



รายงาน  
ของ  
คณะกรรมการข้าราชการชั้นเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ  
ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม  
สภาชั้นเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

เรื่อง  
“การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ”

สำนักกรรมการ ๓  
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร  
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาชั้นเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

# ด่วนที่สุด

ที่ (สปท) ๓๘๘๓ / ๒๕๕๘

## (สำเนา)

สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ  
ถนนอุทองใน เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง รายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม  
เรื่อง “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ”

กราบเรียน ประธานสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานของคณะกรรมการดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ที่ประชุมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ครั้งที่ ๙/๒๕๕๘ วันอังคารที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ได้มีมติตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นั้น ซึ่ง  
กรรมการคณะนี้ประกอบด้วย

๑. นางพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์	ประธานกรรมการ
๒. พลอากาศเอก อีระภาพ เสนะวงษ์	รองประธานกรรมการ
๓. นางรวิวรรณ ภูริเดช	รองประธานกรรมการ
๔. นางมิ่งขวัญ วิชยารังษยศักดิ์	รองประธานกรรมการ
๕. นายกิตติ พิทักษ์นิตินันท์	เลขานุการกรรมการ
๖. นายขวัญชัย ดวงสถาพร	โฆษกกรรมการ
๗. พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม	โฆษกกรรมการ
๘. พลอากาศเอก ขวัญชัย เอี่ยมรักษา	กรรมการที่ปรึกษา
๙. พลเอก คณิต อุทิตสาร	กรรมการที่ปรึกษา
๑๐. พลเอก จารุเกียรติ ชัยวงษ์	กรรมการที่ปรึกษา
๑๑. นายเฉลิมพล ประทีปะวงษ์	กรรมการที่ปรึกษา
๑๒. พลเรือเอก ชรินทร์ ชูณหรัชพันธุ์	กรรมการที่ปรึกษา
๑๓. พลเอก ชูศิลป์ คุณาไทย	กรรมการที่ปรึกษา
๑๔. พลเรือเอก ประดิษฐ์ ศิริคุปต์	กรรมการที่ปรึกษา
๑๕. พลโท กมล สุภาพ	กรรมการ
๑๖. พลโท คณิต แจ่มจันทรา	กรรมการ
๑๗. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์	กรรมการ
๑๘. นายวันชัย ศักดิ์อุดมไชย	กรรมการ
๑๙. พลตำรวจเอก ศรีวราห์ รังสิพราหมณกุล	กรรมการ
๒๐. นายอักรินทร์ เลิศกิจชัยศิริ	กรรมการ
๒๑. พลเอก เอกชัย จันท์ศรี	กรรมการ

บัดนี้ คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษารายงานเรื่อง “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ” ตาม  
แผนการปฏิรูปของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เสร็จแล้ว

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอที่ประชุมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศพิจารณา และหากสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเห็นชอบ ขอให้โปรดส่งรายงานไปยังคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง

(ลงชื่อ) พรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์

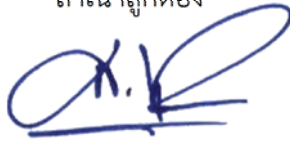
(นางพรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์)  
ประธานกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ  
ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

สำนักกรรมการ ๓

โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๒๕๙๗ - ๘

โทรสาร ๐ ๒๒๔๔ ๒๕๙๘

สำเนาถูกต้อง



(นายสาธิต ประเสริฐศักดิ์)

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๓

มลทา /ร่าง  
เพรียว /พิมพ์  
บำรุง /ทาน

สารบัญ  
รายงานของคณะกรรมการข้าราชการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ  
ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม  
เรื่อง “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ”

	หน้า
๑. ความเป็นมาและความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ	๑
๒. ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ	๑๓
๓. กำหนดเวลาการปฏิรูป	๑๗
๔. แหล่งที่มาของงบประมาณ (กรณีที่ต้องใช้งบประมาณ)	๑๘
๕. หน่วยงานที่รับผิดชอบ	๑๘

รายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ  
ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม  
เรื่อง “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ”

**๑. ความเป็นมาและความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ**

นำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้อง ๒ ข้อ คือ

๑.๑ ความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

๑.๒ สภาพปัญหาในระบบบริการปฐมภูมิ

ดังรายละเอียด ดังนี้

**๑.๑ ความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ**

**บริการปฐมภูมิ** ถือว่า เป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด ให้บริการสาธารณสุขผสมผสานเชิงรุก ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการบริการสุขภาพของประชาชน ชุมชนและท้องถิ่น

เหตุนี้นโยบายการพัฒนาประเทศ จึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้เข้มแข็ง มีสุขภาพ เพื่อเป็นฐานรากในการขับเคลื่อนประเทศในอนาคต จึงขอยกตัวอย่างนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

**๑) นโยบายของรัฐบาล**

นโยบายของรัฐบาลของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗

**ข้อ ๓** การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยให้มีการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

**ข้อ ๕** การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยให้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากร **ไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการ** พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมกกว่ารอให้ป่วย แล้วจึงมารักษา **สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขต**แทน การกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง.....

**๒) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)**

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (๑) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง (๒) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน (๓) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน (๔) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม (๕) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และ (๖) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนา ระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสาธารณสุข ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ (๑) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ และ (๒) การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ (๑) การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (๒) การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ และ (๓) การสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมทุนทางวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชน

#### แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีเป้าหมายระยะ ๒๐ ปี คือประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยใช้ยุทธศาสตร์ “4 Excellence Strategies” ประกอบด้วย

(๑) P&P Excellence ประกอบด้วย ๔ แผนงานได้แก่ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทย ทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

(๒) Service Excellence ประกอบด้วย ๔ แผนงานได้แก่ แผนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ/เขตเศรษฐกิจพิเศษ

(๓) Governance Excellence ประกอบด้วย ๔ แผนงานได้แก่ แผนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค และระบบธรรมาภิบาล

(๔) People Excellence ประกอบด้วย ๔ แผนงานได้แก่ แผนการวางแผนความต้องการอัตรากำลัง การผลิตและพัฒนาอัตรากำลังคน การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

#### **๓) ประเทศไทย ๔.๐ (Startup Thailand)**

ตามที่ยุทธศาสตร์สำคัญภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี เน้นในเรื่องการพัฒนาสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ด้วยการสร้าง “ความเข้มแข็งจากภายใน” ขับเคลื่อนตามแนวคิด “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ผ่านกลไก “ประชารัฐ” นั้น หลายประเทศได้กำหนดโมเดลเศรษฐกิจรูปแบบใหม่เพื่อสร้างความมั่งคั่งในศตวรรษที่ ๒๑ อาทิ สหรัฐอเมริกาพูดถึง A Nation of Makers อังกฤษกำลังผลักดัน Design of Innovation ขณะที่จีนได้ประกาศ Made in China ๒๐๒๕ ส่วนอินเดียก็กำลังขับเคลื่อน Made in India หรืออย่างเกาหลีใต้ก็วางโมเดลเศรษฐกิจเป็น Creative Economy เป็นต้น

หากย้อนหลังไปในอดีต ประเทศไทยเองก็มีการปรับโมเดลเศรษฐกิจอยู่หลายครั้ง เริ่มจาก “โมเดลประเทศไทย ๑.๐” ที่เน้นภาคการเกษตร

“โมเดลประเทศไทย ๒.๐” ที่เน้นอุตสาหกรรมเบา และก้าวสู่

“โมเดลประเทศไทย ๓.๐” ในปัจจุบันที่เน้นอุตสาหกรรมหนัก

“โมเดลประเทศไทย ๔.๐” จึงเป็นการพัฒนา “เครื่องยนต์เพื่อขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจ ชุดใหม่” (New Engines of Growth) ด้วยการแปลง “ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ” ของประเทศที่มีอยู่ ๒ ด้าน คือ “ความหลากหลายเชิงชีวภาพ” และ “ความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม” ให้เป็น “ความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน” โดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์

เทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา แล้วต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น “๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย”

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข คือ กลุ่มที่๒.กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health, Wellness&Bio-Med) ทั้ง ๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย จะเป็นแพลตฟอร์มในการสร้าง “New Startups” ต่างๆมากมาย อาทิ ในกลุ่มที่ ๒ เทคโนโลยีสุขภาพ (Healthtech) เทคโนโลยีการแพทย์ (Meditech) สป

