงานและวิชาชีพ	1,552	113 (7.30)	673 (43.40)	590 (38.00)	176 (11.30)
3. ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน					
บรรยากาศในการทำงานส่งเสริมในการทำงาน	1,558	219 (14.10)	936 (60.10)	362 (23.20)	41 (2.60)

หัวข้อ	จำนวน	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย
		จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
สภาพแวดล้อมภายใน การทำงานที่ส่งเสริม สุขอนามัยและความปลอดภัย	1,556	267 (17.20)	1,042 (67.00)	218 (14.00)	29 (1.90)
ความปลอดภัยในด้านสภาพสิ่งแวดล้อมภายนอก	1,556	222 (14.30)	1,004 (64.50)	293 (18.80)	37 (2.40)
4. ด้านการพัฒนาความรู้ ความสามารถบุคลากร					
แผนพัฒนาความสามารถบุคลากรมีความ เหมาะสม	1,558	115 (7.40)	980 (62.90)	443 (28.40)	20 (1.30)
งบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถ มีความเหมาะสม	1,557	73 (4.70)	763 (49.00)	640 (41.10)	81 (5.20)
การเพิ่มพูนการเรียนรู้ของบุคลากร	1,554	120 (7.70)	888 (57.10)	490 (31.50)	56 (3.60)
การได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ ความสามารถ	1,555	249 (16.00)	1,058 (68.00)	230 (14.80)	18 (1.20)
5. ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ					
ความเพียงพอของรายได้	1,557	37 (2.40)	467 (30.00)	821 (52.70)	232 (14.90)
ค่าตอบแทนพิเศษ	1,553	422 (1.40)	322 (20.70)	796 (51.30)	413 (26.60)
สวัสดิการมีความเหมาะสม	1,556	44 (2.80)	471 (30.30)	731 (47.00)	310 (19.90)

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน : 2553.

ความมั่นใจ ความพึงพอใจ และความภาคภูมิใจต่อผลงาน จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัด พบว่า บุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีความมั่นใจมากในแง่การทำงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การทำงานชุมชน การทำงานควบคุมป้องกันโรค การทำงานด้านการรักษาพยาบาล การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามลำดับ แต่ไม่มั่นใจมากต่อการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและการฟื้นฟูสุขภาพ สอดคล้องกับความไม่พึงพอใจของบุคลากรต่อผลงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพเป็นประเด็นหลัก ในภาพรวมบุคลากรส่วนใหญ่พึงพอใจในผลงานภาพรวมของตนเองในระดับค่อนข้างมากร้อยละ 75.80 ข้อมูลดังตารางที่ 26

ปัจจัยจูงใจ หรือความสนใจในการปฏิบัติงาน จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัด พบว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคลากรยังคงปฏิบัติงานต่อเนื่องจากที่หน่วยบริการปฐมภูมิตามลำดับ คือ ความร่วมมือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน และจากชุมชน รวมทั้ง การสนับสนุนที่ได้รับจากหัวหน้างาน ตลอดจนการมีรายได้ที่เพียงพอ ข้อมูลดังตารางที่ 27

ตารางที่ 26 ระดับความมั่นใจ และความพึงพอใจต่อผลงานของบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

หัวข้อ	จำนวน	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย
		จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
1. ความมั่นใจต่อการทำงาน					
ความมั่นใจในการทำงานด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป	1,559	302(19.40)	1,011(64.80)	224(14.40)	22(1.40)
ความมั่นใจในการทำงานด้านการดูแลเรื้อรัง	1,558	249(16.00)	979(62.80)	311(20.00)	19(1.20)
ความมั่นใจในการทำงานส่งเสริมสุขภาพชุมชน	1,557	387(24.90)	1,073(68.90)	92(5.90)	5(0.30)
ความมั่นใจในการทำงานควบคุมป้องกันโรค	1,559	318(20.40)	1,033(66.30)	199(12.80)	9(0.60)
ความมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพ	1,558	204(13.10)	908(58.30)	416(26.70)	30(1.90)
ความมั่นใจในการทำงานกับชุมชน	1,556	494(31.70)	947(60.90)	104(6.70)	11(0.70)
ความมั่นใจในการทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	1,557	279(17.90)	841(54.00)	370(23.80)	67(4.30)
2. ความพึงพอใจต่อผลงาน					
ความพึงพอใจต่อผลงานในด้านการรักษาพยาบาล	1,557	291(18.70)	1,018(65.40)	224(14.40)	24(1.50)
ความพึงพอใจต่อผลงานในด้านการป้องกันโรค	1,555	274(17.60)	1,083(69.60)	185(11.90)	13(0.80)
ความพึงพอใจต่อผลงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ	1,555	330(21.20)	1,075(69.10)	142(9.10)	8(0.50)
ความพึงพอใจต่อผลงานในด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	1,558	169(10.80)	887(56.90)	465(29.80)	37(2.40)
ความพึงพอใจต่อผลงานในด้านการเสริมศักยภาพของชุมชน	1,552	222(14.30)	975(62.80)	337(21.70)	18(1.20)
ความพึงพอใจต่อความเห็นต่อผลงานตนเองในภาพรวม	1,556	216(13.90)	1,179(75.80)	157(10.10)	4(0.30)

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. : 2553.

ตารางที่ 27 ปัจจัยจูงใจ หรือความสุขใจในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องของบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

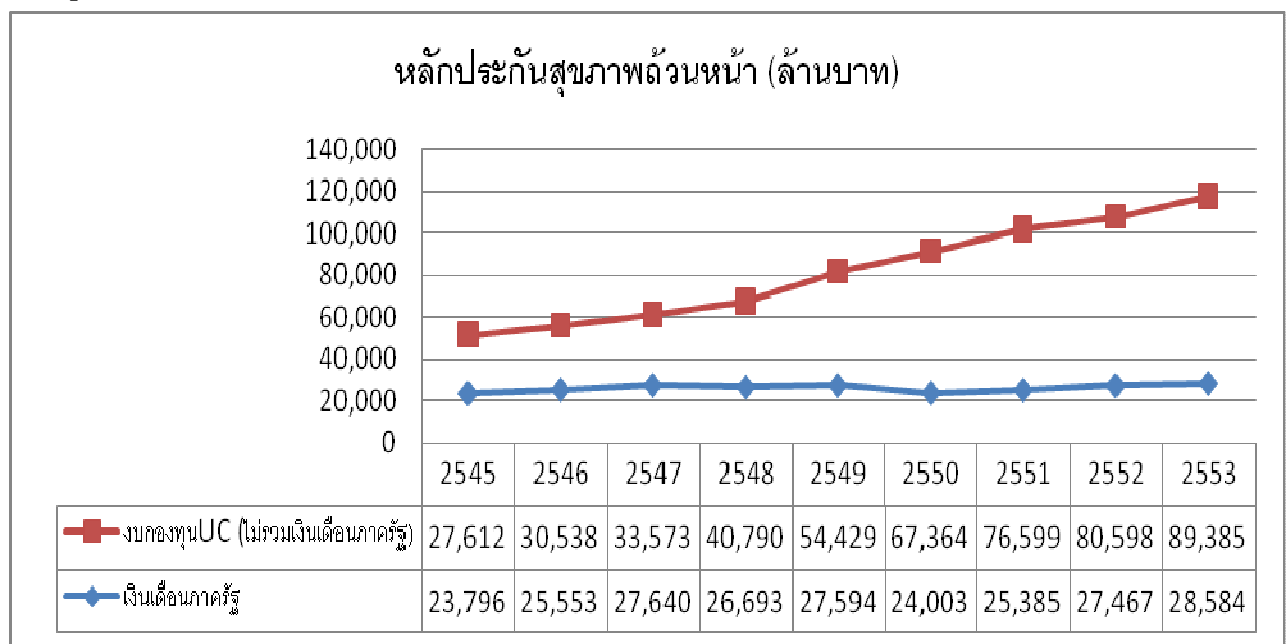
ปัจจัยจูงใจ หรือความสุขใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เพียงพอเป็นปัจจัยที่ยังคงปฏิบัติงานต่อเนื่อง	649	41.40
การสนับสนุนที่ได้รับจากหัวหน้างาน	713	45.50
ความร่วมมือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน	1184	75.50
ความร่วมมือในการทำงานจากชุมชน	1134	72.30
มีปัจจัยอื่นๆที่ยังคงปฏิบัติงานต่อเนื่อง	282	18.00

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. : 2553.

บทที่ 4 สถานการณ์ด้านการจัดการเครือข่ายและงบประมาณ

การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี 2545- 2554 เพิ่มขึ้นตามลำดับดังแผนภูมิที่ 5 ทิศทางการเพิ่มขึ้นของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ ตารางที่ 28 ที่แสดงเปรียบเทียบงบประมาณบริการเหมาจ่ายรายหัวของประชากรตั้งแต่ปี 2552-2554

แผนภูมิที่ 5 ทิศทางการเพิ่มขึ้นของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2545- 2554



งบเหมาจ่ายรายหัว	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
	1,202.4	1,202.4	1,308.5	1,369.3	1,659.2	1,899.6	2,100.0	2,202.0	2,401.3	2,546.5	2,755.6

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบการบริหารงบเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2552- 2554 (บาทต่อหัวประชากร)

ประเภทบริการ	อัตรา (บาท/ประชากร) ปี 52	อัตรา (บาท/ประชากร) ปี 53	อัตรา (บาท/ประชากร) ปี 54
1. บริการผู้ป่วยนอก	666.96	754.63	795.39
2. บริการผู้ป่วยใน	837.11	885.94	954.72
3. บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับโรงพยาบาล ชุมชนเงื่อนไขพิเศษ	72.25	72.25	64.09
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP)			
4.1 บริการ P&P ทั่วไป	262.06	271.79	242.92
4.2 บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน			37.00
4.3 วัคซีนไข้หวัดใหญ่	7.60	11.36	9.66
4.4 เพิ่มให้หน่วยปฐมภูมิมาตรฐาน			22.92
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ บริการโรคเฉพาะ	179.48	194.34	209.45
6. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	5.00	8.08	12.00
7. งบประมาณบำรุงและทดแทนครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง(ค่า เสื่อม)	148.69	148.69	148.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	1.00	ใช้งบคงเหลือ	2.68
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	0.85	0.78	0.97
10. งบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการ	20.00	40.00	25.00
11. สมทบค่าบริการการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก	1.00	2.00	6.00
12. งบส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิ	-	10.63	11.24
13. งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน	-	0.84	1.50
รวม	2,202.00	2,401.33	2,546.48

ที่มา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :2554.

จากตารางที่ 28 เมื่อเปรียบเทียบงบประมาณการบริหารจัดการงบเหมาจ่ายรายหัวที่บ่งชี้ว่าเป็นส่วนที่สนับสนุน
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พบว่าในปี 2552 มีการจัดสรรงบประมาณที่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตotal
จำนวน 1,028.87 บาทต่อประชากร นับเป็นร้อยละ 46.72 ของงบประมาณจัดสรรรวม 2,202.00 บาทต่อประชากร และ

เพิ่มมากขึ้นในปี 2553 ที่มีการจัดสรรงบประมาณที่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิรวมจำนวน 1,165.66 บาทต่อประชากร นับเป็นร้อยละ 48.33 ของงบประมาณจัดสรรรวม 2,401.33 บาทต่อประชากร

และในปี 2554 งบประมาณการบริหารจัดการงบประมาณจ่ายรายหัวที่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิรวมจำนวน 1,214.22 บาทต่อประชากร นับเป็นร้อยละ 47.68 ของงบประมาณจัดสรรรวม 2,546.48 บาทต่อประชากร

แต่เม็ดเงินที่ส่งไปถึงหน่วยบริการปฐมภูมิจะยิ่งน้อยลงไปอีก เพราะต้องแบ่งส่วนหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายกลางที่โรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละเครือข่ายจะมีความแตกต่างกันหลายรูปแบบ

ลักษณะของงบประมาณสำหรับดำเนินการจากการจัดสรรของแม่ข่ายหน่วยบริการให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ จะประกอบด้วยหมวดหลัก ๆ คือ