เป้าหมายของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ “ประเทศไทย ๔.๐” คือ การขับเคลื่อน ๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมายให้เกิดผลสัมฤทธิ์ภายในระยะเวลา ๓-๕ ปีข้างหน้า เป็นการเปลี่ยน “ปัญหาและความท้าทาย” ให้เป็น “ศักยภาพและโอกาส” ในการสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนให้กับประเทศอย่างเป็นรูปธรรม เช่น เปลี่ยนจากปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ให้เป็น สังคมผู้สูงอายุที่มีพลัง (Active Aging)

กล่าวโดยสรุป กระบวนทัศน์ในการพัฒนาประเทศไทยใต้ “ประเทศไทย ๔.๐” มี ๓ ประเด็นที่สำคัญ

๑) เป็นจุดเริ่มต้นของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืน อย่างเป็นรูปธรรม

๒) เป็น “Reform in Action” ที่มีการผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างเศรษฐกิจ การปฏิรูปการวิจัยและการพัฒนา และการปฏิรูปการศึกษาไปพร้อมๆ กัน

๓) เป็นการผนึกกำลังของทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิด “ประชารัฐ” โดยเป็นประชารัฐที่ผนึกกำลังกับเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ การวิจัยพัฒนา และบุคลากรระดับโลก ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของการ “รู้จักเต็ม รู้จักพอ และรู้จักปัน”

#### ๔) ร่าง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๙

การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ ถือเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับธรรมนูญตามที่รัฐบาลได้ดำเนินการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ และได้ผ่านประชามติเมื่อ ๗ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๕๙ นั้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ ได้แก่

“มาตรา ๕๕ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

“มาตรา ๒๕๘ ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล ดังต่อไปนี้

...

ช. ด้านอื่น ๆ

(๔) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จาก การบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

(๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม

...”

## ๕) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

แนวโน้มจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ ใน ๕ - ๑๐ ปีข้างหน้า สืบเนื่องจากทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ได้กล่าวถึงสถานะของประเทศด้านสังคม ส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๑๐.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๑๖.๒) ในปี ๒๕๕๘ เป็น ๒๐.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๑) ในปี ๒๕๘๓ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น แต่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลักร้อยละ ๗๘.๕ ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร

## ๖) ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจุบัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่า ทุกปีทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ ๓๖ ล้านคน (ร้อยละ ๖๓) โดยประมาณร้อยละ ๔๔ เสียชีวิตก่อนอายุ ๗๐ ปี ทั้งนี้ ร้อยละ ๘๐ ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดจาก ๔ กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร ๑๗ ล้านคนต่อปี โรคมะเร็ง ๗.๖ ล้านคนต่อปี โรคทางเดินหายใจ ๔.๒ ล้านคนต่อปี และโรคเบาหวาน ๑.๓ ล้านคนต่อปี

สำหรับประเทศไทย พบร้อยละของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากมัลดีฟส์ จากสถิติพบว่าประมาณร้อยละ ๗๑ ของการเสียชีวิตทั้งหมด เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง ภายใต้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๐ - ๒๕๕๗ อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่าในปี ๒๕๕๓ ถึง ๒๕๕๗ มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกกำหนด ๙ เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยกำหนดเป้าหมายความสำเร็จในการดำเนินงาน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ประเด็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (Premature Mortality) คือ อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประชากรอายุระหว่าง ๓๐ - ๗๐ ปี ลดลงร้อยละ ๒๕

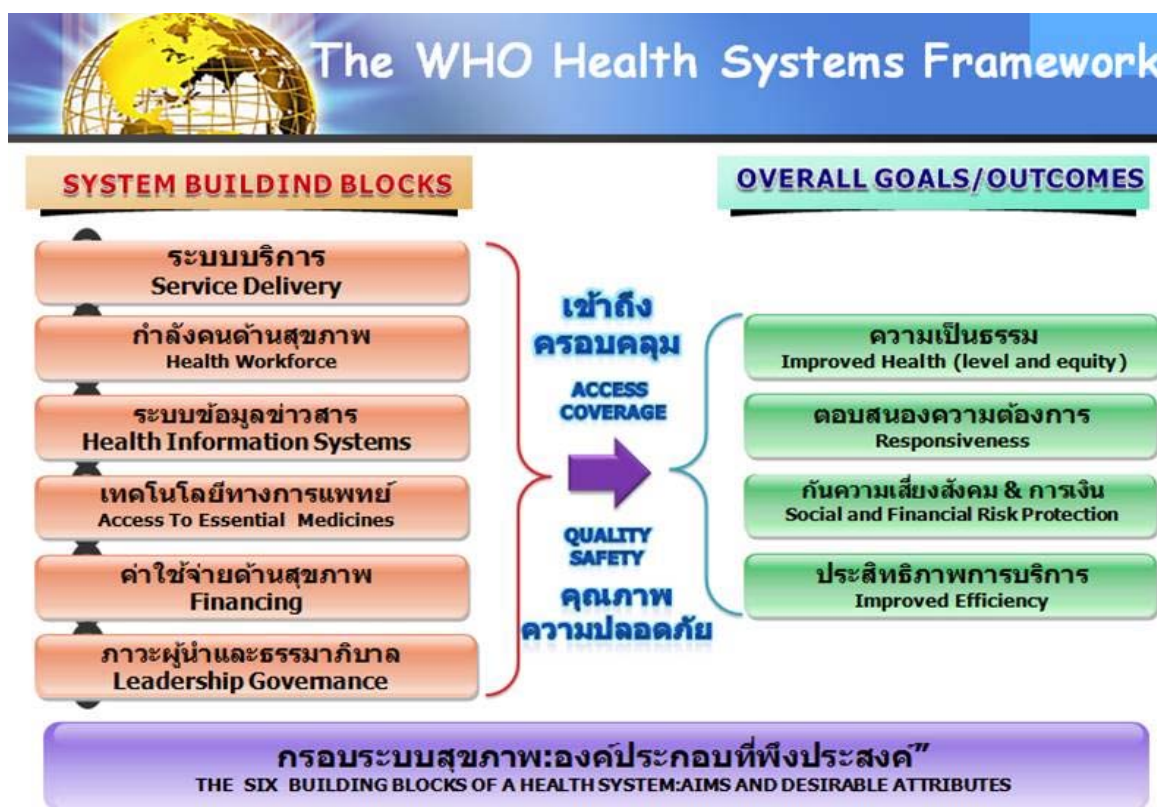
ตลอดเวลากว่า ๑๐ ปี ถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ อันได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หรือแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวในระดับปฏิบัติการ ยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องของรูปแบบโดยเฉพาะบริบทของการให้บริการ ซึ่งมีความแตกต่างจากการให้บริการกลุ่มโรคเฉียบพลัน ดังนั้น ควรมีการทบทวน ปรับปรุงระบบการให้บริการ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ และระดับโลก

### ๑.๒ สภาพปัญหาาระบบบริการปฐมภูมิ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมในประเทศไทย มีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพทั้งที่เป็นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ลักษณะปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้าน

พฤติกรรม และปัจจัยทางด้านสังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวยิ่งทำให้ระบบบริการปฐมภูมิ และการจัดการด้วยวิธีสาธารณสุขมูลฐานยิ่งมีความจำเป็นและมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น (The World Health Report ๒๐๐๘)

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) จึงเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มาอย่างต่อเนื่องกว่า ๑๐ ปี ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ ด้วยปัจจัยหลายประการ หากพิจารณาตามกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (๖ Building Blocks Model) ซึ่งมี (๖ องค์ประกอบ คือ ๑) ระบบบริการ ๒) กำลังคนด้านสุขภาพ ๓) ระบบข้อมูลข่าวสาร ๔) เทคโนโลยีทางการแพทย์ ๕) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ ๖) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ The WHO Health System Framework : Six building blocks

พบว่าปัญหาเร่งด่วนในระบบบริการปฐมภูมิ พอสรุปได้ ๓ ด้าน คือ (๑) ระบบบริการปฐมภูมิ (๒) การบริหารการเงินการคลัง และ (๓) กำลังคนด้านสุขภาพ รายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

**๑) ระบบบริการปฐมภูมิ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด ให้บริการสาธารณสุขผสมผสานเชิงรุก ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และให้มีความสามารถใน

การดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้บริการต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและ  
ส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการบริการสุขภาพของประชาชน  
ชุมชนและท้องถิ่น

กลุ่มเป้าหมายของบริการในรพ.สต. ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรี (วางแผน  
ครอบครัวและตั้งครรภ์) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น มีการตรวจคัดกรอง  
โดยเฉพาะโรคที่สามารถทำการป้องกันระดับ Secondary Prevention (Early Diagnosis) เช่น คัดกรอง  
เบาหวาน ความดัน มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ลดความเสี่ยง  
ฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ด้านการป้องกันและควบคุม  
โรคในระดับบุคคล และครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวัง สนับสนุน  
การพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชน ด้านสุขภาพ บริการด้านยา ตั้งแต่การจดหมาย  
การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดำเนินการในประเทศไทย มีทั้งสิ้น ๑๐,๘๕๖ แห่ง อยู่ภายใต้สังกัด  
ของหน่วยงานภาครัฐ (หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดสาธารณสุข) และภาคเอกชน  
ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลทั่วประเทศจำนวน ๙,๗๕๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐ ดังตารางที่ ๑ การจัดการบริการและการบริหารเป็น  
ลักษณะแยกส่วนภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลแม่ข่าย และตามความพร้อมของทรัพยากรที่มีและ  
งบประมาณที่ได้รับจัดสรรให้รพ.สต. แต่ละแห่ง ทั้งนี้มีการประเมินตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงาน  
บริการปฐมภูมิจากหน่วยงานหลายส่วนทั้งจากกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข และจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่สนับสนุนเงินผ่านโครงการ กิจกรรมต่างๆ ซึ่งในหลายๆ  
กิจกรรมเป็นการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน เรื่องเดียวกัน บางตัวชี้วัดไม่ใช่ปัญหาของพื้นที่  
เจ้าหน้าที่ก็ต้องรายงาน

รพ.สต.จึงมีภารกิจเพิ่มจำนวนมากในการบันทึกและรายงานข้อมูลด้านสุขภาพทั้งในส่วนที่  
รพ.สต. ใช้วางแผน เช่นการจัดทำแฟ้มครอบครัว (family folder) และส่วนรายงานให้กับหน่วยงาน  
ส่วนกลาง เช่น สำนักงานปลัด กรมวิชาการ สสจ. สปสช. ซึ่งผ่านโปรแกรมต่างๆ เช่น โปรแกรม HCIS ,  
HosXP , JHCIS , web ยืมสติ , SSRT , เฝ้าระวังผู้ป่วยซึมเศร้า ,ประเมินมาตรฐานสุขศึกษา ,ปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรม , งานควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ /ไข้หวัดนก ,โปรแกรม R๕๐๖ ,โปรแกรมลดการใช้พลังงาน, การ  
บันทึกข้อมูลการคัดกรอง เช่น การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก ต้อกระจก  
อัมพฤกษ์ ผู้ป่วยซึมเศร้า พัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย เป็นต้น รายงานตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงาน  
บริการปฐมภูมิ(Quality and Outcome Frame work: QOF) ของ สปสช. ปัจจุบันตั้งแต่ปีงบประมาณ  
๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายลดภาระงานการบันทึกข้อมูล โดยปรับปรุงระบบรายงานข้อมูล โดย  
ใช้ระบบ HDC (Health data center) และยกเลิกรายงานและโปรแกรมบางรายการออกไป

**ตารางที่ ๑** จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพ	จำนวน รพ.สต.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
	กลุ่ม S (ปชก. <๓,๐๐๐ คน)	กลุ่ม M (ปชก. ๓,๐๐๐-๘,๐๐๐ คน)	กลุ่ม L (ปชก.> ๘,๐๐๐ คน)	รวม
รวม	๔,๗๖๔	๔,๗๓๑	๒๕๙	๙,๗๕๔
เขตสุขภาพที่๑	๖๘๙	๓๙๘	๑๑	๑,๐๙๘
เขตสุขภาพที่๒	๓๒๓	๒๘๓	๑๕	๖๒๑
เขตสุขภาพที่๓	๓๒๗	๒๔๕	๘	๕๘๐
เขตสุขภาพที่๔	๕๔๘	๒๒๖	๒๒	๗๙๖
เขตสุขภาพที่๕	๔๙๗	๓๙๓	๑๘	๘๐๘
เขตสุขภาพที่๖	๔๑๘	๓๐๘	๔๗	๗๗๓
เขตสุขภาพที่๗	๓๑๐	๔๙๒	๖	๘๐๘
เขตสุขภาพที่๘	๓๑๒	๕๓๗	๒๕	๘๗๔
เขตสุขภาพที่๙	๒๕๓	๖๕๙	๓๕	๙๔๗
เขตสุขภาพที่๑๐	๓๗๔	๔๕๖	๘	๘๓๘
เขตสุขภาพที่๑๑	๓๔๒	๓๔๐	๓๒	๗๑๔
เขตสุขภาพที่๑๒	๓๗๑	๓๙๔	๓๒	๗๙๗

หมายเหตุ ไม่มีรายงานจำนวนประชากร ๔ รพ.สต.

ที่มาข้อมูล จาก

- (๑) สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- (๒) กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ๒) ด้านการบริหารการเงินการคลัง

ในอดีตการบริหารจัดการงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ของประเทศนั้น อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาเมื่อประมาณ ๑๕ ปี ที่ผ่านมารัฐได้จัดสรรงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนใหญ่ให้อยู่ในการบริหารของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่ดัชนีสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนมีแนวโน้มสูงขึ้น อีกทั้งมีอุบัติการณ์โรคที่ป้องกันได้เกิดขึ้นซ้ำ เช่น คอติบ เป็นต้น

ปัจจุบันหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ(CUP) ยังเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ดังนั้น การสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน (operating budget) จึงต้องอาศัยโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินในการดำเนินงานเป็นหลัก ทั้งนี้แหล่งรายได้ของ รพ.สต.มาจาก ๔ แหล่ง คือ

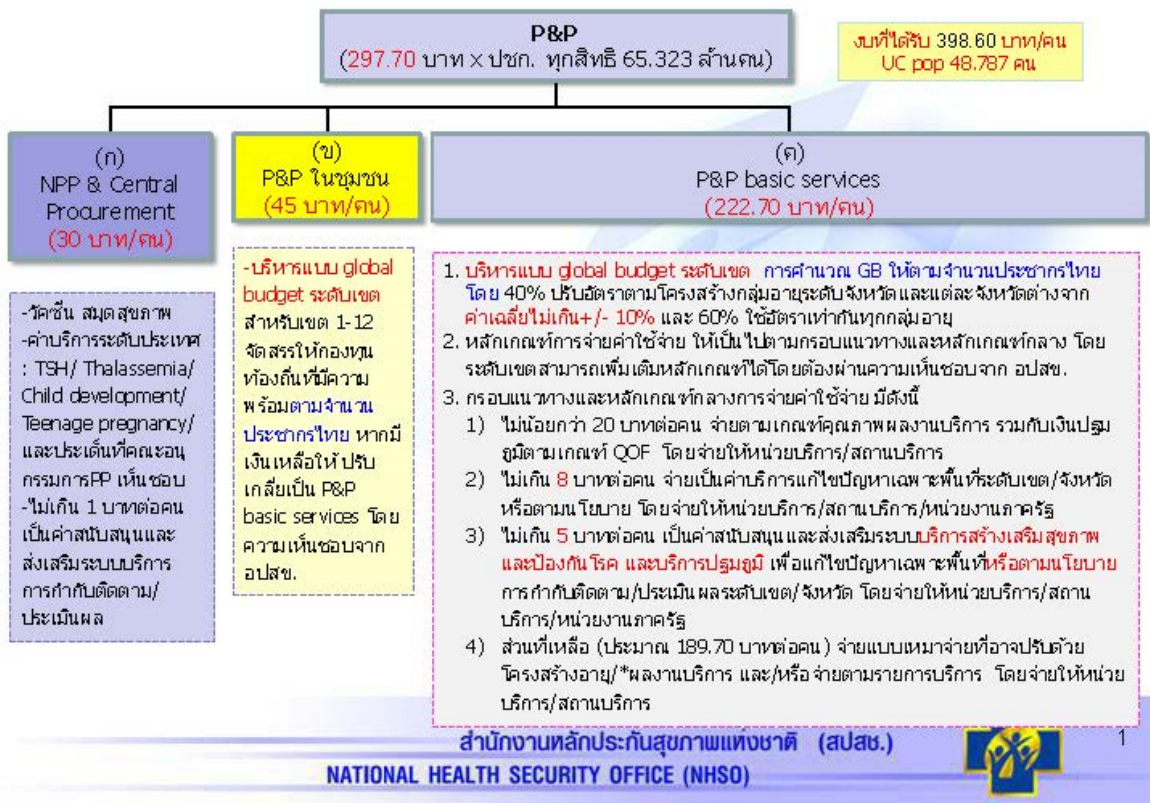
๑) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ได้รับมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรให้เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสำนักงานที่เป็น fixed cost เช่นค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น

๒) จากเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีจากรัฐ สำหรับเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.