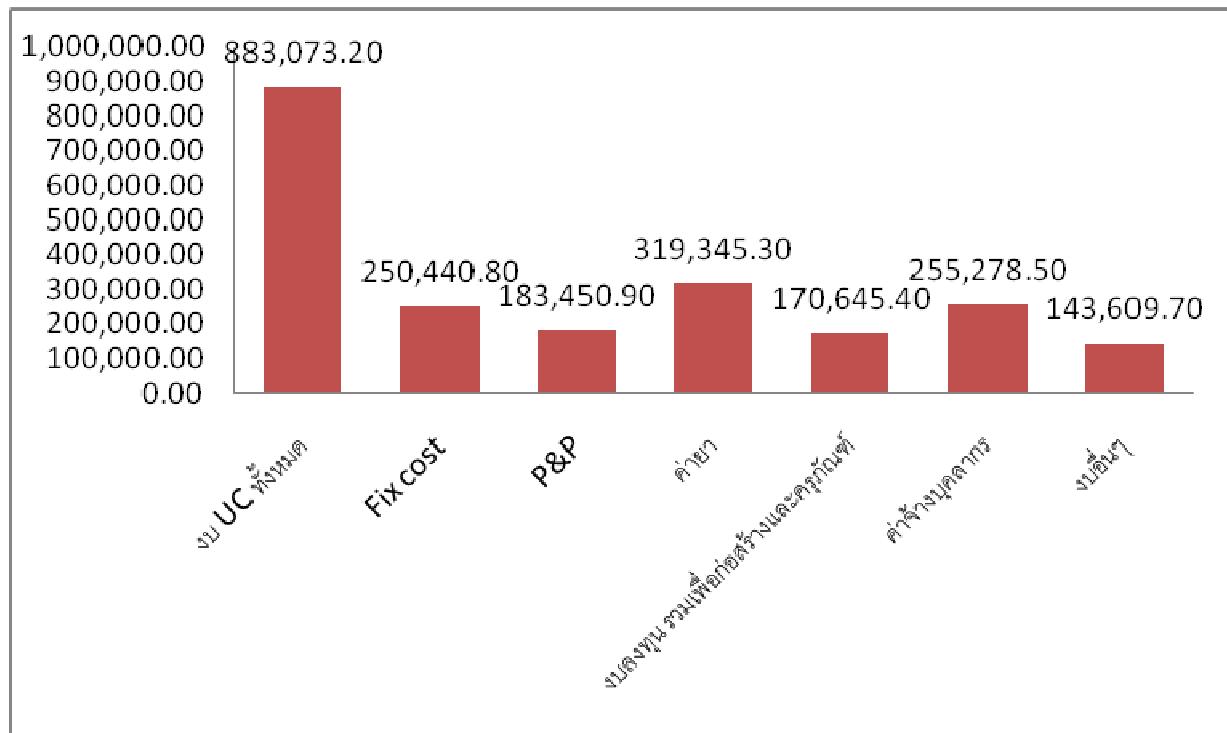
- 1) งบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายพื้นฐานที่เป็นค่าจ้างลูกจ้าง หรือค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายอื่นๆ
- 2) งบสำหรับวัสดุทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ ซึ่งมักจะมียอดเพดานรวมสำหรับหน่วยบริการแต่ละแห่ง แต่ก็มีหลายแห่งที่จัดสรรให้ตามการใช้จริง
- 3) งบสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ซึ่งจะคิดเป็นยอดจำนวนบาทต่อหัวประชากร ที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ รวมทั้งวิธีจัดเงินให้แก่หน่วยบริการก็แตกต่างกัน ได้แก่ บางแห่งได้รับงบเป็นก้อนรวมไปเลย บางแห่งต้องทำโครงการส่งขึ้นมาที่ เครือข่ายเพื่อขออนุมัติ
- 4) งบพิเศษอื่นๆ เช่น เงินเพื่อจ้างพยาบาลวิชาชีพ หรือเงินจูงใจต่างๆ ซึ่งส่วนนี้ยังพบเป็นส่วนน้อย

ส่วนงบลงทุนเพื่อสนับสนุนการซื้อครุภัณฑ์ หรือการก่อสร้างซ่อมแซมต่างๆ นั้น จะเป็นงบต่างหากอีกส่วนหนึ่ง ที่มีวิธีการจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในลักษณะที่แตกต่างกัน

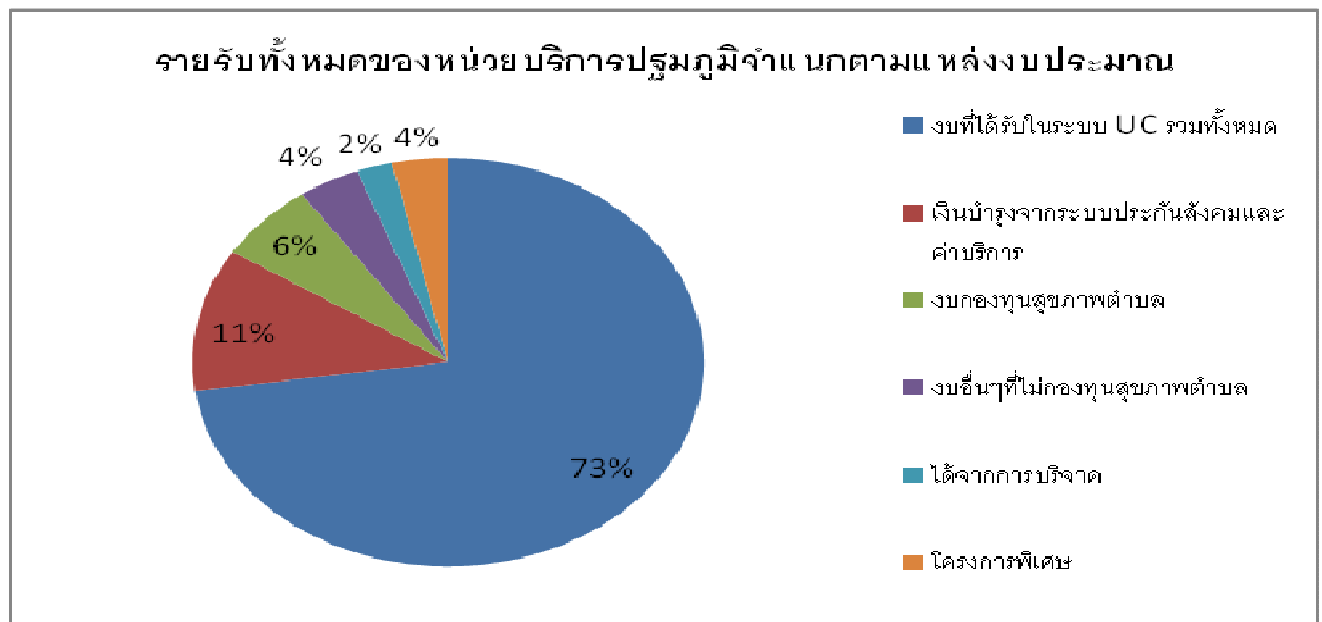
จากการศึกษาสถานการณ์ และระบบติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิใน 12 จังหวัด (ครอบคลุมพื้นที่ตาม สปสช.เขต) ในปี 2553 โดยสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน พบว่า ในหน่วยบริการปฐมภูมิงบประมาณหลัก ร้อยละ 40.00 เป็นงบประมาณในระบบ UC ที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับสนับสนุนจาก CUP และเป็นงบประมาณ fix cost /P&P /ค่ายา ร้อยละ 32.00 ของงบประมาณทั้งหมด งบค่าจ้างบุคลากร ร้อยละ 12.00 ของงบประมาณทั้งหมด สำหรับงบลงทุนรวมเพื่อก่อสร้างและครุภัณฑ์ และงบอื่นๆ เป็นร้อยละ 8.00 และงบอื่นๆ ร้อยละ 15.00 ของงบประมาณทั้งหมด ดังแผนภูมิที่ 6

และรายรับทั้งหมดของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแหล่งงบประมาณ พบว่าแหล่งงบประมาณหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สนับสนุนจาก CUP เป็นสัดส่วนมากที่สุดถึง ร้อยละ 73.00 และงบอื่นๆที่ไม่ใช่กองทุนสุขภาพตำบล งบที่ได้จากการบริจาค และงบจากโครงการอื่นๆ นับเป็น 1 ใน 4 ของงบประมาณทั้งหมด คือ ร้อยละ 27 ดังแผนภูมิที่ 7

แผนภูมิที่ 6 งบประมาณในระบบ UC ที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับ



แผนภูมิที่ 7 รายรับทั้งหมดของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามแหล่งงบประมาณ



4.1 งบประมาณสนับสนุนผ่านกองทุนสุขภาพตำบล

งบประมาณที่สนับสนุนไปยังกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ในปี 2554 เป็นงบอีกส่วนหนึ่งที่จัดสรรให้ในการดำเนินงานบริการปฐมภูมิให้มีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2554 พบว่า งบประมาณสนับสนุนในพื้นที่ 40 บาท/คน เป็นเงินทั้งสิ้น 2,080,670,038 บาท ครอบคลุมร้อยละพื้นที่เข้าร่วมปี 2554 อยู่ที่ร้อยละ 95.49 ดังตารางที่ 29

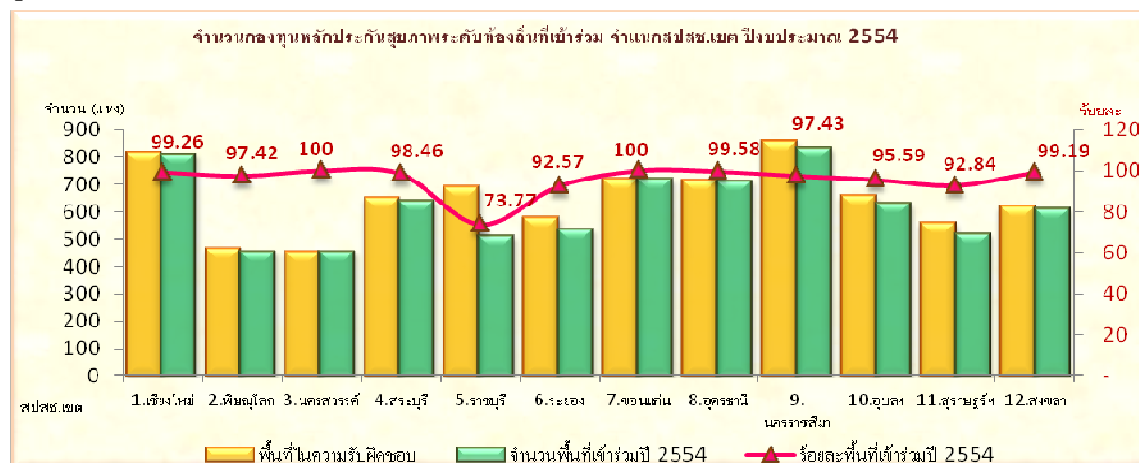
แผนภาพที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบและแนวโน้มการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจำแนกตามสปสช.เขต ปีงบประมาณ 2554 พบว่า จำนวนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เข้าร่วมกองทุนฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมี 2 เขตพื้นที่ สปสช.ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเข้าร่วมร้อยละ 100.00 คือ สปสช.เขตนครสวรรค์ และ สปสช.เขตขอนแก่น มีเพียง สปสช.เขตราชบุรีที่ร้อยละการเข้าร่วมกองทุนฯ อยู่ที่ ร้อยละ 73.77 นอกนั้นที่เหลือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 100.00

ตารางที่ 29 แสดงจำนวนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เข้าร่วม จำแนก สปสช.เขต ปี 2554

สปสช.เขต	พื้นที่ใน ความ รับผิดชอบ	จำนวน พื้นที่เข้า ร่วมปี 2554	ร้อยละ พื้นที่เข้า ร่วมปี 2554	จำนวน ประชากร เข้าร่วม กองทุน	จำนวนเงิน (40บาท/คน) (บาท)	จำนวน เงินต่อ พื้นที่	จำนวน ประชากร ต่อพื้นที่
1.เชียงใหม่	815	809	99.26	5,192,241	207,689,640	256,724	6,418
2.พิษณุโลก	466	454	97.42	3,058,941	122,357,640	269,510	6,738
3.นครสวรรค์	454	454	100.00	2,705,146	108,205,840	238,339	5,958
4.สระบุรี	649	639	98.46	4,928,862	197,154,480	308,536	7,713
5.ราชบุรี	690	509	73.77	3,637,822	145,512,880	285,880	7,147
6.ระยอง	579	536	92.57	5,067,085	202,683,400	378,141	9,454
7.ขอนแก่น	718	718	100.00	4,452,956	178,118,240	248,076	6,202
8.อุดรธานี	716	713	99.58	4,811,402	192,456,080	269,924	6,748
9.นครราชสีมา	855	833	97.43	5,777,075	231,082,998	277,411	6,935
10.อุบลฯ	658	629	95.59	3,864,948	154,597,920	245,784	6,145
11.สุราษฎร์ฯ	559	519	92.84	3,918,650	156,746,000	302,015	7,550
12.สงขลา	617	612	99.19	4,601,623	184,064,920	300,760	7,519
ภาพรวม	7,776	7,425	95.49	52,016,751	2,080,670,038	280,225	7,006

ที่มา: กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :2554.

แผนภูมิที่ 8 เปรียบเทียบจำนวนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เข้าร่วม จำแนก สปส.เขต ปี 2554



ที่มา: กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :2554.

จากตารางที่ 30 และแผนภูมิที่ 9 แสดงจำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เปรียบเทียบจำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2553-2554 พบว่า อัตราการเพิ่มของจำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่สูงมากนัก โดยสมทบจาก อบต./เทศบาล ในปี 2554 เพิ่มขึ้นจากปี 2553 จำนวน 104.90 ล้านบาท ส่วนเงินสมทบจากชุมชนในปี 2554 ลดลงจากปี 2553 จำนวน 1.61 ล้านบาท

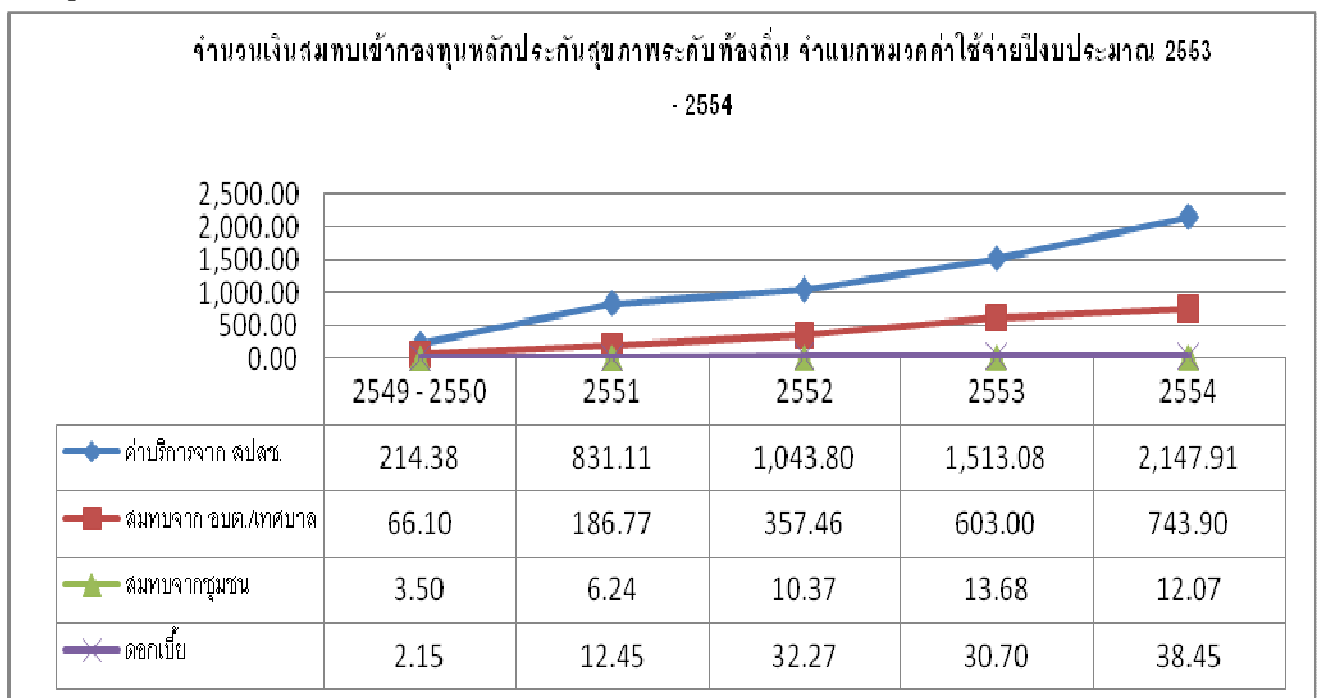
ตารางที่ 30 แสดงจำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2553-2554

(หน่วย : ล้านบาท)

หมวด ค่าใช้จ่าย	ปี 49- 50	ปี 51	ปี 52	ปี 53	ปี 54	รวม	ร้อยละ ภาพรวม	อัตรา เพิ่ม ปี 51	อัตรา เพิ่ม ปี 52	อัตรา เพิ่ม ปี 53	อัตรา เพิ่ม ปี 54
ค่าบริการจาก สปสช.	214. 38	831. 11	1,04 3.80	1,51 3.08	2,14 7.91	5,75 0.28	73.07	287.67	25.59	44.96	41.96
สมทบจาก อบต./เทศบาล	66.1 0	186. 77	357. 46	603. 00	743. 90	1,95 7.22	24.87	182.55	91.39	68.69	23.37
สมทบจาก ชุมชน	3.50	6.24	10.3 7	13.6 8	12.0 7	45.8 7	0.58	78.54	66.13	31.85	(11.73)
ดอกเบี้ย	2.15	12.4 5	32.2 7	30.7 0	38.4 5	116. 01	1.47	479.94	159.12	(4.85)	25.23
รวม	286. 13	1,03 6.57	1,44 3.90	2,16 0.46	2,94 2.33	7,86 9.38	100.00	262.28	39.30	49.63	36.19

ที่มา: กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :2554.

แผนภูมิที่ 9 กราฟเปรียบเทียบจำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2553-2554



ที่มา: กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :2554.

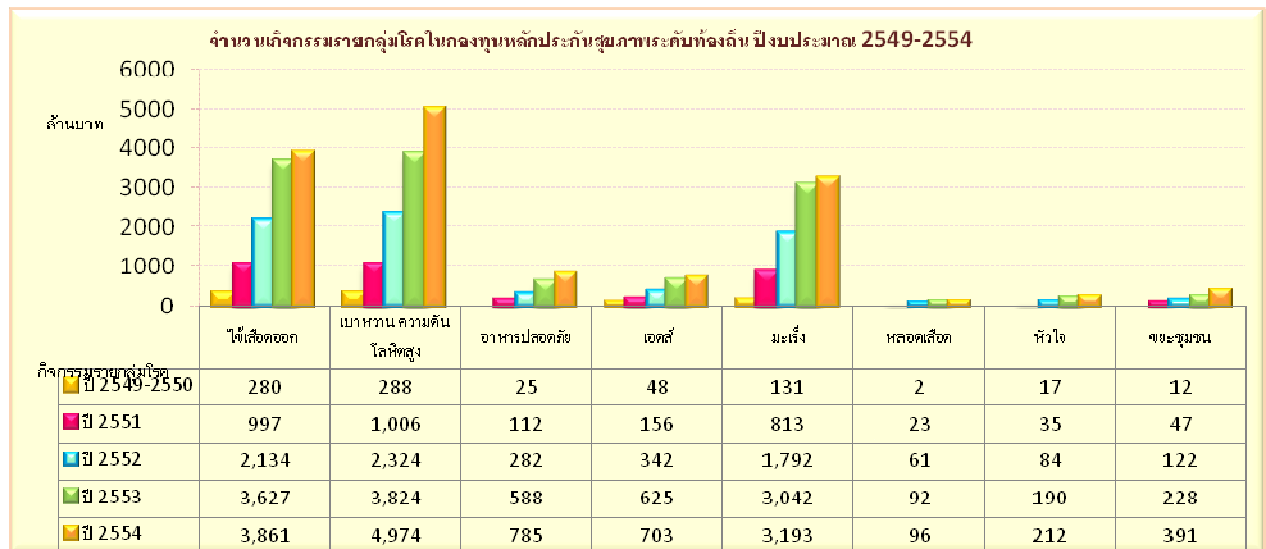
จากตารางที่ 31 และแผนภาพที่ 10 แสดงจำนวนกิจกรรมรายกลุ่มโรคที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2549-2554 พบว่า มีการดำเนินงานในกลุ่มโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ดำเนินการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 33.05) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง (ร้อยละ 23.88)

ตารางที่ 31 แสดงจำนวนกิจกรรมรายกลุ่มโรคที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นปีงบประมาณ 49-54

กิจกรรมราย กลุ่มโรค	ปี 49- 50	ปี 51	ปี 52	ปี 53	ปี 54	รวม	ร้อยละ ภาพ รวม	อัตรา เพิ่ม ปี 51	อัตรา เพิ่ม ปี 52	อัตรา เพิ่ม ปี 53	อัตรา เพิ่ม ปี 54
ไข้เลือดออก	280	997	2,134	3,627	3,861	10,899	29.01	256.07	114.04	69.96	6.45
เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง	288	1,006	2,324	3,824	4,974	12,416	33.05	249.31	131.01	64.54	30.07
อาหาร ปลอดภัย	25	112	282	588	785	1,792	4.77	348.00	151.79	108.51	33.50
เอดส์	48	156	342	625	703	1,874	4.99	225.00	119.23	82.75	12.48
มะเร็ง	131	813	1,792	3,042	3,193	8,971	23.88	520.61	120.42	69.75	4.96
หลอดเลือด	2	23	61	92	96	274	0.73	1,050.00	165.22	50.82	4.35
หัวใจ	17	35	84	190	212	538	1.43	105.88	140.00	126.19	11.58
ขยะชุมชน	12	47	122	228	391	800	2.13	291.67	159.57	86.89	71.49
รวม กิจกรรม	803	3,189	7,141	12,216	14,215	37,564	100.00				

ที่มา: กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :2554.

แผนภูมิที่ 10 จำนวนกิจกรรมรายกลุ่มโรคที่สำคัญในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นปี 2549-2554

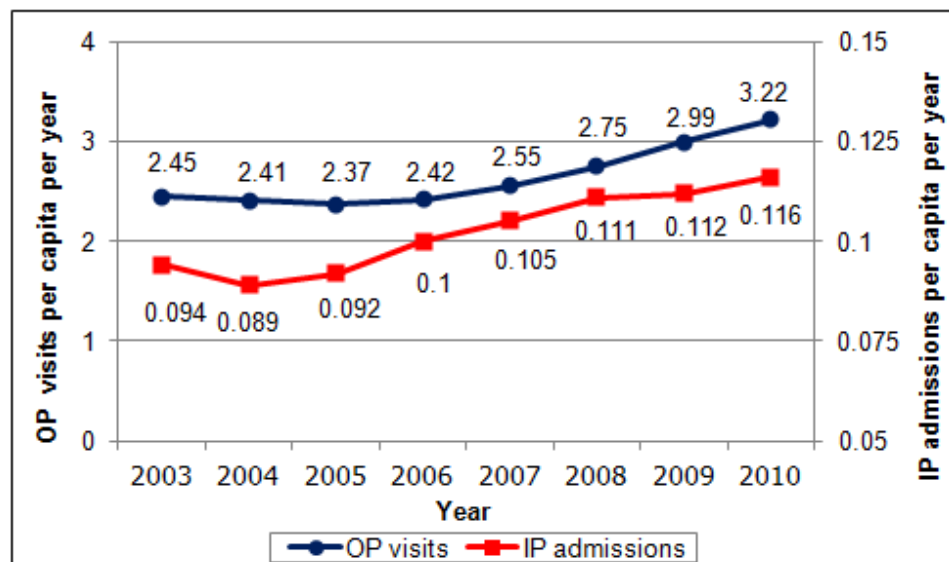


ที่มา: กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :2554.