- ๓) จากหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น อปท. ภาคเอกชน และชุมชน
- ๔) จากงบประมาณส่งเสริมป้องกันในรูปแบบต่างๆ เช่น งบประมาณส่งเสริมป้องกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area-based) จากจังหวัด งบลงทุนทดแทนจาก CUP สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ตรวจราชการ

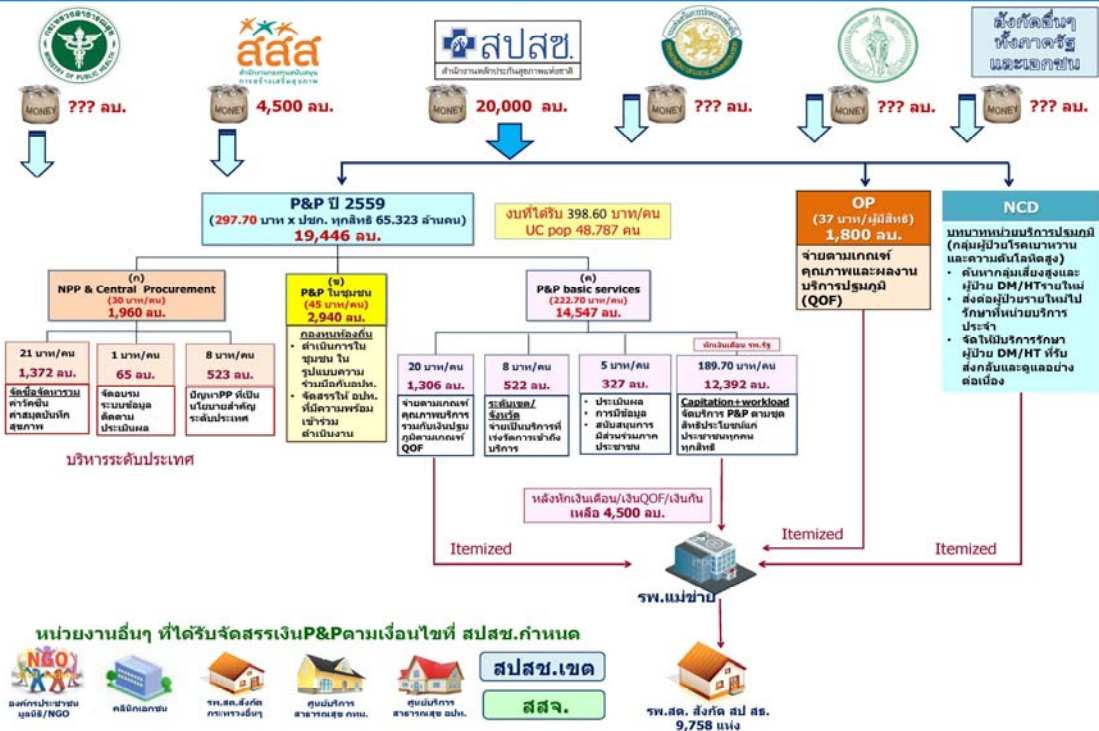
งบประมาณที่รพ.สต.จะได้รับสนับสนุนจากสปสช. อาจได้รับโดยตรงจากสปสช.หรือได้รับผ่าน CUP หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาทิ (๑) งบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ศักยภาพ (On top payment) (๒) งบประมาณที่จ่ายตามผลงาน (Itemize) (๓) งบประมาณสนับสนุนตามโครงการ และ (๔) งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ เป็นงบเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการระดับปฐมภูมิ ดังตัวอย่างแผนภูมิที่ ๑ และแผนภูมิที่ ๒

### กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์กลางการบริหารงบ P&P ปี 2559



แผนภูมิที่ ๑ การจัดสรรเงินหมวดสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สปสช.

# การจัดสรรเงินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบบเดิม



แผนภูมิที่ ๒ การจัดสรรเงินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รูปแบบเดิม ของ สปสช.

จะเห็นได้ว่า เพียงเฉพาะเงิน P&P จาก สปสช. ซึ่งเป็นกองทุนที่จัดสรรเงิน P&P มากที่สุด เมื่อผ่านขั้นตอนและเกณฑ์การจัดสรร พบว่า จากเงินเริ่มต้น ๑๙,๔๔๖ ล้านบาท เมื่อจัดสรร ปรับเกลี้ยแล้ว หน่วยบริการได้รับเงินเหลือเพียง ๔,๕๐๐ ล้านบาท (หลังหักเงินเดือน) คิดเป็น ๒๓% เท่านั้น ซึ่งส่วนหนึ่งรพ.แม่ข่ายจะจัดสรรให้ รพ.สต.ต่อไป

ส่วนในหมวดจ่ายตาม itemized ที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการร่วมกับงบบริการผู้ป่วย นอก ส่วนจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ นั้น เงินที่ได้รับไม่แน่นอนขึ้นกับข้อมูลที่บันทึกโดยรพ.แม่ข่ายจะได้รับเงินส่วนนี้ ๘-๑๕ ล้านบาท ต่อแห่ง ต่อปี ทั้งนี้ยังไม่รวมเงิน P&P หมวดอื่น ๆ และจากหน่วยงานต่างๆที่ไม่ได้ออโนให้รพ.แม่ข่าย หรือ รพ.สต. แต่จะจัดสรรให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรพ.ภาครัฐ องค์กรภาคประชาชนและ NGO

นอกจากนี้ในส่วนของการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (กองทุน อบต.) ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการ อาทิ

พบว่า งบกองทุนฯ มีงบคงเหลือสะสม ปี ๒๕๕๘ ประมาณ ๓,๕๖๐ ล้านบาท ปี ๒๕๕๙ ประมาณ ๔,๕๘๖ ล้านบาท ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๙ การดำเนินงานใช้งบประมาณ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน โดยมีข้อมูลสนับสนุนทั้งจากการตรวจของ สตง.และจากการหารือของ หน่วยงานในพื้นที่ มายัง สปสช. การจัดกิจกรรมหรือโครงการมีความซ้ำซ้อน กับภารกิจของหน่วยงานในพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเดียวกัน อบต. มีบุคลากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ ในการขับเคลื่อนหรือแก้ปัญหา ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของพื้นที่ สปสช.ขาดการติดตามกำกับ การดำเนินงานของ กองทุน

อบต.ที่เป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ด้วยรพ.สต.มิได้เป็นหน่วยงานที่รับงบประมาณโดยตรง ทำให้มีผลต่อการวางแผนและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของ รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง

สรุปปัญหาในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการจัดสรรเงินในรูปแบบเดิม

(๑) แต่ละกองทุนต่างกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ของหน่วยงานตนเอง ต่างมีวิธีจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ/NGO ด้วยเงื่อนไข แตกต่างกัน

(๒) หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับจัดสรรเงินไม่เพียงพอ เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณแยกส่วน Fragmented ผ่านไปที่ รพ.แม่ข่ายก่อน จากนั้นรพ.แม่ข่าย เป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ขึ้นกับสถานะการเงินของ รพ. ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ

(๓) หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับเงินสนับสนุนตามความสามารถเสนอโครงการ หรือจัดส่งข้อมูลบริการตามรายการที่กำหนดโดยส่วนกลาง Itemized หากไม่พอต้องขอจากหน่วยต่างๆเพิ่ม

(๔) การประเมินผลจากรายงานที่กำหนดและกิจกรรมที่ให้บริการ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มเมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