บทที่ 5 ผลงาน และคุณภาพบริการปฐมภูมิ

- 1) แนวโน้มภาพรวมการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 153.81 ล้านครั้ง เท่ากับอัตราการรับบริการผู้ป่วยนอก (ต่อผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 3.23 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ 2553 และ บริการผู้ป่วยในมีจำนวน 5.34 ล้านครั้ง อัตราการรับการรักษาที่โรงพยาบาล (ต่อผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) 0.108 ครั้งต่อคนต่อปี ดังแสดงใน แผนภูมิที่ 11

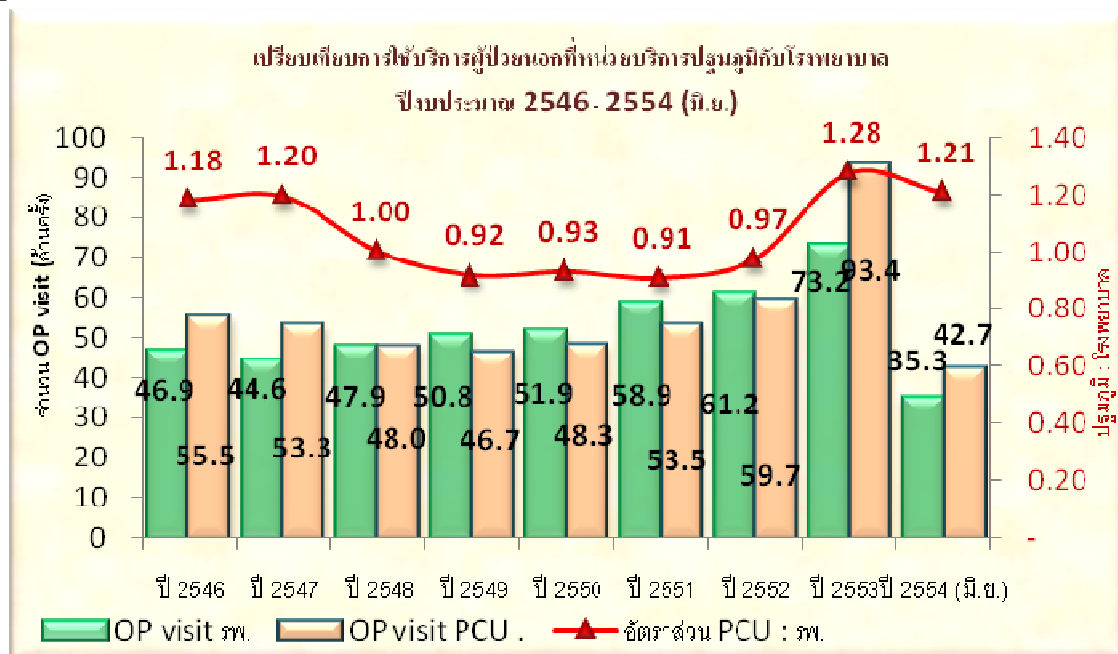
แผนภูมิที่ 11 อัตราการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อครั้งต่อปีในช่วง 2546- 2553



ที่มา : รายงานผลการดำเนินการภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข (23 สิงหาคม – ธันวาคม 2554)

- 2) จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นที่บอถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนในการใช้บริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ซึ่งพบว่าในช่วงแรกของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าตัวชี้วัดมีแนวโน้มลดลงจาก 1.18 ในปี 2546 เป็น 0.91 ในปี 2551 และเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1.21 ในปี 2554 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 12

แผนภูมิที่ 12 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาล ปี 2546 - 2554



ที่มา : 1. รายงาน 0110 รง. 5 สธ., สปสช. ปี 2546 - 2552

2. ข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล ปี 2553 - มิ.ย. 2554 สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช., วิเคราะห์โดย กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สปสช.)

- 3) ด้านความครอบคลุมของผลงานการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ และ กิจกรรมสำคัญของการทำงานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการคัดกรองสุขภาพประกอบด้วย การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองความเสี่ยงผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก โดยมีแนวโน้มการคัดกรองสูงขึ้นแต่ยังมีจำนวนผู้รับบริการและอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังแผนภูมิที่ 13, ตารางที่ 32, ตารางที่ 33 ตามลำดับ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเพื่อให้รักษาอย่างทันเวลา เนื่องจากการรักษาในระยะเริ่มแรกมิให้โรคลุกลาม และมีโอกาสหายสูงกว่าผู้ป่วยในระยะลุกลาม ในภาพรวมประเทศ ความครอบคลุมของการคัดกรองในสตรีในกลุ่มอายุ 30-60 ปียังต่ำกว่าปี 2552 เล็กน้อย ซึ่งข้อมูลปี 2553 มีความครอบคลุมร้อยละ 24.00 ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 32 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีในกลุ่มอายุ 30-60 ปี จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2553

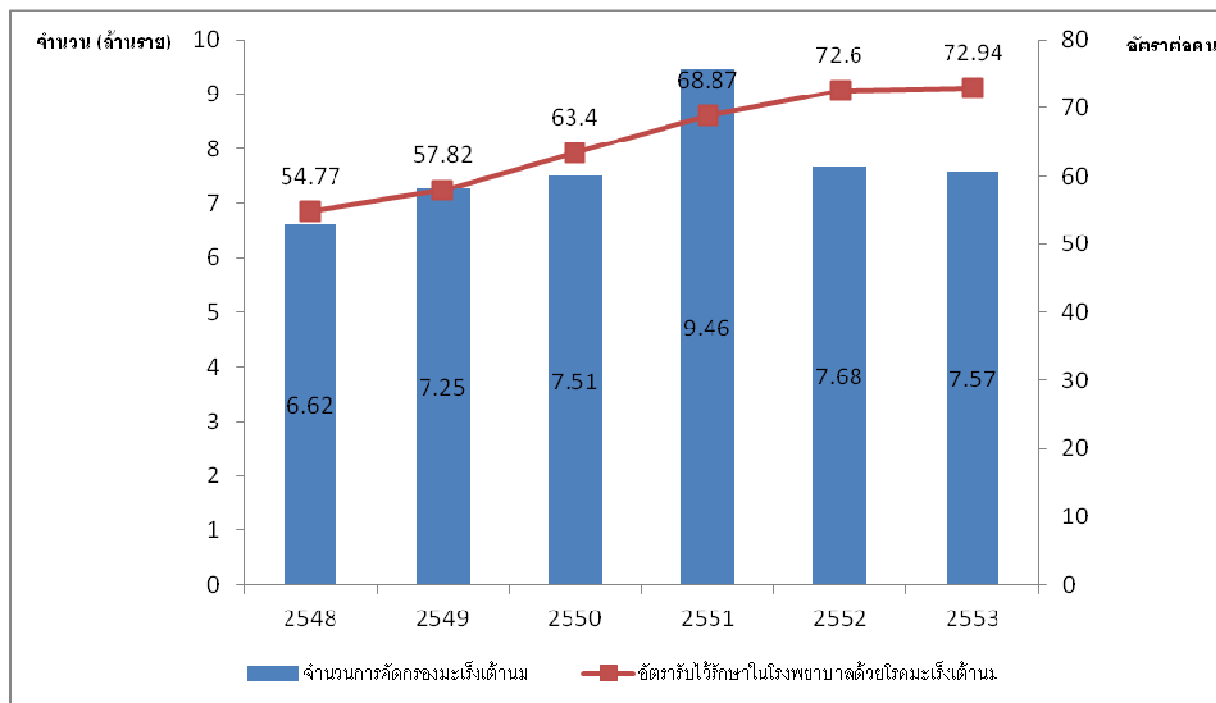
สปสช.เขต	จำนวนเป้าหมายร้อยละ 80 ของประชากรหญิง อายุ 30-60 ปี	ผลงาน	ร้อยละของผลงาน
เขต 1 เชียงใหม่	1,004,325	304,822	30.35
เขต 2 พิษณุโลก	612,871	131,328	21.43
เขต 3 นครสวรรค์	555,740	121,774	21.91
เขต 4 สระบุรี	790,617	145,406	18.39
เขต 5 วาชนบุรี	853,620	249,189	29.19
เขต 6 ระยอง	904,832	191,070	21.12
เขต 7 ขอนแก่น	895,749	310,369	34.65
เขต 8 อุตรธานี	965,112	298,922	30.97
เขต 9 นครราชสีมา	1,158,508	252,772	21.82
เขต 10 อุบลราชธานี	782,035	225,105	28.78
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	668,511	106,450	15.92
เขต 12 สงขลา	690,447	125,133	18.12
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	931,438 *	133,206	14.30
รวม	10,813,806	2,229,468	24.00

หมายเหตุ : * สปสช.เขตกรุงเทพมหานครตั้งเป้าหมายเฉพาะไว้จำนวน 192,515 คนคิดเป็นร้อยละ 69.19

ที่มา : จากโปรแกรม Pap Registry ณ 30 กันยายน 2553 สปสช., วิเคราะห์โดยกองทุนย่อยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สปสช.

การคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยมีวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในภาพรวมประเทศผลงานคัดกรองในปี 2548-2552 มีแนวโน้มสูงขึ้น ขณะที่ปี 2553 มีจำนวนที่ลดลง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนดังแผนภูมิที่ 13

แผนภูมิที่ 13 แนวโน้มของการคัดกรองมะเร็งเต้านมและอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2548-2553



หมายเหตุ : อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งเต้านมในหญิงอายุ 35 ปี ขึ้นไป คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยสิทธิ UC เพศหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่รับเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งเต้านม ต่อประชากรสิทธิ UC เพศหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 100,000 คน

ที่มา : 1) อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548-2553 สปสช. วิเคราะห์โดยสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช.

2) จำนวนคัดกรอง จากฐานข้อมูลรายงาน 0110 รง 5 ปี 2548-2553 สป.สธ., สปสช., วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและแผน สปสช.

ตารางที่ 33 ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและผู้มีความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคเมตาบอลิกปีงบประมาณ 2551-2553

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้รับการคัดกรองทั้งหมด(คน)	จำนวนผู้รับการตรวจคัดกรองผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก							
		เบาหวาน	ร้อยละ	ความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	โรคหลอดเลือดสมอง	ร้อยละ	โรคอ้วน	ร้อยละ
2551	8,584,900	551,985	6.43	3,890,032	45.31	2,443,130	28.46	3,439,018	40.06
2552	10,620,879	671,931	6.33	3,936,258	37.06	2,413,857	22.73	5,195,769	48.92
2553	12,190,681	12,190,681	14.39	5,253,422	43.09	4,441,428	36.43	3,688,248	30.25

ที่มา : จากโปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง ณ 30 กันยายน 2553 สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช. และ สปสช.เขตกรุงเทพมหานคร สปสช., วิเคราะห์โดยกองทุนยอยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สปสช.

กิจกรรมสำคัญงานส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย บริการส่งเสริมทางทันตกรรม บริการวางแผนครอบครัว และการเยี่ยมบ้าน โดยแนวโน้มของการให้บริการดังกล่าวมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง คือ

- 1) การให้บริการส่งเสริมทางทันตกรรม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 4,143,510 ครั้งในปี 2547 เป็น 5,031,101 ครั้ง ในปี 2553 คิดเป็นร้อยละ 21.42
- 2) บริการวางแผนครอบครัว มีจำนวนที่ลดลงจาก 5,936,779 ราย ในปี 2547 เหลือ 5,120,014 ราย ในปี 2553 คิดเป็นร้อยละ 13.76
- 3) การเยี่ยมบ้าน มีรายงานจำนวนครั้งการเยี่ยมบ้านในปี 2553 มากกว่าในปี 2547 และ 2548 แต่กิจกรรมนี้ก็มีจำนวนที่ลดลงเมื่อเทียบกับข้อมูลปี 2549-2552 ทั้งนี้ ข้อมูลในปี 2553 มีการเยี่ยมบ้าน 10,031,912 ครั้ง ดังตารางที่ 34

ตารางที่ 34 จำนวนการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ในกลุ่มผู้ใหญ่ ปีงบประมาณ 2547-2553

ผู้รับบริการ	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
การส่งเสริมทางทันตกรรม (ครั้ง)	4,143,510	4,994,820	6,072,268	5,509,900	5,579,299	5,291,393	5,031,101
การวางแผนครอบครัว (ราย)	5,936,779	6,386,617	5,616,729	5,405,516	5,179,420	4,886,958	5,120,014
การเยี่ยมบ้าน (ครั้ง)	8,256,473	8,973,769	10,356,509	11,848,838	12,394,806	11,213,031	10,031,912

ที่มา : รายงาน 0110 รง 5 ปีงบประมาณ 2547-2553 สปสช. วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและแผน สปสช.

4) ด้านกระบวนการบริการคุณภาพ หากกระบวนการบริการปฐมภูมิเข้มแข็งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคเรื้อรังได้ชัดเจน จากข้อมูลพบว่าประสิทธิภาพของการจัดการบริการปฐมภูมียังไม่สามารถทำให้อัตราการแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยลดลง เนื่องจากข้อจำกัดศักยภาพทางคลินิก และกระบวนการทำงานที่ยังไม่ตรงเป้าหมาย หรือ ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพกลุ่มประชากรนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อจำกัดเชิงโครงสร้างการเชื่อมต่อของระบบบริการระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ แม้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจะพัฒนาทั้งบริการพื้นฐาน ปรับบทบาทวิธีทำงานร่วมกันทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและเรื้อรังมากขึ้นก็ตาม

ตัวชี้วัดเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพบริการในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular disease) กรณีโรคเบาหวานเนื่องจากโดยทั่วไป ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ยกเว้นเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องหรือขาดการติดตามจากหน่วยบริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องเพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อที่ควบคุมระดับน้ำตาลจากภาพรวมประเทศพบว่า อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน ในประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 15 ปี ขึ้นไปยังไม่เห็นแนวโน้มที่ลดลงอย่างชัดเจน ข้อมูลในแต่ละปีมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง ดังตารางที่ 35

ตารางที่ 35 การรับผู้ป่วยเบาหวานไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่างๆ ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปแสนคน ปี 2548-2553

ตัวชี้วัด	2548	2549	2550	2551	2552	2553
อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน	56.42	64.67	78.52	89.46	92.16	94.65

หมายเหตุ : จำนวนผู้ป่วย UC ที่รับเข้าโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน (Ketoacidosis, Hyperosmolarity, Hypoglycemia, Coma) (ICD10=E10.0,E10.1,E11.0,E11.1,E12.0,E12.1,E13.0,E13.1,E14.0,E14.1) ต่อประชากร UC อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 100,000 คน

ที่มา :ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548-2553 สปสช. วิเคราะห์โดยสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช.

5.ทัศนคติของประชาชนและระยะเวลาในการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากผลสำรวจของศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ปี 2552 ที่สำรวจประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ตอบว่าตั้งใจจะไปรับบริการที่หน่วยบริการระบุในบัตรลำดับที่ 1 ต่ำกว่าผลสำรวจในปี 2552 โดยผลสำรวจในปี 2553 มีกลุ่มตัวอย่างตอบร้อยละ 89.80 ซึ่งต่ำกว่าปีที่แล้วที่มีผู้ตอบร้อยละ 91.80 แต่ใกล้เคียงกับปี 2551 ที่มีผู้ตอบร้อยละ 89.50 นอกจากนี้ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าสามารถเข้าถึงบริการได้ภายใน 10 นาที และ 20 นาที ลดลงจากปี 2552 โดยปี 2553 มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ภายใน 10 นาที มีร้อยละ 59.10 ขณะที่ปี 2552 มีร้อยละ 72.90 ส่วนการเข้าถึงหน่วยบริการปฐมภูมิภายใน 20 นาที ปี 2553 กลุ่มตัวอย่างตอบร้อยละ 82.50 ขณะที่ปี 2552 มีร้อยละ 90.20 โดยเฉลี่ยแล้วผู้ตอบสามารถเข้าถึงบริการได้ภายใน 15 นาที (S.D. 13 นาที)

บทที่ 6 บทสังเคราะห์และสรุป

โดยสรุป ในระยะปี 2554 นี้ เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงและปรับสถานีนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้มีการเพิ่มในเรื่องการลงทุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และปรับบทบาทหน้าที่พอสมควร รวมทั้งการบริหารจัดการที่มุ่งให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ส่วนการพัฒนาในด้านอื่นๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากระยะปีที่ผ่านมามีทั้งในด้านการพัฒนากำลังคนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การให้งบประมาณแก่หน่วยบริการเพื่อจูงใจให้มีการพัฒนาบุคลากรและวิธีการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

สถานการณ์ด้านศักยภาพเชิงจำนวนของหน่วยบริการปฐมภูมิในภาคีรัฐค่อนข้างคงที่ มีจำนวนเพิ่มขึ้นบ้างจากการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่หน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในปฐมภูมิจำนวนมากยังมีคุณสมบัติตามมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ครบถ้วน หน่วยบริการจำนวนร้อยละ 22 ไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหรือผ่านแบบมีเงื่อนไข ซึ่งเป็นจุดที่สามารถเพิ่มศักยภาพได้เต็มที่มากขึ้น ประเด็นที่ยังมีปัญหาคือด้านกำลังคนที่เป็นบุคลากรในด้านเภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิน้อยกว่ามาตรฐานตามเกณฑ์

สถานการณ์ด้านกำลังคนโดยรวม พบว่ามีจำนวนบุคลากรเพิ่มมากขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งที่ทำงานประจำและส่วนที่มาช่วยปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล แต่อาจมีปัญหาบ้างในด้านการบริหารจัดการภายในที่กระจายงานระหว่างบุคลากรในหน่วยบริการเดียวกันที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำจำนวน 7,689 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.87 จำนวนบุคลากรเฉลี่ย 3.8 คนต่อแห่งในปี 2554

ในส่วนที่เป็นสวัสดิการ ขวัญกำลังใจและความมั่นใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากผลการศึกษาพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิมิรายได้เฉลี่ย 23,432 บาทต่อเดือน โดยมีสัดส่วนเงินค่าล่วงเวลา และเบี้ยเลี้ยงต่างๆ และค่าตอบแทนพิเศษอีกร้อยละ 18.76 จากรายได้ทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่มีเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ และเหลือเก็บบ้างเล็กน้อย บุคลากรมีความพึงพอใจต่อทีมงานภายในและบรรยากาศการทำงาน แต่สะท้อนว่ายังมีข้อจำกัดเรื่องความก้าวหน้าของตำแหน่งงาน ค่าตอบแทน และสวัสดิการ บุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีความมั่นใจต่อการทำงานด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่มั่นใจมากต่อการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและการฟื้นฟูสุขภาพ สอดคล้องกับความไม่พึงพอใจของบุคลากรต่อผลงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพเป็นประเด็นหลัก อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญ 3 ลำดับแรกที่ทำให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมียังคงทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเรื่อง 1) ความร่วมมือในการทำงานกับชุมชน 2) ความร่วมมือการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน รวมทั้ง 3) การสนับสนุนที่ได้รับจากหัวหน้างาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นลักษณะสำคัญที่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ความสำคัญต่อการทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ที่ประชาชนด้วย

ในด้านงบประมาณสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนเพิ่มขึ้น อันเนื่องจากงบประมาณต่อหัวประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่บที่กระจายลงไปในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงก็ยังไม่มากนัก และมีขั้นตอนรายละเอียดการจัดการค่อนข้างมาก รวมทั้งมีการกระจายงบประมาณไปที่กองทุนสุขภาพตำบลเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องไปทำงานร่วมกับคณะกรรมการกองทุนที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์ด้านผลงานของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ในภาพรวม พบว่าประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ จำนวนครั้งการรับบริการผู้ป่วยนอกจำนวน 153.81 ล้านครั้ง อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เป็น 3.23 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2553

ในระหว่างที่ผ่านมากการยอมรับของประชาชนที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันแต่ประชาชนยังไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่าบางส่วน เริ่มมีสัดส่วนไปใช้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นในปี 2553 และปี 2554 ทั้งนี้พิจารณาจากสัดส่วนการรับบริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ พบว่าตัวชี้วัดมีแนวโน้มลดลงจาก 1.18 ในปี 2546 เป็น 0.91 ในปี 2551 และเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1.28 ในปี 2553 แต่ลดลงอีกเป็น 1.21 ในปี 2554 ซึ่งต้องมีการพิจารณาตัวเลขนี้อีกให้ชัดเจนต่อไป

สำหรับผลงานด้านบริการพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นการพิจารณาในบางบทบาทที่ยังไม่คงที่ อันได้แก่กรณีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งเต้านม เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มแรกให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ในภาพรวมประเทศ ผลงานความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีในกลุ่มอายุ 30-60 ปียังต่ำกว่าปี 2552 เล็กน้อย ซึ่งข้อมูลปี 2553 มีความครอบคลุมร้อยละ 24.00 และการคัดกรองมะเร็งเต้านมมีลักษณะคล้ายกันคือ ผลงานการคัดกรองในปี 2548-2552 มีแนวโน้มสูงขึ้น ขณะที่ปี 2553 มีจำนวนที่ลดลง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอัตราการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ของการคัดกรองในระยะที่ผ่านมาที่ยังไม่สามารถค้นหาในระยะเริ่มแรกและรักษาล่วงหน้าได้ทัน

ส่วนผลงานการคัดกรองสุขภาพในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเมตาโบลิคมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังมีกลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจำนวนมาก ซึ่งยังต้องมีการพัฒนางานอีกมาก

นอกจากนี้ ในแง่ประสิทธิผลของการจัดบริการปฐมภูมิเองก็ยังไม่ีผลมาต่อการลดอัตราภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วย โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพบริการในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ยังพบว่าอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน ในประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 15 ปี ขึ้นไปยังไม่เห็นแนวโน้มที่ลดลงอย่างชัดเจน ข้อมูลในแต่ละปีมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงซึ่งมาจากข้อจำกัดศักยภาพทางคลินิก และกระบวนการทำงานที่ยังไม่ตรงเป้าหมาย หรือ ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพกลุ่มประชากรนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อจำกัดเชิงโครงสร้างการเชื่อมต่อของระบบบริการระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้น จึงยังจำเป็นต้องพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งศักยภาพเชิงคลินิก การทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมการดูแลจัดการสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งพัฒนางานบริการพื้นฐานที่ครอบคลุม

กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ปรับบทบาทวิธีทำงานร่วมกันทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อตอบสนอง
ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและเรื้อรังมากขึ้น

ในด้านความพึงพอใจ และการเข้าถึงบริการของหน่วยปฐมภูมิในปี 2553 พบว่าน้อยลงกว่าปี 2552 ซึ่งควรมีการ
ค้นหาสาเหตุ และแนวทางการพัฒนาต่อไป

สถานการณ์เชิงระบบ และด้านนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิจากส่วนกลางทั้งกระทรวง
สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข ตลอดจน องค์การวิชาการที่เกี่ยวข้อง พบว่าทุกส่วนต่างให้ความสำคัญและมีนโยบาย ทิศทางและรูปธรรมการ
สนับสนุนในหลายลักษณะเป็นอย่างดี แต่การที่จะทำให้ระบบบริการปฐมภูมิมีการก้าวกระโดดของการพัฒนาได้มากขึ้น
จำเป็นต้องมีการบูรณาการแผนงานของหน่วยงานต่างๆ ไปในทิศทางขับเคลื่อนและมีจังหวะการพัฒนาที่สอดคล้องกัน
และยังต้องเสริมการจัดการที่มีประสิทธิภาพให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งเสริมองค์ความรู้เชิงวิชาการในด้าน
ต่างๆ เพื่อให้เท่าทันต่อสถานการณ์ของสังคม และเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา

รายงานสถานการณ์นี้ยังมีข้อจำกัดที่ไม่ได้เสนอข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ยกเว้นเป็นภาพรวมของ
สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและอยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข
เป็นสำคัญเท่านั้น คณะผู้จัดทำหวังว่าจะมีโอกาสพัฒนาสรุปรายงานสถานการณ์นี้ให้สมบูรณ์มากขึ้นในโอกาสต่อไป

ภาคผนวก 1

ตารางสรุปภาพพัฒนาการของการนำนโยบายสู่ปฏิบัติการ
เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ

ตารางที่ 1 สรุปภาพพัฒนาการของการนํานโยบายสู่ปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ช่วงเวลา	เหตุการณ์สำคัญ	กลยุทธ์/ทิศทางการดำเนินงาน	ผลลัพธ์เชิงประจักษ์/ ข้อมูลความก้าวหน้าปัจจุบัน
กรกฎาคม 53	รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล(รพ.สต.)เป็นทางการ	ยกระดับสถานีอนามัย หรือหน่วยบริการปฐมภูมิเดิมให้เป็น รพ.สต.จำนวน 9,770 แห่งทั่วประเทศ	พลังเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการรับรู้ทั่วถึง
ธันวาคม 53	ชี้แจงแนวการติดตามความก้าวหน้า การดำเนินนโยบายและกระบวนการ ตรวจราชการและนิเทศงาน	แจ้งระดับจังหวัดเรื่องนโยบาย แนวทางปฏิบัติ การจัดสรรงบประมาณ ปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ ภูมิทัศน์และวัสดุ อุปกรณ์ครุภัณฑ์	การรับรู้แนวทางการพัฒนาแต่ละด้านตามแนวปฏิบัติ ของนโยบาย
		ระบุตัวชี้วัดเพื่อช่วยการพัฒนา ● มีการปรับภาพลักษณ์ (ป้าย/โลโก้/ภูมิทัศน์ภาพรวม/ห้องน้ำ) ● มีบุคลากรพร้อม (เตียง 4 / เครื่องข่าย 7) ● มีระบบบริการเชื่อมต่อแม่ข่าย (การส่งต่อ, ให้คำปรึกษา, ข้อมูล, ยา) ● มีคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. (แบบมีส่วนร่วม 3 ภาคส่วน) ● มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ (หลักสูตร/ ครู ก. / จัดอบรม) ● มีแผนสุขภาพตำบล (แบบมีส่วนร่วม)	
		● สมรรถนะ (จนท. 1:1,250 / พยาบาล 1:5,000) ● ประสิทธิภาพ การทำงานเชิงรุก (มีระบบส่งต่อ/ มีระบบเยี่ยมบ้าน) ● ภาคิเครือข่ายมีส่วนร่วม (นวัตกรรมการมีส่วนร่วม / อปท.ร่วมจัดการสุขภาพ) ● ชุมชนเข้มแข็ง (การจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน / การจัดการปัญหาสุขภาพะในชุมชน ตามวิถีชีวิตชุมชน)	