### ๓) กำลังคนด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมาบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพ (Paramedical personnel) แต่ในระยะ ๑๐ ปีหลังนี้ ได้มีการพัฒนาบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิและสนับสนุนบุคลากรระดับวิชาชีพทั้งที่เป็นพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ในส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร มีการลงมาช่วยให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น แต่เป็นลักษณะ Part time อีกทั้งการจัดการให้เป็นทีมสหวิชาชีพที่มาร่วมปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังทำได้จำกัดเพียงบางพื้นที่ ขึ้นกับนโยบายส่วนกลางและจังหวัด จัดให้รพ.สต.แต่ละแห่ง ซึ่งปัจจุบันยังไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด พบว่าจำนวนบุคลากรยังมีไม่เพียงพอ กับภาระงานในความรับผิดชอบดูแลประชากร ดังตารางที่ ๒ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพของบริการปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ทั้งนี้ยังไม่รวมภารกิจด้านงานเอกสารการรายงานต่างๆ ที่มาจากหน่วยงานต่างๆจำนวนมาก ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกองทุนที่จัดสรรเงินสนับสนุน และการขาดขวัญกำลังใจ ทั้งด้านความก้าวหน้า และค่าตอบแทนสนับสนุนของเจ้าหน้าที่

ตารางที่ ๒ อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ปี๒๕๕๗

เขตสุขภาพ	ประชากรไทย	จำนวน รพ.สต.	บุคลากรสาธารณสุข ของ รพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข							
			นักวิชาการสาธารณสุข		จพง.ทันตสาธารณสุข		จพง.สาธารณสุข		พยาบาลวิชาชีพ	
			จำนวน	อัตราส่วนต่อ ปชก.	จำนวน	อัตราส่วนต่อ ปชก.	จำนวน	อัตราส่วนต่อ ปชก.	จำนวน	อัตราส่วนต่อ ปชก.
เกณฑ์กลุ่มบริหารงานบุคคล สป สร. ปี ๒๕๕๗				๑ : ๑,๒๕๐		๑ : ๑๒,๐๐๐		๑ : ๑,๒๕๐		๑ : ๒,๕๐๐
เกณฑ์ WHO ๒๐๑๑				-		-		-		๑ : ๓,๓๐๐
๑	๕,๘๕๒,๖๕๗	๑,๐๙๘	๑,๕๕๑	๓,๗๗๓	๒๖๙	๒๑,๗๕๗	๑,๑๓๙	๕,๑๓๘	๑,๐๕๓	๕,๕๕๘
๒	๓,๕๔๐,๔๔๓	๖๒๐	๙๐๓	๓,๙๒๑	๑๕๕	๒๒,๘๔๒	๘๐๘	๔,๓๘๒	๕๙๘	๕,๙๒๐
๓	๓,๐๐๒,๔๓๗	๕๘๑	๘๓๒	๓,๖๐๙	๑๕๖	๑๙,๒๔๖	๕๘๖	๕,๑๒๔	๔๖๕	๖,๔๕๗
๔	๕,๒๖๒,๕๓๗	๗๙๖	๑,๑๘๙	๔,๔๒๖	๒๕๙	๒๐,๓๑๙	๗๘๗	๖,๖๘๗	๗๑๒	๗,๓๙๑

เขต สุขภาพ	ประชากรไทย	จำนวน รพ.สต.	บุคลากรสาธารณสุข ของ รพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข							
			นักวิชาการสาธารณสุข		จพง.ทันตสาธารณสุข		จพง.สาธารณสุข		พยาบาลวิชาชีพ	
			จำนวน	อัตราส่วน ต่อ ปชก.	จำนวน	อัตราส่วน ต่อ ปชก.	จำนวน	อัตราส่วน ต่อ ปชก.	จำนวน	อัตราส่วน ต่อ ปชก.
๕	๕,๒๖๔,๑๗๐	๙๐๘	๑,๔๗๘	๓,๕๖๒	๓๐๙	๑๗,๐๓๖	๑,๑๕๓	๔,๕๖๖	๗๑๔	๗,๓๗๓
๖	๕,๙๕๓,๓๗๑	๗๗๔	๑,๒๕๒	๔,๗๕๕	๒๔๔	๒๔,๓๙๙	๑,๐๑๒	๕,๘๘๓	๖๗๑	๘,๘๗๒
๗	๕,๐๕๑,๙๒๒	๘๐๘	๑,๑๖๔	๔,๓๔๐	๒๕๓	๑๙,๙๖๘	๙๕๔	๕,๒๙๖	๙๑๓	๕,๕๓๓
๘	๕,๕๒๓,๙๗๘	๘๗๔	๑,๖๕๑	๓,๓๔๖	๓๐๕	๑๘,๑๑๑	๘๖๖	๖,๓๗๙	๑,๐๓๔	๕,๓๔๒
๙	๖,๗๔๖,๒๘๙	๙๕๐	๑,๓๑๓	๕,๑๓๘	๒๓๙	๒๘,๒๒๗	๑,๑๙๕	๕,๖๔๕	๑,๒๒๓	๕,๕๑๖
๑๐	๔,๕๙๓,๐๓๕	๘๓๘	๑,๔๖๕	๓,๑๓๕	๔๓๗	๑๐,๕๑๐	๘๒๙	๕,๕๔๐	๘๖๖	๕,๓๐๔
๑๑	๔,๔๑๔,๗๖๑	๗๑๔	๑,๐๓๘	๔,๒๕๓	๑๖๑	๒๗,๔๒๑	๘๕๒	๕,๑๘๒	๖๕๕	๖,๗๔๐
๑๒	๔,๘๘๓,๙๑๑	๗๙๗	๑,๐๘๓	๔,๕๒๓	๑๘๖	๒๖,๓๓๘	๑,๔๑๓	๓,๔๖๗	๙๘๕	๔,๙๗๔
รวม	๖๐,๑๐๔,๕๑๑	๙,๗๕๘	๑๔,๙๑๙		๒๙๗๓		๑๑,๕๙๔		๙,๘๘๙	

#### ที่มาข้อมูล

- (๑) ข้อมูล ณ มิถุนายน ๒๕๕๙ จาก กระทรวงมหาดไทย [http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat\\_age.php](http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php)
- (๒) ข้อมูล ณ มกราคม ๒๕๕๙ จาก สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข
- (๓) ข้อมูลปี ๒๕๕๗ จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี ๒๕๕๗ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับในส่วนของอัตราค่าจ้างแพทย์โดยเฉพาะสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว นั้น เป็นปัญหาที่สำคัญมาแต่ในอดีต อาทิ เป็นสาขาที่ไม่ได้รับความนิยมจากนักเรียนแพทย์ มีผู้สนใจเรียนน้อย และอยู่ในระบบไม่ยั่งยืน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน สนใจเรียนสาขาอื่นๆ ที่สามารถประกอบอาชีพได้มากกว่า นอกจากนี้ปัญหาดังกล่าวตั้งแต่ขาดครูผู้สอน ไม่ได้รับการยอมรับเหมือนแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ แพทย์ครอบครัวเหล่านี้ถูกใช้ทำงานที่หลากหลายไม่ตรงกับสาขาที่เรียนมา ผู้บริหารโรงพยาบาลยังไม่เข้าใจในความสามารถเฉพาะทาง และเงินเดือนค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับสาขาอื่น ๆ ทำให้ลาออกไปศึกษาต่อเพิ่มเติมสาขาอื่น

ปัจจุบันการเรียนการสอนเพื่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวมี ๔ รูปแบบ

**รูปแบบที่ ๑** คือ Formal Training (Track I) เป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวใช้เวลาเรียน ๓ ปี ในสถาบันต่างๆ ซึ่งได้รับการรับรองจากแพทยสภาและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จำนวน ๒๕ สถาบัน ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ รูปแบบนี้เมื่อสอบได้ จะได้วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ปัจจุบันมีโควตาผลิตได้ปีละ ๑๐๐ คน

**รูปแบบที่ ๒** (Track II) เป็นโครงการร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จัดโครงการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มความรู้ความชำนาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โดยผู้เรียนจะต้องเป็นแพทย์ที่ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะเรียบร้อยแล้วและเรียนในสถานที่ที่ผู้เรียนปฏิบัติงาน (สถาบันปฏิบัติงาน) และเรียนบางเวลาในสถาบันหลักที่สนับสนุนราชการ ซึ่งสถาบันปฏิบัติงานนั้นๆได้เลือก หลังจากฝึกอบรมครบ ๓ ปี สามารถสอบวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เริ่มโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๖

**รูปแบบที่ ๓** (Track III) เป็นโครงการร่วมมือระหว่างสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สพพช.) กระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่ง

ประเทศไทย ภายใต้ชื่อการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้โครงการปฏิบัติงานเพื่อ การสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เริ่ม โครงการนี้ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙ โดยแพทย์โครงการนี้จะรวมเวลาของแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นปีที่ ๑ และจะต้องเขียนรายงานผู้ป่วยรูปแบบเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อปฏิบัติงานในสาขาอายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์ และออร์โธปิดิกส์, กุมารเวชศาสตร์, สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และโรงพยาบาลชุมชน อีก ๒ ปี ภายหลังจาก ฝึกอบรม สามารถสอบวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวได้ โดยวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวจะมีการประเมินความรู้เมื่อสิ้นสุดปีที่ ๑ ของระยะเวลาการเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ตามโครงการ มีโควตาผลิต ปีละประมาณ ๑๕๐ - ๒๐๐ คน

รูปแบบที่ ๔ เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวครบ ๕ ปี สามารถสอบ หนังสืออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวได้

จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี ๒๕๕๔, ๒๕๕๕, ๒๕๕๖ และปี ๒๕๕๗ โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาเวช ศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานในประเทศ จำแนกตามเขตสุขภาพ มีไม่ถึง ๑,๐๐๐ คนและมีแนวโน้มลดลง โดยประมาณ ๑ ใน ๔ กระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ จำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ในประเทศไทย

เขตสุขภาพ	จำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)			
	พ.ศ.๒๕๕๔	พ.ศ.๒๕๕๕	พ.ศ.๒๕๕๖	พ.ศ.๒๕๕๗
รวม	๙๒๒	๙๑๑	๑,๐๔๙	๘๘๙
เขตสุขภาพที่๑	๙๔	๘๒	๑๑๒	๙๕
เขตสุขภาพที่๒	๔๖	๔๑	๔๙	๔๑
เขตสุขภาพที่๓	๒๓	๒๓	๒๘	๑๘
เขตสุขภาพที่๔	๘๖	๘๘	๑๑๑	๙๑
เขตสุขภาพที่๕	๔๒	๔๘	๔๖	๔๕
เขตสุขภาพที่๖	๘๓	๘๓	๙๗	๗๖
เขตสุขภาพที่๗	๖๒	๖๔	๗๘	๖๐
เขตสุขภาพที่๘	๕๑	๔๓	๖๔	๔๑
เขตสุขภาพที่๙	๖๒	๕๙	๗๘	๗๑
เขตสุขภาพที่๑๐	๓๑	๓๓	๔๒	๒๙
เขตสุขภาพที่๑๑	๔๖	๕๖	๖๖	๕๘
เขตสุขภาพที่๑๒	๖๔	๖๑	๖๖	๕๘
เขตสุขภาพที่๑๓	๒๓๒	๒๓๐	๒๑๒	๒๐๖

ที่มา : จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี ๒๕๕๔, ๒๕๕๕, ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ๒. ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

จากการนำเสนอความเป็นมาและความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตลอดเวลาที่ผ่านมา นับสิบปี ยังมีข้อจำกัดหลายประการที่สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ไม่ได้ลงไปสู่ประชาชนโดยตรง มิได้ช่วยพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิภาพการบริหารเงินงบประมาณของรัฐและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน รวมไปถึงการใช้งบประมาณที่ซับซ้อนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และกองทุนต่างๆ จึงจำเป็นต้องทบทวนกลไกการบริหารระบบบริการปฐมภูมิของประเทศอย่างเร่งด่วน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑) มีทิศทางพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นเอกภาพ

๒) บูรณาการทุกภาคส่วนในการพัฒนาสุขภาพระดับบุคคลและสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๓) บูรณาการการดำเนินงาน ทรัพยากร และบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ช่วยเหลือกันในรูปแบบการจัดบริการร่วม ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๔) เกิดการดูแลสุขภาพในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕) เกิดการเชื่อมโยงบริการระหว่างปฐมภูมิ ทุติยภูมิกับตติยภูมิ โดยใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว ครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั่วประเทศ

๖) สร้างการมีส่วนร่วม ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาสังคม ด้วยกลไก “สานพลังประชารัฐ”

ในสถานการณ์ที่เศรษฐกิจของโลกมีความผันผวน ส่งผลต่อเศรษฐกิจฐานการเงินการคลังของประเทศ สั่นคลอน ไม่มั่นคง และมีอย่างจำกัด คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ มีเจตนามุ่งมั่นให้บริการสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยไม่ให้มีผลกระทบในด้านงบประมาณของประเทศเพิ่มขึ้น จึงขอเสนอ เรื่อง “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ” โดยพิจารณามาตรการเร่งด่วนที่จำเป็น ๔ ประเด็น ดังนี้

๑) ระบบบริการปฐมภูมิ

๒) การบริหารการเงินการคลัง

๓) กำลังคนด้านสุขภาพ

๔) การพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล

โดยมีรายละเอียดพอสังเขปในหลักการ ดังนี้

### ๑) ระบบบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอ คือ

(๑) หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการรวมกลุ่มเป็น Primary Care Cluster ดูแลประชาชนร่วมกัน Cluster ละประมาณ ๑ - ๓ หมื่นคน

(๒) บริหารและหมุนเวียนทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มบริการปฐมภูมิทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

(๓) กลุ่มบริการปฐมภูมิให้บริการแก่ประชาชน ตามปัญหาของพื้นที่ และประสานกิจกรรมร่วมกับองค์กรภาคประชาชน โดยเน้นภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลักมากกว่าการให้บริการรักษาพยาบาล

(๔) ประชาชนได้รับการ ตามที่ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและตามความเร่งด่วนในแต่ละพื้นที่

## **๒) การบริหารการเงินการคลัง**

ข้อเสนอ คือ

(๑) บูรณาการเงินที่เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(Promotion and Prevention: P&P) จากทุกแหล่ง ทุกกองทุน เช่น สปสช. สสส. กสธ. อบต. บริหารร่วมที่คณะกรรมการสุขภาพเขตและระดับอำเภอ

(๒) มีวงเงินจัดสรรเพิ่มมากขึ้นกว่าแบบเดิม ๓-๔ เท่า

(๓) จัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเงินก้อน(Lump sum)ตามหัวประชากร และตามเงื่อนไขข้อตกลงของคณะกรรมการสุขภาพเขตและระดับอำเภอ

(๔) ปรับหลักเกณฑ์ให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถรับงบประมาณเป็นของตนเองโดยตรง ซึ่งเดิมหน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับจัดสรรจากหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือ Contracted unit of primary care (CUP)

ตัวอย่างข้อเสนอการบริหารจัดการใหม่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกองทุนหลักที่ดูแลเงินด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากที่สุดปีละ ๑๙,๐๐๐ ล้านบาท และดูแลจัดบริการ P&P ตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนคนไทยทุกคน ทุกสิทธิ เสนอให้ปรับปรุงดังนี้

(๑) แก้อัปเดตหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(PP) ไม่แยกเป็นหมวดย่อย ดังเช่นที่ผ่านมา

(๒) ให้รวมเงินส่วนที่เกี่ยวข้องด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่อยู่ในหมวดเงินอื่นๆ มารวมในหมวดสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(Promotion and Prevention: P&P) ด้วย อาทิ

- หมวดบริการผู้ป่วยนอก ส่วนการบริหารจัดการบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) แต่ปีที่ผ่านมามีการจัดสรรอัตรา ๓๒ บาทต่อผู้มีสิทธิ