ช่วงเวลา	เหตุการณ์สำคัญ	กลยุทธ์/ทิศทางการดำเนินงาน	ผลลัพธ์เชิงประจักษ์/ ข้อมูลความก้าวหน้าปัจจุบัน
มกราคม 54	การประเมินสถานการณ์ด้านกำลังคนของรพ.สต.โดยสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สป.รพ.สต.)	การศึกษาเชิงสำรวจด้านกำลังคนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครั้งที่ 1 อย่างเป็นทางการหลังประกาศนโยบาย	ผลการศึกษาพบว่า 1.ภาพรวมของประเทศ สัดส่วนต่อประชากร - จำนวนบุคลากร(รวมฝ่ายสนับสนุน) 46,084 คน (1:1,020) - จำนวนเจ้าหน้าที่สธ.(ไม่รวมฝ่ายสนับสนุน) 37,142 คน (1:1,265) จากค่ามาตรฐาน 1:1,250 - จำนวนพยาบาล(เวชปฏิบัติครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพ) 10,276 คน จากค่ามาตรฐาน 1:5,000 - จำนวนทันตภิบาล 1,881 คน (1: 24,985) จากค่ามาตรฐาน 1:20,000 1:10,000 2.จำนวนรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์สัดส่วนต่อประชากร - จำนวนรพ.สต.ทั้งประเทศ 9,750 แห่ง - จำนวนรพ.สต.ที่มีสัดส่วนเจ้าหน้าที่ $\leq 1:1,250$ 5,23 แห่งคิดเป็นร้อยละ 57 - จำนวนรพ.สต.ที่มีสัดส่วนพยาบาล $\leq 1:1,500$ 4,76 แห่งคิดเป็นร้อยละ 56 - จำนวนรพ.สต.ที่มีสัดส่วนทันตภิบาล $\leq 1:20,000$ รวม 1,794 แห่งคิดเป็นร้อยละ 18 - จำนวนรพ.สต.ที่มีสัดส่วนทันตภิบาล $\leq 1:10,000$ รวม 1,605 แห่งคิดเป็นร้อยละ 16

ช่วงเวลา	เหตุการณ์สำคัญ	กลยุทธ์/ทิศทางการดำเนินงาน	ผลลัพธ์เชิงประจักษ์/ ข้อมูลความก้าวหน้าปัจจุบัน
			3.เขตที่มีจำนวนรพ.สต.ที่มีสัดส่วนของบุคลากรต่อประชากร $\leq 1: 1,250$ คิดเป็นร้อยละ 57 (5,523 แห่ง)ตามลำดับรายชื่อเขตตรวจราชการ คือ เขต 7 (ร้อยละ 74) เขต 2 (ร้อยละ 73) เขตที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 57) มี 9 เขต คือ 1, 4, 6, 10, 11, 12, 13, 14 และ 15 ส่วนในรายจังหวัด คือ จังหวัดสมุทรสงคราม (ร้อยละ 94) รองลงมาคือ จังหวัดตราด (ร้อยละ 92) พังงา (ร้อยละ 92) และระนอง (ร้อยละ 91) เขตที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 57)มี 33 จังหวัด นอกนั้นอยู่ระหว่างกลาง(ร้อยละ 57- 65) 4.เขตที่มีจำนวนรพ.สต.ที่มีสัดส่วนพยาบาลต่อประชากร $\leq 1: 5,000$ คิดเป็นร้อยละ 56 (5,476 แห่ง)ตามลำดับรายชื่อเขตตรวจราชการ คือ เขต 2 (ร้อยละ 74) เขต 7 (ร้อยละ 72) เขตที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 56) มี 5 เขต คือ 3, 4, 6, 8 และ 15 ส่วนในรายจังหวัด คือ จังหวัดสมุทรสงคราม (ร้อยละ 94) รองลงมาคือ จังหวัดน่าน (ร้อยละ 93) อำนาจเจริญ (ร้อยละ 92) และเขตที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 56)มี 36 จังหวัด นอกนั้นอยู่ระหว่างกลาง (ร้อยละ 56- 87)

ช่วงเวลา	เหตุการณ์สำคัญ	กลยุทธ์/ทิศทางการดำเนินงาน	ผลลัพธ์เชิงประจักษ์/ ข้อมูลความก้าวหน้าปัจจุบัน
			5.รพ.สต.ที่ขาดพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 23 ขอรพ.สต.ทั้งหมด(เฉลี่ยจังหวัดละ 4 คน) จังหวัดที่ไม่ขาดคือ นครนายก อำนาจเจริญ และสตูล จังหวัดที่ขาดน้อยที่สุด คือ นนทบุรี(1 แห่ง) สมุทรสงคราม(1 แห่ง) และสมุทรปราการ (2 แห่ง) จังหวัดที่ขาดมากที่สุด คือ นครศรีธรรมราช(107แห่ง) และเชียงใหม่ (106 แห่ง)
กุมภาพันธ์ 54	แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. และประสานการสนับสนุนการพัฒนาจากหน่วยงาน/แหล่งทุนเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรรพ.สต.	- กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติปี 2554(P&P National Priority Program:NPP)จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 30 ล้านบาท ภายใต้ชื่อโครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2554 -แต่งตั้งคณะกรรมการและกำหนดอำนาจหน้าที่ หนังสือลงนามวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2554 โดยมีนพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ นพ.อานวย กาจันะ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) เป็นรองประธานกรรมการ โดยมีนพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขานุการ นพ.พรเพชร ปัญญะปิยะกุล เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	- เกิดหลักสูตร/คู่มือ/แนวทางการพัฒนารพ.สต.** ตามกลุ่มเป้าหมายที่รพ.สต.ต้องดูแลในพื้นที่ รวมทั้งความรู้ ประสบการณ์ แนวทางด้านการบริหารจัดการ (โดยสนย./ สบช./ สป.รพ.สต./ สบรส./ สวรส.โดยสพช. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหิดล) - เกิดชุดโครงการการจัดการ สนับสนุนกลไกการจัดการและสังเคราะห์ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรรพ.สต.ทั้งในด้านบริการและการสร้างการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของชุมชน (โดย มสช. สพช. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหิดลและสป.รพ.สต.) - เกิดชุดผลงานวิจัยประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายพัฒนารพ.สต.รวมทั้งประเด็นนำเสนอระดับนโยบาย (โดย นพ.ไพบุลย์ สุริยวงส์ไพศาลและคณะ) - เสริมสร้างความเข้มแข็ง คล่องตัวให้กับการพัฒนาไกลในระดับผู้บริหารจังหวัด ผู้ตรวจราชการระดับเขต รวมทั้งสร้างสื่อสาธารณะเพื่อการขับเคลื่อนกว้าง

ช่วงเวลา	เหตุการณ์สำคัญ	กลยุทธ์/ทิศทางการดำเนินงาน	ผลลัพธ์เชิงประจักษ์/ ข้อมูลความก้าวหน้าปัจจุบัน
			**คู่มือแนวทางการปฏิบัติทั้งหมด 18 เรื่อง ได้แก่ 1) เวชศาสตร์ครอบครัวกับการจัดการ-ดูแลโรคเรื้อรัง 2) ทันทสุขภาพในชุมชน 3) การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) การคุ้มครองผู้บริโภค 6) การบริหารจัดการองค์กร/เครือข่าย และ 6) การจัดการความรู้ 7) การฟื้นฟูสภาพในชุมชน 8) ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 9) การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในรพ.สต. 10) การให้คำปรึกษา 11) อนามัยเจริญพันธุ์ 12) การดูแลระยะสุดท้าย 13) การควบคุมโรคแบบง่ายๆ 14) EMS ในชุมชน 15) การดูแลรักษาโรคง่ายๆ ในชุมชน 16)มาตรฐาน HOME WARD 17) การจัดระบบบริการพยาบาล 18) การสร้างสุขภาวะชุมชน
ธันวาคม 54	การติดตามผลดำเนินงานด้วยการสำรวจ	สำรวจตามเกณฑ์หลักที่ชี้แจงไว้ด้วยกระบวนการสำรวจจากแบบสอบถาม	การจัดทำป้ายและโลโก้(ร้อยละ 30) การจัดบุคลากรตามเกณฑ์(รพ.สต.เดี่ยว และรพ.สต.เครือข่าย) รวมจำนวนร้อยละ 75 การมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงกับรพ.แม่ข่าย (ร้อยละ 83) การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารรพ.สต.(ร้อยละ 91) รวมรพ.สต.จำนวนร้อยละ 26 ที่มีการดำเนินการแล้วในทุกเรื่องดังกล่าวข้างต้น

ช่วงเวลา	เหตุการณ์สำคัญ	กลยุทธ์/ทิศทางการดำเนินงาน	ผลลัพธ์เชิงประจักษ์/ ข้อมูลความก้าวหน้าปัจจุบัน
สิงหาคม - ธันวาคม 2554	การประกาศนโยบายเพื่อเน้นย้ำ พร้อมแนวทางการปฏิบัติ รวมทั้ง กำหนดกลไกคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)	รัฐบาลใหม่ภายใต้การนำของนส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตรประกาศนโยบาย รัฐบาลข้อที่ 4(4.3) ข้อ 4.3.1 เรื่อง นโยบายการพัฒนาสุขภาพประชาชนซึ่ง ระบุไว้ในช่วงท้ายว่า การพัฒนาสถานบริการในเขตเมืองและชนบทที่ สมบูรณ์แบบทั่วประเทศ ด้วยแนวทางการพัฒนา คือ การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ในรูปแบบเครือข่ายบริการภายใต้หลักการบริหารแบบไร้ รอยต่อใน 4-8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน ในแต่ละ เครือข่าย รวมทั้งหมด 12 เครือข่ายทั่วประเทศ โดยมีกรรมการบริหาร เครือข่าย การจัดระบบบริการ การส่งต่อ และการเงินการคลังของเครือข่าย บริการ กลยุทธ์การดำเนินการโดยเฉพาะสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ มี 2 ประเด็น คือ ● เขตเมือง ให้เกิดศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองโดยร่วมมือกับรัฐ เอกชน และท้องถิ่นตามบริบทที่หลากหลาย โดยรับผิดชอบดูแล ประชากรประมาณไม่เกิน 30,000 คน จำนวน 226 แห่ง ● พัฒนาศักยภาพรพ.สต.ขนาดใหญ่ซึ่งมีประชากรรับผิดชอบ มากกว่า 8,000 คน จำนวน 1,000 แห่ง	- อยู่ระหว่างการจัดทำhealth service plan - ผลการสำรวจโดยสป.รพ.สต.(เสนอผลสำรวจคณะ กรรมการฯ วันที่ 3 พฤศจิกายน 2554) พบว่าใน 73 จังหวัด(ยกเว้นข้อมูลจากนนทบุรี อ่างทอง ปทุมธานี) พบว่า รพ.สต.จำนวน 947 แห่งมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจริงจำนวน5,942 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 503 คน และเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว(NP) จำนวน 1,489 คน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 1,,629 คน - เกิดศสม.จำนวน 224 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจริง 2,104 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 340 คน และเป็น พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว(NP) จำนวน 823 คน และ นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 218 คน ขณะที่ศสม.อีก 30 แห่งกำลังจัดตั้งใหม่ กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ บริหารจัดการกำลังคนจึงยังไม่ได้ส่งข้อมูล - หากประเมินตามเกณฑ์สัดส่วนพยาบาลต่อประชากรที่ ดูแล1: 1,250 คนในรพ.สต.พบว่า อัตราส่วนจำนวน เจ้าหน้าที่ต่อจำนวนประชากรที่ดูแลรับผิดชอบ ในพื้นที่ คือ 1: 1716 คน ส่วนในศสม.(รวมประชากรแฝงด้วย) มี อัตราส่วน 1:2,925 คน

เอกสารแนบ 2

เนื้อหาโดยสรุปจากห้องย่อยวิชาการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
งานประจำสำนักงานวิจัย ครั้งที่ 5 “วิถี R2R เรียบง่าย คุณภาพ ครบวงจร”