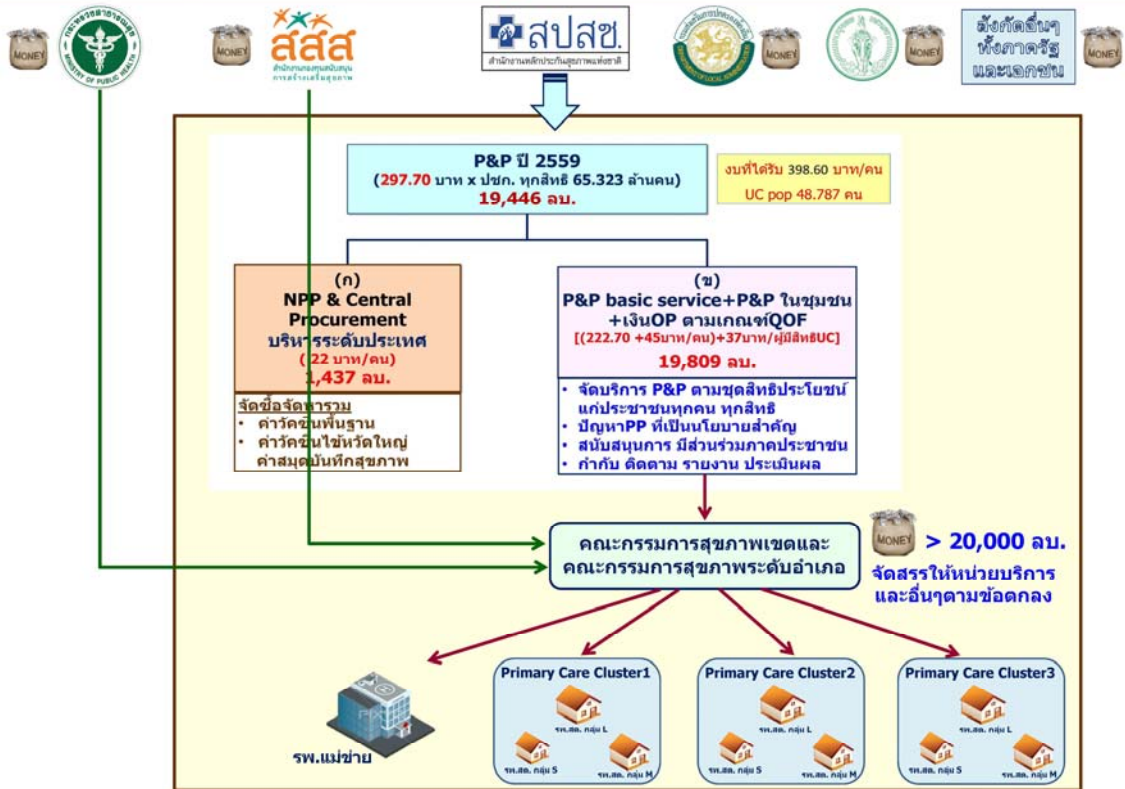
- หมวดบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วย DM/HT รายใหม่ ส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่ไปรักษาที่หน่วยบริการประจำ และจัดให้มีบริการรักษาผู้ป่วย DM/HT ที่รับส่งกลับและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดสรรเงินตามกิจกรรมที่ให้บริการผ่านโปรแกรมของ สปสช.

(๓) ให้ยกเลิกกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และบริหารจัดการเงินกองทุนที่เงินคงเหลือสะสม

ตัวอย่าง ดัชนีภูมิที่ ๓

## การจัดสรรเงินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบบใหม่



แผนภูมิที่ ๓ การจัดสรรเงินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของ สปสช. รูปแบบใหม่

### ๓) กำลังคนด้านสุขภาพ

ข้อเสนอ คือ

- (๑) หมุนเวียนและบริหารบุคลากรทุกสาขาในกลุ่มบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
- (๒) พัฒนาและใช้ศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่ ในการร่วมจัดระบบบริการ เช่น แพทย์แผนไทย ทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อช่วยสนับสนุนบริการนอกเหนือจากสาขาพยาบาล หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีจำกัด และต้องใช้เวลาในการผลิต
- (๓) วางแผนพัฒนาและผลิตบุคลากร เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- (๔) มีมาตรการในการจูงใจรักษาให้บุคลากรคงอยู่ในระบบ ทั้งด้านความก้าวหน้าและค่าตอบแทน หรือการสนับสนุนบุคลากรในท้องถิ่นเข้ามาศึกษาและฝึกอบรมเป็นแพทย์ครอบครัวให้มากขึ้น

### ๔) การพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล

ข้อเสนอ คือ

- (๑) ทุกกองทุนกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ร่วมกันและใช้เป็นกรอบดำเนินการทั้งประเทศ ภายใต้การกำกับของ NHPB
- (๒) ทบทวนและพัฒนา รูปแบบการรายงาน ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ไม่เป็นภาระแก่หน่วยบริการ ภายใต้การกำกับของ NHPB
- (๓) การประเมินผล ให้เป็นหน้าที่หลักของกรมวิชาการ กสธ.และสถาบันต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยไม่นำรายงานของหน่วยบริการมาเป็นข้อมูลหลักในการสรุป

(๔) สนับสนุนการวิจัยและปรับปรุงรูปแบบ วิธีการประเมินผล ใช้ระบบสารสนเทศมาช่วยในการพัฒนาเครื่องมือ

(๕) สนับสนุนและมีกลยุทธ์จูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินและรายงานสุขภาพของตนเองเช่น Vaccine coverage ,Health behavior ร่วมกับการออกแบบของกรมวิชาการ

(๖) ยกเลิกการกำหนดเกณฑ์จัดสรรเงินจากกองทุนมาเป็นแรงจูงใจในการรายงานข้อมูล หรือใช้เป็นเกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ที่จะทำให้ข้อมูลที่ได้ขาดความน่าเชื่อถือ

การดำเนินการตามข้อเสนอปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ทั้ง ๔ ด้านนี้ จะดำเนินการภายใต้บริหารร่วมที่คณะกรรมการสุขภาพเขต (Area Health Board : AHB) และระดับอำเภอ(District Health Board) ซึ่งอาจมีคำถามว่าทำไมต้องเป็นดังกล่าว

เหตุผล คือ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และ ไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน

ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง การทำงานด้านสุขภาพ ระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์ สามารถประสานและเชื่อมโยงเข้ากันได้โดยมีเป้าหมายเดียวกัน

ทุกภาคส่วน หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการ ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น

การบูรณาการทรัพยากร หมายถึง การจัดการและใช้ประโยชน์ จากทรัพยากรทั้งด้าน บุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยีร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ ในพื้นที่ตามสภาพปัญหา

การพัฒนาาระบบสุขภาพที่ระดับอำเภอ เป็นระดับที่เหมาะสมที่สุดในปัจจุบัน กล่าวคือ

๑) สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหาความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ (local needs) โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม

๒) สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุม และเป็นธรรมสอดคล้อง กับบริบทพื้นที่

๓) สามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการสุขภาพ และสังคมได้อย่างเป็นระบบ

และอีกกลยุทธ์ที่เป็นหัวใจสำคัญคือ การบริหารจัดการในรูปแบบใหม่ โดยไม่ใช้งบประมาณแผ่นดินเพิ่มขึ้น แต่จะเป็นการส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรและงบประมาณอย่างคุ้มค่า

ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ดังกล่าวข้างต้นนี้ ภายหลังจากขั้นตอนการประสานและเตรียมการ สามารถเริ่มระบบบริการปฐมภูมิตามรูปแบบใหม่พร้อมกันทั่วประเทศ โดยไม่ต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพิ่ม เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ประชาชนได้อะไร จากการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ นี้

#### ระยะบูรณาการ

๑) ประชาชนได้รับการดูแล ครอบคลุม มากขึ้น ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ จากการรวมบริการเป็น Cluster ทำให้มีบุคลากรหลากหลายสาขา

๒) ประชาชนได้รับการดูแลด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการบูรณาการกองทุนทำให้มีงบประมาณมากขึ้น

๓) ประชาชนมีส่วนร่วมบริหารพื้นที่ของตนเอง ผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพเขตและระดับอำเภอ

#### ระยะยั่งยืน

๑) ประชาชนมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพในพื้นที่ตนเองและการ ฝึกระวัง

๒) ประชาชนได้ใช้ศักยภาพในการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

๓) ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการบริหารหน่วยบริการสุขภาพ ให้มีความโปร่งใส ใช้หลักธรรมาภิบาล

๔) ประชาชนทุกกลุ่ม ทุกวัย มีสุขภาพดี และเป็นต้นแบบที่ดี

### **๓. กำหนดเวลาการปฏิรูป**

การดำเนินการในภาพรวม ทั้งในส่วนของ สปท.และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ

#### ระยะที่ ๑

- ประสานกับ กสธ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ประชุมผู้เกี่ยวข้อง
- ปรับปรุงหลักเกณฑ์และรวบรวมข้อเสนอ

#### ระยะที่ ๒

- เสนอประเด็นการปฏิรูปผ่าน ครม. (พร้อมร่างแก้ไขข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง)
- ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ทั้ง ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่
  - (๑) ด้านนโยบาย โครงสร้างและการบริหารจัดการ
  - (๒) ด้านการเงินการคลัง
  - (๓) ด้านอัตราค่าจ้าง
  - (๔) ด้านกฎระเบียบ
  - (๕) ด้านสร้างการมีส่วนร่วมและความร่วมมือ
- จัดกลุ่มบริการปฐมภูมิ
- บูรณาการและจัดงบประมาณสนับสนุน
- แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพเขตและระดับอำเภอ
- จัดทำแผนยุทธศาสตร์/ กำหนดเป้าหมาย
- ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ดำเนินการ “กลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)” พร้อม

กันทั่วประเทศ

### ระยะที่ ๓

- กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินการ
  - วางแผนพัฒนาบุคลากร และด้านอื่น ๆ เช่น สารสนเทศ
- รายละเอียดดังตาราง เอกสารแนบ


#### **๔. แหล่งที่มาของงบประมาณ**

ไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้งบประมาณเพิ่มเติมในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ นอกจากอาจมีค่าใช้จ่ายในระยะเตรียมการเกี่ยวกับการประสานหรือประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ให้เป็นการใช้งบประมาณของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือกระทรวงสาธารณสุข

#### **๕. หน่วยงานที่รับผิดชอบ**

- ๑) สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ
- ๒) สถาบันบัญญัติแห่งชาติ
- ๓) กระทรวงสาธารณสุข
- ๔) กระทรวงการคลัง
- ๕) กระทรวงมหาดไทย
- ๖) กระทรวงยุติธรรม

คณะกรรมการกิจการจึงขอเสนอรายงาน เรื่อง “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ” เพื่อให้สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศได้โปรดพิจารณา หากสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเห็นชอบด้วยขอได้โปรดส่งรายงานไปยังคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป



(นายกิตติ พิทักษ์นิตินันท์)

เลขานุการกรรมการกิจการ

เอกสารแนบ แผนดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์	กิจกรรม	ระยะที่ ๑			ระยะที่ ๒									ระยะที่ ๓											
		ปีงบประมาณ ๒๕๖๐			ปีงบประมาณ ๒๕๖๑									ปีงบประมาณ ๒๕๖๑				ปีงบประมาณ ๒๕๖๒							
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4				
๑. ด้านนโยบายโครงสร้างและการบริหารจัดการ	๑.๑ รัฐประกาศนโยบาย "การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ" เป็นนโยบายแห่งชาติ เป็น ๑ ในนโยบายประชารัฐ ที่ต้องการสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาสังคม โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อน	←→																							
	๑.๒ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศการสนองนโยบาย "การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ" ของรัฐบาล	←→																							
	๑.๓ ตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจบูรณาการแผนที่เกี่ยวข้องกับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แผนบริการปฐมภูมิ จากทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน และยกร่างใหม่ให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติเรื่องระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีความเป็นเอกภาพและขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน โดยมอบให้คณะกรรมการขับเคลื่อน การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก	←→																							
	๑.๔ ตั้งคณะกรรมการ และปรับโครงสร้างจัดบริการสุขภาพ ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของ คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System:DHS) และคณะกรรมการสุขภาพเขต (Area Health Board:AHB)					←-----→									-----→										
	๑.๕ จัดตั้งกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) เป็นเครือข่ายดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันประมาณ ๑๐,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ คน ด้วยทีมสหวิชาชีพ ให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ ให้เกิดการหมุนเวียนใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้นๆ โดย ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ประกาศให้บริการ PCC พร้อมกันทุกแห่ง ทั่วประเทศ					←-----→									-----→										
	๑.๖ ทบทวนการพัฒนาแบบประเมินผล ทั้งการกำหนดตัวชี้วัด และรูปแบบ เครื่องมือการประเมินผล โดยไม่เป็นภาระแก่หน่วยบริการ โดยมอบกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการพัฒนา																								
๒. ด้านการเงินการคลัง	๒.๑ รัฐประกาศบูรณาการงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากทุกแหล่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ	←→																							
	๒.๒ กำหนดให้มีการทบทวน ปรับเปลี่ยนการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมวดเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้หน่วยบริการ ตามข้อเสนอ					←-----→									-----→										
	๒.๓ ทบทวนระบบให้สามารถรองรับ การจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรง	←→																							
	๒.๔ มีนโยบายบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนใช้ทรัพยากรและงบประมาณร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมิ	←→																							
	๒.๕ การบริหารการเงินการคลังและการจัดสรรตามนโยบายของNHPB ผ่านAHB และDHB													←-----→											
๒.๖ ทบทวนและปรับปรุงระบบบัญชี ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้รองรับการปฏิรูป และการติดตามกำกับ					←-----→																				

ยุทธศาสตร์	กิจกรรม	ระยะที่ ๑			ระยะที่ ๒								ระยะที่ ๓							
		ปีงบประมาณ ๒๕๖๐			ปีงบประมาณ ๒๕๖๑								ปีงบประมาณ ๒๕๖๒							
		ตค	ทย	ธค	มค	กพ	มีค	เม	พค	มิย	กค	สค	กย	Q1	Q2	Q3	Q4			
๓. ด้านอัตราค่าจ้าง	๓.๑ รัฐกำหนดนโยบายวางแผนกรอบอัตราค่าจ้างของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและจัดสรรให้เพียงพอกับบทบาทภารกิจ โดยไม่ต้องขอจากรพ.แม่ข่าย เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักบัญชี เป็นต้น				←→															
	๓.๒ กำหนดนโยบายให้มีการบริหารจัดการ ให้เกิดการหมุนเวียนใช้ทรัพยากรบุคคลรวมทั้งในกลุ่มปฐมภูมิ				←→															
	๓.๓ ทบทวนกรอบอัตราค่าจ้าง ความก้าวหน้าในวิชาชีพ การสนับสนุนค่าตอบแทน แรงจูงใจ แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ				←→															
	๓.๔ กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งหลักสูตรระยะสั้น และการศึกษาต่อเนื่อง ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขทุกสาขา อสม. และประชาชน				←→															
๔. ด้านกฎระเบียบ	๔.๑ ทบทวนกฎ ระเบียบ การยกระดับศักยภาพและอำนาจหน้าที่ให้ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) สามารถเป็นหน่วยเบิก จ่ายเงินได้ตามกฎหมาย				←→															
	๔.๒ ปรับปรุงข้อกำหนดเกี่ยวกับการเงินการคลังของ รพ.สต. และกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ทั้งระบบบัญชี การบันทึก การรายงาน						←→													
	๔.๓ ปรับปรุงข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลในรูปแบบกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)						←→													
	๔.๔ ทบทวนและแก้ไข ข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และบริการปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการเงินการคลัง ข้อ ๒				←→															
๕. ด้านสร้างการมีส่วนร่วมและความร่วมมือ	๕.๑ ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเองในขอบเขตที่พึงกระทำได้ตามความรู้ และตระหนักรู้				←→															
	๕.๒ ส่งเสริมให้ภาคประชาชนรวมตัวกันส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชน				←→															
	๕.๓ หน่วยงานระดับท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และการลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานรองรับระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงการจัดบริการให้ครอบคลุมและมีคุณภาพกรณีหน่วยงานรัฐไม่สามารถดำเนินการได้เพียงพอ ภายใต้การควบคุมให้เกิดธรรมาภิบาลและไม่ให้ทับซ้อนในภารกิจหน้าที่				←→															
	๕.๔ พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ที่มีในระบบ,เกือบหนึ่งล้านคน และรัฐบาลได้จัดงบประมาณค่าตอบแทนรายเดือนแก่อสม. และกลุ่มองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน				←→															
	๕.๕ ส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้สนับสนุนการให้บริการสุขภาพ เช่น รูปแบบบริการโดยอาสาสมัครในพื้นที่ชนบท หรือ Self-care Online ในพื้นที่เขตเมือง				←→															