จากการร่วมดำเนินงาน ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำงานวิจัย ครั้งที่ 5 “วิถี R2R เรียบง่าย คุณภาพ ครบวงจร” ระหว่างวันที่ 10-12 กรกฎาคม 2555 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และองค์กรเครือข่าย R2R โดยมีบทบาทร่วมในการเป็นคณะกรรมการรับผิดชอบงาน R2R ในประเด็นการสังเคราะห์ความรู้จากผลงานวิจัย R2R ระดับปฐมนิเทศ และร่วมเป็นคณะทำงานรับผิดชอบห้องย่อยวิชาการจำนวน 5 ห้อง ดังนี้

- ห้องย่อย R2R เครือข่ายสาธารณสุขท้องถิ่น
- ห้องย่อย R2R Clinic: เขียนบทคัดย่ออย่างไรถึงไม่ได้รางวัล
- ห้องย่อย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงาน R2R ดีเด่น “ยกระดับสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้แข็งแกร่งด้วยงานวิจัย R2R”
- ห้องย่อยที่ R2R Clinic : ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้อยู่
- ห้องย่อยเครือข่ายที่มีชีวิต : เครือข่ายนครชัยบุรินทร์ “เรียบง่าย แต่ไม่ม่้ง่าย Design for life”

เนื้อหาโดยสรุปจากห้องย่อยที่สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วม

ห้องย่อย R2R เครือข่ายสาธารณสุขท้องถิ่น

เนื้อหาโดยสรุป

การทำงานวิจัย R2R ที่ได้ขยายเครือข่ายไปยังงานสาธารณสุขของส่วนท้องถิ่น ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีตัวอย่างรูปธรรม/บทเรียนของพื้นที่ในภาคท้องถิ่น 3 เรื่อง คือ

ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลเมืองบึงยี่โก จ.ปทุมธานี

งานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขยายงานด้านสุขภาพโดยใช้ต้นทุนในเรื่องของ กองทุนสุขภาพ ที่ดำเนินการอยู่ หากเชื่อมโยงกับงานวิจัย R2R จะพบว่าการเริ่มต้นอย่างง่าย ๆ จุดเด่นของงานสุขภาพท้องถิ่นที่เป็นตัวขับเคลื่อน คือ การสร้างความร่วมมือกับโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ และใช้งานบริการสุขภาพประชากรในชุมชนเป็นประเด็นทำงาน

รูปแบบการทำงาน ที่เด่นชัด คือ การติดตามของการทำงานของกลุ่มกิจกรรมในพื้นที่ และมีการเปิดโอกาสให้ทุกกลุ่มมีโอกาสในการเสนอโครงการเพื่อดำเนินงานในพื้นที่

ปัจจัยความสำเร็จในเรื่องการดำเนินงานกองทุนฯ ขึ้นอยู่กับผู้บริหารที่เห็นความสำคัญ และทีมงานมีใจที่ทำงาน

กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุข โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่

งานวิจัยเล็กๆ ที่ทำที่ รพ. คือ เรื่องการพัฒนาสื่อสารสนเทศทางเภสัชกรรม ที่มาของโครงการเริ่มจากความสงสัยเรื่องงาน ADR (แพ้ยา) จึงมีการรวบรวมข้อสถิติการแพ้ยาของ รพ. และยังมีคนไข้ที่เข้าใจผิดว่าตนเองแพ้ยา และมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเรื่องการแพ้ยาอยู่ จึงมีการนำข้อมูลเหล่านี้ไปประชุมในระดับจังหวัด และได้งบประมาณสนับสนุนมา 20,000 บาท

จึงทำให้เกิดประเด็นปัญหาสำคัญคือจะมีรูปแบบการสื่อสารทางเภสัชกรรมอย่างไรที่จะทำให้คนไข้มีความเข้าใจ และสามารถวัดผลได้ โดยใช้รูปแบบการให้สุศึกษาต่อกับกลุ่มคนไข้

แรงจูงใจที่ทำเรื่องสื่อ เนื่องจากสื่อเป็นเทคนิคที่สามารถดึงความสนใจของกลุ่มคนง่าย และเกิดผลกระทบค่อนข้างเร็ว

สอ.บ้านปรก จ.สมุทรสงคราม

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดยวิธีการ R2R เพื่อออกแบบโปรแกรมบันทึกข้อมูล เพื่อวางแผนงานด้านสุขภาพ เช่น งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรค เพื่อสามารถวิเคราะห์ต้นทุน (unit cost) ของหน่วยบริการเพื่อนำไปวางแผนการทำงานด้านสุขภาพต่อไป

ด้านการขยายผลของโปรแกรม สามารถนำไปขยายผลกับกลุ่มหมออนามัยอำเภอแห่งประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ/ข้ออภิปราย/ข้อคิดเห็นที่เกิดขึ้นในที่ประชุม

งาน R2R ในบริบทของเทศบาลเมืองบึงยี่โถ จ.ปทุมธานี ประเด็นเน้นคือการที่คนทำงานเริ่มต้นด้วยความสงสัย กรณีบทเรียนของพื้นที่ยี่สะท้อนให้เห็นว่างานวิจัย R2R เป็นงานที่ทุกคน และทุกที่สามารถทำงานได้ และประเด็นของการเป็นคนช่างสงสัย (คุณเอื้อ) มีความสำคัญมาก ที่จะเป็นจุดเริ่มต้น

จากกรณีตัวอย่างของ 3 ตัวอย่างนี้เป็นงานวิจัยที่นับได้ว่าเริ่มต้นในงานสาธารณสุขของส่วนท้องถิ่น ที่ง่าย เรียบ แต่ยังไม่ครบวงจร

ข้อเสนอแนะจาก (คุณจิรรัตน์ชญา) เสนอในเรื่องกระบวนการในการทำสื่อ ว่าอาจจะมีข้อจำกัดด้านทักษะในการทำสื่อวิทัศน์ ดังนั้น หากมีผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือมีองค์ความรู้ในเรื่องสื่อเป็นทีมที่ปรึกษา หรือทีมทำงานร่วม (R2R ไม่ควรมาเดียว)

หัวใจของการทำงาน R2R ที่สำคัญคือการนำไปใช้ และการมีแรงจูงใจ/สิ่งจูงใจมีความสำคัญมาก และ R2R ที่ดีคืองานที่สามารถนำไปปรับเปลี่ยนงานในองค์กร และสามารถยกระดับการทำงานของหน่วยงานให้มีคุณภาพ และประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นครอบคลุมทุกพื้นที่ของหน่วยงานท้องถิ่น

R2R Clinic: เขียนบทคัดย่ออย่างไรถึงไม่ได้รางวัล

เนื้อหาโดยสรุป

เนื้อหาเวทีเสวนาในวันนี้ เป็นเนื้อหาที่จะเป็นแนวทางให้กับผู้สนใจ และผู้ที่จะเขียนบทคัดย่องาน R2R ที่จะทำให้ตรงประเด็น มีความชัดเจนได้

กรณีงาน R2R มีเกณฑ์/แนวทางในการให้รางวัล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ด้านกระบวนการวิจัย โดยจะดูที่ลักษณะการเลือกประเด็น การกำหนดความถนัดการวิจัย การเลือกประเด็นชัดเจนมีความสอดคล้อง มีความเหมาะสมด้านระเบียบวิธีการวิจัย รวมถึงการอธิบายถึงข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยอย่างชัดเจน

ส่วนที่ 2 คือ พิจารณาที่ผลลัพธ์และการนำไปใช้ประโยชน์

งานวิจัยที่ส่งเข้าประกวดส่วนมากที่ไม่ได้รางวัล จุดสังเกตที่พบบ่อย คือ

- **การตั้งชื่อ** ตั้งชื่อไม่สื่อถึงงานที่ทำวิจัย R2R

- **ที่มา** เขียนสั้นมากจนเกินไปทำให้คนอ่านไม่สามารถทราบได้ว่ามีวัตถุประสงค์อย่างไร และไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร เป้าหมายอย่างไร ไม่มีความจำเพาะ ไม่มีข้อมูลสนับสนุน
- **วัตถุประสงค์** เป็นวัตถุประสงค์ที่กว้าง บอกไม่ได้ ไม่มีความเฉพาะเจาะจงว่าต้องการอะไร
- **ระเบียบวิธีวิจัย** การเขียนไม่มีความชัดเจน ไม่ได้ระบุสถิติที่ใช้ การวัดผลขนาดตัวอย่าง และวัตถุประสงค์ ไม่มีความชัดเจน
- **การสรุปผลการศึกษา** ไม่ได้ตอบโจทย์ในประเด็น
- **การวิเคราะห์ และนำไปใช้ประโยชน์ของการวิจัย** ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของงานวิจัย และการนำไปใช้ประโยชน์ยังไม่สามารถขยายผลให้กว้างได้
- การเขียนงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ไม่มีความสอดคล้องกัน ตั้งแต่ชื่องานวิจัย ที่มา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย การศึกษา และผลการศึกษา
- เป็นงานวิจัยที่มีเอกสาร รายงานวิจัย ที่ผู้อ่านสนใจมาก่อน และได้ศึกษามาก่อนแล้ว โดยที่ผู้ศึกษาไม่ได้มีการทบทวนงานอื่นๆ ที่มีอยู่เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบ

ทำอย่างไรจะให้งานเขียน/บทคัดย่อ R2R ตรงประเด็นที่สุด

- การเขียนปัญหา ที่มา ต้องระบุให้เห็นถึงปัญหา และน้ำหนักของปัญหาเพื่อให้เห็นคุณภาพที่จะตอบได้ว่างาน R2R ขึ้นนี้สามารถตอบโจทย์ที่เป็นปัญหาจากการทำงานนั้นๆได้
- การตั้งโจทย์งานวิจัยจะต้องตระหนักถึงทุนของผู้ศึกษาที่มีอยู่ และมีการปักชื่อเรื่อง ประเด็นศึกษาให้มีความชัดเจน
- ต้องสะท้อนผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่างานวิจัยขึ้นนั้นสามารถเป็นงานที่แก้ปัญหาได้จริง
- ต้องมีความครบวงจร ทั้งในเชิงการเรียนรู้ ข้อมูล และผลลัพธ์ คือ งานวิจัยนั้นอ่านแล้วต้องเห็นความครบวงจร ทั้งสถานการณ์ องค์ความรู้ ผลการใช้ประโยชน์ และกรณีที่จะก่อให้เกิดภาพการพัฒนาแบบหมุนเสริมการทำงานร่วมกัน
- งานวิจัย R2R ต้องเป็นงานเขียนที่สามารถสะท้อนคุณภาพการทำงานให้ดีขึ้น
- อนาคต ผู้ที่จะทำงาน R2R จะต้องมีการ review เพื่อการเรียนรู้ และเพิ่มความเข้มข้นของงานวิจัยให้มากขึ้น
- หากงานวิจัย R2R เป็นประโยชน์ และเห็นประเด็นการเผยแพร่ในวงกว้าง จะเกิดประโยชน์

ข้อเสนอแนะ/ข้ออภิปราย/ข้อคิดเห็นที่เกิดขึ้นในที่ประชุม

- การทบทวนวรรณกรรม ในบางกลุ่มเป็นข้อจำกัดของการทำ R2R ดังนั้นต้องมีกระบวนการรวมกลุ่มหาผู้ช่วย เช่น มีการอบรม FA ขึ้นเทพ
- การเขียนบทคัดย่อ เป็นประเด็นที่ยาก และท้าทายในการเขียน ดังนั้นต้องมีวิธีการเขียนอย่างไรให้ผู้ผู้อ่านอ่านแล้วสามารถรู้ว่าผู้วิจัยกำลังทำอะไรอยู่ กระบวนการ รูปแบบ วิธีการ และผลลัพธ์เป็นอย่างไร

- ประเด็นเป็นห่วงจากงานวิจัย R2R คือ ประเด็นจริยธรรมของการทดลอง/การศึกษา ตัวอย่างเช่น เพื่อศึกษาการดูแลคุณแม่อย่างถูกวิธีเพื่อลดอาการตัวเหลือง ดังนั้นการศึกษานี้ต้องมีการพิจารณาให้ผ่านกรรมการจริยธรรม (EC = ethic committee) อย่างถูกต้อง และให้งานวิจัยเหมาะสมกับจริยธรรมด้วย เพราะในอนาคตงาน R2R จะเป็นงานวิจัยที่พัฒนา และตีพิมพ์ทั้งระดับพื้นที่ และชาติ/นานาชาติ
- ประเด็นงานวิจัยที่เป็นนวัตกรรมต้องไม่ใช่การลอกเลียนแบบ
- คุณสมใจ (รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์) ขอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น น่าจะเป็นความสับสนของตนเองว่า เพราะสมาชิกผลงานวิจัย จึงนำวิธีการนี้เข้ามาผนวกกับการทำงาน ดังนั้น หากเราต้องการพัฒนางานของเราให้ดีขึ้น ก็สามารถเริ่มจากงานของเราได้ก่อนที่จะมีการทบทวนวรรณกรรม เพราะบางเรื่องที่เรามีความสนใจ แต่ก็ไม่สามารถทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่มีอยู่ในประเทศ
- งาน R2R นับว่าเป็นการพัฒนานวัตกรรมใน 3 เรื่องหลักคือ 1) นวัตกรรมในเรื่อง products 2) นวัตกรรมในเรื่อง process และ 3) นวัตกรรมในเรื่อง management
- ประเด็นการทำงาน R2R (กรณีงาน primary care) ที่อยากให้เพิ่มความเข้มข้น เช่น เรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพของงานที่ทำอยู่เป็นอย่างไร งานที่สร้างให้เห็นถึงความร่วมมือในระดับ CUP กับ รพ.สต.อย่างไร หรือรูปแบบการจัดระบบการทำงานใหม่ๆ อย่างไร แต่ต้องอธิบายให้เห็นผล
- คุณโสพนา (สปสช.) มีข้อมูลอีกเวทีที่มีวัตถุประสงค์คล้ายกัน แต่เป็นอีกช่องทางหนึ่งเพื่อให้เกิดการนำเสนอผลงานด้านบริการที่ดีๆ คือ งาน “ไม่เขียนบทคัดย่อก็ได้รางวัล” ช่วงเดือนเมษายน ของสมาคม QCC เป็นเวทีภาคบริการของภาคพยาบาล ที่ไม่เน้นในเรื่องการเขียนบทคัดย่อ แต่เน้นการนำเสนอเล่าบทเรียนการทำงานสู่กันฟัง

ห้องย่อยที่ 4 :เครือข่ายที่มีชีวิต : เครือข่ายนครชัยบุรินทร์ “เรียบง่าย แต่ไม่ม่่ง่าย Design for life”

เนื้อหาโดยสรุป

เข้าเนื้อหาโดยการชมวีดีโอบทสัมภาษณ์พิธีกรรายการจิวแจ๋ว (คุณปอ) พูดถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งตอนแรกมีปัญหาเรื่องน้ำนมไม่มีให้ลูก ทำทุกวิธีก็ไม่ประสบผลสำเร็จเริ่มจะหมดหวังในการให้นมแม่แก่ลูก แต่พอรู้ช่องทาง social Network ปรึกษาปัญหาผ่านทางคุณอังสนาก็มีกำลังใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนลูกดีขึ้น ดังคำพูด“ผลการให้นมแม่ คือลูกแข็งแรง พัฒนาการดี อารมณ์ดี”

คุณอังสนา วงศ์ศิริ : ด้วยความที่ชื่นชมคุณปอเป็นส่วนตัวและติดตามดูผลงานมาตลอด พอรู้ว่าคุณปอมีปัญหาการให้นมแม่แก่ลูก ก็ตั้งใจอาสาเข้าไปช่วยแนะนำการเลี้ยงลูกการให้นมลูกที่บ้านถึง 3 วัน จนคุณปอสามารถให้นมลูกได้ จากครั้งนี้ถึงปัจจุบันกลายเป็นเครือข่ายNetwork ช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คุณณลินี ชอมตะคุ : คลินิกนมแม่เริ่มจากนโยบายโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ของกรมอนามัยจัดอบรมมีสนมแม่ (หลักสูตร 3 วัน) เครือข่ายนครชัยบุรินทร์โดยศูนย์อนามัยที่5น่านโยบายมาจัดอบรมมีสนมแม่หลักสูตร 3 วัน หลังการอบรมมีการประเมินผลคือ ผู้เข้าอบรมได้ความรู้แต่ทักษะการปฏิบัติไม่ได้ จึงมีการปรับหลักสูตรเป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติเพิ่มชั่วโมง โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ต่อมาจัดอบรมมีสนมแม่ให้แก่ตัวแทนแต่ละจังหวัด การดำเนินงานก็ยังคงดำเนินการต่อไป ถึงแม้จะมีช่องว่างของผู้บริหารที่ยังไม่เห็น

ความสำคัญในเรื่องนี้เท่าที่ควร “คิดว่าที่ทำงานเรื่องนี้อยู่ ทำด้วยใจไม่ใช่ทำเพื่อโรงพยาบาลอย่างเดียว แต่ทำเพื่อ
สนองนายหลวง”

คุณสมบัติคุณ เชื้อยืนยงค์กุล : คลินิกนมแม่โรงพยาบาลชัยภูมิ มีเจ้าหน้าที่ 1 คนที่ดูแลรับผิดชอบ การดำเนินงานเน้น
บูรณาการการทำงานร่วมฝ่ายอื่นๆในรพ. เช่น ให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกร่วมกับงาน ANC ช่วงที่มาฝากท้อง หลัง
คลอดมีสนมแม่ร่วมกับพยาบาลให้คำแนะนำ สอนทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในส่วนคลินิกโรงเรียนพ่อ-แม่ จัด
ให้มี 2 วัน สอนวิธีการเลี้ยงลูก มีแพทย์แผนไทยเข้ามาร่วมสอนการประคบนม รวมถึงการมีนวัตกรรม เยี่ยมสายใย
รัก (สำหรับแม่ที่อายุในการปั๊มนมต่อหน้าคนเยอะๆ) ของคลินิกนมแม่

สรุป: ด้วยข้อจำกัดที่มี 1 คน มีความพยายามบูรณาการงานเข้าด้วยกันตั้งแต่ ANC หลังคลอด เรื่องคลินิกโรงเรียน
พ่อแม่ กระบวนการพัฒนารวมถึงการมีพัฒนานวัตกรรมในคลินิกนมแม่

คุณจารุวรรณ เย็นสมอ : ในส่วนของสสจ.รับนโยบายมาแล้วถ่ายทอดลงสู่พื้นที่ เริ่มจากนโยบายโรงพยาบาลสาย
สัมพันธ์แม่ลูกต่อมาเป็นโรงพยาบาลสายใยรัก เน้นนมแม่เป็นสำคัญ ซึ่งเป็นโครงการที่มีหลายหน่วยงานเข้ามามี
ส่วนร่วมในการดำเนินงาน จึงมีความจำเป็นต้องบูรณาการงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาพจังหวัด การ
ดำเนินงานเริ่มจากการนำแผนยุทธศาสตร์ให้อำเภอดำเนินการ มีการจัดอบรมวิทยากรแกนนำมีสนมแม่ แกนนำ อสม.
นมแม่ในระดับอำเภอ แนวทางการปฏิบัติคือใช้นโยบายจากกรมลงสู่ผู้ปฏิบัติ มีการประเมินมาตรฐานรพ.สายใย
รักฯ พัฒนา/ตรวจสอบคุณภาพบริการ การพัฒนามาตรฐานส่งชุมชน/หมู่บ้านสายใยรัก

สรุป : ในส่วนนี้มีการใช้กระบวนการของ 2r เข้ามาไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดการความรู้ การประเมิน เพื่อให้สถาน
บริการบรรลุเป้าของการส่งเสริมให้นมแม่

คุณนวลจันทร์ สกลรัชตะ : เริ่มจากการอยากรู้ว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีมากน้อยแค่ไหน
ผลปรากฏว่าเปอร์เซ็นต์เจ้าหน้าที่เลี้ยงด้วยนมแม่ต่ำมาก จึงคิดส่งเสริมสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่าง
น้อย 6 เดือน เริ่มจากเริ่มตั้งท้องก็ชวนให้เข้าร่วมโครงการ เป็นที่ปรึกษาก่อนมีปัญห หลังคลอดก็ให้เข้าคลินิกนมแม่
มีการสอนการบีบเก็บน้ำนม ผลปรากฏว่าเจ้าหน้าที่พึงพอใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

คุณสุภัทรา ศรีวรกุล : จากปัญหาการให้นมแม่ต่ำ 16% จึงปรับวิธีการสอนคนไข้ใหม่แบบให้คำปรึกษาและปรับ
มาสอนที่ ANC ในวันทีคนไข้มาฟังผลเลือด มีการแก้ปัญหาการตั้งครกวัยรุ่น โดยการแยกกลุ่มให้คำปรึกษา หลัง
คลอดมีการให้ความรู้รายกลุ่มในการเลี้ยงลูกทั้งพ่อแม่ การปั๊มนม มีการทำเรื่องพัฒนาการเด็ก การใช้แพทย์
ทางเลือกเข้ามาช่วย การมีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งในเขตเมือง เรื่องกิจกรรมเพื่อจิตประภัสสร เกิดงานวิจัยเพื่อ
แก้ปัญหาการทำงานหลายเรื่องในโรงพยาบาลสุรินทร์

คุณสุมาลี โพธิ์สิทธิ์พันธ์ : รพ.สต. ห้วยโคก อ.พุทไธสง จ.บุรีรัมย์

จากประสบการณ์การมีปัญหการให้นมลูก ส่งผลให้ทำวิจัย 2r เรื่องพลังสร้างรัก “หมอมุมชนใส่ใจ สู่
สายใยรักแห่งครอบครัว” เหตุผลอยากให้ลูกได้กินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน รูปแบบดำเนินการรับสมัครอาสาสมัคร
เข้าอบรมภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ ในการให้ความรู้ต่อบ้านมารดาหลังคลอด ผลจากการดำเนินโครงการ
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น เห็นปัญหาที่แท้จริงเพื่อแก้ไขได้ตรงจุด เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

สรุป : ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ empowerment และผลักดันให้เกิดการทำงานเรื่องคลินิกนมแม่

คุณจรีรัตน์ รัตนปัญญา : รพ.ภูเขียว เริ่มพัฒนารูปแบบส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แผนกหลังคลอด หลังการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านการบริหาร ผู้รับบริการ ด้านจัดระบบบริการ ด้านบุคลากรBF ตึกหลังคลอด ทุกส่วนมีปัญหาหมด การดำเนินงานเริ่มจากการพัฒนาระบบแบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง แล้วนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ และติดตามผล ผลการเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินงาน คือ มีห้อง อุปรกรณ์ สื่อ สำหรับสอนสุขศึกษา ได้อัตรากำลังเพิ่ม ด้านระบบบริการมีการกำหนดแนวทางโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง บุคลากรมีทักษะ BF แม่หลังคลอดได้รับการสอนหรือฝึกทักษะ แก้ไขปัญหาอย่างมีแบบแผน

นอกจากนี้มีการทำเรื่อง กระตุ้นการให้น้ำนม กรณีเต้านมคัด มีวิธีการกระตุ้นอยู่ 4 กิจกรรม คือ 1)สอนท่าอุ้ม,เข้าเต้า 2) SMC(self mama controlmethod) 3) ประคบเต้านม (โดยใช้กระหล่ำปลีประคบ) 4) ครอบแก้ว และทำเรื่องทารกกะเทาะตัวเหลือง

สรุป : การทำงานใช้กระบวนการ R2R มาตลอด ตั้งแต่การประเมินช่องว่างที่ไม่ได้เป้าประสงค์ การใช้หลักของเวชปฏิบัติเข้ามา มีการบูรณาการทั้งแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ / ข้ออภิปราย / ข้อคิดเห็นที่เกิดขึ้นในที่ประชุม

1. นมผงเข้ามาทุกรูปแบบเพื่อขายสินค้า ซึ่งเป็นปัญหาของการดำเนินงาน ตรงส่วนนี้คลินิกนมแม่ต้องมีมุมมองนอกกรอบในการจัดการปัญหา
2. NCH Board ระดับจังหวัดมีความสำคัญในการดำเนินงานสายใยรักแห่งครอบครัว “เน้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่”ประสบความสำเร็จ รวมถึงการมีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการทำงาน
3. ทำงานด้วยใจ ก่อให้เกิดผลงานที่ดี และขยายวงกว้าง แก้ไขปัญหาได้จริง
4. นโยบาย+โครงการหลวง ทำให้เกิดผลสำเร็จในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนม เกิดความชัดเจนในการมีคลินิกนมแม่
5. เรื่องของ R2R ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องของระบบ แต่เป็นเรื่องของบุคคลก็ได้เช่น กรณีคุณอังสนาทำเรื่อง social Network